



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
PSICOLOGIA - MESTRADO



---

**Lara Brum de Calais**

**ENTRANDO NA CIRANDA...**

**AIDS, INFÂNCIAS E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO  
BRASIL**

Juiz de Fora  
2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
PSICOLOGIA - MESTRADO



**Orientadora:**  
**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Juliana Perucchi**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Juiz de Fora  
2012

Calais, Lara Brum de.

Entrando na ciranda... Aids, infâncias e políticas públicas em saúde no Brasil / Lara Brum de Calais. – 2012.

110 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

1. Síndrome da imunodeficiência adquirida. 2. Infância. 3. Políticas públicas. I. Título.

CDU 616.9

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
CURSO DE MESTRADO

ENTRANDO NA CIRANDA...

AIDS, INFÂNCIAS E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO BRASIL

Autora: Lara Brum de Calais  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Juliana Perucchi

Comissão Examinadora

---

Avaliador 1: Prof<sup>º</sup> Dr<sup>º</sup> Fernando Seffner (UFRGS)

---

Avaliador 2: Prof<sup>º</sup> Dr<sup>º</sup> Telmo Mota Ronzani (UFJF)

---

Avaliador 3: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Juliana Perucchi (UFJF)

## AGRADECIMENTOS

*Neste caminho, expresso minha gratidão especial à Juliana Perucchi, orientadora, motivadora, torcedora... Pela generosidade e carinho com que “me abraçou” desde o primeiro dia e a confiança com que compartilha os desafios...*

*Agradeço à minha família... Aos meus pais, de onde certamente vem a paixão a tudo o que me dedico e aos meus irmãos por representarem a certeza de que nunca estarei sozinha.*

*Agradeço ao Thiago pela escuta contínua e pelo apoio incondicional. Por trazer leveza aos momentos difíceis e pela crença inabalável de que vou conseguir...*

*Agradeço com um carinho todo especial às “meninas” Fernanda Deotti e Laíse Jardim. Companheiras que trouxeram alegria para esses dois anos de estudo e dedicação... Pela possibilidade de compartilhar de uma amizade generosa e um percurso acadêmico mais leve e divertido.*

*Agradeço ao Prof. Telmo Ronzani, pelo olhar crítico que viu uma possibilidade de pesquisa quando tudo ainda eram ideias.*

*Ao Prof. Fernando Seffner pelo cuidado, gentileza e prontidão aos convites.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo financiamento da pesquisa.*

*Ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Brasil, por meio do Programa de Cooperação Técnica Brasil-França em DST/HIV/Aids e Hepatites Virais, por possibilitar um estágio de curta duração na França durante o período do mestrado, que em muito contribuiu para a ampliação do conhecimento desta dissertação.*

*Ao CERMES 3 (Paris/França) e seus/suas pesquisadores/as, pelo acolhimento e disponibilização de um rico material no âmbito da aids.*

*Agradeço a Deus pelas oportunidades e por me ajudar a enxergá-las.*

*E finalmente, agradeço às crianças, por me mostrarem em um sorriso despretensioso que a ciranda não pode parar!*

*“É a curiosidade – em todo caso, a única espécie de curiosidade que vale a pena ser praticada com um pouco de obstinação: não aquela que procura assimilar o que convém conhecer, mas a que permite separar-se de si mesmo. De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o deslocamento daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir” (Foucault, 1984, p. 15)*

## RESUMO

A presente pesquisa de mestrado parte do pressuposto de que existem determinadas especificidades relacionadas à problemática da aids, que se configuram a partir de elementos como classe, sexualidade, gênero, raça, território e geração, envolvendo processos de hierarquização social da epidemia. Com o objetivo de investigar os discursos que atravessam as políticas públicas em saúde no Brasil voltadas à questão da aids na infância e analisar os dispositivos de saber/poder que constituem os enunciados e as posições de sujeito da infância com aids, encontramos sustentação no referencial teórico de Michel Foucault, que permite analisar como os discursos produzem posições de sujeito, operando por meio de complexas relações de poder. Em meio a índices epidemiológicos que orientam políticas públicas em saúde, há uma preocupação atual com a incidência da aids em mulheres, apontando para a Transmissão Vertical do HIV como uma prioridade em termos de políticas de prevenção. Contudo, quando se trata de políticas públicas voltadas especificamente para a infância que vive com HIV/aids, há uma invisibilidade e um silenciamento, que, de acordo com perspectiva de análise da presente pesquisa, designa posições de sujeito hierarquizadas no âmbito das políticas públicas em HIV/aids no Brasil. O delineamento metodológico contempla a pesquisa documental e a Análise do Discurso de referencial foucauldiano. A fonte de produção de dados é composta por documentos oficiais que reúnem as políticas públicas que enunciam articuladamente infância e HIV/aids. Tratam-se, portanto, de documentos de domínio público disponíveis no site do Ministério da Saúde do Brasil, que fazem referência às categorias de análise da pesquisa. A partir da análise documental, observou-se que existem posições diferenciadas de infância no âmbito da aids, ou seja, uma infância que é, ao mesmo tempo, enunciada como alvo de políticas públicas, antes mesmo de se conhecer seu status sorológico e, por outro lado, como uma infância que vive com HIV/aids, que, entretanto, deixa de ser alvo de políticas públicas. Tais posições de invisibilidade da criança como sujeito de direitos, bem como, a enunciação desse “não-lugar” para a infância vivendo com HIV/aids nas políticas públicas de saúde no Brasil produzem efeitos de vulnerabilidade social e programática no âmbito das práticas sociais em saúde pública voltadas a esse segmento populacional. Assim, é válido fomentar iniciativas que atentem para um questionamento crítico e propositivo no âmbito da saúde pública, considerando que os discursos que enunciam a infância e a aids na infância, também fabricam as políticas públicas na área da saúde e reverberam práticas e saberes.

**Palavras-chave:** HIV/aids, infância, políticas públicas.

## ABSTRACT

The present master's degree research starts with the view according to which there are certain specificities related to the aids theme, which are configured from elements such as class, sexuality, gender, race, territory and generation, involving processes of social hierarchization of the epidemic. With the goal of investigating the discourses which are related to the public health care policies in Brazil aimed to the issues of aids in the childhood and of analyzing the knowledge/power devices which constitute the statements and positions of the subject of childhood with aids, we find support in the theoretical references of Michel Foucault, which allows the analysis of how the discourses produce positions of subject, operating by means of complex power relations. Among epidemiologic indexes which guide public health care policies, there is a current concern with the incidence of aids in women, pointing to the Vertical Transmission of HIV as a priority in terms of prevention policies. However, when it comes to public policies aimed specifically to the childhood that lives with HIV/aids, there is an invisibility and a silencing, which, according to the analysis perspective of the present research, delegates positions of subject [hierarchized](#) in the scope of the public health care policies on HIV/aids in Brazil. The methodological outline contemplates the documental research and the Discourse Analysis of Foucaultian reference. The data production source is composed of official documents which gather the public policies and articulately enunciate childhood and HIV/aids. They are, therefore, public domain documents available at the Brazilian Health Ministry's website, which are reference to the categories of research analysis. From the documental analysis we have observed that there are different positions of childhood when it comes to aids, that is, a childhood which is, at the same time, enunciated as target of public policies, even before their serologic status is known and, on the other hand, as a childhood who lives with HIV/aids, which, however, is no longer targeted by public policies.. Such position of child invisibility as a subject of rights, as well as the enunciation of this "no-place" to childhood living with HIV/aids in the public health care policies in Brazil produce effects of social and programmatic vulnerability in the scope of public health care policies aimed at this slice of the population. Therefore, it is valid to foment initiatives which take into consideration the critical and propositive questioning in the realm of public health, considering that the discourses enunciate childhood and aids in the childhood, also fabricate the public health care policies and reverberate practices and knowledge.

Key words: HIV/aids; childhood; public policies.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

ONG – Organização Não Governamental

SUS – Sistema Único de Saúde

TV – Transmissão Vertical

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

TARV – Terapia Antiretroviral

UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora

Doc - Documento

## **LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1** - Organograma da distribuição dos documentos por categoria.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2 ABRINDO A RODA.....</b>	<b>15</b>
2.1 A Ciranda da aids: a dança de uma epidemia.....	15
2.2 E a cantiga agora fala de mulheres: feminização da epidemia e Transmissão Vertical	24
2.3 Quem aparece e quem não aparece nas voltas da ciranda... lugares de visibilidade e invisibilidade da infância	29
2.4 De que infância(s) se fala? .....	34
<b>3 SEGUINDO OS PASSOS DA CIRANDA.....</b>	<b>41</b>
3.1 Dando as mãos e buscando integrantes.....	44
3.2 Que elementos formam esta cantiga?.....	45
3.3 Começando a dançar.....	48
<b>4. O QUE FAZ FUNCIONAR ESSA CIRANDA? ANÁLISE DO DISCURSO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM HIV/AIDS NA INFÂNCIA</b>	<b>53</b>
<b>4.1</b> E dançam as “ <i>as crianças filhas de mães soropositivas</i> ” e as “ <i>crianças que vivem com HIV/aids</i> ”	<b>74</b>
4.2 Entram na roda família e organizações.....	87
4.3 “Mas de que forma se deve dançar a Ciranda?”.....	92
<b>5. A CIRANDA CONTINUA.....</b>	<b>97</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>101</b>

## 1 INTRODUÇÃO

“Entrando na ciranda... aids, infâncias e políticas públicas em saúde no Brasil” é um título que tenta traduzir, de modo lúdico e produtivo, os jogos de saber/poder que, não apenas constituem a problemática de pesquisa, mas que também atravessam esta investigação e constituem seus caminhos. O título é também um convite aos leitores e às leitoras dessa dissertação: “Cirandeiros e cirandeiras, vamos começar a roda!”. Ciranda essa, que envolve um tema complexo, repleto de tensões e em torno do qual, muitas verdades têm sido enunciadas, produzindo não somente concepções compartilhadas no imaginário social, mas também, práticas sociais e subjetividades no âmbito das políticas públicas em saúde no Brasil. Para elucidar os jogos de poder/saber que constituem as estratégias governamentais pelas quais a infância com aids é enunciada, uma metáfora com a ciranda, uma brincadeira de criança – e de adultos também – uma dança democrática, na qual as cantigas ditam o ritmo da roda, acompanhará o desenvolvimento deste trabalho, tentando aproximar o contexto às vezes duro da aids e das políticas públicas, com a realidade lúdica da infância.

A ciranda, uma brincadeira simples que não requer experiência anterior, acolhe todas as pessoas, de mãos dadas, sem impedimento de idade, cor, gênero, religião, território ou classe social. Integrantes entram e saem, uma nova roda se forma, outra cantiga começa. Você está sendo convidado/a agora a entrar na ciranda! Porém, não se trata aqui de uma “brincadeira” ingênua, deve-se estar atento/a aos percalços, ao poder dos enunciados que fazem funcionar esta roda e aos jogos discursivos que produzem posições hierarquizadas em nossa sociedade, sobretudo, considerando-se que o que está na roda são conteúdos de políticas públicas que orientam e preconizam estratégias governamentais em saúde. Enquanto pesquisadora, reservo-me o direito de permanecer do lado “de fora” da roda, como uma espectadora que observa os movimentos, tenta analisar a ondulação da dança e capturar as enunciações que emergem na cena. Porém, por vezes somos capturados, nos pegamos embalados na cantiga e até entramos na roda. Nas tecituras do poder, somos também produtores de verdades, mas é possível trabalhar no sentido de resistir aos discursos hegemônicos que invisibilizam sujeitos ou os afirmam na abjeção<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> A noção de abjeção é trabalhada por Judith Butler em *Gender Trouble* (1990) e em *Bodies That Matter* (1993), obras nas quais a autora explica como a abjeção de certos tipos de corpos, sua inaceitabilidade por

Abordar a temática da aids e das políticas públicas que tentam responder às suas demandas, certamente implica em uma busca cuidadosa por elementos que foram e são estruturantes da história da saúde pública brasileira. Desta forma, vale destacar as implicações teóricas, metodológicas e éticas desta pesquisa, ao se inserir em um contexto de investigações sobre um tema amplamente discutido e, ao mesmo tempo, com diversos aspectos a serem analisados e (des)construídos.

A aids tornou-se, ao longo dos anos, uma problemática emergencial no âmbito da saúde pública, sendo que as produções governamentais e acadêmicas, desde seu aparecimento na década de 80, têm se debruçado reflexivamente sobre as mais variadas temáticas concernentes a ela. A presente pesquisa, no entanto, aponta que existem determinadas especificidades relacionadas à problemática da aids que se configuram a partir de diferentes elementos como classe, gênero e geração, envolvendo certos modos de hierarquização social da epidemia.

Em meio a índices epidemiológicos que justificam e pautam as políticas públicas, é possível perceber uma preocupação atual com a incidência da aids em mulheres, apontando para a Transmissão Vertical do HIV como uma prioridade em termos de políticas de prevenção (UNAIDS, 2009). O foco nesta estratégia alcançou relevantes resultados no que concerne ao número de casos de aids em crianças. Porém, quando se trata de políticas públicas voltadas especificamente para a infância que vive com HIV/aids, este panorama se altera, instalando-se uma invisibilidade e um silenciamento, que de acordo com a perspectiva desta pesquisa, pode dizer a respeito do lugar dado a esses sujeitos.

A criança vivendo com HIV/aids, imersa em um contexto no qual os discursos de culpabilização e vitimização tornam-se enunciados frequentes e estruturantes e, em que a sexualidade se torna dispositivo de (in)visibilidade nas políticas públicas em DST/aids, traz novos questionamentos ao poder público e à sociedade, sendo necessário problematizar: O que é/está silenciado por meio do discurso de determinados documentos de políticas públicas? Que posições de sujeito são fabricadas? Que enunciados as políticas públicas reproduzem?

---

códigos de inteligibilidade, manifesta-se nas políticas, nas epistemologias e na sociedade contemporânea. Segundo a autora, viver com um tal corpo (objeto) no mundo é “viver nas regiões sombrias da ontologia”. A abjeção, nas palavras de Judith Butler: “Relaciona-se a todo tipo de corpos cujas vidas não são consideradas vidas e cuja materialidade é entendida como não importante” (Butler apud Prins & Meijer, 2002:161).

No embalo desta ciranda de enunciações, é importante iniciar esta dissertação explicando de que modo e em que medida “entrei nesta ciranda” ou, dito de outro modo, como este tema aconteceu em minha trajetória acadêmica. Interessei-me pela temática da aids ainda no período da graduação em psicologia, mais especificamente, em um trabalho de estágio em uma Casa de Apoio, uma organização não governamental direcionada ao cuidado de pessoas vivendo e convivendo com HIV/aids. Imediatamente constatei a relevância em contemplar essa problemática como objeto de investigação em psicologia. Algo neste contexto havia me tomado de tal forma, que senti a necessidade de dedicar-me mais, não apenas à luta contra a aids, mas, sobretudo, ao seu estudo. Foi assim que integrei minhas preocupações enquanto psicóloga atuante neste contexto de intervenção à minha trajetória acadêmica. Alimentando, assim, a esperança, nada ingênua, de contribuir, por meio do trabalho científico em psicologia, para que verdades acerca da aids e dos indivíduos que vivem com HIV/aids sejam problematizadas.

Durante o trabalho na Casa de Apoio tive a possibilidade de compartilhar das histórias de vida de várias pessoas atendidas pela entidade e profissionais atuantes na área. Pessoas de diferentes lugares e contextos, num universo de trabalho completamente envolvido com a prática da política pública e dos movimentos sociais de luta contra a aids. Boa parte de minha atuação como estudante de psicologia e, posteriormente, como psicóloga, estiveram dedicados a este trabalho, construindo minhas concepções acerca da profissão, trocando experiências, escutando, aprendendo, estudando. Sendo assim, algumas perguntas começavam a se desenhar: que lugares são designados para as pessoas que vivem com HIV/aids em nossa sociedade? Que discursos atravessam as políticas públicas voltadas a elas?

Na ocasião daquele trabalho comunitário, dediquei-me especialmente ao trabalho com as crianças vivendo e convivendo com HIV/aids atendidas pela entidade e que ali se encontravam por diversos motivos. Na maioria das vezes, a vinculação destes usuários mirins ao serviço prestado pela ONG estava relacionada, de alguma forma, às vulnerabilidades sociais e econômicas existentes em nosso país, sobretudo, ao que se refere às famílias mais carentes. Assim, comecei a voltar meu olhar mais especificamente para este público infantil e suas problemáticas no contexto da aids.

Neste trabalho com as crianças, entre atividades e oficinas repletas de afeto, uma intensa relação foi estabelecida entre eu e estes protagonistas, fazendo-me pensar acerca

das especificidades da problemática da aids na infância, em meio ao amplo e complexo panorama da aids no Brasil.

Foi assim que minha trajetória de pesquisa no mestrado em psicologia da UFJF mostrou-se pertinente ao meu interesse de problematizar tais inquietações, lançando sobre elas um olhar analítico, teórico e metodologicamente orientado. Problematizar os dispositivos de saber/poder que constituem e atravessam essa infância vivendo com aids, tornou-se então um problema de pesquisa.

Dentre as várias cenas que presenciei neste contexto, uma em específico concretizou todas as perguntas e questionamentos que continuavam rondando minha experiência, corroborando o desejo de produzir algo que dissesse sobre o lugar desta infância. Em um dia comum de estágio, ao chegar à instituição, recebi a notícia de que a mãe de três crianças havia falecido (esta mãe, internada por algum tempo na Casa de Apoio, vivia com seus filhos e era participante ativa dos trabalhos oferecidos pela instituição, e por nós, estagiárias, executados). Ao olhar para aquelas crianças, me faltaram as palavras e descobri profundamente o sentido da escuta. Permaneci junto ao caçula dos três durante um longo tempo, escutando o silêncio e observando pequenos insetos que levavam folhas para algum lugar que não sabíamos, nem nos importava saber qual era. Naquele momento, olhando para aquele rostinho sempre sorridente, mas que ali estava sério e triste, percebi que algo havia mudado enormemente na vida daquele menino e de suas irmãs.

No entanto, lidar com crianças reserva gratas surpresas e nos faz acreditar que é possível resistir e começar uma nova roda. Quando o sorriso volta, percebemos a responsabilidade de falarmos sobre pessoas que têm a bela capacidade de continuar e transformar seu caminho.

A partir daí, concentrei-me no trabalho de conclusão da graduação, que tinha como objetivo investigar o lugar designado à infância vivendo com HIV/aids em meio aos discursos da sociedade. Feito isto, tive a felicidade de poder continuar esta trajetória de pesquisa no mestrado, pautando mais especificamente a questão das políticas públicas de saúde que se destinam a essa infância vivendo com HIV/aids.

Nesta perspectiva, minha experiência com aquele menino ganhou contornos investigativos passíveis de formulações relevantes à psicologia social: o que muda na vida dessas crianças, além do sofrimento emocional e das adaptações às quais têm que se submeter? O que as ampara, em termos de políticas públicas, sendo crianças vivendo

e convivendo com a aids? Que estratégias governamentais se destinam a elas? De que forma elas (não) aparecem nas políticas públicas? Que posições de sujeito são construídas a partir dos discursos que constituem as políticas voltadas a este segmento?

Tais indagações consolidam o objetivo desta pesquisa, que se propôs a investigar os discursos que atravessam as políticas públicas em saúde no Brasil voltadas à questão da aids na infância, analisando os dispositivos de saber/poder que constituem os enunciados e as posições de sujeito da infância com aids. Pautada no referencial teórico de Michel Foucault, que destaca o discurso enquanto produtor de determinadas posições de sujeito por meio de complexas relações de poder, esta pesquisa traz uma preocupação em compreender como se processa a legitimação de verdades acerca da aids no âmbito das políticas públicas em saúde, principalmente quando estas se destinam às crianças vivendo com HIV/aids.

Para compor a pesquisa, fez-se necessário um mergulho na trajetória histórica de uma epidemia, que desde o seu surgimento tornou-se um complexo objeto de pesquisas de diferentes áreas do saber. Portanto, vislumbrou-se a possibilidade – a partir do referencial foucauldiano, da psicologia social, das teorias queer e feministas, dos estudos de gênero e da saúde coletiva – de se analisar as políticas públicas em saúde no âmbito da infância, voltadas à questão da aids, a fim de elucidar os jogos de poder/saber que constituem as estratégias governamentais pelas quais a infância com aids é enunciada.

A partir da análise documental, observou-se que existem diferentes posições para a infância, sendo que no âmbito da aids, existe uma infância que é enunciada como alvo de políticas públicas, antes mesmo de se conhecer seu status sorológico, a qual chamamos de “crianças filhas de mães soropositivas” e, do outro lado, estão as “crianças que vivem com HIV/aids”, que deixam de ser alvo de políticas públicas e, conseqüentemente, têm sua posição de sujeito silenciada neste contexto. Neste jogo discursivo, a criança que vive com HIV é marcada por uma posição vitimizada e não é alvo de estratégias de prevenção. Em contraponto a isso, a criança filha de mãe soropositiva “entra na roda” por meio da transmissão vertical, ou seja, está inserida nas ações de prevenção relacionadas ao controle da gestação e saúde da mulher e são alvo de ações preventivas.

Neste contexto, também se torna relevante, problematizar a idéia erigida acerca da infância e suas especificidades quanto a experiência de viver com HIV/aids; a

estreita relação estabelecida entre o binômio mãe/filho e as políticas de saúde da mulher; bem como a abordagem da sexualidade, que pode atuar como dispositivo de (in)visibilidade da infância em meio as políticas públicas de HIV/aids no Brasil.

Em síntese, a proposição aqui apresentada contempla uma proposta de pesquisa que buscou elucidar os jogos de saber/poder que constituem as políticas públicas em saúde no Brasil, problematizando verdades, na medida em que se propôs a investigar os mecanismos de fabricação das posições de sujeitos nos discursos das políticas públicas voltadas à aids na infância. Tais discursos não descrevem ou representam a realidade, a fabricam, por meio de dispositivos de (re)produção do cotidiano, das práticas sociais e das posições de sujeito que indivíduos “de carne e osso” são chamados a ocupar.

Neste sentido, é válido fomentar, portanto, iniciativas que atentem para um questionamento crítico e propositivo no âmbito da saúde pública, tendo em vista que os discursos que enunciam a infância e a aids na infância, também fabricam as políticas voltadas para este público, legitimando, como afirma Michel Foucault (1993), regimes de verdade incorporados pela sociedade e engendrados nos mecanismos de saber/poder dos discursos.

Dentro desta ótica, torna-se relevante uma proposta que analise de que forma certas verdades são legitimadas através de políticas públicas e que discursos atravessam e constituem as estratégias governamentais na área da saúde, elucidando a construção de lugares em nossa sociedade. Portanto, a proposição aqui apresentada, faz-se pertinente tendo em vista a originalidade do tema e a possibilidade de se viabilizar estratégias propositivas no âmbito da saúde pública e ampliar o grau de controle social de tais políticas. Incentivar a busca de novas estratégias, que respeitem o sentido de integralidade de ações, se faz necessário, partindo do pressuposto de que é também através da problematização da construção destes lugares, que se pode utilizar do poder do discurso para a estruturação de novas práticas de saúde e posições que os sujeitos são chamados a ocupar.

## 2 ABRINDO A RODA...

*“Como se fora brincadeira de roda  
 Memória!  
 Jogo do trabalho na dança das mãos  
 Macias!  
 O suor dos corpos, na canções da vida  
 Histórias!  
 O suor da vida no calor de irmãos  
 Magia!”*  
 (Elis Regina – Composição: Gonzaguinha)

### 2.1 A ciranda da aids: a dança de uma epidemia.

Década de 80. Um novo vírus é detectado em todo o mundo e sua chegada ao Brasil aparece oficialmente em 1982. Nos Estados Unidos, os primeiros casos começaram a surgir e causar curiosidade, dado à singularidade do acometimento e à característica de atingir majoritariamente homossexuais masculinos. Aliada ao *status* de uma nova descoberta, a imprensa inicia a divulgação da referida epidemia, enfatizando sua relação com as pessoas acometidas, fazendo uso de expressões discriminatórias, como “peste gay” ou “câncer gay” para designar a doença, ameaçando os direitos civis anteriormente conquistados pelos homossexuais (Camargo, 2005).

No Brasil, o cenário não é comum, pois o país se encontrava mergulhado em um processo de redemocratização e pressão social por mudanças políticas. Importantes transformações estruturais estavam por acontecer, como, por exemplo, a crise política do regime militar, o movimento pela reforma sanitária e a importante posição de poder de alguns de seus representantes, tendo como conseqüência, um redesenho na assistência pública em saúde no país, pautado nos princípios de equidade, universalidade e a saúde como um dever do Estado (Marques, 2002).

Com a descoberta de casos em que o Vírus da Imunodeficiência Humana, o HIV, trazia sérias complicações para o organismo, deixando-o enfraquecido e sem defesa, a nova epidemia, denominada Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), começou a ganhar mais atenção, configurando-se não somente como uma doença de forte caráter fisiológico, como também um fenômeno social complexo (Brito, Castilho & Szwarcwald, 2000).

A partir do conhecimento do aspecto infeccioso da doença, e as características estigmatizantes designadas às pessoas mais atingidas, a descoberta das formas de

transmissão do vírus foi viabilizada, englobando a relação sexual sem proteção, o contato com sangue e seus derivados e a transmissão da mãe para o bebê (caracterizando a chamada Transmissão Vertical). Com este conhecimento, muitas dúvidas foram esclarecidas, mas nem por isso, diminuíram-se os preconceitos que rondavam a aids e conseqüentemente, as pessoas que viviam com HIV. “Já em 1985 são liberados os primeiros testes diagnósticos, baseados na detecção de anticorpos para o vírus. Surge a dimensão da soropositividade, e com ela todo um novo espectro de possibilidades tecnológicas – e também infelizmente, de discriminação.” (Camargo, 2005, p.03).

A grande maioria dos casos, inicialmente, foi detectada em três segmentos populacionais: homens que mantinham práticas sexuais com outros homens, hemofílicos submetidos a tratamento por via de recebimento de componentes sanguíneos e usuários de drogas injetáveis. A descoberta destes grupos como os afetados em maior número pela doença construiu uma idéia que ainda hoje ecoa, remetendo os indivíduos que vivem com o HIV a um contexto de culpabilização.

Tal configuração, como destaca Mangeot (2004) remete à um aspecto característico e estruturante no que concerne à construção da trajetória da aids, ou seja, não se trata de uma epidemia como as outras, mas sim, de uma epidemia que se difunde em primeiro lugar e mais enfaticamente pelas condutas sexuais e não pelo simples contato. Weeks (2000) acrescenta ainda que a aids assumiu características de uma poderosa metáfora para a cultura sexual existente, ultrapassando os limites de um conjunto de doenças.

Neste sentido, uma estreita relação entre sexo, sexualidade e a produção de um discurso acerca da “nova epidemia” começa a se concretizar, dando contornos que ainda hoje fazem “a roda girar”, ou seja, a sexualidade é um enunciado constante no enredo das “cantigas” que dizem sobre a aids. Michel Foucault, em seus trabalhos, muito contribuiu para a produção de um certo saber a respeito das relações de poder que atravessam e compõem a sexualidade, segundo Foucault (2001) há um discurso de responsabilidade em torno da sexualidade que a torna objeto de confissão e ao mesmo tempo, atribui-lhe um caráter moral, que no contexto da epidemia da aids, acentua-se por conta da significativa relação com a transmissão sexual do vírus. Desta forma, os indivíduos que vivem com a doença, são chamados a ocupar uma posição de sujeito que

é marcada pela culpabilização por ter agido de acordo com o que são considerados “comportamentos de risco” para a infecção pelo HIV (Bastos & Szwarcwald, 2000).

Dentro deste contexto, marcado pela diversidade, pelo desenvolvimento de tecnologias modernas e (pré)conceitos arcaicos, as enunciações acerca da aids acontecem, em arenas marcadas pela discriminação e pela violação dos direitos humanos, prevalecendo, muitas vezes, as iniquidades de classe social, orientação sexual, relações de gênero, entre outros. Por meio de mecanismos sutis de exclusão, enredada em discursos cheios de um preconceito implícito, a aids se torna um problema “do outro”, um outro marcado por um segredo sobre si mesmo. Uma relação paradoxal na qual exige-se do indivíduo soropositivo que mantenha segredo sobre sua condição, ao mesmo tempo em que é pressionado a confessar, a revelar-se (Bastos & Szwarcwald, 2000; Cruz, 2005).

Considerando que todo e qualquer conhecimento está sempre impregnado de poder, de modo que um e outro estão sempre associados, então, os saberes produzidos acerca da aids – ao longo de três décadas – provocam “efeitos de verdade” e, na mesma medida, articulam jogos de poder que conferem legitimidade a determinadas práticas que fazem ver e falar sobre tal doença. Nas palavras de Michel Foucault (2002) “nada pode existir como um elemento do conhecimento se, por um lado, não se conforma a uma série de regras e características constringedoras [...], e, por outro, se não possui os efeitos da coerção” (p.201). Assim, o conhecimento sobre a aids, suas designações enquanto “doença sem cura” ou como “epidemia”, são elementos pelos quais o biopoder opera, tal como ele se dá hoje especificamente no âmbito das DST/aids e no campo da saúde pública de modo geral.

Assim os discursos produzidos sobre a aids, marcados na subjetividade daqueles que passam a conviver com a enunciação do vírus HIV (em seus corpos ou em suas relações com outros corpos), revelam jogos de verdade que instituem aquilo que Michel Foucault designou como “técnicas de si” que sugerem “descobertas de si sobre si mesmo” que, nas palavras do autor:

Permitem aos indivíduos efetuarem, sozinhos ou com a ajuda de outros, um certo número de operações sobre seus corpos e suas almas, seus pensamentos, suas condutas, seus modos de ser; de transformarem-se a fim de atender a um certo estado de felicidade, de pureza, de sabedoria, de perfeição ou de imortalidade (Foucault, 1994, p. 785)

A identidade daqueles que passam então a lidar com a existência da aids em suas vidas não é, neste sentido, uma evidência natural da infecção pelo vírus HIV, mas sim, resultado de um arranjo de forças e, neste sentido, arbitrário, e não necessário ou previamente dado, como se faz pensar. Assim, a designação do sujeito se faz por meio de técnicas e procedimentos de exercício do poder no governo das ações, relações de poder que se caracterizam pela ação sobre as ações, e neste sentido, a designação de identidade de pessoas vivendo com HIV/aids se processa, necessariamente, por meio de complexas relações de poder que “se exercem por um aspecto extremamente importante através da produção e da troca de signos”. (Foucault, 1995, p. 241). É nesse nível de análise que se constata o estreito vínculo das relações de poder com os efeitos da palavra na designação das verdades acerca da aids e as consequentes designações valorativas aos sujeitos.

É neste contexto que “o portador de HIV” é transformado em um “outro”, que é construído e se percebe como alguém que precisa manter em segredo sua soropositividade, para ser aceito e evitar as marcas do preconceito em uma sociedade que ainda hoje exclui a diferença. Ao passo que também é pressionado a revelar-se por carregar em si próprio o “perigo” do contágio, aos olhos do outro (Cruz, 2005). Como evidencia Rubin (2003), há uma “linha” que separa os comportamentos sexuais entre aceitos e não aceitos pela sociedade. Em suas palavras, “muitos dos discursos sobre o sexo sejam eles religiosos, psiquiátricos, populares ou políticos, delimitam uma porção muito pequenina da capacidade humana sexual como consagrada, segura, saudável, madura, legal ou politicamente correta” (p.15). Neste caso, a aids vem destacar esta linha, torná-la mais visível e concreta, na medida em que dá visibilidade à determinadas práticas sexuais e torna necessária a problematização destes aspectos enquanto problemas de saúde pública.

De acordo com Batista e Gomes (2000), a partir da observação da ocorrência da aids e das características das pessoas que primeiro foram infectadas, criou-se a expressão “Grupos de Risco” para designar os indivíduos mais afetados pela epidemia. Porém, o não entendimento do raciocínio epidemiológico do termo e sua interpretação inadequada, amparada pelo discurso moral, fez com que a aids fosse percebida sobre a perspectiva de que existe um “outro”, diferente e portador, culpado por seu contágio, criando a ilusão de que a epidemia está distante e que só é capaz de atingir a

determinados grupos. Essa visão, além de acirrar o estigma a tais segmentos, gerou uma falsa segurança àqueles que não se diziam pertencentes aos chamados “grupos de risco”.

Porém, a situação da epidemia atualmente no Brasil não condiz com esta ótica, já que a aids deixa de afetar a segmentos populacionais sobre particular risco. O conceito de “grupos de risco” é diluído, tendo em vista que a aids torna-se capaz de alcançar a qualquer pessoa em uma sociedade, mesmo que muitos ainda tenham arraigada a idéia de aids e “mau comportamento” como sinônimos, repercutindo ainda hoje na luta contra a epidemia (Andrade, Bastos, Esteves & Szwarcwald, 2000; Batista & Gomes, 2000).

No intuito de estabelecer um comparativo, ou mesmo uma aproximação de realidades para avaliar o andamento da perspectiva brasileira com relação à construção do discurso sobre o risco, pode-se abordar o contexto francês de enfrentamento à epidemia da aids, respeitando as diferenças socioeconômicas que atravessam os dois países. No documento francês *Plan National de Lutte Contre le VIH/SIDA et les IST* (2010-2014), são facilmente encontradas enunciações como “*groupe de vulnérabilité*” (grupo de vulnerabilidade), “*personnes ayant des comportements à risque*” (pessoas tendo comportamento de risco), “*comportements à risque*” (comportamentos de risco) e o que se vê é uma epidemia marcadamente concentrada em HSH (homens que fazem sexo com homens) e migrantes. Neste sentido, em um estágio realizado pela autora desta dissertação em uma instituição de pesquisa francesa, pôde-se perceber que a utilização de enunciações como as acima citadas traduz um contexto no qual, pautado em índices epidemiológicos que apontam para a concentração nos públicos citados, as políticas públicas são também segmentadas de forma a alcançar, de fato, a realidade da população atingida. Uma abordagem menos enfática de “contextos de vulnerabilidade” também foi percebida nas ações francesas, quando aproximadas do contexto brasileiro. Tal observação deve considerar as diferenças socioeconômicas e culturais entre os dois países, mas ao mesmo tempo, contribui para a problematização de questões referentes ao direcionamento das ações de prevenção, assistência e tratamento no Brasil e o questionamento acerca das estratégias governamentais de acesso às populações mais atingidas.

No Brasil, com o advento de uma combinação de medicamentos, resultando na Terapia Antirretroviral, em 1996, conquistou-se um maior controle sobre a progressão da doença e de sua influência no sistema imunológico. Este fato articulou um novo

momento da epidemia, com maiores perspectivas de vida para as pessoas vivendo com HIV e uma significativa queda da mortalidade pela aids. Outra conquista foi a aprovação da legislação garantindo o acesso gratuito aos medicamentos, através do Sistema Único de Saúde para todas as pessoas acometidas pela doença, tornando-se um marco singular na história da construção de políticas para HIV/Aids no Brasil (Carmargo, 2005).

Há, portanto, uma mudança significativa no panorama da epidemia da aids no Brasil, tendo em vista que este é um país que se caracteriza pela intensa desigualdade social e abundantes diferenças em áreas de fundamental importância como a educação, a renda e o acesso à serviços de saúde (Andrade et al., 2000). De acordo com o Boletim Epidemiológico AIDS/DST (2011) do Ministério da Saúde, baseados nos casos notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), somados aos dados registrados no Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (SISCEL) e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), de 1980 a junho de 2011 foram identificados 608.230 casos de aids no Brasil.

Por ser um fenômeno multifacetado e baseadas na evidência de tais dados que apontam o crescimento da epidemia, diversas áreas do conhecimento dedicaram-se à pesquisa acerca da aids nas últimas décadas, tornando-se campo de estudo, questionamentos e construção da história de suas transformações. Partindo desse pressuposto, alguns estudos (Bastos & Szwarcwald, 2000; Andrade, et.al., 2000) apontam para o fenômeno da “pauperização” da aids, que está relacionado às variáveis, tanto biológicas, quanto sociais, que influenciam na vulnerabilidade à infecção em estratos menos assistidos, causando novos desafios às políticas públicas e à ação da sociedade civil.

Outro fator de relevante desdobramento na mudança do quadro da epidemia é o aumento dos casos entre pessoas heterossexuais, fazendo com que as atenções se voltassem de maneira incisiva para a transmissão sexual. Atrélado a este fato, houve um crescimento substancial do número de casos da infecção em mulheres, acarretando com isso, como consequência direta, a transmissão para os bebês, nascidos de mães soropositivas (Batista & Gomes, 2000).

De acordo com o Relatório da UNGASS (Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/Aids) (2010), sobre o progresso do Brasil com relação à resposta à aids no período de 2008/2009, a análise de casos de aids por sexo mostra uma

significativa diminuição na razão de sexo (M:F)<sup>2</sup> desde o início da epidemia até os dias atuais. A diferença, que em 1986 era de 15,1:1, a partir de 2002, estabilizou-se em 1,5:1, sendo que na faixa etária de 13 a 19 anos, o número de casos de aids é maior entre o sexo feminino.

As mudanças ocorridas no quadro de evolução da aids apontaram para a necessidade de elaboração de novas formas de enfrentamento à epidemia e o planejamento de estratégias de prevenção mais próximas da realidade social encontrada. Em meio a tais aspectos e pela peculiar necessidade de diálogo trazida pela aids entre a história da saúde, a sociedade e as políticas públicas, houve no Brasil, uma crescente interação entre ações governamentais e a participação civil por meio dos movimentos sociais. O empenho da organização civil na luta contra a aids e pelos direitos das pessoas vivendo com HIV, ganha posição de destaque desde o princípio da história do desenvolvimento da epidemia, marcando papel efetivo na construção de políticas voltadas para este público.

O surgimento de instituições que se dedicavam às questões relativas à aids, consolidou um padrão de intervenção da sociedade civil que iniciou-se com a criação do Grupo de Prevenção à Aids (GAPA) em 1985 e da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA). O Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids (Grupo pela Vida) foi outra Organização não Governamental (ONG) fundada, que se destacou como a primeira instituição criada por pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. Desta forma, instaurou-se um novo campo político e institucional que passou a ser denominado de ONG/Aids (Ramos, 2004).

Com característica de complementaridade ao trabalho do Estado, as Casas de Apoio também surgiram nesse cenário com o objetivo de oferecer assistência multidisciplinar às pessoas vivendo com HIV e cumprindo um papel emblemático nas ações de solidariedade, muitas vezes, com o apoio do Ministério da Saúde para a consecução de seus projetos (Brasil, 1997). Neste contexto, impulsionado pelas transformações que ocorriam no país no momento da descoberta da aids e, para fazer frente à falha no sistema de saúde para lidar com um problema de tal magnitude, em 1986 foi criado o Programa Nacional de DST e AIDS. Pautado nas evidências do acelerado crescimento do número de pessoas infectadas e casos de óbitos, juntamente

---

<sup>2</sup> A razão de sexo é calculada dividindo-se o número de casos de aids em homens pelo número de casos em mulheres, diagnosticados em um ano determinado, possibilitando avaliar qual sexo é predominante.

com a pressão exercida pela sociedade civil por medidas e políticas públicas de enfrentamento, o programa se estrutura tendo como missão a redução da incidência do HIV/aids e a melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com o vírus (Brasil, 2005).

Seguindo esta trajetória, o discurso acerca da aids passa a assumir menos uma perspectiva de um “problema médico” e começa a ganhar contornos políticos. Crescem os lugares de contestação política e a aids é colocada na agenda de ações, como destaca Paicheler (2002), apontando para a abordagem da aids sob a perspectiva de estratégias políticas necessárias ao enfrentamento da epidemia. Prado (2002), ao abordar as questões políticas, pontua que estas ganharam relevância dentro dos grupos sociais “e não somente elas, mas também as reflexões éticas invadiram o nosso cotidiano, especialmente o cotidiano de uma civilização que alcançou o controle sobre o sistema global, sobre a natureza e sobre a reprodução humana” (p.202).

No Brasil, os programas de resposta à epidemia da aids se inserem em um contexto mais amplo de estruturação de ações como parte do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>3</sup>, considerando que para uma resposta eficiente, é preciso que suas prerrogativas atentem para o cuidado à saúde em suas diversas dimensões, concebendo esta como um direito de todos e um dever do Estado (Brasil, 2010). Porém, esta ideia somente se tornou possível dentro de um contexto no qual a transição democrática ganha espaço, culminando na Constituição Federal de 1988. Este marco reordena o sistema normativo brasileiro, sendo necessária uma transformação de antigos moldes e adequação a novos princípios no que concerne ao entendimento do conceito de saúde (Ventura, 2005).

Desta forma, a elaboração de políticas públicas que atendessem às necessidades das pessoas vivendo com HIV/aids começou a emergir incluída em um contexto maior de construção de políticas. Em meio a esse processo dinâmico, articulam-se diferentes intenções, jogos de poder, atores, disponibilidade de recursos financeiros, entre outros, que vão definir estratégias e ações.

Segundo González e Saforcada (2006) as ações de políticas públicas que priorizam intervenções, devem ser justificadas de acordo com critérios básicos como um

---

<sup>3</sup> Para maiores informações sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), ver: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/default.cfm>; Lei nº 8.080 ([http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)) e Lei nº 8.142 ([http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm))

significativo impacto econômico e social, sua prevalência, a possibilidade de ser exercido economicamente e seu critério de ação, que deve ser eficiente.

O delineamento de ações com base na execução de uma política nacional de promoção à saúde exigiu especial reflexão para a construção de políticas públicas de saúde em consonância com os princípios do SUS, voltadas para as doenças sexualmente transmissíveis, reavaliando os conceitos de prevenção, promoção à saúde, vulnerabilidade e direitos humanos. Os dados epidemiológicos ganham destaque, crescendo a tendência de se fundamentar a política em evidências, mas não se pode esquecer, que estas também são construídas a partir de determinantes políticos, ideológicos e até mesmo de interesses pessoais ou de grupos sociais (Araújo & Sampaio, 2006; Marques, 2002).

Neste contexto, determinadas diretrizes foram estabelecidas na tentativa de alcançar os objetivos propostos pelo programa, tendo como finalidade a melhoria da qualidade dos serviços públicos, a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis, o aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento das DST e da infecção pelo HIV, o aumento das ações de prevenção em mulheres e populações com maior vulnerabilidade, a redução do estigma e da discriminação e a melhoria da gestão e da sustentabilidade (Brasil, 2005).

Para a elaboração de tais diretrizes e para que estas sejam, de fato, eficazes, torna-se necessário um panorama claro acerca dos fatores de vulnerabilidade concernentes ao HIV e que atingem indivíduos e populações no Brasil. Diversos fatores constituem essas situações de vulnerabilidade, como as questões de raça e etnia, gênero, renda, orientação sexual, região geográfica de moradia, escolaridade e faixa etária, entre outros mais, que se agravam diante das iniquidades sociais presentes na sociedade brasileira (Brasil, 2010).

Especificamente no caso do Brasil, em que a situação da epidemia se concentra em populações vulneráveis, o governo federal, por meio do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, que coordena a política nacional de enfrentamento à epidemia, deu início à elaboração de uma série de programas sociais, com a intenção de reduzir e prevenir vulnerabilidades específicas. Neste conjunto se encontram o Programa Brasil sem Homofobia; o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas; o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, outros HSH e travestis; o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de DST/Aids; os

programas de redução de danos, o Programa Estratégico de Ações Afirmativas População Negra e Aids e o Programa de Ações Estratégicas com Populações Indígenas (Brasil, 2010).

Tais abordagens considerando fatores de vulnerabilidade específicos, apontam para a necessidade de se compreender os diferentes contextos existentes no âmbito da epidemia da aids, contribuindo para que as estratégias de prevenção sejam adequadas à realidade de seu público e atendam à saúde de forma integral, mas também a indivíduos com diferentes necessidades. Nesta perspectiva, a presente pesquisa começa a desenhar seu trajeto, voltando o olhar para o processo de feminização da epidemia, com intuito de chegar até às crianças vivendo com HIV/aids e as políticas públicas que se detinam a elas.

## **2.2 E a cantiga agora fala de mulheres: feminização da epidemia e transmissão Vertical**

No início da década de 90 o aumento do número de casos de aids em mulheres e, conseqüentemente, o crescimento dos casos de transmissão vertical (passagem do vírus da mãe para o bebê), trouxe uma maior visibilidade para este público e juntamente a isso, a necessidade de discussão desta temática como pauta de saúde pública.

De acordo com dados da UNAIDS – Programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (2008), em todo o mundo há aproximadamente 33 milhões de pessoas vivendo com HIV, sendo que 15,5 milhões são mulheres com 15 anos ou mais e representam 50% do total de adultos infectados. No Brasil, a estimativa de pessoas vivendo com HIV/aids é de 630 mil, sendo que, a partir de 2002 a razão de sexo para a epidemia diminui consideravelmente, estabilizando-se na razão de a cada 15 casos em homens, há dez casos em mulheres (Brasil, 2010).

Pensando na especificidade do aumento de casos de aids em mulheres, foi criado o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST (2007), no intuito de combater as diversas vulnerabilidades que abrangem as experiências de ser mulher em nossa sociedade e que contribuem para que estas sejam mais suscetíveis à infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis<sup>4</sup>. Tais considerações apontam que posições sociais diferenciadas são desempenhadas por

---

<sup>4</sup> Para maiores informações acerca da feminização da epidemia de aids acessar o site: [www.aids.gov.br/feminização](http://www.aids.gov.br/feminização).

homens e mulheres na construção da sociedade e que, portanto, é preciso atentar para o fato de que relações desiguais de poder designam diferentes posições ocupadas pelas mulheres, podendo transformar-se em desigualdades de acesso e de possibilidades de autonomia.

A consideração dos índices epidemiológicos pautando estratégias governamentais e, por outro lado, a atenção a determinados fatores de vulnerabilidade que constituem a posição da mulher em nossa sociedade traduz a reflexão de Louro (1996) acerca das significações de sexo e gênero e suas implicações práticas. De acordo com a autora, os conceitos se diferenciam na medida em que sexo guarda relação com a identidade biológica de um indivíduo e gênero se refere à construção social do sujeito feminino e masculino.

Nesta perspectiva, há a necessidade de uma significativa transformação prática após o entendimento dos dados epidemiológicos que dizem sobre a infecção em termos de razão de sexo. Torna-se relevante a elaboração de ações que focalizem além de um objeto de estudo ou de intervenção, mas sim que se disponham a entender os processos de formação da feminilidade e da masculinidade (Louro, 1996), executando assim, políticas públicas mais próximas e eficazes diante da diversidade de posições existentes.

Entendendo gênero fundamentalmente como uma construção social – e portanto histórica – teríamos de supor que este conceito é plural, ou seja, haveria conceitos de feminino e de masculino, social e historicamente diversos. A idéia de pluralidade implicaria admitir não apenas que sociedades diferentes teriam diferentes concepções de homem e de mulher, como também que no interior de uma sociedade essas concepções seriam diversificadas, conforme a classe, a religião, a raça, a idade, etc.; além disso implicaria admitir que os conceitos de masculino e feminino se transformam ao longo do tempo. (Louro, 1996, p. 03).

As discussões acerca do conceito de gênero remetem, portanto, às formações sociais, mas que envolvem os corpos dos sujeitos, o que, no caso da aids, assume maiores proporções, dada a ênfase destinada à experiência sexual e conseqüentemente, ao controle dos corpos. Foucault (1985) sugere a existência de uma “colocação do sexo em discurso” e como conseqüência, um policiamento sobre o que deve/pode ser pronunciado e/ou silenciado.

No entender de Rubin (2003) nossa cultura coloca o sexo sob suspeita e julga práticas sexuais que fogem à norma social legitimada. Existe uma espécie de culpa que

ronda o sexo e que somente a adoção de determinados comportamentos socialmente aceitos pode livrá-lo deste julgamento, como é o caso do casamento, a formação de uma família e a união pelo amor (heterossexual). Nas palavras de Rubin (2003) “a sexualidade é inacessível à análise política enquanto for concebida primariamente como um fenômeno biológico ou um aspecto da psicologia individual” (p. 11), por isso é preciso pensá-la também como o produto de uma construção social, pois assim torna-se possível um acesso mais real às questões políticas que envolvem o sexo.

Rubin (2003) sustenta que a partir do momento que tomamos a esfera da sexualidade como algo político e que, por conseguinte, tem sua política interna, percebemos que esta também tem seus jogos de desigualdades e modos de opressão, ou seja, “é organizada em sistemas de poder os quais recompensam e encorajam alguns indivíduos e atividades ao passo em que punem e suprimem outros” (p. 44). A mulher, que historicamente ocupou posições hierarquicamente desiguais e desprovida de certos privilégios, no âmbito da aids também ocupa uma posição delicada de uma maior vulnerabilidade individual para a doença, fatores socio-históricos de uma opressão do feminino, assim como quando está inserida no discurso sobre a Transmissão Vertical do HIV, que pode trazer consigo uma ideia de culpabilização que atravessa a gestação.

Neste contexto, proposições específicas acerca do “ser mulher”, engendradas nos mecanismos de controle e hierarquias sociais que traduzem relações de poder, produzem certas formas de compreensão do feminino, para além de simplesmente a aprendizagem de “papéis” executados na sociedade. O sujeito feminino, especificamente no panorama da aids, além de ocupar posições com concepções significativamente tradicionais e enraizadas, como a falta de autonomia com relação às escolhas sexuais, a vivência da sexualidade, na maioria das vezes velada e normatizada e as construções que legitimam as concepções acerca do casamento, também estão sujeitas à fatores de vulnerabilidade individual e social específicos relacionados à seus corpos, como uma maior sensibilidade de seus órgãos para as doenças sexualmente transmissíveis (DST), as vivências de violência sexual, a especificidade da transmissão vertical, que envolve processos particulares da mulher como a gestação, entre outras.

Tais considerações remetem a alguns questionamentos do tipo: como pensar e produzir políticas públicas que atendam a essas especificidades? Que discursos constituem essas políticas? Que prioridades devem ser consideradas?

Em meio às estratégias de enfrentamento da feminização da epidemia no Brasil, o combate à Transmissão Vertical surge como ação prioritária do governo, instalando-se como medida de controle e redução da mortalidade materna e infantil. De acordo com o Ministério da Saúde (2007) a Transmissão Vertical (TV) se caracteriza pela “passagem do vírus pela mãe para o bebê durante a gestação, o parto ou a amamentação” (p.07) e se constitui como relevante foco em se tratando de atenção à saúde da mulher e da criança.

A redução da mortalidade materna e infantil está inserida como prioridade no Pacto pela Vida, que se encontra no contexto mais amplo de ações do governo como o Pacto pela Saúde, apontando a responsabilidade dos estados e municípios no desenvolvimento de estratégias necessárias para o cumprimento das ações que atendam às realidades locais. Desta forma, a redução das taxas de Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, torna-se componente relevante para a execução destes programas (Brasil, 2007). Este ponto também se mostra presente na agenda de ações da UNAIDS (2009), que destaca áreas prioritárias para alcançar resultados de enfrentamento à epidemia de 2009 a 2011 e adota como um destes fatores, a prevenção da morte de mães e a infecção de bebês pelo HIV. Outro documento recém lançado é o

Tais preocupações acerca da mortalidade materno-infantil incitaram discussões e renderam a elaboração de planos que objetivassem as ações voltadas para esta temática, como a do “Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis”, do Ministério da Saúde (2007) e o recém lançado “Plano Global para eliminar novas infecções por HIV/VIH em crianças até 2015 e manter suas mães vivas”, formulado pela UNAIDS e ONUSIDA (2011).

De acordo com o Plano Operacional (2007), as medidas profiláticas para a prevenção da transmissão do HIV da mãe para o filho são fortemente eficazes, podendo reduzir significativamente a taxa de incidência dos casos. Para tanto, intervenções de profilaxia envolvem o uso de anti-retrovirais na gestação, utilização de AZT (Zidovudina)<sup>5</sup> injetável no momento do parto, a realização de parto cesáreo quando indicado, a utilização de AZT oral para o recém-nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida, a inibição da lactação e o fornecimento da fórmula infantil até os 6 meses de idade (Brasil, 2007). Tais intervenções, segundo o Ministério da Saúde (2007) têm

---

<sup>5</sup> O AZT foi a primeira droga anti-HIV aprovada (em 1987) [...] sendo um fármaco da classe dos inibidores da transcriptase reversa” (Batista & Gomes, 2000).

impacto comprovado sobre os casos de aids em bebês e a cobertura do pré-natal no país vem crescendo continuamente. Porém, dificuldades ainda são encontradas na execução das rotinas preconizadas, associando adversidades do sistema de saúde e sensibilização do público alvo das ações.

Legislação, tecnologia e insumos para a redução da transmissão vertical do HIV e sífilis já existem e são disponibilizados pelos governos federal, estaduais e municipais, porém, a análise dos dados vem demonstrando marcadas diferenças regionais nas taxas de incidência e de transmissão vertical, num claro reflexo de que são necessárias medidas mais efetivas para a sua redução a índices aceitáveis (Brasil, 2007, p.09).

Neste contexto, as políticas públicas que voltam sua atenção para a transmissão vertical ganharam maior espaço e os índices epidemiológicos de crianças menores de cinco anos de idade passaram a ser indicadores para o monitoramento da evolução do “Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis”. Nesta perspectiva, o Boletim Epidemiológico Aids e DST (2010) traz em seu bloco temático a questão da ocorrência da aids em menores de cinco anos de idade, apontando que de 1996 a junho de 2009 foram identificados 10.739 casos de aids em menores de cinco anos, o que representa 2,0% do total de casos identificados no país. Com relação aos casos de aids notificados em menores de 13 anos de idade, o Boletim Epidemiológico Aids e DST (2011) informou que de 1980 a junho de 2011 foram identificados 15.775 casos.

Considerando tais registros epidemiológicos torna-se relevante atentar para a direção dada às políticas públicas que se voltam para a saúde da mulher e da criança no âmbito da aids. A prioridade destinada à Transmissão Vertical, por um lado, remete a um contexto específico da epidemia no qual a mulher/mãe assume posição central no tocante à prevenção e transmissão do HIV. Por outro lado, a criança começa a “aparecer” neste cenário, prioritariamente relacionada à soropositividade da mãe. A partir desta ótica, diversos fatores começam a ganhar espaço, problematizando questões como a responsabilização/culpabilização referente à aids, os aspectos subjetivos relacionados à Transmissão Vertical, a posição ocupada pela criança e a perspectiva das políticas públicas, quando estas são diretamente direcionadas às crianças vivendo com HIV/aids.

Em se tratando de políticas públicas que atendam às demandas especificamente relacionadas à infância no âmbito da aids, algumas hipóteses podem ser levantadas – o que foi realizado ao longo desta pesquisa – com intuito de problematizar a estreita relação desta políticas com o binômio mãe/filho e a (in)visibilidade da infância neste contexto.

### **2.3 Quem aparece e quem não aparece nas voltas da ciranda... lugares de visibilidade e invisibilidade da infância.**

Ao atentar para certos enunciados que compõem a conceituação de infância em nossa sociedade, não é necessário muito esforço para perceber que estes não coadunam com a concepção e os discursos formados acerca da aids. Enquanto a primeira traz uma série de enunciações que remetem a um futuro, uma continuidade, a segunda foi construída ao longo de sua história, lutando contra discursos investidos de preconceito e discriminação, cuja idéia vem sendo frequentemente relacionada a um julgamento moral.

Considerando as especificidades encontradas na construção destes dois conceitos, torna-se necessário primeiramente, analisar a partir de uma perspectiva histórica, os desdobramentos do conceito de infância e suas repercussões no âmbito das políticas públicas.

De acordo com Lajolo (2003) a palavra *infância*, a partir de sua origem latina, guarda estreita relação com a perspectiva de “ausência de fala”, tendo em vista que sob o referencial linguístico, o prefixo *in* indica negação e *fante*, remete a falar, dizer. A designação de infância como “aquele que não fala”, propõe que deve existir um outro, responsável por seu discurso, por representar seus interesses e por ser guardião de sua educação.

Em sua vastamente explorada e também debatida obra “História Social da Criança e da Família”, Philippe Ariès (1981) traça um histórico sobre a visibilidade da criança no desenvolvimento da sociedade, fazendo referência ao surgimento de um “sentimento sobre a infância” somente nos séculos XVII e XVIII. Segundo os estudos do autor, a infância é “descoberta” a partir do século XVII, sendo crescente a necessidade de educar e pedagogizar estas crianças. Pautado na análise de obras de arte que representavam momentos históricos, Ariès descreve que até aproximadamente o

século XII não havia um lugar designado à infância, não sendo esta nem mesmo representada na arte medieval. Quando uma tentativa desta representação acontecia, eram como “adultos em miniatura”, sem nenhuma característica que remetesse à infância expressa nas obras.

A partir da reprodução de desenhos da Bíblia, na qual o Menino Jesus trazia características de uma criança, uma imagem mais realista e sentimental acerca da infância foi valorizada. No século XVII uma significativa transformação com relação ao espaço destinado à criança se tornou notória. Naquele, as crianças começam a aparecer sozinhas nos retratos e, em grande parte das vezes, com as famílias se organizando em torno delas (Ariès, 1981).

Na sociedade medieval, que tomamos como ponto de partida, o sentimento da infância não existia – o que não quer dizer que as crianças fossem negligenciadas, abandonadas ou desprezadas. O sentimento da infância não significa o mesmo que afeição pelas crianças: corresponde à consciência da particularidade infantil, essa particularidade que distingue essencialmente a criança do adulto, mesmo jovem (Ariès, 1981, p. 100).

Acompanhando as transformações sociais, políticas e econômicas, as concepções sobre a infância tiveram seus desdobramentos, que na análise de Rizzini (2007), sofreram relevante influência da família e da escola. Na modernidade, a ideia contemporânea de infância aparece como categoria social. No século XIX, marcado pelas significantes mudanças em seu quadro sócio-político, o conceito de infância adquire uma nova dimensão social, saindo do contexto exclusivamente privado da família e da Igreja para o *status* de competência e responsabilidade do Estado (Rizzini, 2008).

Novas bases sustentam e organizam a sociedade e, conseqüentemente, ocorre uma mudança entre os posicionamentos anteriormente ocupados. Neste sentido, a relação entre adultos e crianças, como aponta Bujes (2000b) também sofre alterações, ou seja, o governo sobre a família – muito pautado pelo discurso médico – agora se volta para a população. A gestão sobre a vida dos indivíduos coloca a criança em um lugar “privilegiado” sob a ótica do controle, tornando-as objeto de procedimentos que governam corpos.

Em “A Microfísica do Poder”, Michel Foucault (1993) traça as linhas desta trajetória que culminou na governabilidade moderna e que em seus meandros, transfere

o lugar da família como modelo de governo, para uma família que é instrumento fundamental de gestão da população. O que se vê, portanto, é a família como parte da população, mas ao mesmo tempo, ocupando posição privilegiada neste conjunto, na medida em que as intenções de controle e governabilidade devem atravessá-la para obterem sucesso. Nas palavras de Foucault (1993):

De modelo, a família vai tornar-se instrumento, e instrumento privilegiado, para o governo da população e não modelo quimérico para o bom governo. Este deslocamento da família do nível de modelo para o nível de instrumentalização me parece absolutamente fundamental, e é a partir da metade do século XVIII que a família aparece nesta dimensão instrumental em relação à população, como demonstram as campanhas contra a mortalidade, as campanhas relativas ao casamento, as campanhas de vacinação, etc.” (p.169).

É neste contexto que a produção de saberes sobre a infância ganha espaço, pois é preciso conhecer este indivíduo “promissor” no que concerne ao controle. A vontade de saber (Foucault, 1985) sobre a infância faz funcionar uma maquinária que sustenta os jogos de saber/poder científicos e a produção de conhecimento sobre a infância (Bujes, 2000).

Neste sentido, a modernidade instaura com a noção de infância novos raciocínios sobre a educação das crianças pequenas e o que se constata então é uma fértil produção de saberes sobre a infância, sobre os corpos e as mentes das crianças, instituindo-as finalmente enquanto alvo de investimento científico. Corpos, mentes, desenvolvimento e ações infantis tornam-se objeto das ciências:

O saber assim produzido tem dois efeitos complementares e que se reforçam mutuamente: descreve os processos pelos quais passam os sujeitos infantis no decorrer do seu desenvolvimento (descrevendo o que é normal e desejável neste desenvolvimento) e, ao mesmo tempo, serve de referência para que tais processos, assim descritos, sejam observados e avaliados e constituam as bases para novos aportes teóricos sobre seus objetos. (Bujes, 2000b, p. 29)

Assim, a modernidade inscreve as crianças em sofisticados e complexos processos de controle e regulação de seus corpos e de suas condutas. Processos invisíveis e consentidos, já que a diferenciação moderna entre adulto e criança constitui

o solo fértil sobre o qual será erigido os argumentos que delegam à família<sup>6</sup> e à escola a tarefa de promover a educação (institucionalizada) destes indivíduos.

Especificamente no caso do Brasil, Rizzini (2007) aponta para a relação entre o interesse pela causa da infância e o discurso de construção nacional, ou seja, passou-se a depositar na infância a esperança de sucesso no processo de civilização do país. Pautado neste ideal de nação civilizada e moderna, surge a necessidade de se controlar e moldar as crianças para o trabalho. Nesta perspectiva, era preciso criar estratégias de proteção às crianças dos perigos que as desviassem do caminho da norma e do trabalho para que assim, pudessem garantir o futuro da nação. Tal enquadramento normativo tinha como foco, principalmente, a infância pobre, evitando problemas como a delinquência (Rizzini, 2008).

Ainda de acordo com a autora, há uma ambiguidade no discurso em defesa da criança, na medida em que “evocar a necessidade de proteção à infância e estabelecer formas de defesa contra a criança é característica do discurso sobre a infância no século XIX até os dias de hoje” (Rizzini, 2008, p.84). Neste sentido, Bujes (2000) argumenta que a infância tem sido objeto de regulação e controle por meio dos discursos que as enunciam, sendo estes tomados pelos saberes médico, psicológico, psiquiátrico, pedagógico, entre outros, que contribuem para a produção de um sujeito ideal. Esta produção de conhecimentos especializados que se apropriam da infância, tiveram a influência da difusão do higienismo após a instauração da República. Neste momento, o poder do saber médico era legitimado sobre a educação e cuidados com a criança no seio da família.

Sobre esta ótica, Rizzini (2008) considera importante analisar o interesse pela infância também a partir da dimensão política, tendo em vista a estreita relação com o projeto civilizatório que ganhava força no país.

Paradoxalmente, sabia-se a exemplo dos nossos países-modelo, que não seria fácil obter simultaneamente – um povo educado, mas não ao ponto de ameaçar os detentores do poder; um povo trabalhador, porém sob controle, sem consciência do valor de sua força ou trabalho; um

---

<sup>6</sup> Neste sentido, vale retomar a discussão feita por Michel Foucault acerca de como as crianças se tornaram, na modernidade, alvo de vigilância e controle, sobretudo, no que se refere à sexualidade e ao “pânico” que se instaurou sobre o auto-erotismo. Nas palavras do autor: “Os controles da masturbação praticamente só começaram na Europa durante o século XVIII. Repentinamente, surge um pânico: os jovens se masturbam. Em nome deste medo foi instaurado sobre o corpo das crianças – através das famílias, mas sem que elas fossem a sua origem – um controle, uma vigilância, uma objetivação da sexualidade com uma perseguição dos corpos” (Foucault, 1988, p. 146).

povo que acalentasse amor à sua pátria, mas não desejasse governá-la (Rizzini, 2008, p. 86) .

Tendo o Estado a responsabilidade de governar e controlar esta infância que se mostrava útil e manipulável, surge a necessidade de se produzir políticas de assistência que atendessem a esta demanda, principalmente com relação à infância pobre. Nas palavras de Rizzini (2007), com a elaboração da Declaração Internacional dos Direitos da Criança (1959) “os cuidados dirigidos à infância deixaram de ser apenas manifestações afetivas, espontâneas e arbitrárias, e se tornaram uma regra social” (p.01). Mais tarde, tais construções sociais adquiriram um caráter de lei no Brasil, com a Constituição Federal de 88 e culminando no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990. Faleiros (2009) sugere que a inserção da cidadania da criança e do adolescente na agenda política é recente e que uma política voltada para a cidadania implica transformações significantes na relação com o Estado, ou seja, deve-se trabalhar para uma relação baseada no direito e na participação, combinando “a autonomia da criança, com a solidariedade social e o dever do Estado em propiciar e defender seus direitos como cidadã” (p. 36)

Segundo Heleno (2010) o ECA traz inovações no âmbito das políticas públicas de atenção à infância e adolescência, compreendendo-os como sujeitos de direitos e amparado em uma política de proteção integral a estes. Porém, a autora pondera que muitas das mudanças ocorreram, primordialmente, no plano legal, não alcançando a realidade tão diversa em que vivemos.

Ferreira (2010) argumenta que a visão evolucionista do desenvolvimento, na qual há uma disposição sequencial das fases da vida, ou como aponta Ariès (1981), das “idades da vida” que designam determinados períodos, continua demarcando a infância como uma fase inicial, marcada pela incompletude e pela falta.

A infância é tida como um período de ausência de responsabilidades, de falta de autonomia, ou incapaz de compreender ou fazer-se compreensível pela não incorporação do repertório da língua culta do adulto, por isso, o adulto é chamado a falar por ela. Escutamos pouco ou não escutamos as crianças (Ferreira, 2010, p.33).

Esta argumentação justifica o fato de o adulto ser chamado a falar pela criança, pautado na “imaturidade”, fazendo com que, muitas vezes, contribua para a destituição da criança como sujeito de direitos. Pensar, radical e criticamente, que a família e a

escola não existem desde sempre, e que, tampouco, desde sempre foram as responsáveis pelas crianças, permite-nos imaginar não apenas que a educação das crianças (e um mundo) sem a família e sem a escola (nos moldes como as conhecemos) é, sim, possível, mas também, e sobretudo, que se pode inventar outras economias da educação, diferentes dos tradicionais dispositivos pedagógicos e familiares. A crítica radical proposta por Foucault permite-nos romper e questionar as “falsas evidências”, colocando em cheque a idéia de que “sempre foi assim e sempre será”, ou seja, serve para sacudir as égides das verdades óbvias que pululam no imaginário social contemporâneo acerca destas duas instituições sociais.

Assim, se considerarmos a população como alvo prioritário das estratégias de governamentalidade, pode-se conjecturar acerca dos dispositivos usados, inclusive, mas não apenas, pelo Estado e as instituições a ele articuladas, para gerir a vida dos indivíduos, agindo diretamente sobre a população: estimulando ou estancando o aumento dos índices de natalidade, controlando fluxos populacionais, os registros de nascimentos, prevenindo a mortalidade, controlando as epidemias, etc. É neste contexto de governamentalidade que a família (heterossexual e monogâmica) passa a ser então uma instituição social privilegiada para o governo das populações (Foucault, 1993).

Toda essa argumentação constitui os fios para a construção social do conceito de infância, que originalmente repercute um ideal, seja ele social, político, ou mesmo, de uma nação. No entanto, quando se lança neste contexto, a particularidade da epidemia da aids, novos elementos são inseridos na cantiga da ciranda, outros são desconstruídos e outras verdades são enunciadas a respeito da infância.

#### **2.4 De que infância(s) se fala?**

A posição estabelecida para a infância e os discursos sobre o que significa “ser criança” em nossa sociedade remete à construção de uma ideia de “infância idealizada”, que carrega a responsabilidade de conquistar o que ainda não foi alcançado e de ser guardião de um futuro produtivo e próspero.

De acordo com Foucault (1993), determinados “regimes de verdade” são produzidos nas sociedades, orientando sobre os limites da enunciação e sobre o que deve ou não ser dito.

Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral” de verdade: isto é, os tipos de discursos que aceita e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e instâncias que permitem distinguir entre sentenças verdadeiras e falsas, os meios pelos quais cada um deles é sancionado (Foucault, 1993, p.12).

Nesta perspectiva, redes discursivas sobre a infância, são produzidas e orientadas por meio destes “regimes de verdade”, que reconhecem como hierarquicamente diferente o que neles não se enquadra.

Entremeadas nessa prática discursiva, as crianças nascidas de mães soropositivas, em 1985, são incorporadas a este contexto, desmistificando e trazendo à luz uma infância que trai os moldes da infância idealizada. Uma infância que ora é falada a partir da ótica de “salvação da nação” (Rizzini, 2008), ora é inserida nos discursos, muitas vezes, discriminatórios, acerca da aids.

Segundo Cruz (2005):

A AIDS não “*inventou a roda*” ela deu “*uma nova tinta para a roda*”, ou seja, os discursos e dispositivos que produzem a infância já existiam antes da AIDS e a AIDS produz discursos e dispositivos entrelaçados com os que já existem, acrescentando as cores da epidemia e produzindo assim “criança com AIDS” (p. 88).

Essa produção de sujeitos e subjetividades é um aspecto crucial quando se trata da fabricação de determinadas posições de “infância” em nossa sociedade, ao passo que é preciso atentar às “armadilhas” do discurso, que tendem a nos capturar para a simples reprodução de lugares já estabelecidos.

Dito de outro modo, é necessário considerar que a posição de sujeito da infância com aids se diferencia das posições designadas à infância no senso comum. Desta forma, é imprescindível que se compreenda os jogos que designam estas diferentes posições e que, ao contemplar as especificidades das experiências de crianças no âmbito do HIV e da aids, não se faça funcionar discursividades que reproduzem hierarquias de alguma “infância diferenciada” que precisaria ocupar lugares pré-definidos em que um outro lhe designa modos prescritivos de experienciar a infância, vivendo com HIV/aids ou não.

Este cuidado configura uma estratégia pertinente à presente pesquisa, tendo em vista que, como aponta Foucault (1985), também estamos sujeitos a sermos capturados pelo discurso que “criticamos”, ou seja, este trabalho também dança a ciranda, também

está de mãos dadas e formando a roda, mas se esforça em resistir no sentido de não reproduzir cantigas e discursos que (pré)determinam posições excludentes. Atenta a estas diferentes designações, a pesquisa poderá, então, problematizar, sobretudo, as especificidades no que se refere às enunciações da aids na infância. Especificidades que contemplam aspectos morais, médicos, psicológicos, como, por exemplo: a revelação do diagnóstico, as questões referentes à sexualidade, ao luto, à orfandade, aos relacionamentos na escola, à adesão ao tratamento, à necessidade de frequentes consultas e exames médicos, às vulnerabilidades, às instituições frequentadas, ao preconceito e à discriminação, entre outros aspectos.

Dentre estes fatores, a revelação do diagnóstico aparece como uma indagação recorrente tanto dos pais/responsáveis, como dos profissionais de saúde (Cruz, 2005). Pizzarro (2007) argumenta que considerando a possibilidade de discriminação e exclusão, muitos pais ou instituições estabelecem o segredo com relação à situação da criança, criando uma condição de saúde alternativa, porém não excludente. Desta forma, a criança passa a construir sua identidade a partir de dados não reais.

No entanto, conforme analisa Cruz (2005), o que sustenta essa posição por parte dos cuidadores é a ideia de proteção da criança, ou de que ela ainda não é capaz de compreender sua situação. Porém, este fato colabora para que a criança fique encarcerada no referencial adulto, reproduzindo, muitas vezes, as enunciações discriminatórias que lhe são transmitidas.

A aids torna-se, então, o indizível, acarretando a ideia de que não é permitido dizer sobre si mesmo (Cruz, 2007), condenando o indivíduo a uma regime de segredo, que segundo Pizzarro (2007) “é viver numa condição de estar separado daquilo que não é capaz de aceitar como parte de si, é negar aquilo que fere, ou de alguma forma macula o ideal de ser” (p. 02).

Sobre estas especulações, Foucault (1985) traz relevantes contribuições que podem perfeitamente ser abordadas no âmbito da aids de forma geral e também na questão da revelação do diagnóstico para crianças. Ao levantar o conceito de “confissão”, Foucault (1985) considera esta ação como um dos rituais mais importantes de produção de verdade, ou seja, ainda hoje a confissão se configura como “a matriz geral que rege a produção do discurso verdadeiro sobre o sexo” (p.72).

O indivíduo, durante muito tempo, foi autenticado pela referência dos outros e pela manifestação de seu vínculo com outrem (família, lealdade, proteção); posteriormente passou a ser autenticado pelo discurso de verdade que era capaz de (ou obrigado a) ter sobre si mesmo (Foucault, 1985, p.67).

No que concerne à aids, este mecanismo de confissão demarca uma posição ambígua, na qual ocultar e confessar sua condição atuam como valores estabelecidos pela sociedade para que os indivíduos sejam aceitos.

Tais argumentações acerca das especificidades relacionadas ao viver com aids, tornam-se relevantes à medida em que, faz-se necessário pensar estratégias que resistam a esse poder de designar lugares de exclusão, mas ao mesmo tempo, elaborar políticas públicas mais próximas da realidade vivenciada.

Particularmente no caso de crianças, essas políticas públicas têm tomado direções diferenciadas quando se trata de infância e de um indivíduo vivendo com aids. Como fora abordado anteriormente, a trajetória histórica de formulação de políticas de atenção a crianças, veio sendo estruturada até atingir o *status* de lei, como demonstra o ECA (1990) em seu Artigo 3º :

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (p. 09).

Com a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente, portanto, a infância torna-se um sujeito empoderado no âmbito das políticas públicas, preconizada como prioridade na agenda governamental. Esse avanço no âmbito da legislação não impede, contudo, que em muitas situações cotidianas no contexto brasileiro, direitos essenciais ainda sejam desrespeitados, nem tem conseguido fazer com que a infância deixe de ser falada por outros, sobretudo, adultos autorizados a falar por ela.

No entanto, com relação especificamente às políticas públicas de HIV/aids, pode-se ponderar que há uma marcada invisibilidade das crianças que vivem com aids, estando estas, na grande maioria das vezes, inseridas nas estratégias de atenção direcionadas às mães/gestantes.

De acordo com o relatório internacional da JLICA (Iniciativa Conjunta de Estudo sobre a Criança e o HIV/AIDS) (2009), intitulado “Verdades que perturbam: enfrentando os fatos sobre a criança, AIDS e a pobreza”, houve uma negligência com relação à criança na luta contra a epidemia da aids, sendo que, “por mais de um quarto de século, crianças afetadas permaneceram na periferia da resposta à aids pelos governos e seus parceiros internacionais” (p.04).

A publicação se destina especialmente aos países da África sub-sahariana, nos quais as vulnerabilidades atingem níveis preocupantes, mas deixa claro que as recomendações e resultados do relatório são relevantes para vários contextos, incluindo países de baixa prevalência. Nos debates globais direcionados à aids, as crianças afetadas ocupam posição marginalizada, havendo uma falha no tocante à atenção dispensada a essa população e às suas necessidades. Muitas vezes, a criança é vista neste âmbito, restritamente relacionada à condição de órfã, porém “são as necessidades das crianças, e não sua condição de órfãs, o que deveria ser o foco primário quando do desenho e da implementação das políticas” (p.12).

Há, portanto, segundo Cruz (2005) uma preocupação que se volta prioritariamente para o tratamento da infecção, para a perspectiva de tempo de vida, a influência do vírus no organismo da criança, as políticas de prevenção à transmissão materno-infantil, as taxas de incidência, entre outros. O conhecimento acerca de tais aspectos foi e continua sendo de vital importância para que as crianças pudessem viver mais e melhor, como vemos atualmente. Porém, também se faz necessário pensar nas necessidades não somente físicas desta criança, mas nas dúvidas, medos e conceitos que ela vai construindo a respeito de si e de sua condição, através do que lhe é passado implícita ou explicitamente (Abadia- Barrero & Cruz, 2005).

Enredadas nesta perspectiva, as políticas públicas direcionadas ao HIV/aids, particularmente no caso da infância, utilizam dispositivos que fazem ver e fazem falar (Deleuze, 1990) sobre uma concepção de infância que é marcada por estratégias de visibilidade e invisibilidade, variando de acordo com os discursos autorizados em nossa sociedade.

Neste contexto, a sexualidade se destaca como um aspecto relevante e, na maioria das vezes, ocultado, pois segundo Foucault (1985) em torno do sexo, há uma censura dos discursos que devem/podem ser disseminados. Cruz (2005) argumenta que até mesmo na educação infantil já é possível perceber uma dificuldade na abordagem de

temas que abarquem a sexualidade, sendo que de acordo com a autora, esta não discussão ou abertura de espaço, pode apontar para a própria falta de manejo do adulto em lidar e falar sobre sexualidade. Não dizer, não problematizar, pode, portanto, estar refletindo a representação que o adulto/sociedade tem sobre a sexualidade infantil, ou seja, a percepção de uma infância “pura”, para a qual não são necessárias intervenções que considerem a sexualidade.

De fato, ao longo dessa campanha secular, que mobilizou o mundo adulto em torno do sexo das crianças, tratou-se de apoiá-la nesses prazeres tênues, de constituí-los em segredos, ou seja, de obrigá-los a esconderem-se para poder descobri-los, (...) em todo canto onde houvesse o risco de se manifestarem, foram instalados dispositivos de vigilância, estabelecidas armadilhas para forçar confissões, impostos discursos inesgotáveis e corretivos; foram alertados os pais e os educadores, sendo entre eles semeada a suspeita de que todas as crianças eram culpadas e o medo de que eles próprios viriam a ser considerados culpados caso não desconfiassem suficientemente: tiveram de permanecer vigilantes diante deste perigo recorrente, foi prescrita a sua conduta e recodificada a pedagogia; e implementadas sobre o espaço familiar as bases de todo um regime médico-sexual. (Foucault, 1985, p.49).

No entanto, quando esta visão se une aos enunciados acerca da aids, território no qual os discursos sobre sexo e sexualidade são proeminentes, a lógica nos levaria a pensar que neste contexto, não teríamos como contornar o tema da sexualidade. Porém, a lógica não acompanha a história e a sexualidade de crianças vivendo com aids também continua sendo velada, incluindo o que concerne às políticas públicas direcionadas a este público.

Entendo que o manejo da questão da sexualidade infantil dentro da epidemia da AIDS é a reiteração do equívoco da concepção adulta. Os adultos geralmente associam sexualidade a sexo, penetração. Neste sentido, todo erotismo, descoberta, curiosidade, pergunta, masturbação, busca de prazer, jogo, brincadeira vivida pela criança em relação a seu corpo e ao corpo dos outros passa a ser negado como sexualidade. Uma sexualidade polimorfa como a da criança passa a ser absolutamente negada e tida como inexistente. Fabricamos assim uma criança, ingênua e assexuada” (Cruz, 2005, p.13).

Ora, não se trata de ter que colocar a sexualidade em discussão por se tratarem de crianças inseridas no contexto da epidemia da aids – apesar de certos temas específicos serem mais enfaticamente abordados como, as formas de transmissão, a revelação do diagnóstico, as estratégias de prevenção, a necessidade de uma frequência

no tratamento – mas sim, de se desconstruir essa ideia de uma infância assexuada, para que de fato as ações destinadas a este público atendam a demandas “invisíveis” ao olhar da sociedade.

Tais apontamentos, de acordo com Cruz (2005) nos levam a pensar que em nossa sociedade, existe um lugar culturalmente estabelecido para a sexualidade infantil, que, muitas vezes, inviabiliza trabalhos com perspectivas de relações de gênero, promoção da saúde, estratégias de prevenção, combate à homofobia, entre outros. Nem mesmo a inserção no debate amplamente divulgado acerca da aids, provocou relevantes alterações na posição produzida para a infância pelos discursos que dela se ocupam.

Porém, de acordo com Foucault (1985) indo de encontro ao que pensamos “esconder” por meio da linguagem, a todo o momento estamos submetidos ao discurso da sexualidade. A própria organização física dos espaços, os regulamentos abordados para a vigilância, fala de maneira incisiva sobre a sexualidade das crianças.

Louro (2000) afirma que a vigilância instaurada sobre a sexualidade e suas nuances não sufoca o interesse e a curiosidade, mas sim a desloca para a esfera do privado através de procedimentos e técnicas de vigilância e disciplinamento que fortalecem a vergonha, a culpa e a censura. Esse deslocamento dos assuntos relacionados à sexualidade para o privado funciona como um mecanismo que dificulta a percepção da sexualidade como algo social e político e, desta forma, colabora para o silenciamento de temas relevantes no âmbito das políticas públicas.

Portanto, considerando as argumentações sobre a (in)visibilidade da infância vivendo com HIV/aids em meio às políticas públicas, a hipótese de que a fabricação de uma criança “assexuada” inviabiliza ações que atendam às necessidades mais específicas deste público, torna-se pertinente. Na presente pesquisa, a partir da análise dos documentos de políticas públicas que se destinam às DST/aids, procurou-se compreender que mecanismos constituem os discursos que atravessam estratégias governamentais, colaborando assim, para o enfrentamento de certas verdades legitimadas e uma reflexão sobre o direcionamento da resposta global com relação à aids, especialmente no tocante às crianças.

### 3 SEGUINDO OS PASSOS DA CIRANDA

*“Ciranda de roda  
De samba de roda da vida  
Que girou, que gira  
Na roda da saia rendada  
Da moça que dança a ciranda  
Ciranda da vida”  
(Martinho da Vila)*

Para dar subsídios à investigação sobre os discursos que constituem as políticas públicas na área da saúde no Brasil voltadas à problemática da aids e, mais especificamente, da aids na infância, serão abordados recursos metodológicos que possibilitem elucidar as posições de sujeito existentes na diversidade dos discursos. Nesta perspectiva, torna-se necessário considerar os processos históricos e sociais que atravessam os sujeitos e compõem as práticas e saberes existentes em nossa sociedade.

Dentro deste panorama, a pesquisa documental surge como um delineamento estratégico para a problemática proposta, tendo em vista que almeja demonstrar as formas de legitimação de lugares e construção de subjetividades em meio aos documentos de políticas públicas que, originalmente, tendem a responder às demandas sociais.

Tomando como norte o objetivo desta pesquisa, que se concentra na análise das políticas públicas brasileiras voltadas à aids na infância e, os discursos que as constituem, o delineamento da pesquisa documental se caracteriza como um valioso recurso. O método utilizado nesta investigação científica tem, portanto, como baliza o exame dos discursos governamentais presentes nos documentos oficiais referentes às políticas públicas que tratam especificamente da questão da aids na infância. Através deste delineamento metodológico, torna-se possível averiguar, que dispositivos sustentam determinadas formações discursivas acerca da infância e da aids, problematizando a produção de certas verdades e posicionamentos. Neste sentido, também se faz presente a reflexão sobre a posição da Psicologia e o poder delegado a esta, de legitimação de determinadas realidades sociais.

Orientada pela perspectiva foucaudiana de análise do discurso, segundo a qual nada há por de trás dos textos, nem qualquer coisa de obscuro reservado “a nenhuma

forma adversa de interioridade” do discurso, a presente estratégia metodológica pôs-se a descrever os enunciados da aids na infância que formam os discursos que constituem as políticas públicas em saúde no Brasil. A partir de tal perspectiva compreende-se que existem enunciados que o próprio discurso põe em funcionamento, portanto, “não é preciso remeter o discurso à longínqua presença da origem; é preciso tratá-lo no jogo de sua instância” (Foucault, 2009, p. 28). Assim, a análise dos discursos que atravessam as políticas públicas em saúde, no âmbito da aids na infância, tem como desiderato, exatamente isso: investigar tais discursos em suas especificidades, problematizando “como apareceu um determinado enunciado, e não outro em seu lugar” (p.30).

Foucault (2009) esclarece que o enunciado é sempre expresso através de uma materialidade, sendo desta forma que o documento se caracteriza como um campo relevante de análise, já que concentra as formações discursivas que dão sentido à uma determinada contextualização histórica e social.

Não há enunciado em geral, enunciado livre, neutro e independente; mas sempre um enunciado fazendo parte de uma série ou de um conjunto, desempenhando um papel no meio dos outros, neles se apoiando e deles se distinguindo: ele se integra sempre em um jogo enunciativo, onde tem sua participação, por leveira e ínfima que seja (p.112).

Neste sentido, analisar textos oficiais sobre políticas públicas em saúde, ou seja, lançar mão de documentos públicos como objeto de análise, exigiu, sobretudo, a tentativa de escapar da fácil interpretação daquilo que estaria oculto nos textos, procurando explorar tais documentos na exposição de seus acontecimentos discursivos, concebendo-os desde o início da pesquisa como produções históricas e políticas. Trata-se, portanto, de “compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação; de determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites da forma mais justa, de estabelecer suas correlações com outros enunciados a que pode estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação exclui” (Foucault, 2009, p. 31).

Foucault em seu livro “*A Arqueologia do Saber*” (2009), nos brinda mais uma vez com um percurso histórico rico em detalhes e problematizações que reverberam na contemporaneidade e atravessam relações de poder/saber. Com relação ao documento - tomado como recurso de análise - Foucault (2009) aponta que este durante tempos foi tratado na história como a “linguagem de uma voz agora reduzida ao silêncio” (p.07),

como um material inerte sob o qual histórias são construídas. No entanto, uma mudança significativa coloca o documento como fonte de trabalho e elaboração, abrindo espaço para que a história utilizasse da materialidade documental para se organizar.

O documento não é o feliz instrumento de uma história que seria em si mesma, e de pleno direito, *memória*; a história é, para uma sociedade, uma certa maneira de dar *status* e elaboração à massa documental de que ela não se separa. (Foucault, 2009, p. 08).

Tendo os discursos governamentais em saúde como foco de análise do método proposto, a prática da pesquisa documental, pressupõe a organização e tratamento dos dados recolhidos em diversos tipos de documentos (Perucchi, 2008), neste caso, documentos de diferentes modalidades, que compõem a legislação sobre HIV e aids no Brasil em um dado período. De acordo com o contexto da pesquisa, foram coletadas principalmente, fontes documentais referentes às políticas públicas de saúde, suas diretrizes e regulamentações no âmbito da saúde pública brasileira e destinadas à temática da aids, mais especificamente, da aids na infância.

Compartilhando do conceito abordado por Araújo e Sampaio (2006), de que as políticas públicas são “[...] respostas a determinados problemas sociais, formadas a partir das demandas e tensões geradas na sociedade” (p.01), entendemos como tal conceituação ganha relevante significação quando adentramos no cenário da aids, tendo em vista o grande impacto causado pela epidemia na saúde pública mundial. A aids também possui características significantes neste contexto, uma vez que, como apontam González e Saforcada (2006), os critérios básicos para a justificação de uma política são o impacto econômico e social do fenômeno, sua prevalência, a possibilidade de ser exercido economicamente e seus critérios de ação.

O cenário de formulação e implementação de políticas públicas no Brasil vem se constituindo de diálogos entre vários setores da sociedade, entre eles, o governo, os profissionais envolvidos e a sociedade civil, fortemente representada pelas ONGs. De acordo com Araújo e Sampaio (2006) este processo se dá em meio a muitos jogos de poder, intenções coletivas e pessoais, disponibilidades de recursos financeiros, entre outros aspectos, que vão pautar estratégias e ações.

Desta forma, os textos das políticas públicas na perspectiva deste projeto, se caracterizam como documentos públicos, que trazem em sua existência, relevantes dados de construção de uma realidade e, de acordo com Bernardes e Menegon (2007)

são responsáveis também pelo surgimento de práticas discursivas importantes para a formulação e manutenção da governamentalidade.

Ao abordar o conceito de governamentalidade, Foucault (1993) descreve um processo no qual um complexo exercício do poder é instaurado e cujas estratégias governamentais e dispositivos de segurança, têm por alvo a gestão da população, pautado na economia política. Nesta perspectiva, Bernardes e Menegon (2007) argumentam que “os documentos públicos são, ao mesmo tempo, produtos e autores sociais” (p. 12).

Neste sentido, seguindo a lógica das fontes a serem consultadas para análise, os documentos compilados contemplaram políticas públicas que façam referência aos descritores da pesquisa (sendo estes aids, infância/criança e políticas públicas), considerando que estes têm relevante influência nos ordenamentos sociais e produção de subjetividades.

### **3.1 Dando as mãos e buscando integrantes.**

Partindo do referencial anteriormente abordado com relação à pesquisa documental, fêz-se necessário um mergulho no contexto sócio-histórico no qual os documentos se inserem, construindo o cenário sob qual a trajetória da aids e suas particularidades começam a ser evidenciadas e marcadas por determinadas verdades produzidas a seu respeito.

Considerando o pressuposto de que as enunciações acerca da infância vivendo com aids nas políticas de saúde, produzem uma determinada realidade social, fabricam posições de sujeito e engendram modos de subjetivação, a estratégia metodológica de coleta de dados também contemplou documentos que, de modo geral, tratem da concepção de infância em nossa sociedade, da forma como esta é descrita e as estratégias de ação voltadas a este público. Documentos que abordam aspectos da aids na infância em segundo plano, como as políticas de saúde da mulher e materno-infantil, também foram abordados como fontes de informação, mas não necessariamente fizeram parte do corpus de análise.

Inicialmente, foi realizada uma ampla busca por documentos que de alguma forma fossem relacionados aos objetivos da pesquisa, lançando mão de documentos governamentais oficiais, relatos de intervenções, de estratégias e textos legais ou de

regulamentação do Ministério da Saúde, documentos do Programa Nacional e Municipal de DST e Aids, sites de busca especializados contemplando os descritores aids, políticas públicas e infância, o Estatuto da Criança e do Adolescente, dentre outros documentos pertinentes ao tema desta pesquisa. Vale destacar que apesar da pesquisa contemplar os documentos acima citados como fontes auxiliares de configuração do campo discursivo em que as políticas públicas em saúde se articulam a outros dispositivos, o *corpus* documental de produção de dados é composto pelos documentos acessados no sistema de busca *online* do Ministério da Saúde do governo brasileiro.

### 3.2 Que elementos formam esta cantiga?

Na busca por elementos que compusessem a “cantiga” que embala esta pesquisa, definiu-se que o arquivo inicial dos materiais constituiria-se de uma compilação de documentos disponibilizados em uma base de dados do Ministério da Saúde<sup>7</sup>, voltada especificamente para a temática de DST/aids. Os documentos foram acessados por meio de um mecanismo de busca que contemplava um *menu* contendo as seguintes sessões: direitos humanos, normas federais, normas estaduais e normais municipais. Foram encontrados 430 documentos referentes à legislação federal, estadual e municipal, assim como regulamentações e normas que constituem programas e políticas públicas em HIV/aids.

Na etapa de construção do arquivo foram selecionados quarenta e dois documentos tendo como critério de inclusão a exigência de se tratarem de documentos de políticas públicas e fazerem referência às categorias de análise da pesquisa. Tais documentos se encontravam divididos por área temática (12 especificações): Assistência à Saúde; Direito à Saúde; Direito à Assistência Social; Direitos Humanos; Direito à Educação; Normas Estaduais; Normas Municipais; Normas Gerais; Normas Éticas do Conselho Federal de Medicina; Programas, Conselhos, Comitês e Comissões de DST/AIDS; Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária. Os documentos variam quanto à natureza, contemplando, neste conjunto, diferentes modalidades

---

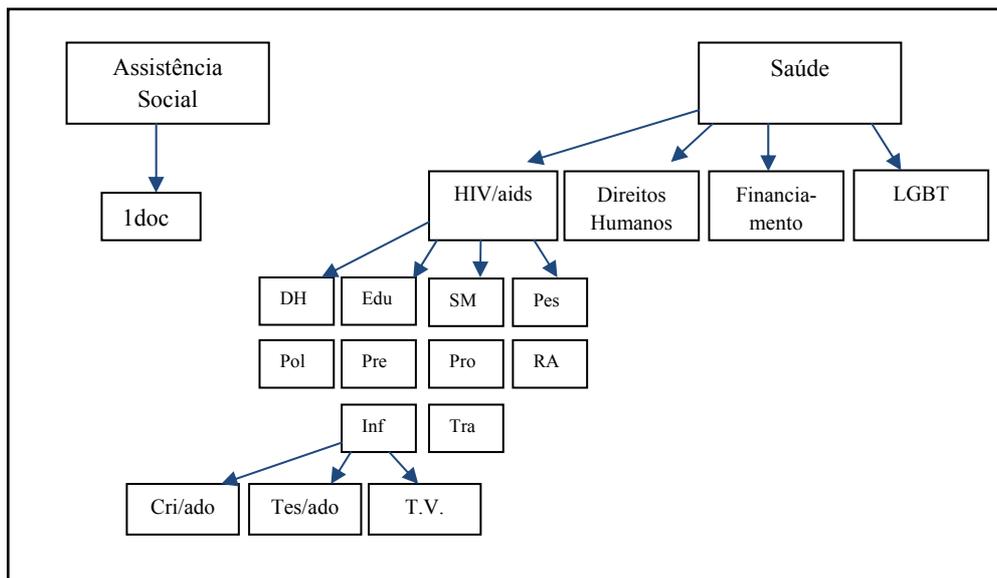
7 O site inicial para acesso à base de dados era: <http://www.aids.gov.br/legislacao/>. Após uma reformulação no site do Ministério da Saúde ([www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)), houve uma alteração no endereço desta publicação, sendo necessário o contato da pesquisadora com o setor de comunicação, para que pudesse, novamente, ter acesso às informações e documentos. O site atual para busca é: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/legislacao\\_cd/index.htm](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/legislacao_cd/index.htm)

jurídicas (leis, decretos, pareceres, declarações, portarias, medidas provisórias, manuais normativos e resoluções).

Neste ponto, é preciso considerar que os documentos selecionados fazem parte de um arcabouço geral de documentos oficiais, sendo eles de âmbito nacional, estadual e municipal. Tal aspecto trouxe uma questão específica para a presente pesquisa, tendo em vista que há uma hierarquização dos documentos públicos, assim como se faz necessária uma contextualização das diretrizes propostas pelos mesmos em seus diversos âmbitos. No entanto, para o recorte de pesquisa proposto, no qual documentos que abordam a infância que vive com HIV são extremamente escassos, optou-se por abranger os que obedeciam aos critérios de inclusão, para que um *corpus* de análise conciso fosse estruturado.

A primeira etapa do arquivo constituiu-se da seguinte forma: de início, os documentos foram divididos em duas categorias: assistência social e saúde, sendo que na primeira encontrou-se apenas um documento e, na segunda, quarenta e um documentos. A partir desta denominação, os arquivos referentes à categoria “saúde” foram distribuídos, após leitura flutuante de todo o material, de acordo com uma área temática aproximada, resultando em 4 áreas: HIV/aids, Direitos Humanos, Financiamento e Políticas LGBT. Na área referente à HIV/aids, um novo desmembramento foi realizado a fim de criar uma maior especificidade entre as categorias de análise, sendo designadas outras 10 categorias, dentre elas: Direitos Humanos, Educação, Infância, Pesquisa, Política, Preconceito, Promoção e Prevenção, Reprodução Assistida, Saúde da Mulher e Tratamento. Dentro da categoria “Infância”, foram divididas outras três denominações, sendo estas, Crianças e Adolescentes, Testagem e Adoção e Transmissão Vertical. Na categoria “Saúde da Mulher”, observou-se um enfoque maior para as gestantes. As outras áreas temáticas (Direitos Humanos, Financiamento e Políticas LGBT) não tiveram subdivisões.

**Figura 1** - Organograma da distribuição dos documentos por categoria.



Legenda: LGBT – lésbicas, gays, bissexuais, transsexuais e travestis; DH – Direitos Humanos; Edu – Educação; SM – Saúde das Mulheres; Pes – Pesquisa; Pol – Políticas; Pre – Preconceito; Pro – Promoção e Prevenção; RA – Reprodução Assistida; Inf – Infância; Tra – Tratamento e Terapia Antiretroviral; Cri/ado – Criança/adolescente; Tes/ado – Testagem/adoção; T.V. – Transmissão Vetical.

Nesta primeira incursão ao campo, pôde-se perceber que a própria ferramenta de busca se caracteriza como um dispositivo de organização das políticas em saúde, originando mecanismos de (in)visibilidade de alguns temas específicos, o que também se institui como foco desta pesquisa e será melhor abordado em momento de análise do material coletado.

De acordo com Ventura (2005), responsável pela compilação dos documentos na base de dados acessada, esta ferramenta tem como proposta, além de auxiliar nos processos de tomada de decisão e formulação de ações, atuar como facilitadora da “análise crítica da produção legislativa brasileira de forma que possa subsidiar propostas de alteração e/ou criação de normas mais favoráveis aos objetivos perseguidos”, enquadrando-se significativamente no recorte da presente pesquisa.

Quanto à forma de organização e metodologia utilizada na base de dados consultada, Ventura (2005) esclarece que foram priorizadas normas que podem dar origem a formulações de políticas, programas e ações governamentais relacionadas à temática da aids, considerando também as principais convenções e recomendações internacionais vigentes no Brasil. O sistema de busca abrange as normas legais existentes e aprovadas de janeiro de 2000 a abril de 2005, sendo que a autora não deixa de salientar a possibilidade de uma margem de erro, tendo em vista as especificidades

relacionadas aos critérios de busca e os descritores de pesquisa, que podem influenciar nos achados. Porém, a mesma considera que os documentos encontrados representam a realidade que se pode apreender sobre o sistema normativo brasileiro relacionado às DST e aids. Portanto, considera-se que o acesso aos documentos por meio deste mecanismo de busca, contemplou o objetivo da pesquisa no que se refere à coleta de dados documentais elencados como fonte de informações – não deixando de considerar que estes estão separados por conjunturas históricas – pois, estes, ainda hoje, pautam estratégias e ações no âmbito da saúde no Brasil.

### **3.3 Começando a dançar.**

Estruturado o arquivo, um segundo momento foi iniciado na intenção de selecionar os documentos de políticas públicas a serem efetivamente analisados. Para tanto, foi necessária uma leitura mais aprofundada dos quarenta e dois documentos, destacando, através de uma análise lexical da frequência de aparecimento dos descritores<sup>8</sup>, os núcleos de sentido que mais se aproximassem do objetivo da pesquisa, ou seja, as unidades dos discursos que agregam conjuntos de enunciados da infância no contexto das políticas públicas de HIV/aids.

Aqui é necessário dedicar mais atentamente à tarefa de explicar a que se referem tais “ferramentas” e procedimentos conceituais que configuram o método foucauldiano de análise do discurso. Primeiramente é necessário compreender que tais unidades de um discurso (acerca da aids, ou da loucura, ou da clínica, etc.) contempla o “espaço onde diversos objetos [de conhecimento] se perfilam e continuamente se transformam, e não pela permanência e singularidade de um objeto” (Foucault, 2009, p. 37). A partir de tal perspectiva, inicia-se a análise do *corpus* documental arquivado conforme as regras de organização acima descritas pressupondo-se que a aids foi constituída pela articulação do que foi dito no conjunto de todos os enunciados que a nomeavam, descreviam, explicavam e esse conjunto de enunciados está longe de se relacionar com um único objeto “aids” mas é colocado em jogo com outros objetos do saberes médico, epidemiológico, psicológico, etc. O que constitui o método de análise do discurso aqui utilizado é a tarefa de elucidar tais unidades dos discursos, entendendo-as no jogo de

---

<sup>8</sup> Descritores: aids, infância/criança, políticas públicas.

seu aparecimento em certos documentos, estabelecendo as relações entre diferentes (e às vezes contraditórios) enunciados. Michel Foucault explica tais relações:

Relações entre enunciados (mesmo que escapem à consciência do autor; mesmo que se trate de enunciados que não têm o mesmo autor; mesmo que os autores não se conheçam); relações entre grupos de enunciados assim estabelecidos (mesmos que estes grupos não remetam aos mesmos domínios nem a domínios vizinhos; mesmo que não tenham o mesmo nível formal; mesmo que não constituam o lugar de trocas que podem ser determinadas); relações entre enunciados ou grupos de enunciados e acontecimentos de uma ordem inteiramente diferente (técnica, econômica, social, política). Fazer aparecer, em sua pureza o espaço em que se desenvolvem os acontecimentos discursivos não é tentar restabelecê-lo em um isolamento que nada poderia superar; não é fechá-lo em si mesmo; é tornar-se livre para descrever, nele e fora dele, jogos de relações (Foucault, 2009, p. 32)

Assim, foram descritos três núcleos de sentido que compõem a teia discursiva acerca da infância no contexto da aids nos documentos pesquisados, sendo estes: criança/infância, transmissão vertical e gravidez/gestação.

Nesta etapa da análise, evidenciou-se a ausência destes termos nos documentos regulatórios agregados aos seguintes temas emergentes: Direitos Humanos (04 documentos), Pesquisa (02 documentos) e Políticas (03 documentos). Desta forma, iniciou-se um processo de exclusão de alguns documentos do *corpus* de análise, seguindo a lógica dos critérios de inclusão estabelecidos, quanto à presença de pelo menos um dos três núcleos de sentido acima relatados. Já no percurso de análise, outros 14 documentos foram eliminados por também não contemplarem os núcleos definidos. Vale ressaltar que o fato de alguns documentos serem excluídos da análise, não significa que estes deixem de ser considerados como fontes de informação secundária, uma vez que também contribuem para a constituição do contexto sócio-histórico a partir do qual os documentos emergem.

Foram elencados para análise, portanto, 19 documentos de políticas públicas que formam o *corpus documental* e o campo da presente pesquisa. Feito isto, uma análise descritiva dos documentos selecionados foi iniciada, priorizando o aparecimento de enunciados que compunham formações discursivas relacionadas à posição da criança no contexto da aids. Neste processo, algumas hipóteses começaram a tomar forma, como por exemplo, a relação quase que indissociável entre criança/mãe/transmissão vertical

do HIV e o silenciamento da sexualidade da criança como um relevante fator de invisibilidade desta nas políticas de HIV/aids.

Partindo do pressuposto de que culturalmente existe um determinado modo de se perceber a infância e especialmente a infância que vive com aids, pode-se argumentar que os discursos que atravessam as políticas públicas de atenção à essas infâncias também são produtores de certas realidades e modos de subjetivação de crianças. Nesta perspectiva, embrenhar-se na análise destes documentos torna-se tarefa intrigante e valiosa, quando atentamos para uma possibilidade de se (re)pensar estratégias e lugares, a partir do entendimento dos dispositivos e enunciados que compõem tais formações.

Sobre este tema, Foucault (2009) em seu livro “A Arqueologia do Saber” tece argumentações de extrema relevância para a concepção desta rede discursiva, com elementos que se relacionam nos processos de construção de posições de sujeitos.

A análise do campo discursivo (...) trata-se de compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação; de determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites da forma mais justa, de estabelecer suas correlações com os outros enunciados a que pode estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação exclui. Não se busca, sob o que está manifesto, a conversa semi-silenciosa de um outro discurso: deve-se mostrar porque não poderia ser outro, como exclui qualquer outro, como ocupa, no meio dos outros e relacionado a eles, um lugar que nenhum outro poderia ocupar. A questão pertinente a uma tal análise poderia ser assim formulada: que singular existência é esta que vem à tona no que se diz e em nenhuma outra parte? (Foucault, 2009, p.31).

Utilizando como recurso metodológico fundamental a Análise do Discurso, amparada na teoria de Michel Foucault, a presente pesquisa intentou realizar um trabalho de descrição dos enunciados que compõem as formações discursivas e suas condições de existência, de citação e de repetição no âmbito das relações de saber/poder que atravessam as políticas públicas em saúde no Brasil. De acordo com Foucault (2009), a análise do discurso como recurso metodológico busca compreender a singularidade do que foi dito e suas correlações com outros enunciados.

A partir deste formato metodológico, busca-se conhecer as formas de interpretação que relacionam sujeitos e sentidos, considerando que o discurso não está separado do sujeito e que o próprio sujeito está inserido em uma ideologia. Desta forma, o tratamento de documentos como sendo produtos da sociedade, torna-se um método relevante, tendo em vista os jogos de saber/poder que perpassam os discursos de

políticas públicas e que, ao mesmo tempo, são produtores de determinadas posições de sujeito.

Neste contexto, Foucault (2009) ressalta que é importante estarmos atentos a cortes ou agrupamentos que nos soam muito familiares, aceitos sem qualquer exame e reconhecidos como válidos sem questionamento. Segundo o autor (2009), “é preciso desalojar essas formas e essas forças obscuras pelas quais se tem o hábito de interligar os discursos dos homens; é preciso expulsá-las da sombra onde reinam” (p.24). Portanto, é necessário entender que as políticas públicas podem assumir a posição de produtoras de realidade através da reprodução de discursos, que muitas vezes, não são questionados ou problematizados.

A utilização da ferramenta foucauldiana de análise das formulações de políticas públicas como documentos, é legítima e relevante, na medida em que a arena política tem sido considerada um lugar privilegiado de circulação de discursos na sociedade brasileira, sobretudo, no que concerne ao seu campo de proposições dos conteúdos da política<sup>9</sup>.

Considerando que o material sobre o qual se desdobrou a análise objetiva a materialidade das proposições políticas aplicadas nas instâncias governamentais responsáveis pela aplicação de tais conteúdos políticos, analisar tais proposições no, jogo de seu aparecimento enquanto discurso oficial em saúde pública parece um desiderato próprio a uma pesquisa em psicologia social. Pois as políticas públicas se constituem como produtos da sociedade que as fabricou e, por conta disso, assumem significativo caráter de ordenadores sociais e de construções identitárias, colaborando para a definição de modos de vida e de processos de subjetivação (Legoff, 1984).

---

<sup>9</sup> Não trataremos aqui de problematizar as três dimensões da política, conforme apontam de modo bastante importante os estudos no campo das ciências políticas (Windhoff-Héritier, 1987; Jann, 1994; Schubert, 1991) citados por Frey (2000). Entretanto, no que concerne ao objeto de estudo da presente pesquisa é importante esclarecer que “Para a ilustração dessas dimensões tem-se adotado na ciência política o emprego dos conceitos em inglês de: *polity* para denominar as instituições políticas, *politics* para os processos políticos, por fim, *policy* para os conteúdos da política. A dimensão institucional *polity* se refere à ordem do sistema político, delineada pelo sistema jurídico, e à estrutura institucional do sistema político-administrativo. No quadro da dimensão processual *politics* tem-se em vista o processo político, freqüentemente de caráter conflituoso, no que diz respeito à imposição de objetivos, aos conteúdos e às decisões de distribuição. A dimensão material *policy* refere-se aos conteúdos concretos, isto é, à configuração dos programas políticos, aos problemas técnicos e ao conteúdo material das decisões políticas” (Frey, 2000, p. 216-217). A presente pesquisa de mestrado tem como universo de investigação esta terceira dimensão especificamente, ainda que tenha-se absoluta clareza de que na realidade política essas dimensões estão complexa e inexoravelmente entrelaçadas e articuladas, influenciando-se mutuamente em diferentes momentos históricos e contextos geográficos variados.

É inquestionável que a enunciação da prevenção ao HIV e do combate à epidemia da aids no Brasil como política setorial em saúde com características bastante peculiares, levou a transformações significativas dos arranjos institucionais em vários níveis de ação estatal no país. Por outro lado, como “efeito de verdade” da questão da aids nos âmbitos científico e político, entraram em cena novos atores sociais e, neste sentido, organizações não governamentais, laboratórios farmacológicos, núcleos de pesquisa, repartições públicas encarregadas de realizarem testagem e aconselhamento e serviços de atenção especializada, enfim, diferentes atores institucionais foram chamados a ocupar posições estratégicas nos arranjos de saber/poder, transformando e reestruturando o próprio processo político em torno da aids como problema de saúde pública no Brasil.

Sendo assim, a reflexão teórica que Michel Foucault desenvolve em sua obra com a elaboração dos conceitos de biopoder, biopolítica, e governamentalidade, bem como, suas reflexões acerca do nascimento da medicina social – no contexto da medicalização da sociedade, que segundo o autor, teve início no século XVIII e cujos efeitos se fazem reverberar até hoje – articulada ao arcabouço metodológico de sua análise do discurso – permite constatar a estreita relação entre as ciências da saúde e a economia política, entre a estatização da medicina e o governo da vida.

#### **4 O QUE FAZ FUNCIONAR A CIRANDA? ANÁLISE DOS DOCUMENTOS OFICIAIS DA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL SOBRE AIDS NA INFÂNCIA**

*“Há um menino  
Há um moleque  
Morando sempre no meu coração  
Toda vez que o adulto balança  
Ele vem pra me dar a mão...”  
(Milton Nascimento)*

A analogia com a ciranda, brincadeira de criança, roda com cantigas, pode parecer ingênua frente ao início de um processo de análise documental. No entanto, considero que as crianças (re)produzem o mundo em suas brincadeiras, desenham a realidade, fantasiam desejos e constroem sua forma de “ver” e “viver” em nossa sociedade. Como na ciranda, o processo de análise tem “idas e vindas”, acompanha a cadência da cantiga, descobrindo os dispositivos que fazem ver e falar certos enunciados de verdade. Enunciados que emergem da materialidade discursiva, na trajetória de análise. Assim como pessoas entram e saem da roda, posições de sujeito (des)aparecem na ordem dos discursos analisados. E quando uma nova cantiga começa, outras verdades começam a ganhar forma.

Na presente pesquisa, que tem como objeto a análise de políticas públicas, é preciso estar atento a determinados jogos de poder, ao contexto no qual estas se inserem, à que demandas elas respondem, quais atores estão envolvidos, entre outros aspectos. Lançando mão de uma outra metáfora, outra brincadeira para, de forma lúdica, entendermos o funcionamento de tais processos, é preciso estar atento à forma como certas hierarquias são legitimadas, como em uma roda gigante, devemos observar que posições estão “acima”, mantendo outras “abaixo” e em que circunstâncias isso acontece.

De acordo com Muller (1998), uma política pública se caracteriza como um processo de mediação social, como uma forma de atender a determinados desajustes que se estabelecem na sociedade. Em grande parte das vezes, as políticas públicas se apresentam sob a forma de programas de ação que têm como objetivo responder às demandas colocadas pelo meio social.

Contudo, podemos nos questionar como, em meio aos trâmites políticos, podemos indentificar uma política pública. Tentando responder a tal indagação, Mény e Thoenig (1992) elencaram alguns critérios que podem orientar esta identificação como

o fato de uma política pública se constituir de um conjunto de medidas e estar inscrita em um quadro geral de ações. Ainda de acordo com os autores, a política pública é direcionada a um público (grupos, indivíduos, organizações) que carece de uma ação, uma estratégia do Estado e esta tem objetivos a serem alcançados.

Neste sentido, as políticas públicas permanecem em contínuo fluxo de decisões e procedimentos, que se adaptam às mudanças e novas problemáticas existentes (Muller, 1998). Mas para que este processo aconteça, é preciso que uma determinada questão venha a ser objeto de uma política pública, ou seja, é preciso haver um problema político.

Neste contexto, a epidemia da aids à época de seu surgimento, criou demandas e exigiu ações urgentes que foram primeiramente atendidas pelas organizações da sociedade civil e após, pelo Estado. Porém, de acordo com Mangeot (2004), mundialmente foi preciso certo tempo para se admitir a dimensão irredutivelmente política da aids e, de acordo com o autor, isto se deu pelo fato de haver um reducionismo do que é caracterizado como “político” em nossa sociedade, o que no caso da epidemia da aids permaneceu, inicialmente, ligado ao que se reconhecia como “problemas médicos” e que foram abordados pelo discurso biomédico.

Neste sentido, pode-se dizer, portanto, que as políticas públicas estão fortemente ligadas ao contexto no qual estão inseridas e que de certa forma as produzem, ou seja, as políticas públicas “dançam conforme a música” que toca em nossa sociedade. No entanto, existem alguns critérios gerais que unificam a elaboração de uma política pública nos diversos territórios.

Na intenção de demonstrar os passos para a elaboração de uma política pública, autores como Lasswell (1951), Meier (1991), Grindle e Thomas (1991) e Jones (1984) encontraram semelhanças no que concerne à construção de uma resposta política para uma questão pública.

Meier (1991) propõe um modelo linear deste processo, cujo ponto de partida é o reconhecimento de um problema sobre o qual decisores responsáveis pela formulação, influenciados por interesses variados, vão se debruçar em busca do que Meier denomina de uma “escolha de política”, para enfim ser aplicada. Jones (1984) também sugere critérios que partem da identificação de um problema, para após desenvolver um programa, implementar e avaliar o mesmo.

Em complementação a tais modelos, relativamente criticados por conta da estaticidade de suas etapas, Grindle e Thomas (1991), propuseram um processo que inclui o que chamaram de “ordem do dia”, ou seja, a constatação da importância de um determinado tema que o leva a ser incluído na lista de prioridades a serem tratadas. Os autores também ressaltam a necessidade de um esforço contínuo por parte dos decisores, para que o processo avance, seja efetivado e alcance o resultado desejado.

Para além de modelos que abordam a política como algo exclusivamente formal, Batista e Mattos (2011) propõem um olhar sobre a política que extrapola a formalidade, ou seja, entende este conceito como parte de um debate social ativo e em transformação, que sofre influência de jogos de poder e práticas sociais. Neste sentido, é preciso relativizar o conceito de política, que por vezes deixa de ser linear e sofre mudanças, respondendo, ou não, aos problemas sociais.

A contextualização do objeto do presente estudo se faz necessária para que entendamos em que arena estamos entrando, que dispositivos engendram a elaboração de uma determinada ação (que se desdobra em um documento público) e o que dá visibilidade a determinados temas e não a outros. No entanto, não se almeja com este estudo, realizar uma revisão exaustiva sobre o surgimento das políticas públicas como disciplina ou mesmo da análise destas como ferramenta, tendo em vista que o foco do estudo se apresenta no desdobramento de tais políticas no âmbito da aids e mais especificamente da aids na infância.

Não se tem a pretensão de explorar aqui a noção clássica ou contemporânea de política, tampouco de desdobrar uma reflexão teórica acerca das três dimensões tradicionalmente discutidas nas ciências políticas, a saber, a dimensão das instituições políticas (*polity*), dos processos políticos (*politics*) e dos conteúdos da política (*policy*). Entretanto, é pertinente contextualizar algumas discussões importantes acerca da noção de política. Neste sentido, recorrendo ao Dicionário de Política (Bobbio, Mateucci & Pasquino, 1998) pode-se entender que apesar do termo política derivar da palavra pólis (*politikós*), ou seja, designar “tudo o que se refere à cidade e, conseqüentemente, o que é urbano, civil, público, e até mesmo sociável e social (...)” (p. 954), o conceito de política, usado originalmente para designar o estudo das “coisas do Estado”, alterou-se com o passar do tempo, referindo-se então às atividades ou práticas sociais humanas. O termo tem sido associado ao poder exercido por uma ou mais pessoas sobre outras, uma

vez que a política envolve processos desencadeados, de alguma forma, por algum tipo de interesse.

Neste sentido, estes autores problematizam a associação inexorável entre política e poder, citando clássicos como Hobbes e Russel<sup>10</sup>. Considerando, portanto, esta relação entre política e poder, os autores conjecturam que tendo a política, como objetivo a defesa de algum tipo de interesse, suas ações são voltadas para determinado fim. Neste sentido, o termo também designa conjuntos de ações voltadas para a consecução de objetivos. Nas palavras dos autores, a relação entre política e poder se traduz nas diferentes formas de ação do homem sobre o homem:

Há várias formas de poder do homem sobre o homem; o poder político é apenas uma delas. Na tradição clássica, que remonta especificamente a Aristóteles, eram consideradas três formas principais de poder: o poder paterno, o poder despótico e o poder político. Os critérios de distinção têm sido vários (...). Em Aristóteles se entrevê a distinção baseada no interesse daquele em benefício de quem se exerce o poder: o paterno se exerce pelo interesse dos filhos; o despótico, pelo interesse do senhor; o político, pelo interesse de quem governa e de quem é governado, o que ocorre apenas nas formas corretas de Governo (...). (Bobbio, Matteucci & Pasquino, 1998, p. 955).

Outra reflexão importante acerca da noção de política é a perpetrada pelo filósofo francês Jaques Rancière. Não serão exploradas aqui em profundidade as importantes e originais proposições deste autor, uma vez que este assunto poderia ser ele próprio, tema de uma dissertação de mestrado. Entretanto, as formulações de Rancière (2005) são pertinentes nesta análise das políticas públicas, pois este autor formula uma dupla noção para o termo política. Segundo o autor existem duas lógicas que se referem à política, entendida como “partilha do sensível”<sup>11</sup>: uma delas, que Rancière chama de “polícia” designa as estratégias de controle e domínio; a outra, que ele denomina “política” refere ao espaço dos antagonismos e do dissenso. A estas duas lógicas comumente se atribui o termo *política*, mas que o autor prefere diferenciar pelos termos “polícia” e “política” sendo ambas, contudo, constitutivas do termo política.

Segundo o filósofo, a primeira distribui os corpos nos espaços e é marcada por

<sup>10</sup> Enquanto para o primeiro o poder é definido como qualquer meio adequado à obtenção de alguma vantagem, para o segundo, o poder seria um conjunto de meios que permitem alcançar os efeitos desejados (Bobbio, Matteucci & Pasquino, 1998, p. 954).

<sup>11</sup> “sistema de evidências sensíveis que revela, ao mesmo tempo, a existência do comum e dos recortes que nele definem lugares e partes respectivas. Uma partilha do sensível fixa portanto, ao mesmo tempo, um comum partilhado e partes exclusivas” (Rancière, 2005, p.15)

hierarquias; e a segunda caracteriza-se pela atualização da igualdade, entendida pelo autor como uma reconfiguração desta partilha do sensível, na qual são redefinidos a comunidade e o comum. Comumente estas duas lógicas são denominadas pelo termo de política, mas Rancière (1996) estabelece tal distinção entre elas: a primeira, denominada “polícia”, compreende o “conjunto dos processos pelos quais se operam a agregação e o consentimento das coletividades, a organização dos poderes, a distribuição dos lugares e funções e os sistemas de legitimação dessa distribuição”<sup>12</sup> (p. 41). Vale destacar que esta noção de política como ‘polícia’ não pode ser identificada exclusivamente aos aparelhos do Estado, como maquinário político de imposição da ordem social, mas, sobretudo e também, esta noção estende-se à dimensão da política das relações sociais e das práticas cotidianas marcadas pela hierarquia. O que Jaques Rancière define como ‘política’ diz respeito ao universo da disputa, do conflito, do consenso, daquilo que abala as estruturas dadas e pré-estabelecidas na ordem social. Neste sentido, segundo este autor, a racionalidade própria da política é a racionalidade do dissenso capaz de produzir sujeitos políticos, entendidos como sujeitos da ação política, da transformação social. Assim, Pallamin (2010) aponta que “a ação política, via dissenso, rompe com a configuração dada ao estado de coisas, frequentemente naturalizada, em que as relações de dominação encontram-se firmadas ou cristalizadas, mudando os destinos e lugares ali definidos” (p. 08). Portanto, para este autor nada é *a priori* ou em si mesmo político, mas pode tornar-se político à medida que estabelecer tensões ao que está instituído.

Esta proposição permite conjecturar que talvez – e esta é uma suposição da qual esta dissertação reserva-se o direito de não corroborar ou refutar, mas de apenas, apontar enquanto suposição – possa-se constatar-se que o que se tem comumente definido como “políticas públicas” em DST/aids na infância, tratem-se, efetivamente daquilo que Jaques Rancière definiu como “polícia”, se for considerado o que este filósofo designa como sendo:

O conjunto de processos pelos quais se operam a agregação e o consentimento das coletividades, a organização dos poderes e a gestão das populações, a distribuição dos lugares e das funções e os sistemas de legitimação dessa distribuição. Proponho então dar a este conjunto de processos outro nome. Proponho chamá-lo de polícia, ampliando, portanto, o sentido habitual dessa noção, dando-lhe também um sentido neutro, não pejorativo, ao considerar as funções da vigilância e

---

<sup>12</sup> É pertinente destacar como essa sua noção de ‘polícia’ pode se aproximar, em certa medida, daquilo que Michel Foucault denomina disciplinas e técnicas de governo.

de repressão habitualmente associadas a essa palavra como formas particulares de uma ordem muito mais geral que é da distribuição sensível dos corpos em comunidade (Rancière, 1996, p. 372).

Neste sentido uma pesquisa como essa, que se propõe a analisar as políticas governamentais em HIV/aids na infância, permite entender em que medida as matrizes discursivas de diferentes campos de saber/poder contribuem para definir a intervenção estatal, o conteúdo dessas políticas no setor de saúde, tendo em vista que elas são, sobretudo, projetos políticos forjados por conjunturas sociais determinadas.

De acordo com Souza (2006), que realizou uma revisão bibliográfica sobre o tema, a política pública enquanto disciplina acadêmica e área do conhecimento teve seu início nos EUA, contrariando a tradição européia de estudos na área. Sob o pressuposto analítico de que “em democracias estáveis, aquilo que o governo faz ou deixa de fazer é passível de ser (a) formulado cientificamente e (b) analisado por pesquisadores independentes” (p.22) os estudos sobre políticas públicas se consolidaram e começaram a ganhar espaço como uma vertente da ciência política. Esta autora aborda o conceito de política pública como “o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, ‘colocar o governo em ação’ e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)” (p.26).

Guareschi, Lara e Adegas (2010) também enfatizam a posição do estado no campo das políticas públicas apontando que “o Estado, em conjunto com outras instituições, é produtor de políticas públicas que, depois de desenhadas e formuladas, tomam forma de planos, programas, projetos, bases de dados ou sistemas de informação e pesquisas” (p.333). Porém, a perspectiva de Guareschi, Lara e Adegas (2010) se aproxima um pouco mais da discussão apresentada na presente pesquisa, na medida em que aponta as políticas públicas como ações que se direcionam à vida dos indivíduos, ou seja, um investimento do Estado na vida da população.

Neste sentido, as políticas públicas enquanto ações que se destinam à vida dos indivíduos, enquanto estratégias governamentais e de governamentalidade que visam atuar sobre uma determinada situação que afeta a população, acabam por tornar-se um dispositivo de regulamentação e controle investido de poder. Assim, as tecnologias do biopoder dão condições para o governo das massas, da multiplicidade de indivíduos em determinados contextos de governabilidade, uma vez que “a biopolítica lida com a

população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder” (Foucault, 2005, p. 202-203). E a partir destas reflexões pode-se entender então como a sexualidade (e sobretudo, a sexualidade das mulheres) acaba sendo impreterivelmente, na modernidade e na contemporaneidade, alvo de investimento desse poder de regulamentação da vida. Não é de estranhar que a maternidade seja um objeto caro à ação política no Brasil. A sexualidade é dispositivo de governamentalidade populacional por meio de variados e complexos mecanismos regulamentadores. Nas palavras do autor:

a sexualidade, enquanto comportamento exatamente corporal, depende de um controle disciplinar, individualizante, em forma de vigilância permanente (...) e depois, por outro lado, a sexualidade se insere e adquire efeito, por seus efeitos procriadores, em processos biológicos amplos que concernem não mais ao corpo do indivíduo, mas a esse elemento, a essa unidade múltipla constituída pela população” (Foucault, 2005, p.300).

Tais pontos serão melhor discutidos e articulados no momento em que fragmentos dos textos analisados emergem da materialidade e começam a engendrar uma teia discursiva, ou melhor, usando a metáfora proposta, a roda começa a ser formada à medida em que os integrantes assumem suas posições, o círculo se forma e a brincadeira começa.

Daremos então, início à ciranda! Uma ciranda que tem como componentes as políticas públicas em HIV/aids no Brasil, a trajetória de uma epidemia, as crianças que vivem com HIV/aids, os jogos de saber/poder que constituem sujeitos e posições e a formação dos discursos em saúde pública.

Ao iniciar o processo de análise, um primeiro ponto que chama a atenção é a necessidade de se demarcar de que sujeito se fala. Até quando se está falando de crianças? Que idade delimita o “ser criança”? Pois bem, se recorrermos ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), documento nacional de referência no que concerne às crianças e adolescentes, observamos que a idade máxima para que o indivíduo seja considerado criança é a de 12 anos incompletos e adolescente, a pessoa entre 12 e 18 anos de idade. No entanto, em documentos inseridos no campo discursivo relacionado à aids, uma outra demarcação emerge. Na Portaria nº 2104 de 2002, que institui o Projeto

Nascer-Maternidades, é apontado que “a quase totalidade dos casos de aids em menores de 13 anos de idade no Brasil tem como fonte de infecção a transmissão vertical do HIV”. Neste momento, a estipulação de uma determinada “população” atingida pela aids de maneira particular é demarcada, ou seja, crianças que vivem com HIV/aids.

Esta designação tem relação com os dados do Boletim Epidemiológico (2011), que aponta um percentual de 85,8% dos casos de aids em menores de 13 anos pela via da transmissão vertical. Após esta idade, o cenário se transforma e a transmissão sexual ocupa lugar central nos índices de transmissão com 31,9% pela transmissão heterossexual, 20,7% homossexual, 11,5% bissexual, 16,8% usuários de drogas injetáveis e 0,1% por transmissão vertical em indivíduos com mais de 13 anos.

Portanto, apesar de o ECA considerar como criança a “pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade”, a portaria, assim como a maioria das políticas públicas em HIV/aids, vai adotar os 13 anos de idade como referencial para dizer sobre as crianças, o que está estreitamente relacionado à infecção pela transmissão vertical e a um campo de associação com a epidemiologia.

Segundo Ayres (1996), a epidemiologia tornou-se um valioso instrumento e uma disciplina que tem gerado um relevante crescimento do conhecimento acerca dos fenômenos de saúde e doença. Porém, o autor também ressalta que seus conceitos e métodos são orientados “de forma a abstrair das associações estabelecidas por seu intermédio as determinações propriamente sociais dos fenômenos que estuda” (p.17).

Neste sentido, o estabelecimento desta faixa etária como um marcador epidemiológico remete, conseqüentemente, à presença quase indissociável da mãe nos casos de aids em crianças (até 13 anos). Outro fator relevante é referente à transmissão sexual, que só começa a “aparecer” como dado epidemiológico significativo, em pessoas com mais de 13 anos. Estes dois dados começam a desenhar as ações de políticas públicas que se voltam para a criança no cenário da aids, considerando que as estratégias devem voltar-se prioritariamente para a transmissão vertical do HIV e não concentrar suas intervenções em um público que “não pratica sexo” e que, portanto, não se enquadra no contexto de forte ênfase na prevenção e tão marcado pelo discurso moral sobre o sexo e suas práticas. Tais hipóteses atravessam todo o tempo a presente pesquisa e serão melhor exploradas ao longo da construção do texto. Por hora, voltemos nossa atenção para outros componentes que fazem a roda funcionar, que dão forma às cantigas e engendram relações de poder, mas que nem sempre são claramente abordados.

Grande parte dos documentos analisados traz em seu conteúdo uma argumentação que podemos chamar de “discurso médico”, ou seja, a apropriação de um discurso bio-médico para pautar e justificar iniciativas e ações políticas no âmbito da saúde. Neste sentido, observou-se em alguns fragmentos uma preponderância do discurso bio-médico, como aparece, ainda na Portaria nº 2104 de 2002 (Doc. 01), no trecho: “a probabilidade de transmissão vertical do HIV na ausência de qualquer procedimento profilático é de 25,5%; resultados do Protocolo 076 do *AIDS Clinical Trial Group* (PACTG 076), evidenciou uma redução de 67,5% na taxa de transmissão vertical do HIV quando adotada a quimioprofilaxia com AZT e a não amamentação; 65% dos casos de transmissão vertical do HIV ocorrem no trabalho de parto e parto, e o aleitamento materno representa um risco adicional de 7% a 22%”. Nestes trechos, dados médicos e epidemiológicos legitimam ações que contribuem para a redução dos casos de transmissão vertical do HIV.

Desde o princípio da história da epidemia da aids, o saber médico ocupou posição de destaque, colaborando em grande parte para o conhecimento do novo vírus e das formas de enfrentamento a este. No entanto, tal apropriação do saber não está isenta de poder, muito pelo contrário, exerce e reproduz relações de poder no âmbito da aids e, de acordo com a análise proposta por esta pesquisa, nas políticas públicas em saúde. Foucault (1985) aponta que não entende o poder como uma dominação exercida por um grupo ou elemento sobre outro, mas sim como uma multiplicidade de correlações de força. “O poder está em toda parte; não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares (...) o poder não é uma instituição e nem uma estrutura, não é uma certa potência de que alguns sejam dotados: é o nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada” (p.89).

Foucault, em *Os Anormais* (2001b) traça uma trajetória cuidadosa e interessante sobre a construção de um saber médico imbuido de poder, principalmente relacionado à loucura e às relações familiares. Ele diz: “A nova família, a família substancial, a família afetiva e sexual, é ao mesmo tempo uma família medicalizada” (p. 316), ou seja, a vigilância sobre o que ocorre no interior da família e principalmente relacionado à criança, diz respeito ao Estado e deve ser submetido ao saber médico.

Aqui é importante refletir acerca de um enunciado bastante presente nos documentos analisados: a noção de risco e o lugar que ela ocupa nas formações discursivas das políticas públicas para infância com aids. Novamente as proposições

foucauldianas são bastante elucidativas nesta análise. Embora Foucault (1993, 2005) não tenha problematizado diretamente em seus textos e aulas a questão do risco, suas idéias sobre as relações entre poder e saber na modernidade e acerca do biopoder na regulamentação da vida e na gestão das populações, bem como, suas problematizações acerca da noção de governamentalidade, possibilitam uma reflexão neste sentido.

A partir dessas leituras, pode-se conjecturar que o risco, e sobretudo, o risco em saúde, funciona eficientemente como dispositivo de uma ordem “pós-disciplinar”, ou seja, em que não mais a disciplina produz subjetividades, mas em que o poder produtivo sobre a população, por meio da regulamentação dos modos de vida, funciona como tecnologia fundamental de produção de sujeitos na contemporaneidade. Esta ordem menos disciplinar e mais do biopoder, pressupõe a constituição de poderes e saberes que designam uma racionalidade prevencionista, na qual a gestão da vida (e dos corpos, dos processos de saúde/doença, do controle das epidemias, etc.) opera menos pela repressão e pela assistência, e muito mais, pela responsabilização de todos e de cada um, por suas vidas e, conseqüentemente, por sua própria saúde. A noção de risco, portanto, à luz de uma reflexão foucauldiana, permite a um tipo de governamentalidade que se faz à distância e, por meio da qual cada indivíduo é chamado a ocupar a posição de sujeito parceiro do Estado, pelo exercício de sua liberdade individual e de sua responsabilidade por seu próprio bem-estar ou por seu adoecimento. A noção de risco que atravessa as políticas aqui analisadas, portanto, inscreve-se como um modelo biopolítico e produtivo de exercício do poder.

Retomando aos documentos, na Resolução do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), nº 95 de 2000 podemos perceber esta posição do discurso médico em um fragmento. O documento traz: “É dever do médico solicitar à mulher, durante o acompanhamento pré-natal, a realização do exame para detecção do HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, resguardado o sigilo profissional”. Na resolução, ainda

fica estabelecido como dever do médico registrar a solicitação para o exame e a resposta da mulher (negativa ou positiva) frente ao mesmo. A solicitação do exame anti-HIV por parte do médico se caracteriza como uma poderosa ferramenta a cada dia mais utilizada para se avançar em termos de diagnóstico precoce do HIV, tendo em vista a posição de poder exercida pelo figura do médico. Neste sentido, encontramos um jogo discursivo ao tratar do registro da solicitação de exame, que exime a conduta médica de culpa, por ter desempenhado seu papel de solicitar e deixa recair sobre a mulher a responsabilidade pela transmissão ou não. No entanto, não se pode esquecer, que muitas vezes, a mulher acaba de se deparar com o diagnóstico positivo para o HIV, ou seja, é o seu corpo que está sendo inscrito em uma arena (des)conhecida e tomada pelo discurso moral.

É válido retomar, portanto, a pertinente reflexão de Michel Foucault (1993) a respeito da inexorável relação entre corpo e poder nas estratégias da biopolítica. O biopoder, o poder sobre a vida e sobre os corpos é, antes de mais nada, um poder que produz, que faz ver, que faz falar acerca dos corpos, das sexualidades. Como lembra o autor, o poder produtivo é muito menos o que reprime, censura, exclui ou silencia, se ele assim fosse, ele seria muito frágil. Se o poder é forte, é porque produz efeitos nos desejos, nos corpos, na vida, e também nos saberes. Nas palavras do autor: “O poder, longe de impedir o saber, o produz. Se foi possível constituir um saber sobre o corpo, foi através de um conjunto de disciplinas militares e escolares. E a partir de um poder sobre o corpo que foi possível um saber fisiológico, orgânico” (p. 148). Assim, os corpos das mulheres são mais do que matéria prima de inscrição simbólica da cultura no qual vivem ou das normas sociais que lhe são impostas pelas estratégias de governamentalidade, são eles mesmos fabricados pelos discursos que os atravessam, pelos dispositivos do biopoder.

Nesta perspectiva, discursos médicos e morais, são também entendidos não somente como sistemas lógicos de produção e resignificação do simbólico, mas fabricam a própria realidade que se propõem a falar. Como destaca Foucault: “vivemos em uma sociedade que em grande parte marcha ao ‘compasso da verdade’ – ou seja, que produz e faz circular discursos que funcionam como verdade, que passam por tal e que detêm por este motivo poderes específicos”. (Foucault, 1993, p. 231)

A questão da cobertura da testagem pré-natal para o HIV também é um ponto recorrente em alguns documentos que tratam da transmissão vertical e elaboram estratégias para sua redução. É interessante perceber que existe uma espécie de “lacuna”

entre a ênfase na prevenção da transmissão vertical do HIV e a realidade do acesso aos serviços disponibilizados. De acordo com a Portaria nº 2104 de 2002, setores como a Coordenação Nacional de DST e aids e o SISPRENATAL, apontam para a baixa cobertura da testagem no pré-natal (- de 40%). Essa cobertura se torna ainda mais frágil quando se tratam de “gestantes mais vulneráveis” sendo que, de acordo com o documento, essas vulnerabilidades são a baixa adesão ao pré-natal e a captação tardia.

Segundo a pesquisa de Buchalla, C; Bugamelli, L; Fillipe, E; Santos, N; Paiva, V. (2002) há uma falha no tocante à preparação dos profissionais de saúde para dar informações e apoio às mulheres soropositivas e uma falha no suporte profissional para auxiliar a mulher na tomada de escolhas. Os autores apontam que pode haver um receio por parte dos profissionais de saúde de que, ao serem informadas e adquirirem autonomia, “as pessoas se sintam respaldadas para tomar posturas com relação ao planejamento familiar das quais esses profissionais geralmente discordam, calcados em suas concepções técnicas e em seus próprios princípios morais e éticos.” (p.20). Alves, Reis, Santos, Westman (2010) realizaram um estudo que avaliou o grau de implementação do Projeto Nascer-Maternidades e concluíram que a implementação, no conjunto das 30 maternidades avaliadas, foi insatisfatória, pois componentes como insumo e atividade alcançaram valores abaixo do esperado. O estudo aponta, contudo, que a falta de organização dos serviços de saúde e a vulnerabilidade, tanto individual como social da população de mulheres que vivem com HIV atuam como dificultadores neste processo.

A Resolução do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), nº 95 de 2000, aborda este aspecto ao demonstrar uma preocupação com a crescente feminização da epidemia, prevalecendo as altas taxas de transmissão vertical do HIV “apesar da disponibilização de tratamento gratuito às gestantes na rede pública. Incluindo acesso aos medicamentos”. Neste ponto, a resolução estabelece uma relação que ressalta a descontinuidade da assistência, ou seja, “apesar” da disponibilização de insumos e intervenções técnicas, há uma lacuna que faz com que as taxas de transmissão vertical do HIV continuem altas. Mesmo se tratando de um documento do ano de 2000, o cenário não sofreu grandes alterações e podemos encontrar planos e programas que reforçam e destacam esta descontinuidade, como o “Plano Operacional para redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis” (2007) e o “Recomendações

para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em gestantes” (2010).

Grande parte dos documentos que abordam a redução da transmissão vertical do HIV como objetivo aponta para esta lacuna existente entre disponibilização de insumos e técnicas e a continuidade das elevadas taxas de transmissão. Parece um conflito sem resposta, mas são poucos os documentos que se concentram nos contextos de vulnerabilidade que envolvem esta mulher/mãe e que podem, de fato, influenciar na adesão ou não à testagem e ao tratamento. O Programa de Enfrentamento à Feminização da aids trabalha neste sentido e tem acarretado algumas mudanças neste cenário.

Tais argumetações abrem espaço, portanto, para nos questionarmos sobre o que gera a descontinuidade entre a eficácia da profilaxia e das tecnologias biomédicas e a baixa cobertura da testagem em gestantes?

Novamente respaldada pelo discurso biomédico, a lógica abordada é a de que: testagem para HIV (pré-parto imediato) + consentimento da gestante (e aconselhamento) = status sorológico de 100% das parturientes que não tenham realizado testagem durante o pré-natal. No entanto, é preciso atentar para alguns fatores que atravessam esta equação, fazendo com que o sucesso do resultado seja comprometido, como por exemplo, as dificuldades existentes no sistema de saúde (acesso, qualidade, distribuição, entre outros) que influenciam a testagem e o consentimento da gestante em um momento delicado (pré-parto imediato). Esta perspectiva conta com o consentimento unânime das gestantes no momento do pré-parto, não considerando as variáveis que podem influenciar nesta decisão, como o receio de saber-se soropositiva, da possibilidade de transmitir para o filho, de não ter “se cuidado” anteriormente, entre outras.

No plano ideal, a lógica que segue é a de que as mulheres que recebem a terapia antiretroviral (TARV) + os recém-nascidos que recebem medidas profiláticas = taxas de transmissão muito baixas (menos de 1%). Porém, o problema é que existe uma grande parcela de mulheres que não têm acesso ao diagnóstico e tratamento e isso se deve muito aos fatores de vulnerabilidade programática encontrados e que devem ser considerados em documentos como estes, visando uma aproximação da política pública com a realidade social.

De acordo com o Ministério da Saúde, que elaborou o documento preliminar Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral

em gestantes (2010), ainda que tenhamos obtido um avanço significativo na cobertura de realização do teste anti-HIV,

a insuficiente cobertura na realização desse teste no pré-natal ainda se mostra um importante fator limitador quando se pretende o pleno controle da TV do HIV.” (...) Isso sugere que os principais fatores que dificultam a diminuição das taxas nacionais de transmissão vertical do HIV são o diagnóstico tardio da infecção pelo HIV na gestação, a baixa adesão às recomendações técnicas por parte dos serviços de saúde (a exemplo dos que não oferecem a sorologia para o HIV durante o pré-natal nos períodos recomendados) e a qualidade da assistência, principalmente nas regiões com menor cobertura de serviços e menor acesso à rede de saúde. (p.06)

Abre-se, portanto, uma lacuna na qual componentes programáticos constroem contextos de vulnerabilidade constituintes do quadro de saúde brasileiro e que atravessam o cotidiano dos serviços. Ayres (1996) e Paiva & Santos (2007) afirmam que os componentes programáticos influenciam diretamente na elaboração de políticas públicas mais aproximadas do contexto social, ou seja, estratégias governamentais que estejam voltadas para o enfrentamento de determinadas situações, como cita Ayres (1996) "pronunciamentos oficiais demonstrando compromisso com a solução do problema expresso por autoridades locais, ações efetivamente propostas pelo Estado, coalização interinstitucional para atuação, planejamento de ações, qualidade do gerenciamento dessas (...)" (p.19) são fatores que atravessam as ações e, conseqüentemente, o resultado e alcance das mesmas.

A ausência ou mesmo inadequação de ações governamentais se desdobram em problemáticas como a apresentada anteriormente, na qual uma descontinuidade entre distribuição de insumos e a real “adesão” aos recursos torna-se dificultadora da execução satisfatória de programas e políticas. A vulnerabilidade programática, que se ancora no desenvolvimento de ações institucionais, como ressalta Ayres (1996), é constituinte dos contextos de vulnerabilidade que vivenciamos em na sociedade atual e reflete a demanda de políticas públicas que voltem a atenção para situações específicas, como é o caso da prevenção da transmissão vertical. Este fato está estreitamente relacionado às mulheres/mães que vivem com HIV e que se tornam alvo principal no cenário da prevenção da transmissão vertical e mesmo das crianças que vivem com HIV/aids.

Segundo um dos documentos analisados, o “Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades – referência para mulheres HIV positivas e outras que não podem amamentar”, de 2004, a passagem da mulher pela maternidade se torna um momento estratégico para a abordagem de profissionais capacitados e a testagem. Tal documento, apesar de tratar-se de um manual normativo, o que já nos diz sobre um certo controle sobre os corpos, traz uma linguagem interessante no que concerne ao cuidado de mulheres/mães no momento da testagem e revelação do diagnóstico, sendo constituído pelo discurso médico, mas com interface com o campo dos direitos humanos. Este “momento estratégico” da passagem da mulher pela maternidade, só é percebido desta forma, portanto, devido às dificuldades envolvidas no acesso aos serviços de saúde brasileiros e os contextos de vulnerabilidade que as constroem, como a desigualdade econômica e social, a falta de informação e educação para a saúde, o preconceito em suas diversas formas, entre outras.

A ciranda continua rodando e quem é colocada em posição de destaque na roda das estratégias de prevenção é, portanto, a mulher, que assume no contexto da transmissão vertical do HIV uma posição dupla de mulher e de mãe. A mulher passa a estar no centro das ações que visam a erradicação da transmissão vertical do HIV, tendo em vista o enfoque preventivo das políticas públicas, ou seja, mesmo se tratando de crianças que correm o “risco” de serem infectadas ou não, a mulher ocupa lugar central e ganha visibilidade neste contexto específico. Assim, por meio de complexos e nem sempre sutis dispositivos biopolíticos<sup>13</sup>, a saúde da mulher, no atual contexto brasileiro, acaba por ser (re)politicizada enquanto metáfora de pureza moral. Neste sentido, como afirmam Agnes Heller e Ferenc Fehér (1995, p.75):

Como a pureza é um valor moral tão positivo, e ao mesmo tempo tão intolerante (...) nada que seja oposto a ela pode pretender ocupar uma posição central, a menos que aceite o risco de que lhe seja aplicada a etiqueta de ‘perverso’ (numa versão suave) ou de diretamente ‘diabólico’. Não é nada disparatado ver nessa valorização moral

---

<sup>13</sup> Vale destacar a crítica proposta por feministas históricas frente à Medida Provisória 577 editada e assinada pela Presidenta Dilma Roussef, durante o recesso natalino, em 26 de dezembro de 2011, que regula a criação de um sistema nacional de cadastro e vigilância universal de gestantes e puérperas. A crítica tem sido de que por meio dela as mulheres pobres ficam sujeitas ao cadastramento compulsório, um dispositivo de vigilância dos corpos das mulheres. Para mais informações sobre este debate, sugiro a leitura da entrevista de Sônia Correa, co-coordenadora do SPW, disponível em: <http://www.viomundo.com.br/denuncias/sonia-correa-em-nome-do-maternalismo-toda-invasao-de-privacidade-e-permitida.html>

histórica uma tentativa (bio)política de repor a ‘saúde’ na sua posição central normativa.

Em meio a intervenções técnicas e médicas para a profilaxia da transmissão vertical do HIV, um dos aspectos relacionados à mulher neste cenário é a questão da amamentação. Ainda de acordo com o “Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades – referência para mulheres HIV positivas e outras que não podem amamentar”, após a confirmação do diagnóstico positivo para o HIV, determinadas condutas devem ser seguidas, sendo elas: “1- iniciar quimioprofilaxia, 2- coletar amostra para esclarecimento de diagnóstico, 3- inibição mecânica da lactação, 4- orientar a mulher quanto ao preparo da fórmula infantil”. É interessante perceber que nestas condutas estão presentes intervenções técnicas relevantes para a profilaxia da TV do HIV, porém o acesso à mulher e às questões específicas que a envolvem, como os fatores de vulnerabilidade e a sua condição enquanto mãe/mulher que vive com HIV (incluindo a possibilidade de transmissão para o filho), ficam submersas a procedimentos técnicos. Em outro trecho do mesmo documento uma perspectiva interessante é abordada, na medida em que aponta a amamentação como um elemento na relação a ser estabelecida e caminha no sentido de romper com a fusão entre o cuidar bem e o ato de amamentar: “a pessoa que demanda o cuidado é a prioridade, e a ação amamentar ou não amamentar, apenas um dos elementos que compõem o cuidar(...)”, o que difere do discurso apresentado na Portaria nº 2104/GM de 2002 na qual as demandas técnicas e médicas se sobressaem. No entanto, será que esta ação não se torna um “simples” elemento apenas quando se está falando de doenças infecciosas?

A política que encontramos hoje com relação à valorização e promoção do aleitamento materno, não coaduna com o quadro necessário de inibição (mecânica ou não) da lactação em casos positivos para o HIV. Ou seja, a mulher que ora é atravessada por um discurso que valoriza a amamentação, no momento em que se descobre soropositiva, deve absorver um discurso contrário a este. Sendo a inibição da lactação um procedimento necessário, também traz consigo a relevância de se avaliar em que situação se encontra essa mulher/mãe com relação à amamentação e sua condição sorológica, considerando que estas mulheres acabam de se deparar com o diagnóstico positivo para o HIV e, de acordo com Hugo (2007), esta impossibilidade de amamentar pode ser o primeiro sintoma visível da aids para muitas mulheres.

Portanto, torna-se necessário adotar ações que se preocupem sim com orientações práticas, como o preparo da fórmula infantil, mas também com questões assistenciais que darão sustentação para essa mulher e seu filho. Segundo Hugo (2007), embora na maioria das vezes a amamentação represente uma situação de benefício tanto para a criança quanto para a mãe, algumas vezes ela pode representar um “risco” ou como é colocada na Medida provisória nº 2.206 de 2001 e na Portaria nº 2104/GM de 2002, pelo enunciado “risco adicional”.

Carvalho (2009) pontua que sentimentos ambivalentes são encontrados nas mulheres que vivem com HIV e se encontram grávidas, sendo que o sentimento de culpa por colocar o filho em risco e o medo de transmitir a doença se contrasta com a idealização da maternidade. “Conseqüentemente, tanto a gestação quanto o período pós-parto são permeados pela incerteza quanto ao diagnóstico do filho, quando se exarcebam as preocupações e ansiedades com relação à saúde da criança” (p.21). Desta forma, torna-se relevante questionarmos então, até que ponto as políticas públicas dão visibilidade a estes aspectos?

A mulher, que neste contexto é enunciada na posição de mãe, ocupa uma determinada posição em nossa sociedade que é reproduzida também em documentos públicos, como na Medida Provisória nº 2.206 de 2001, que cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à saúde: “Bolsa-Alimentação” e dá outras providências e que, apesar de ter sido complementada pela Lei nº 10.836, de 2004<sup>14</sup> que trata da criação do programa “Bolsa-Família”, ainda se caracteriza como documento de referência para casos de mães soropositivas, já que o último não se ocupa desta temática. Na Medida Provisória, quem recebe o pagamento do benefício para crianças filhas de mães soropositivas é a mãe, como consta no trecho: “o pagamento do benefício é realizado diretamente à gestante/nutriz/mãe das crianças contempladas, sendo que na ausência da mãe, o pai ou responsável legal receberá o benefício”

Segundo Buchalla, et al. (2002) “O papel de ‘cuidadoras’ que as mulheres desempenham na sociedade faz com que, para a maioria delas, a primeira responsabilidade seja com a saúde de suas crianças e de outras pessoas da família, e, por isso, muitas vezes não se percebem sob risco” (p.13). Esta questão nos remete, portanto, ao lugar pré-determinado para a mulher como progenitora e cuidadora, responsável pela

---

<sup>14</sup> Este documento não faz parte do corpo de análise desta pesquisa, pois não abrange os núcleos de sentido pré-estabelecidos como critérios de inclusão.

casa e pela família e sua relação direta com a criança. No entanto, não se trata de questionar a grande parcela das mulheres que realmente exerce esta função, mas sim, de observar de que forma as políticas públicas instituem e reproduzem este lugar, não dando espaço e visibilidade para outras formas de vivência.

No Parecer nº 48 de 2003, que trata da fertilização assistida no caso de pacientes sorodiscordantes para o HIV, ou seja, casais nos quais o homem é soropositivo e a mulher soronegativa, o alvo não é especificamente a mulher. Neste documento quem ocupa a posição central é o homem, que neste caso, vive com o HIV. A consulta executada traz o questionamento com relação a uma tecnologia que realiza o processamento do sêmen com intuito de separar os espermatozoides sem a presença do vírus HIV, para casos de casais sorodiscordantes nos quais o homem está infectado e no qual a mulher é submetida à indução da ovulação para obtenção de óvulos. O parecer, no entanto, traz como resultado que “Não há impedimento ético na utilização de fertilização assistida nos casos de pacientes sorodiscordantes para o HIV, com a finalidade de diminuir os riscos de transmissão de infecção”.

Novamente a noção de risco é enunciada como dispositivo de orientação das tecnologias de biopoder nessas políticas governamentais. O enunciado “riscos de transmissão de infecção” remete à linguagem dos programas de saúde pública que buscam intervir junto a essa população, sendo essa linguagem de risco, produto e produtora de efeitos do biopoder que extrapolam as instâncias de organização formal dos serviços de saúde, estabelecendo produtivamente os critérios de classificação dessa população, fabricando e objetivando homens e mulheres, enquanto sujeitos alvos de investimentos médicos, pedagógicos, psicológicos, ou seja, alvos de diferentes saberes. Vale destacar, portanto, como essa utilização da linguagem dos riscos em saúde, apropriadas também por diferentes campos do conhecimento, visibiliza modos pelos quais são constituídas e (des)legitimadas diferentes formas de gestão da vida na modernidade tardia e das possibilidades de produção de sentido a elas associadas (Spink, 2001). Sendo assim, pode-se constatar que esses discursos são responsáveis por um efeito colateral que impõe uma dimensão persecutória aos indivíduos diante da idéia de promoção da saúde baseadas em modelos comportamentais legítimos para certos estilos de vida saudável e em estratégias que remetem à culpabilização preventiva daqueles que se expõem aos riscos previstos (Castiel & Alvarez-Dardet, 2007).

Em outro trecho do documento encontramos: “Um homem sopoositivo para o HIV, poderia infectar seu próprio filho através da contaminação da mulher”, nos levando a pensar que a posição de responsabilização (e/ou culpabilização) passa para o homem (uma posição diferenciada dos documentos 01, 03 e 32, nos quais a mulher ocupa lugar central). Podemos pensar, neste caso, que a mulher ocupa a posição de uma espécie de “condutora” do vírus até o filho. Neste sentido, torna-se interessante observar como, dependendo da origem e função do documento, a mulher ocupa uma posição diferenciada, sendo que ora é detentora da responsabilidade (como no “Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades – referência para mulheres HIV positivas e outras que não podem amamentar”, de 2004), ora é vítima no processo. Vale ressaltar que neste parecer, a mulher é soronegativa, ou seja, está eximida de “culpa” e acaba sendo “vítima” na transmissão do vírus ao filho.

Portanto, diferentes posições identitárias colocam a mulher frequentemente sob vigilância, muito associada à construção social do feminino no imaginário da sociedade. Neste sentido, discussões intensas e produtivas são levantadas por autoras feministas que trabalham no sentido de problematizar questões referentes aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, entendendo-os como direitos sociais que envolvem elementos de uma integridade corporal e controle sobre o próprio corpo. Para Corrêa e Petchesk (1996), é preciso abordar o terreno dos direitos sexuais e reprodutivos a partir da ótica do poder de tomar decisões acerca de processos de seu próprio corpo, assim como dos recursos disponíveis para sustentar tais decisões.

Ainda segundo Corrêa e Petchesk (1996), “a noção de corpo como parte integral do eu, cuja saúde e bem-estar (incluindo aí o prazer sexual) formam a base necessária para a participação ativa na vida social” (p.160). Desta forma, a integridade corporal e as decisões sobre esta unidade, tornam-se um direito social, saindo da esfera individual e de liberdades privadas. No entanto, dispositivos que fazem funcionar uma certa lógica de hierarquia de gênero, muitas vezes, são fortalecidos por medidas de vigilância em saúde pública – como é o caso dos documentos de políticas públicas aqui analisados – que acabam por se transformar em potencializadores de instrumentos de disciplinarização e governo dos corpos.

Neste sentido, as autoras salientam que as ações governamentais voltadas à saúde da mulher precisam ser entendidas dentro do tenso campo de formulações dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. Vale lembrar, por exemplo, que um dos

pontos cruciais desse debate acerca dos direitos sexuais e reprodutivos instaurado com o PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher) foi justamente a inclusão da anticoncepção como uma das atividades da assistência integral à saúde da mulher, ou seja, não apenas a posição das mulheres enquanto mães deveria ser contemplada nos discursos e práticas em saúde pública. Assim, na perspectiva da luta pela atenção integral à saúde da mulher no Brasil, foram enfatizadas a autonomia das mulheres no controle da fecundidade, o direito à contracepção e ao aborto legal. Como afirma Karen Giffin (2002) “foram reivindicadas, em primeiro plano, condições de controlar o corpo para evitar a reprodução, recusando a definição hegemônica da identidade feminina e sua redução à maternidade” (p.104).

É neste sentido que Corrêa e Petchesk (1996) apontam para a necessidade de revisitarmos conceitos estruturantes de nossa sociedade para vislumbrarmos uma transformação democrática. Para as autoras:

A crise global do HIV/AIDS complica mas não dominou o direito de todas as pessoas ao prazer sexual responsável e a um ambiente de apoio cultural e social. Para que mulheres e homens de diversas orientações sexuais possam expressar sua sexualidade sem medo ou risco de exclusão, doença ou morte, é preciso que exista um processo de educação sexual e uma ressocialização de homens e mulheres numa escala sem precedentes. Eis porque a integridade corporal tem necessariamente uma dimensão de direitos sociais que, hoje mais do que nunca, se apresenta como problema de vida ou morte (Corrêa & Petchesk, 1996, p. 163).

De acordo com um estudo realizado por Buchalla et al. (2002), que teve como objetivo analisar as questões referentes à sexualidade e saúde reprodutiva de 148 mulheres HIV positivas e os fatores que afetam seu acesso a práticas de prevenção, o ato de solicitar o uso do preservativo para o parceiro implica riscos específicos para a mulher, como por exemplo, questões culturais que atribuem juízo de valor (negativo) quando as mulheres mostram conhecimento e iniciativa no âmbito do relacionamento sexual, a “quebra de confiança” entre o casal frente à solicitação e até mesmo a dependência financeira em relação ao parceiro. Com isso, pode-se entender que o simples fato de a mulher mostrar uma maior autonomia com relação à prevenção e ao cuidado de si, já a coloca em uma posição desfavorável, de pré-juízo por parte do parceiro e da sociedade.

Trazer à luz a complexidade da epidemia da aids em mulheres, de acordo com o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST (2009), também corresponde à abordar questões sobre a desigualdade de gênero e as vulnerabilidades individuais e sociais que atingem as mulheres brasileiras. Como argumentação, o texto aponta que “as atribuições de poder desiguais entre homens e mulheres influenciam no acesso aos recursos produtivos e na autonomia para tomar decisões, incluindo decisões sexuais e reprodutivas”. Tais desigualdades de gênero vão se constituir, portanto, em fatores estruturantes da vulnerabilidade individuais e sociais de mulheres para a aids e outras DST.

Ainda de acordo com o plano (2009), em se tratando da feminização da epidemia da aids, “há uma convergência de fatores que configuram o que denominamos contextos de vulnerabilidade, gerando desafios que devem ser superados, em uma perspectiva integrada e intersetorial para o enfrentamento da epidemia” (p.24). Tais contextos de vulnerabilidade atingem as mulheres de forma singular, tendo em vista algumas particularidades que as deixam mais suscetíveis às DST e, conseqüentemente, ao HIV, ou seja, fatores como “as relações desiguais entre homens e mulheres, a falta de oportunidade de falar sobre sexualidade e conhecer seu corpo, a dificuldade em negociar o sexo protegido, o não uso do preservativo com o/a parceiro/a, as condições socioeconômicas e culturais que podem limitar o seu acesso a serviços, a falta de ações e informações adequadas” (p.21), são aspectos que contribuem para uma maior suscetibilidade à infecção.

O conceito de vulnerabilidade aplicado à área da saúde remete, como ressaltam Paiva & Santos (2007), a uma contextualização que envolve aspectos sociais e programáticos, para além de uma percepção apenas individual. Para os autores, abordar o conceito de vulnerabilidade acarreta a observação de três eixos integrados. O primeiro seria o componente individual, no qual a informação e a capacidade de assimilá-la do indivíduo são de fundamental importância e que de acordo com Ayres (1997) se ocupa dos comportamentos que criam a possibilidade de contato com o vírus. Um segundo eixo seria o componente social, que abrange fatores do meio social que atravessam e interferem na vida dos indivíduos, colaborando para uma situação mais ou menos vulnerável, como por exemplo, fatores como raça/etnia, gênero, sexo, orientação sexual, acesso à informação, escolarização, trabalho, entre outros. O terceiro eixo seria o componente programático, que se refere ao aspecto político, ou seja, a elaboração e

implementação de ações e estratégias de políticas públicas que atendam à demanda existente e à realidade social encontrada.

A noção de vulnerabilidade visa não à distinção daqueles que têm alguma chance de se expor à AIDS, mas sim ao fornecimento de elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema (Ayres, 1996, p.18).

No que se refere ao objeto da presente pesquisa, os contextos de vulnerabilidade atravessam de forma fundamental aspectos como a dificuldade de acesso e informação, a situação socioeconômica das pessoas que vivem com HIV/aids, o papel executado pelas ONGs no panorama social brasileiro, a forma como mulheres e crianças são vistas no interior da epidemia da aids, entre outros aspectos que se desdobram em “problemas” que devem ser percebidos como políticos para que se tornem alvo de políticas públicas.

#### **4.1 E dançam as “as crianças filhas de mães soropositivas” e as “crianças que vivem com HIV/aids”**

Estamos diante de uma intrincada teia discursiva, uma ciranda constituída de diversos elementos que a fazem funcionar e, na qual a criança ocupa diferentes posições e é enunciada à partir de diferentes perspectivas. No percurso de análise, a cadência da cantiga aponta certos caminhos e ressalta determinados enunciados que orientam o olhar enquanto pesquisadora. Aos poucos, a percepção de que não se trata de uma única infância e sim de “infâncias”<sup>15</sup> enunciadas por diferentes jogos de saber/poder no interior do discurso de estratégias governamentais, começa a ganhar contornos mais nítidos.

Juntando os integrantes, dando as mãos para começar a roda, enunciados emergem da materialidade discursiva ajudando a formar o círculo. E são tais formações discursivas que vão, possibilitar uma reflexão acerca das perguntas que atravessam esta

---

<sup>15</sup> Ao abordar a perspectiva de que existem “infâncias” e não somente uma única infância, pautada em um conceito solidificado e universal de uma “fase da vida” plena e ideal, compartilho do ponto de vista que toma a infância como uma construção social, produtora e reprodutora do contexto social e histórico no qual está inserida, como apontado por Cruz (2005), Corazza (1998), Bujes (2000 b) e Freitas e Kuhlmann Jr. (2002).

pesquisa. Sem a pretensão de responder a todas elas, caminhamos no sentido de procurar argumentos para novos questionamentos, problematizar situações pré-determinadas, duvidar de verdades legitimadas e hierarquias de posições.

Como Foucault (2009) aponta em “A Arqueologia do Saber”:

É preciso pôr em questão, novamente, essas sínteses acabadas, esses agrupamentos que, na maioria das vezes, são aceitos antes de qualquer exame, esses laços cuja validade é reconhecida desde o início; é preciso desalojar essas formas e essas forças obscuras pelas quais se têm o hábito de interligar os discursos dos homens; é preciso expulsá-las da sombra onde reinam (p.24).

No percurso de análise, um ponto que chamou a atenção foi o fato de existir uma determinada “infância” que recebe cuidados profiláticos e que está inserida no discurso sobre prevenção e tratamento da aids, enquanto que na roda ao lado, também existe uma outra “infância”, que é silenciada a partir do momento em que é “reconhecida” como soropositiva. Dois enunciados passam então a orientar um jogo de visibilidade/invisibilidade na ciranda que fala sobre crianças e aids. São eles: “*as crianças filhas de mães soropositivas*” e as “*crianças que vivem com HIV/aids*”.

Tais posições de sujeitos começam a aparecer no corpo documental na medida em que determinadas ações são pensadas e destinadas às crianças, filhas de mães soropositivas, que acabam de nascer e que devem receber os cuidados para a não transmissão do vírus da mãe para o bebê, como é o caso da Portaria nº 2104 de 2002, que aponta em seus objetivos específicos II, III e VI “garantir medidas profiláticas de transmissão vertical do HIV para 100% das parturientes HIV positivas detectadas e seus

*recém-natos*; garantir o seguimento especializado das puérperas HIV positivas e seus

*recém-natos*; criar mecanismos para a disponibilização de fórmula infantil a todos os

*recém-nascidos* expostos ao HIV, desde o seu nascimento até o sexto mês de idade, com

vistas à promoção adequada de seu desenvolvimento pondero-estatural”. O termo

*recém-nato* demarca, portanto, que existe um conjunto de ações que se concentram do princípio da vida da criança, até os 6 meses de idade. Este apontamento acaba por designar uma infância inserida na temática da aids – mais especificamente de prevenção e tratamento - que é alvo de intervenções, ou seja, a infância do recém-nascido que precisa receber intervenções técnicas/médicas para não ser infectado pelo vírus HIV.

Ainda nesta portaria vemos que após a confirmação do diagnóstico positivo para o HIV na mulher no momento do pós-parto, a orientação é de que seja realizada a inibição definitiva da lactação (manutenção do enfaixamento e/ou inibidor de lactação), o encaminhamento da mulher para acompanhamento clínico/laboratorial e terapêutico em serviço especializado para HIV (SAE) e o encaminhamento do recém-nascido para acompanhamento clínico e laboratorial em serviço especializado para crianças expostas ao HIV. Ou seja, a criança, exposta ao HIV, segue para acompanhamento clínico e realização dos procedimentos médicos adequados, mas até este momento, sua soropositividade para o HIV ainda é desconhecida.

Novamente entra em cena a noção de risco, designando diferentes posições de sujeito, na medida em que a antecipação do diagnóstico e a prevenção da transmissão enunciam as verdades sobre os rumos a serem tomados quanto ao futuro (e à gestão das vidas) dessas crianças. Verdades que se articulam na definição de sua situação de risco, produzindo diversas modalidades de infância e diferentes alvos de intervenção estatal, que vão se definir de acordo com diferentes objetivos e enunciações, em termos de campos disciplinares, nos quais estes indivíduos se constituem enquanto sujeitos do biopoder. Assim, a noção de risco “possibilita entender como são definidas as relações entre governantes e governados: ou seja, a quem compete legislar sobre os risco nas

diferentes esferas do fazer humano” (Spink, 2001, p. 159), fazendo funcionar um eficiente mecanismo da biopolítica: a gestão dos riscos, que passa a constituir-se então como uma estratégia de governo das populações no âmbito da saúde. Sendo que, “para cada risco, cria-se a necessidade de avaliação e regulação, com a conseqüente contratação de especialistas e criação de comissões técnicas responsáveis pela avaliação dos riscos” (Spink, 2001, p. 169).

Ponto semelhante também pode ser observado na Resolução do Conselho Regional de Medicina (CREMESP), nº 95 de 2000, na qual destaca-se a eficácia comprovada do tratamento ARV durante a gravidez, parto e primeiras semanas de vida, reduzindo o risco de um *recém nascido* contrair o HIV de uma gestante soropositiva. Novamente, a marca “primeiras semanas de vida” nos remete à problematização de que existem “infâncias” alvo de políticas públicas, ou seja, há uma concentração de ações para crianças recém-nascidas, que fazem parte do contexto de ações de prevenção da TV do vírus. Ao final, o documento ressalta a necessidade de que os serviços de saúde proporcionem condições de trabalho (disponibilizando insumos) “bem como assistência ao pré-natal, parto e puerpério e atendimento ao *recém nascido*”.

Já no Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades – referência para mulheres hiv positivas e outras que não podem amamentar, de 2004, são sugeridas como medidas de proteção ao *recém-nascido* o uso do AZT em solução oral, alimentação e inibição da lactação.

A demarcação de ações que se destinem à *prevenção* da transmissão do vírus HIV da mulher para o seu filho – que se inicia no período gestacional, mas que com os fatores de vulnerabilidade que afetam o acesso da mulher aos serviços especializados, acabam sendo executadas no momento do pós-parto – é ressaltada em documentos públicos e suas atribuições designadas ao poder público, como pode-se perceber no Decreto Estadual (Minas Gerais) nº 41.472 de 2000 que aponta como atribuições da Secretaria do Estado da Saúde o atendimento à demanda, a complementariedade das ações dos municípios, a capacitação de profissionais para atendimento às gestantes portadoras do HIV e *recém-nascidos* sob risco de infecção e informações às gestantes.

São em tais considerações, portanto, que a política brasileira para redução da TV do HIV encontra sustentação e que estão compiladas no documento Recomendações para Profilaxia da TV do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes (2003). Tal documento aponta as principais diretrizes a serem seguidas, como o oferecimento do

teste para diagnóstico em todos os momentos de contato com a gestante (teste voluntário e confidencial), a TARV e a profilaxia com AZT no trabalho de parto, parto e para o recém-nascido, a informação para a mulher quanto aos riscos da transmissão pelo aleitamento e início da inibição da lactação e alimentação da criança com fórmula infantil. Para mães que tiveram o diagnóstico no momento do parto, o documento sugere uma atenção especial ao vínculo mãe/bebê, o suporte familiar e o apoio psicológico e social, o que é relevante tratando-se de um documento de recomendações técnicas.

No centro da roda agora dançam então, as “*crianças filhas de mães soropositivas*”! Crianças que dançam não por serem crianças que podem ou não ter aids, mas por terem mães portadoras do vírus. E como a ciranda da aids tem como tema primordial a prevenção, a infância que entra na “brincadeira” é a infância que ainda pode “ser salva”, a infância que, se todos os artificios de controle do corpo da mãe forem aplicados, poderá fazer parte da ciranda da infância ideal, pura e guardiã do futuro.

Inseridas nesta lógica, as políticas públicas, por vezes, (re)produzem este lugar de uma determinada infância que é alvo de cuidados no cenário da aids, como pode ser observado na Medida Provisória nº 2.206 de 2001, que diz: “Crianças filhas de mães soropositivas para o HIV/aids poderão receber o benefício desde o seu nascimento”.

Dentro desta lógica podemos entender que a *criança* será portadora do benefício desde o nascimento. No entanto, não necessariamente ela será HIV+, pois o que o documento nos diz é que “Crianças filhas de mães soropositivas...” receberão o benefício, ou seja, a criança não precisa ter sido infectada pela via da transmissão vertical para receber o benefício, basta ela ser “*filha de mãe soropositiva*”.

Duas podem ser as questões sobre este ponto: basta a mãe ser soropositiva para a criança receber o benefício? Ou, “crianças filhas de mães soropositivas” são consideradas “crianças que vivem com aids”? Resta-nos então questionar e, em um esforço de resistência à hierarquização de lugares, dizer que o fato de uma criança ser filha de uma mulher que tem o vírus HIV não a torna, conseqüentemente, uma criança com aids. Mas do outro lado da moeda, o fato de ela ser filha de uma mulher soropositiva, a insere na arena de políticas públicas em HIV/aids, enquanto que o fato de ela própria ser portadora do vírus a invisibiliza neste contexto.

Parece existir certa confusão ao se abordar as diferentes posições da criança no contexto da aids, sendo esta atravessada de diferentes formas pelas designações “*criança filha de mãe soropositiva para o HIV*” e “*criança que vive com HIV/aids*”. A criança filha de mãe soropositiva torna-se alvo das políticas públicas pela ênfase dada à transmissão vertical, no entanto, ela pode ou não ter sido infectada pelo vírus, o que não se sabe até a confirmação do diagnóstico. Já a criança que vive com HIV/aids, ou seja, aquela criança que recebe atenção antes mesmo de se saber soropositiva, deixa de ser alvo das políticas após seu diagnóstico, sendo raramente enunciada nos documentos públicos que tratam sobre a aids.

Aqui uma importante discussão faz emergir a questão da construção social das identidades a partir das diferenças e a constatação de seu caráter cultural, instável e articulado a relações de poder e a designações de verdades de diferentes (e hierarquizados) campos de saber. E as próprias diferenças que constituem as identidades também não podem ser entendidas como categoria universal e natural, a diferença é ela mesma produto dos jogos de força que designam as posições de sujeitos da infância com aids.

As identidades são produzidas no interior de práticas de significação, por isso adquirem uma materialidade discursiva real, tornam-se o real nos espaços de articulação, de sentidos em que está em jogo uma multiplicidade de categorias referenciais que se fazem a todo o momento, marcando, instituindo e constituindo novas formas dos grupos sociais definirem a si próprios e serem definidos pelos outros. (...) Nesse debate em torno das diferenças, nossa atenção deve voltar-se justamente aos modos pelos quais se constituem estas diferenças, muitas vezes tomadas como sendo da própria natureza ou essência do ser. Um dos primeiros pontos a ser assinalado na desconstrução de uma idéia essencialista das diferenças e identidades, repousa no fato de que o próprio estabelecimento da diferença sustenta-se em sistemas classificatórios criados culturalmente e que, em si, não possuem absolutamente nada de natural. (...) Se remetermo-nos, por exemplo, a uma determinada identidade de infância ou adolescência ditas normais, estamos instituindo outras identidades de infância e outras adolescências “diferentes” da norma. Esse tipo de articulação é o que define a identidade como algo relacional, sustentada pela exclusão, por aquilo que não é (Hüning & Guareschi, 2002, p.43).

De acordo com Louro (2000) as identidades sociais, que se ancoram nos corpos, se definem no âmbito da cultura e da história e são, sobretudo, políticas, como a presente pesquisa vem elucidar em sua análise de documentos. Neste caso, existem posições identitárias que se tornam dispositivo de visibilidade no contexto de políticas

públicas, como é o caso das crianças filhas de mães soropositivas e outras que permanecem silenciadas. Nesta construção social de identidades, algumas posições identitárias ganham visibilidade, outras são silenciadas através dos jogos de poder que constituem os discursos, como afirma Louro (2000) sobre as identidades: “as formas como elas se representam ou são representadas, os significados que atribuem às suas experiências e práticas é, sempre, atravessado e marcado por relações de poder” (p.13).

Esta lógica nos leva a questionar que jogos de saber/poder estão envolvidos nesta teia de visibilidade/invisibilidade com relação à criança, que tornam visíveis as crianças filhas de mães soropositivas e invisibilizam a infância que vive com a aids? É válido pensar, portanto, que dispositivos fazem ver e fazem falar nesta lógica? Se não é a aids que ocupa esta posição, será a mãe/mulher, o dispositivo que subsidia políticas públicas voltadas para a infância no contexto da aids?

No entanto, ainda hoje existem crianças que vivem com o HIV/aids, que têm necessidades singulares e que estão imersas em um contexto no qual os discursos sobre sexo, prevenção, moralidade e preconceito são constantes e atravessam sua constituição enquanto sujeitos. De acordo com Doring, França-Junior e Stella (2006) o próprio governo admite limitações no alcance de ações que se destinem às crianças, como constatado em um documento da UNGASS<sup>16</sup>, no qual o governo responde ao questionamento sobre se existe no país uma política ou estratégia dirigida às crianças vulneráveis, com a seguinte descrição: “Casas de apoio para crianças afetadas pelo HIV/Aids; disponibilidade de fórmulas lácteas para crianças expostas à transmissão vertical do HIV; projetos de intervenção específicos para crianças vivendo nas ruas e adolescentes encarcerados”.

Com relação à literatura, o tema se torna ainda mais escasso quando relacionado ao campo dos direitos humanos, havendo uma marginalização das crianças nos debates globais com relação à resposta à aids e uma prevalência de documentos técnicos e com um discurso bio-médico (Doring, França-Junior & Stella, 2006; JLICA, 2009).

No documento analisado “Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades – referência para mulheres HIV positivas e outras que não podem amamentar”, de 2004, ao tratar da inibição da lactação, o texto traz uma perspectiva interessante com relação à amamentação como um elemento do cuidar, mas logo em

---

<sup>16</sup> Follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS) Brazil Reporting period: January-December 2002. Disponível em [http://data.unaids.org/Topics/UNGASS2003/Americas/Brazil\\_UNGASSreport\\_2003-2\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Topics/UNGASS2003/Americas/Brazil_UNGASSreport_2003-2_en.pdf)

seguida, assinala que “(...) o objetivo maior é o de prevenir a instalação de doenças incuráveis, promotoras de uma existência limitada, sofrida e/ou a morte prematura da criança”. No interior deste pensamento é possível perceber que, novamente, a prevenção se destaca como pano de fundo das ações em DST/HIV/aids, porém, o que chama a atenção é a posição de vítima da criança que vive com HIV, que, de acordo com o documento, está fadada ao sofrimento e a uma vida repleta de limitações. Contudo, resistindo a esses jogos de poder que atravessam a ciranda da aids, hoje estas crianças não morrem prematuramente e nem tampouco vivem em um sofrimento “sem cura” por conta de sua condição sorológica. Estas crianças são submetidas a frequentes consultas médicas e devem aderir à terapia anti-retroviral, mas também vão à escola, brincam, namoram, e quando crescem, muitas delas tornam-se ativistas na luta contra a aids, querem exercer cargos públicos e fazer valer seus direitos enquanto cidadãs.

Porém, o lugar de criança/vítima no panorãma da aids vem legitimar uma posição que não justifica a elaboração de políticas públicas de *prevenção* para este público. Para quê, afinal, elaborar e implementar políticas públicas para crianças vitimadas e que ocupam uma posição tão passiva no cenário da aids? Para quê direcionar uma política para indivíduos que ainda “não praticam sexo”? É importante, neste sentido, analisar como no caso da aids a infecção está estreitamente relacionada a um discurso moral sobre o sexo (ou sobre o “mal sexo”) e a um discurso de culpabilização amparado em conceitos heterossexistas e hierarquias de gênero (Pelúcio & Miskolci, 2009), a inserção de um conceito tão ideal e imbuído de pureza como o de “infância” não coaduna com as estratégias de prevenção direcionadas às pessoas que vivem com HIV/aids.

As políticas de prevenção – mesmo que sem intencionalidade – vivem o paradoxo de se tornarem expressão de reinvestimento no pânico sexual originário, já que a luta contra o estigma ainda carece de uma crítica aos axiomas biopatologizantes e, sobretudo, de uma problematização da ordem social como um todo, ao invés do foco em “grupos”, “minorias” ou “culturas sexuais dissidentes” (Pelúcio & Miskolci, 2009, p. 142).

A prevenção, que segundo Pelúcio & Miskolci (2009) caracteriza-se por um conjunto de normas, parâmetros e diretrizes que pautam condutas a serem seguidas, é tomada como estratégia fundamental e primordial no âmbito da aids internacionalmente e como sugere Parker (2002), este fato se dá também por uma questão financeira e de

sustentabilidade dos programas, pois é preciso que haja uma contenção do número de casos da doença.

E no jogo discursivo desta “roda”, a *criança que vive com HIV* fica de fora, pois assume posição indiscutivelmente maior de vítima, do que de agente de transformação e/ou potencial alvo para a prevenção. É válido ressaltar, novamente, que o mesmo não acontece com a transmissão vertical do HIV, ou seja, a mulher/mãe soropositiva e seu filho/a estão inseridos na roda e são alvo de ações preventivas.

Assim, foi este caminho que a presente pesquisa procurou seguir. Ora, se as crianças que têm o vírus HIV hoje tornam-se adolescentes e chegam mesmo a terem seus filhos, porque não inseri-las nas políticas públicas que falam de prevenção? Porque somente quando se tornam adolescentes, muitas vezes recém saídos de Casas de Apoio, estes passam a “integrar” os discursos sobre transmissão, aids e sexualidade?

Uma hipótese levantada por esta pesquisa e confirmada por meio da análise dos documentos selecionados é a de que a percepção de que as crianças não têm uma vida sexual e, por este fato, são vistas como um ser “assexuado”, as invisibiliza no campo das políticas públicas em HIV/aids, que conseqüentemente, estão inseridas em um discurso moral sobre o sexo.

Como pontua Foucault (1985)

“[...] falar de sexo com as crianças, fazer falarem elas mesmas, encerrá-las numa teia de discurso que ora se diregem a elas, ora falam delas, impondo-lhes conhecimentos canônicos ou formando, a partir delas, um saber que lhes escapa - tudo isso permite vincular a intensificação dos poderes à multiplicação do discurso” (p.32)

Neste sentido, uma falha comumente cometida é a abordagem de *sexo* e *sexualidade* como se representassem a mesma coisa, um mesmo conceito, ou seja, a criança de até 13 anos de idade, que no âmbito da aids, como vimos no início da análise, está marcada pela transmissão vertical e não pela transmissão sexual, ocupa a posição de sujeito “assexuado” e, portanto, um sujeito que não coaduna com os enunciados que dizem sobre prevenção ao HIV.

Abordada desta forma, a sexualidade de crianças ficam submersas a interdições e “não ditos”, principalmente se falar sobre esta sexualidade significa também, falar de cuidados, vírus, transmissão sexual, formas de proteção, entre outros. Para Foucault (1985), constatar o fato de a criança “não ter sexo”, configura-se em uma “boa razão

para interdita-lo, razão para proibi-las de falarem dele, razão para fechar os olhos e tapar os ouvidos onde quer que venham a manifestá-lo, razão para impor um silêncio geral e aplicado” (p.10).

Louro (2000) sugere que a escola desempenha uma relevante e delicada função neste sentido, já que se caracteriza como uma instituição que deveria acolher tais processos. Nas palavras da autora, que tenta “traduzir” o imaginário comum da sociedade:

É preciso manter a "inocência" e a "pureza" das crianças (e, se possível, dos adolescentes), ainda que isso implique no silenciamento e na negação da curiosidade e dos saberes infantis e juvenis sobre as identidades, as fantasias e as práticas sexuais. Aqueles e aquelas que se atrevem a expressar, de forma mais evidente, sua sexualidade são alvo imediato de redobrada vigilância, ficam "marcados" como figuras que se desviam do esperado, por adotarem atitudes ou comportamentos que não são condizentes com o espaço escolar. (Louro, 2000, p.20).

No entanto, este silenciamento não extingue a curiosidade e desejo de descoberta existente na infância, no mínimo funciona como mais uma técnica de governo e disciplina sobre os corpos, na intenção de não abalar uma *pseudo* segurança adulta de que não falando, também não seja preciso problematizar a sexualidade infantil.

Ao traçar uma trajetória na qual crianças tornam-se alvos potenciais de controle e docilização e como ressalta Bujes (2000b), objetos privilegiados de intervenções políticas, econômicas e pedagógicas, Foucault (2001b) resgata a questão da masturbação infantil, vista como um grande problema no séc. XVIII, dado o interesse político e econômico na sobrevivência das crianças, evitando despesas desnecessárias para o Estado e transformando a família em um aparelho intenso de vigilância.

Já neste período, a sexualidade de crianças incitava a promoção de artifícios que tinham como função escondê-la, negá-la, torná-la invisível. A patologização do interesse visto como “premature” pelo sexo fez com que mecanismos fossem criados de forma a vigiar e punir os indivíduos – especialmente crianças – que se comportassem de tal forma, como por exemplo, o uso de corpetes, ataduras, cintos e até mesmo intervenções cirúrgicas como a retirada do clitóris e a cauterização da uretra (Foucault, 2001; Rubin, 2003).

Rubin (2003) aponta que: “Apesar das mais horríveis técnicas terem sido abandonadas as atitudes que as produziram persistem. A noção de que o sexo é

prejudicial aos jovens foi inculcada em extensivas estruturas sociais e legais desenvolvidas para isolar os menores do conhecimento e experiências sexuais” (p.02). Partindo do princípio de que as políticas públicas produzem e legitimam verdades, retomemos aos documentos analisados para avaliar esta perspectiva destacada por Rubin (2003), em diversas estruturas. Na Portaria Interministerial nº 796 de 1992, que tem dois poderosos campos de associação vinculados a ela, ou seja, o campo da educação e o da saúde e que traz como recomendações “Normas e procedimentos educativos referente à transmissão e prevenção da infecção pelo HIV”, em um determinado trecho, de seu anexo denominado “AIDS nas Escolas”, aponta como uma preocupação legítima a questão da transmissão do HIV no ambiente escolar. No entanto, logo a seguir, caracteriza como “desprezível” o perigo “no que se refere às crianças que ainda não iniciaram atividade sexual ou encontram-se em idades nas quais o uso de drogas pela via endovenosa é muito pouco frequente (...)”<sup>17</sup>.

Este fragmento torna-se interessante, pois ressalta a existência de uma verdade legitimada, ou seja, a de que a criança não pratica sexo e, conseqüentemente, não têm sexualidade, ou esta é ignorada. A designação de sexo e sexualidade como se fossem um mesmo conceito invisibiliza questões pertinentes à sexualidade das crianças e as necessidades em termos de ações de prevenção para este público. Relembrando que as políticas de prevenção no âmbito da aids estão significativamente vinculadas à questão do sexo e à práticas sexuais, envolvendo um controle dos corpos destas pessoas que se inserem em um quadro de “perigo” ou “comportamentos perigosos”. Neste cenário, a criança parece “não se encaixar” e, portanto, não ser percebida como alvo de políticas públicas no panorama da aids.

Gayle Rubin (2003) assinala que como o gênero, a sexualidade é política e é “organizada em sistemas de poder os quais recompensam e encorajam alguns indivíduos e atividades ao passo em que punem e suprimem outros (p. 44). Nesta perspectiva, o percurso de análise nos leva a entender que, a sexualidade, sendo política, também atua como dispositivo de visibilidade e invisibilidade, principalmente em se tratando da epidemia da aids, que tem o sexo com algoz e, ao mesmo tempo, chave para prevenção.

---

<sup>17</sup> É preciso considerar que a presente portaria é do ano de 1992, mas talvez fosse preciso rever alguns fatores como o alto índice de gravidez na adolescência, que nos diz sobre uma iniciação sexual cada vez mais precoce e na possibilidade de se implementar ações que fortaleçam atores sociais que possam resitir aos discursos de discriminação e opressão que circundam a aids e as pessoas que vivem e convivem com ela.

Mas a cena fica um pouco mais confusa quando estamos falando de crianças e enunciados que não coadunam, ou seja, tomamos em uma mesma política pública infância e aids, transmissão sexual e transmissão vertical, culpabilização e criança vítima, ideal de futuro e medo com relação à sorologia.

Quando falamos de infância e políticas públicas, vemos uma posição de sujeito atualmente “empoderada”, com “prioridade absoluta” de direitos, como é descrito no ECA. O projeto de construção de uma nação como apontam Rizzini (2008) e Guareschi, Lara & Adegas (2010), faz com que o cuidado com a criança e a proteção da infância se tornem objetivos necessários e de dimensão política de controle em nome da ordem social. A preocupação com o infantil passa a ser abordada também pela ótica econômica e política, atravessada por discursos médicos, pedagógicos, psicológicos e morais (Cruz, Guareschi, Hillesheim, 2005).

Em um fragmento do “Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades – referência para mulheres HIV positivas e outras que não podem amamentar”, de 2004, há um destaque para o “direito à vida” como o primeiro de todos os direitos e o dever da família, comunidade, sociedade e Poder Público em assegurar à criança, com prioridade absoluta, a efetivação dos direitos referentes à vida, baseado nos preceitos do ECA. O dever de cuidar da criança fica estabelecido, portanto, para aqueles que exercem o controle, ou seja, os jogos de poder fazem funcionar certas hierarquias nas quais adultos podem falar, responder e criar normas que falam pela/para a criança.

O enunciado “com prioridade absoluta” demarca o lugar ocupado pela infância/criança no discurso da legislação e das políticas públicas de modo geral, designando uma infância que deve estar em lugar privilegiado quando se trata de direitos referentes à vida. Porém, Castro (2007) lembra que os adultos são chamados a ocupar uma posição de representantes das crianças, contudo, estes não sabem ao certo se estão dando voz, de fato, aos reais interesses de crianças e adolescentes. Castro (2007) destaca ainda que “Não somos crianças e nem somos jovens; no máximo forjamos uma identificação, quase impossível, com o quê imaginamos que possam ser seus anseios e interesses” (p. 04).

Ou seja, poderíamos afirmar que crianças e jovens estão posicionados numa situação de total invisibilidade política uma vez que seus interesses são, necessariamente, articulados por outros, e não por eles mesmos, sem que qualquer outro dispositivo possa ser acionado a seu

favor, no caso dessa representatividade ser uma mentira (Castro, 2007, p. 04).

Com isso, na analogia com a ciranda, no jogo das rodas de visibilidade e invisibilidade, a criança, “sujeito de direitos” como designa o ECA, participa da roda das políticas públicas, mas representada por adultos e fica “fora” do campo discursivo da política na sociedade (Castro, 2007). No entanto, esta pesquisa compartilha da perspectiva de Cruz, Guareschi & Hillesheim (2005), que ressaltam as políticas públicas como produtoras de determinadas formas de ser criança em nossa sociedade, ou seja, “fabricam” sujeitos e posições a serem ocupadas por estes.

Portanto, ao falar em infância não remetemos a uma abstração, mas a uma construção discursiva que institui determinadas posições – não só das crianças, mas também da família, dos pais, das mães, das instituições escolares, entre outros, instituindo determinados modos de ser e viver a infância e não outros. (Cruz, Guareschi & Hillesheim, 2005, p. 42).

No documento Parecer nº 01 de 1993 - Paraná/PR, assim como no Parecer da Câmara Técnica de Ética e cidadania de DST/Aids – Parecer de 1998 – Paraná/PR, um trecho com relação especificamente à criança e ao adolescente (menores de 18 anos), chama a atenção: “cumpre salientar que cada fase de desenvolvimento do ser humano deve ser reconhecida como revestida de singularidade e completude relativas. Em outras palavras, a criança e o adolescente não são seres inacabados, a caminho da plenitude a ser consumada tão logo atinja a idade adulta; ao diverso, cada etapa da vida é, ao seu modo, um período de relativa plenitude, que deve ser compreendida e acatada pela família, pela sociedade e pelo Estado”.

A linguagem é interessante uma vez que tentar desconstruir a imagem de um “vir a ser” relacionada à infância e coloca o discurso de “sujeito de direitos” em primeiro plano. Sendo as crianças tomadas a partir da perspectiva de que não são seres inacabados e que somente se tornarão plenas ao chegarem à idade adulta, passam a serem vistas pela ótica do direito, ou seja, de um sujeito que deve ser respeitado e consultado. Mas isso certamente traria muitas implicações políticas e sociais que ainda não são, de fato, assumidas em nossa sociedade, como, por exemplo, repensarmos as ações que hoje são voltadas para as crianças e adolescentes e não pensadas pelas crianças e adolescentes.

Na perspectiva de Cruz, Guareschi & Hillesheim (2005), ao abordar as crianças como seres *em desenvolvimento*, estamos desenhando uma designação para estas que se enquadra em uma “etapa da vida”, ou seja, um momento a ser superado e que necessita de proteção integral, amparada em uma lógica adulta de perceber o mundo e colocando a criança na posição de incapaz e frágil.

Ora, não se trata, no entanto, de destituir a criança deste lugar de prioridade nas políticas públicas, mas sim de tornar este lugar mais aproximado de sua realidade e menos de interesses de controle e docilização de indivíduos, como nos dizem Foucault (1985), Rizzini (2008) e Bujes (2000).

Adulto e criança se diferenciam e se distanciam, numa operação que constitui a justificativa para a intervenção familiar e para a prática da educação institucionalizada. É preciso garantir o mito da inocência, a “realidade quimérica” da infância (ou, pelo menos, a sua narrativa) e, sobretudo inseri-la em processos de controle e regulação cada vez mais sofisticados, porque invisíveis e consentidos. (Bujes, 2000b, p. 03).

Mas se nessa roda que fala de “infância”, crianças estão posicionadas numa situação de invisibilidade política, imaginemos quando a cantiga começar a falar de crianças e aids, quando as enunciações que se cruzam são de uma “realidade quimérica” de infância, como aponta Bujes (2000 b) e de crianças que no início da epidemia morreriam prematuramente. A invisibilidade ganha novas e maiores proporções, pois está atrelada à sexualidade, prevenção, culpabilização/vitimização, como fora abordado anteriormente. Neste sentido, Estado, família e organizações da sociedade civil também ocupam posições relevantes neste cenário.

#### **4.2 E entram na roda família e organizações...**

Ao abordar as crianças como sujeitos que ocupam posição central neste estudo, um olhar sobre a família no contexto brasileiro também deve ser dispensado, tendo em vista que as estratégias governamentais que atravessam a infância, conseqüentemente, atravessam suas famílias e as organizações que delas se ocupam.

No que se refere às proposições acerca da família brasileira ao longo de sua história recente e seus diferentes usos pelas ciências sociais, vale destacar que sua

enunciação é produzida no âmbito de diversas e complexas mudanças no panorama cultural, geográfico e político do país, traduzindo relações de poder inerentes às dimensões público/privado (Perucchi & Oliveira, 2011). Especificamente no contexto nacional, as reflexões sobre família trazem uma diversidade em sua organização e sociabilidade, na qual “as relações de autoridade e poder associadas ao gênero, se constituem como elementos ordenadores da cena doméstica, definindo para homem e mulher, marido e esposa, pais e filhos posições hierárquicas, direitos e deveres específicos, porém, desiguais” (Perucchi & Oliveira, 2011, p.69).

Como afirmam Juliana Perucchi e Martha Loures Choucair de Oliveira (2011) é fundamental considerar a importância dos espaços geográficos e dos aspectos culturais e econômicos nos quais os diferentes arranjos familiares se inserem no contexto brasileiro marcado pela diversidade e pela pluralidade, para entender as organizações familiares e suas posições na arena pública do país. Neste sentido, nas palavras das autoras:

Novos padrões demográficos de maior longevidade, nupcialidade tardia, separações crescentes, fecundidade reduzida, migração cada vez mais transnacional, novas tecnologias médicas que incluem o campo da reprodução humana, separação entre sexo e reprodução através de uma tendência à valorização da vivência de sistemas eróticos e busca de prazer, desafiam velhos preconceitos e alteram de vez as velhas imagens de caminhos na direção de qualquer tipo único de família (Perucchi & Oliveira, 2011, p. 68)

Feita tal introdução, no sentido de destacar que a noção de família aqui trabalhada leva em consideração estas perspectivas, é pertinente esclarecer que não é objetivo deste trabalho esmiuçar os aspectos e particularidades pertinentes à relação criança com aids e família, assim como ONGs – o que seria também de grande relevância – mas sim, elucidar de que forma os documentos de domínio público analisados abordam tais instituições neste contexto e colaboram ou não para a reprodução de uma determinada lógica de cuidado à infância.

Na Medida Provisória nº 2.206 de 2001, o conceito de família aparece da seguinte forma: “unidade nuclear formada pelos pais e filhos, ainda que eventualmente possa ser ampliada por outros indivíduos com parentesco, que forme grupo doméstico vivendo sob a mesma moradia e que se mantenha economicamente com renda dos próprios membros”. Nota-se, portanto, a existência de designações como: unidade nuclear, formada por pais e filhos, *eventualmente* ampliada por outros indivíduos *com*

*parentesco*, o que nos leva a perceber o atravessamento de um discurso moral e não condizente com as várias construções de “família” existentes atualmente. Neste sentido, o conceito produz e reproduz uma idéia de família pautada em ideais tradicionais – e até mesmo religiosos – que tratam como “fora da norma” as formações familiares que não seguem o modelo legitimado. Tal lógica engendra mecanismos que distinguem a família entre “estruturada” e “desestruturada”, sendo que a última se torna alvo de intervenções (médicas, psicológicas...).

Vale lembrar que no contexto brasileiro, nas três primeiras décadas do século XX, a reboque de um projeto de urbanização modernizadora, a família nuclear (pai-mãe-filhos) é enunciada como base da sociedade e, conseqüentemente, nessa configuração familiar burguesa o homem ocupa então o lugar de pai, provedor e mantenedor da esposa e dos filhos, enquanto que à mulher fica designada a posição de mãe, educadora e protetora da prole, do marido e do lar (Perucchi & Oliveira, 2011). Está fertilizado o solo para se instaurar com eficiência no imaginário social brasileiro a idéia de “família (des)estruturada”.

Cruz (2005) ressalta que a visão de “família desestruturada” está relacionada aos contextos de vulnerabilidade existentes em nosso país, que fazem parecer desestrutura determinadas contingências sociais que assolam as famílias brasileiras. No que se refere à família que convive com a aids, Cruz (2005) aponta que geralmente tratam-se de famílias nas quais a pobreza é fator marcante, muitas vezes com a morte um dos pais e a culpabilização da mulher soropositiva pela transmissão do vírus à criança. Para a autora, ao adjetivar as famílias “como “desestruturadas”, conferimos-lhe um “não lugar”, que é um “lugar”, ou seja, demarcamos a impossibilidade do acolhimento da criança” (p. 112) criando fissuras que dificultam intervenções.

Ao discorrer sobre a situação de abrigo de jovens vivendo com HIV, o Parecer da Câmara Técnica de Ética e Cidadania de DST/Aids – Parecer de 1998 – Paraná/PR,

aponta que “em situação de desestrutura familiar, recomenda-se a manutenção destes

vínculos (familiares) que deverá ficar sob a supervisão e responsabilidade da entidade que abriga a criança ou o adolescente, e de sua equipe”. Vemos que o termo

“desestrutura familiar” é empregado, não deixando claro que critérios o parecer considera para que a família seja considerada em situação de “desestrutura”, ou seja, parte de um enquadramento moral que diferencia família estruturada/família desestruturada.

Cruz (2005) chama a atenção para a produção de verdades e a necessidade de revisitarmos certos conceitos, apontando que a denominação que damos às famílias podem não corresponder à forma como elas próprias concebem sua organização e o que conceituamos de “desestrutura”, ou seja, “Calcados no imaginário da família nuclear, chamamos de desestrutura uma estrutura que nos é estranha, diferente da nossa, desconsideramos que são possíveis infinitos rearranjos e que eles podem contemplar afetividade e uma forma de organização significativa para quem os compõe.” (p.112).

Como artifício da sociedade civil, as organizações não governamentais surgem neste cenário como significantes atores de acolhimento, assistência e cuidado às crianças que vivem com HIV. Especificamente relacionado a este público, as Casas de Apoio exercem papel relevante no acompanhamento de crianças vivendo com HIV e suas famílias.

Diversos trabalhos são realizados pelas Casas de Apoio no sentido de que as crianças que ali estão – por motivos variados como a perda ou internação dos pais, as dificuldades socioeconômicas e as vulnerabilidades individuais e sociais estruturantes do sistema brasileiro – continuem sua trajetória e possam encontrar sustentação para lidar com as adversidades. No entanto, Cruz (2005) lembra que o modo como percebemos as famílias e o julgamento moral pode interferir nas ações e estratégias de intervenção, pois esta pode ser tomada como incapaz de exercer o cuidado, dificultando o resgate dos vínculos familiares.

No Parecer da Câmara Técnica de Ética e Cidadania de DST/Aids – Parecer de 1993 – Paraná/PR, considera-se que “a criança atribui aos pais (ou figura substituta) autoridade única e referência universal, com quem se identifica totalmente, bem como deles esperando o auxílio necessário...”. Pode-se dizer, portanto, que há uma generalização da figura dos pais tendo em vista que atualmente, muitos vínculos familiares são formados diferentemente do que se reproduz nestes documentos, apresentando um conceito estático e rígido de família, sem abertura para as variadas formas nas quais esta se estabelece. Outra questão é o fato de designar à criança a atribuição dos pais como autoridade universal, quando, ao que me parece, o processo é

contrário, ou seja, os pais se colocam e são colocados como autoridade universal, inclusive pelo discurso jurídico e político. A generalização do trecho “(...) com quem se identifica totalmente”, também é rígida e não se enquadra nos moldes flexíveis de família que temos em nossa realidade.

Já no Parecer da Câmara Técnica de Ética e Cidadania de DST/Aids – Parecer de 1998 – Paraná/PR, uma breve discussão acerca do pátrio poder também está presente no documento, ressaltando que mesmo em situação de institucionalização, os pais continuam sendo os detentores do pátrio poder e que por isso, a manutenção do vínculo familiar deve ser promovida. Este documento, por mais que tenha como foco a visitação dos pais aos seus filhos que vivem com HIV, não se atém à especificidade deste contexto, ou seja, sobre a forma como estas crianças chegaram a ser institucionalizadas e que políticas se direcionam a elas.

A institucionalização de crianças é um tema frequente quando se trata de infância e aids, tendo em vista os fatores de vulnerabilidade que já foram anteriormente abordados. Por isso, as ações de fortalecimento dos vínculos familiares também é trabalho das instituições que acolhem estas crianças e jovens. No documento acima citado, a questão do resgate do vínculo com a família ganha lugar de destaque, o que é interessante em termos de políticas públicas. Certa vez, ao participar do VIII Congresso Brasileiro de Prevenção às DST e AIDS e Hepatites Virais (2010), no qual os adolescentes vivendo com HIV tiveram uma significativa participação das discussões, buscando uma posição política, lembro-me das insistentes falas de adolescentes que diziam que ao sair das Casas de Apoio nas quais moraram durante um longo período, percebiam-se “sem lugar” quando completavam 18 anos de idade e não poderiam mais ali permanecer. Estes jovens diziam de suas inseguranças e da falta de estratégias para “começar a vida” fora do contexto onde sempre viveram, ou seja, apontavam uma ausência de políticas públicas que os resguardassem e também uma ausência de trabalho de restauração de vínculos extra instituição.

No entanto, Cruz (2005) ressalta que o que frequentemente acontece é uma substituição do lugar da família, ou seja, a instituição acaba por ocupar o lugar de substituta da família, que é designada como incapaz ou “desestruturada”. Porém, a criança não escolhe esta família e “há uma complexa relação de poder engendrada nessa dependência que a criança tem da instituição, que aparece como sua protetora e até como sua ‘salvadora’” (p.114).

No relatório Final da iniciativa Conjunta de Estudo sobre o HIV/AIDS e a Criança (JLICA, 2009), a função da família também é destacada, apontando que famílias fortalecidas facilitam ações de enfrentamento no âmbito da aids. Um aspecto relevante abordado pelo relatório é o fato de o número de crianças órfãs ter sido adotado como marcador de severidade neste âmbito e, por isso, a atenção às crianças designadas como órfãs tornou-se primordial em termos de ações. Entretanto, o documento aponta para a confusão estratégica que pode ser causada por este marcador, na medida em que o conceito de “órfão” adotado pelas agências das Nações Unidas é de “uma criança que perdeu um ou ambos os pais”, possibilitando o engano de pensarmos que uma criança nesta situação, estaria totalmente sem cuidados e necessitando de “abrigo”, quando em muitos casos um dos pais está vivo ou estas possuem parentes capazes de exercer o cuidado. O relatório ressalta: “são as necessidades das crianças, e não a sua condição de órfãs, o que deveria ser o foco primário quando do desenho e da implementação das políticas (Richter, Sherr & Desmond, 2008 citado por JLICA, 2009).

Um outro conceito de família, mais aproximado da realidade é abordado, portanto, pelo relatório JLICA (2009), apontando-as como “grupos sociais conectados por parentesco, casamento, adoção ou opção” (p.17).

Para apoiar a criança através de sua família é necessário fazer da pobreza familiar uma preocupação política central. A pobreza familiar e a desigualdade de gênero multiplicam o impacto do VIH e SIDA na criança. Enquanto os governos e seus parceiros não abordarem estes assuntos de base, assistiremos a melhorias apenas limitadas nos resultados em crianças (JLICA, 2009, p.13).

Esta intrincada teia de relações entre criança, família, organizações e Estado é objeto de constante reflexão no âmbito da aids, atravessa e constitui esta discussão e deve ser sempre questionada de forma a colocar a criança no centro das discussões.

#### **4.3 “Mas de que forma devemos dançar a Ciranda?”**

Engendrando as formações discursivas existentes nas políticas públicas de HIV/aids no Brasil, diferentes enunciados atravessam esta roda e “fabricam” uma determinada realidade acerca da epidemia. Entre passos e voltas, prevenção, transmissão vertical, sexualidade, sexo, responsabilização, família, ONGs, risco,

crianças filhas de mães soropositivas e índices epidemiológicos, são enunciações constituintes do discurso dos documentos de políticas públicas analisadas nesta pesquisa. Desta forma, torna-se válido avaliar que discursos tais políticas produzem e reproduzem e que verdades são legitimadas ou não, como tentamos fazer no desenvolvimento desta análise. Porém, a questão do discurso baseado em preceitos discriminatórios e das normas de conduta contidas nos mesmos também são pontos relevantes a serem levantados.

Para exemplificar um destes pontos, recorro à Portaria nº 2.415 de 1996, que traz em seu conteúdo o seguinte fragmento: “VII – são consideradas como situações de risco para o HIV, as mulheres: a) usuárias de drogas injetáveis (...); b) que receberam transfusão de sangue (...); c) que mantenham relações sexuais sem proteção com múltiplos parceiros e/ou com parceiros que mantenham relações sexuais sem proteção com um ou múltiplos parceiros (homens e mulheres); d) com histórico de DST (...)”.

Como na análise do discurso cada enunciado é único e faz parte de um conjunto que constrói uma formação discursiva, imersa nos jogos de poder (Foucault, 2009), é preciso estarmos atentos a certos silenciamentos, certas ausências que demarcam posições, pois como aponta Foucault (2009) “o enunciado é, ao mesmo tempo, não visível e não oculto”. Na frase: “são consideradas como situações de risco para o HIV, as mulheres: a) usuárias de drogas injetáveis (...)” a formação acaba por designar o indivíduo como “portador” da situação de risco. Neste caso, a simples colocação da palavra “em”, poderia minimizar o equívoco de se relacionar indivíduo = portador do risco de transmissão. A frase ficaria então: “VII – são consideradas como *em* situação de risco para o HIV, as mulheres ...”. Mesmo em se tratando de um documento que data de 1996 e considerando as contextualizações cabíveis, o que nos interessa é que tal portaria continua a exercer sua força de documento de domínio público que pauta ações no campo da vigilância sanitária em âmbito nacional.

Na portaria em questão, o discurso que atravessa a política nos diz que a mulher, em suas diversas posições identitárias, representa o risco da infecção pelo HIV, ou seja, representa aquilo que devemos evitar, havendo um retrocesso da ideia de que existem contextos de vulnerabilidade individuais, sociais e programáticos, que atravessam e constituem as “pessoas vivendo com aids” no Brasil.

É válido ressaltar que a aids traz consigo uma trajetória que teve seu início intensamente marcado pelo discurso do risco associado à pessoa que vivia com o vírus,

muito reforçado e reproduzido pela mídia, que designava uma posição de abjeção para estes indivíduos denominados como “aidéticos” (Pelúcio & Miskolci, 2009). Uma patologização de determinadas sexualidades e comportamentos se uniu a um pânico permeado por um discurso moral que abriu espaço para a construção de identidades marcadas pela discriminação e pela ideia de serem guardiãs do risco. Daí a relevância de documentos como o acima citado serem questionados e reavaliados, uma vez que reproduzem um discurso do qual a política brasileira vem tentando se desvencilhar.

Atualmente, vivenciamos uma lógica na qual a nomeação dos riscos se faz cada vez mais presente no cotidiano, engendrando técnicas de normatização dos modos de vida e fortalecendo a responsabilização individual pelos “riscos” assumidos. Para Bagrichevsky, Castiel, Vasconcellos-Silva e Estevão (2010) é preciso “colocar sob suspeita a retórica superlativa que recai sobre condutas cotidianas, tomadas como insalubres ou “perigosas” em interpretações epidemiológicas e colocadas à vista pelos meios de comunicação de massa” (p.1700). A ideia de controle dos riscos está relacionada à prevenção de agravos populacionais de saúde, porém, em seus meandros, assume uma roupagem de estratégias de governamentalidade e de biopolítica da gestão das populações, criando, como sugere Bagrichevsky, et. al. (2010), uma dimensão persecutória aos indivíduos frente aos discursos de prevenção e promoção da saúde.

No âmbito da aids, esta perspectiva assume contornos de uma vigilância ainda mais sutil e rigorosa, tendo em vista a colocação da sexualidade e das práticas sexuais no centro das tecnologias de governança dos corpos. Discursos antecipatórios de riscos à saúde permeiam e até mediam relações e constróem subjetividades. Neste sentido, alguns documentos ainda abordam conceitos e nomenclaturas que vão de encontro a todo trabalho que existe atualmente para a desculpabilização do indivíduo, como é o caso dos documentos 05, 13, 14 e 15, que utilizam os enunciados “aidético” e “contaminação”.

Foucault (1985) diz: “Se o sexo é reprimido, isto é, fadado à proibição, à inexistência e ao mutismo, o simples fato de falar dele e de sua repressão possui como que um ar de transgressão deliberada. Quem imprega essa linguagem coloca-se até certo ponto, fora do alcance do poder; desordena a lei” (p.12). Mas ora, não é isso que o dispositivo da aids vem fazer? O surgimento de uma epidemia cuja transmissão é, primordialmente sexual, desaloja um discurso ocultado pela moral que nas palavras de

Foucault, toma ares de “transgressão deliberada” e desordena a lei, originando novas técnicas de vigilância e controle dos corpos.

Tais artifícios de controle exercido sobre os corpos, de acordo com os escritos de Foucault (1993, 2001) se fortalecem a partir de uma reestruturação da sociedade, na qual o foco maior passa a ser na população e não somente na família. Bujes (2000b) ressalta que a sociedade moderna se organiza sob novas bases e o controle sobre a vida do indivíduo passa a ser necessário, elaborando ações de gestão sobre a população, como: a observação das taxas de natalidade e mortalidade (controlando e prevenindo), a atuação sobre os fluxos populacionais e o direcionamento de ações médicas para a vida da população, instaurando o biopoder como tecnologia de controle nas relações.

Neste contexto, a normatização das condutas encontrou terreno fértil e obteve reflexo também em documentos públicos, como exemplifica o fragmento da Portaria nº 2.415 de 1996, no trecho: “as mulheres infectadas pelo HIV *não devem amamentar...*”, cuja formulação dá indícios de como um determinado documento público pode se desdobrar em ações que reverberam diretamente na vida dos indivíduos, ou seja, o efeito de uma política pública, sobre a conduta de uma mulher e as “tecnologias” utilizadas neste processo. Esse governo sobre a vida, viabilizado pelo biopoder se desdobra em processos de governo sobre o que é humano, que vão originar determinadas técnicas de controle dos corpos. Neste contexto, as políticas públicas aparecem como modalidades de governo e de investimento na vida e acabam por produzir realidades e construir posições de sujeito que os indivíduos são chamados a ocupar.

Estes sujeitos são entendidos como indivíduos, como células capazes de exercer seus potenciais, dependendo da regulamentação do espaço social que ocupam. Segundo, há um saber capaz de dizer como os indivíduos devem agir e até mesmo como pensar os diversos momentos de suas atividades sociais. Arriscamos dizer que, se analisarmos com cuidado os fundamentos das políticas públicas, encontraremos uma política da anatomia, ou seja, saberes institucionalizados que assujeitam até mesmo as gestualidades de nosso cotidiano (Guareschi, Lara e Adegas, 2010, p.335).

Neste panorama, as operações que propõem normas de conduta a serem seguidas, atuam como facilitadoras do governo sobre os corpos e são então legitimadas no âmbito das políticas públicas em saúde, desdobrando-se em ações que

reverberam na vida dos indivíduos e produzem uma determinada subjetividade adequada à norma da sociedade. A Portaria nº 2.415 de 1996, por exemplo, estimula certas medidas para a prevenção da Transmissão Vertical do HIV – como a não realização do aleitamento cruzado, a indicação de que “as mulheres infectadas pelo HIV não devem amamentar seus próprios filhos, nem doar leite” e a indicação do uso do leite materno pasteurizado (o que hoje está mais restrito ao uso da fórmula infantil) – que podem funcionar como estratégias de gestão sobre a vida e governamento dos corpos.

Este governamento dos corpos, para Fassin e Memmi (2004) se caracteriza por “um quadro definido por códigos e regulamentos, normas e valores, relações de autoridade e de legitimidade, interações com o Estado e com a lei” (p. 10) e está entremeadado nos dispositivos da vida cotidiana que se refletem na política e no discurso preventivo no âmbito da aids, que segundo Pelúcio & Miskolci (2009), pauta condutas para os indivíduos evitarem agravos à saúde e, “inserido nas políticas públicas de saúde, esse discurso está no marco da ‘estatização do biológico’ e, assim, do “biopoder” (p.126), instaurando uma ideologia de moralidade da saúde e do corpo.

Contudo, Foucault (1993) faz lembrar que o poder é fluido, circula e produz subjetividades em meio às relações e não deve ser concebido como algo fixo ou mesmo que se origina de uma única fonte e, por tais características, também abre espaços para resistências. Ao mesmo tempo em que discursos hegemônicos e fortalecidos de controle e produção de posições hierárquicas são (re)produzidos por estratégias governamentais (e documentos de políticas públicas), fissuras e possibilidades de resistência se abrem, fazendo com que seja possível vislumbrar uma coletividade mais harmônica e solidária.

Neste sentido, o discurso pode também estabelecer-se como obstáculo, ponto de resistência, veiculando e produzindo poder, sendo que este “(...) reforça-o, mas também o mina, expõe, debilita e permite barrá-lo” (Foucault, 1985, p.96).

Esses pontos de resistência estão presentes em toda rede de poder. Portanto, não existe, com respeito ao poder, um lugar da grande Recusa – alma da revolta, foco de todas as rebeliões, lei pura do revolucionário. Mas sim resistências, no plural, que são casos únicos, possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrastadas, violentas, irreconciliáveis, prontas ao compromisso, interessadas ao fadadas ao sacrifício (Foucault, 1985, p.91).

Neste sentido, a Portaria Interministerial nº 796 de 1992, dos Ministérios da Educação e da Saúde, que instaura “Normas e procedimentos educativos referente à

transmissão e prevenção da infecção pelo HIV”, os enunciados “normas” e “procedimentos educativos”, de antemão, indicam uma normatização e uma pedagogização que se processam diretamente nos corpos dos indivíduos. No entanto, é preciso ressaltar que o documento em questão tem como foco “proteger a dignidade e os direitos humanos das pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)” e para isso, estabelece certas medidas como a não autorização da realização de testes sorológicos de forma compulsória para contratação ou matrícula escolar e o direito ao sigilo quanto à sua sorologia no ambiente de trabalho ou escolar. Assim, as normas de conduta mencionadas, neste caso, também se aplicam às pessoas que não têm HIV/aids, o que se caracteriza como ponto interessante que pode atuar como possibilidade de resistência à discursos pré-determinados.

Vemos, portanto, um conjunto de enunciações que engendram a maquinária desta roda que fala de aids e políticas públicas, mas que sobretudo tem como “pano de fundo” uma discursividade sobre a prevenção. Neste cenário, a infância que vive com HIV (não) aparece como sujeito, mas sim inserida em estratégias governamentais que priorizam corpos de mulheres e crianças filhas de mães soropositivas.

## 5 A CIRANDA CONTINUA...

*“Mas não sou mais, tão criança... a ponto de saber tudo...”  
(Legião Urbana)*

A ciranda não pára; quando uma roda termina, logo outra começa em outro lugar, em outra circunstância e com uma nova cantiga embalando a dança. Essa nova cantiga pode trazer outros elementos, pode resistir ao que está pré-definido, ou pode simplesmente reproduzir o que está dado. Cabe a nós, cirandeiros e cirandeiras, portando, decidirmos quais cantigas serão cantadas e quais não iremos compartilhar.

No cenário brasileiro da aids uma situação emergencial, unida à percepção de um pânico social associado ao surgimento da epidemia, colocou-a no patamar de uma problemática de saúde pública e objeto de intervenções sociais, governamentais e acadêmicas. No entanto, vários desafios ainda se fazem presentes e alguns elementos tornam-se imprescindíveis ao processo de construção da trajetória da epidemia no país. Atualmente, segundo o Ministério da Saúde, observa-se uma epidemia estabilizada, porém, em alto nível e com concentração em públicos em situação de vulnerabilidade (2011b).

Neste cenário, políticas públicas que respondessem às demandas suscitadas pela decorrência da aids começaram a ganhar espaço, muito relacionadas ao trabalho contínuo da sociedade civil que, desde o início dedicou-se ao enfrentamento da epidemia e pressionou o governo para que ações de assistência às pessoas que vivem com HIV fossem desenvolvidas e programas de combate à epidemia fossem criados.

No panorama geral da aids, determinadas especificidades se configuram a partir de diferentes elementos como classe, gênero e geração, envolvendo certos modos de hierarquização social da epidemia. Neste sentido, a presente pesquisa estabeleceu como foco a investigação dos discursos que atravessam as políticas públicas em saúde no Brasil voltadas à questão da aids na infância, observando as relações de saber/poder que constroem posições de sujeito em nossa sociedade. Neste caminho, foi percebido que a direção das ações que levaram a análise até as crianças, necessariamente, deveria atravessar as estratégias governamentais destinadas à prevenção da transmissão vertical do HIV e as intervenções ligadas ao contexto de ações voltadas à saúde da mulher na

gestação, o que sinalizou uma primeira interpretação sobre a forma como a criança começa a ser inserida no discurso sobre a aids.

A identificação de uma preocupação atual com a incidência da aids em mulheres e com a redução da mortalidade materna e infantil, apontando para a transmissão vertical do HIV como uma prioridade em termos de políticas de prevenção (UNAIDS, 2009), possibilitou o entendimento da presente pesquisa de que as ações voltadas à infância no âmbito da aids, estão estreitamente relacionadas aos dispositivos de controle sobre a saúde das mulheres e ao discurso predominantemente preventivo que circunda as ações de enfrentamento à epidemia. O foco nesta estratégia alcançou relevantes resultados no que concerne ao número de casos de aids em crianças, no entanto, políticas públicas voltadas especificamente para a infância que vive com HIV/aids são raras – e, quando existem, são em sua maioria designadas ao trabalho das organizações da sociedade civil – instalando-se uma invisibilidade e um silenciamento, que de acordo com a perspectiva desta pesquisa, pode dizer a respeito do lugar dado a esses sujeitos.

Como ressalta Foucault (1985):

Não se deve fazer divisão binária entre o que se diz e o que não se diz; é preciso tentar determinar as diferentes maneiras de não dizer, como são distribuídos os que podem e os que não podem falar, que tipo de discurso é autorizado ou que forma de descrição é exigida a uns e outros. Não existe um só, mas muitos silêncios e são parte integrante das estratégias que apoiam e atravessam os discursos (p. 30).

Neste sentido, a mulher passa a estar no centro das ações que visam à erradicação da transmissão vertical do HIV, tendo em vista o enfoque preventivo das políticas públicas, conjugadas às tecnologias do biopoder que viabilizam um controle sobre a vida e o corpo, como é possível verificar na Medida Provisória 577, recém lançada, que tem como objetivo a regulação universal de gestantes e puérperas e que vem sofrendo críticas por parte de pesquisadoras feministas, pois pode funcionar como um dispositivo de vigilância dos corpos das mulheres, legitimado pelo governo.

Engendradas no exercício do poder sobre os corpos e sobre a vida, a criança aparece como um objeto privilegiado de controle, já que é percebida como um ser passível de ser “moldado” por estratégias disciplinares, como no caso do projeto civilizatório da nação (Rizzini, 2007) e das tecnologias de vigilância sobre a sexualidade (Foucault, 2001b; Bujes, 2000b).

Neste sentido, quando toda a discursividade acerca da aids se une à ideia idealizada de infância, novos contornos começam a ganhar forma e um jogo de (in)visibilidade na ciranda que fala sobre crianças e aids se instaura, atravessando de diferentes formas a concepção de “infância”. Seguindo este caminho, a hipótese de que a infância é concebida sob diferentes perspectivas em diferentes situações se fortalece, construindo “infâncias” enunciadas por jogos de saber/poder no interior do discurso de estratégias governamentais.

Nesta perspectiva, dois enunciados foram ressaltados na análise, uma vez que se percebeu uma diferenciação entre a posição de “*crianças filhas de mães soropositivas*” e “*crianças que vivem com HIV/aids*” no âmbito das políticas públicas em saúde. Foi constatado, no processo de análise, que há um conjunto de ações que se concentram no princípio da vida da criança e que acaba por designar uma infância inserida na temática da aids – mais especificamente, de prevenção e de tratamento – que é alvo de intervenções, ou seja, *crianças filhas de mães soropositivas* que, mesmo antes de terem sua sorologia positiva para o HIV confirmada, já se encontram introduzidas no discurso sobre prevenção, pelo fato de terem mães soropositivas. Do outro lado da roda, *as crianças que vivem com HIV/aids*, tem sua posição silenciada em meio às estratégias governamentais, sendo raramente enunciada nos documentos públicos que tratam sobre a aids.

A criança inserida no contexto da aids assume uma posição vitimizada que pode justificar a não elaboração de políticas públicas de *prevenção* para este público, ou seja, em um contexto de ações prioritariamente voltadas para a prevenção da transmissão sexual do HIV e marcado por um discurso moral sobre as práticas sexuais, a posição passiva de crianças e a percepção de que estas seriam indivíduos “assexuados”, as invisibilizam no cenário das políticas públicas. A inserção de um conceito tão ideal e imbuído de pureza como o de “infância”, neste sentido, não coaduna com as estratégias de prevenção direcionadas às pessoas que vivem com HIV/aids, apontando para o fato de que algumas posições identitárias ganham visibilidade, outras são silenciadas através dos jogos de poder que constituem os discursos.

Rubin (2003) afirma que “uma vez que o sexo for entendido nos termos da análise social e entendimento histórico, uma política do sexo mais realista se torna possível” (p.11), sendo que, no caso de crianças, de acordo com a perspectiva desta pesquisa, a partir do momento em que a sexualidade destas for abordada como um

elemento constituinte e social, a criança pode ser percebida como um indivíduo que merece maior atenção no âmbito da aids, pois atualmente estas crianças crescem, tornam-se adolescentes, vivem sua sexualidade e têm grande potencial de transformação social e resistência à discursos discriminatórios, (re)produzindo uma realidade atravessada por discursos preventivos mais democráticos.

O convite para entrar na ciranda que foi feito no início desta dissertação se traduz, então, no convite de questionarmos, colocarmos em suspenso verdades legitimadas, pois como propõe Foucault (2009) “é preciso também que nos inquietemos diante de certos recortes ou agrupamentos que já nos são familiares” (p.24). Resistir a determinadas verdades instituídas e legitimadas constitui-se em um desafio que exige uma reflexão acerca de (pré)conceitos que fazem funcionar a ciranda da vida, abrindo espaço para outras formas de concepção sobre a infância, questionando posições de sujeito pré-determinadas e problematizando a construção de políticas públicas em saúde.

Nas voltas da ciranda muitas perguntas continuam a emergir, questionamentos se desenham e as conclusões aqui apresentadas mais representam novas possibilidades, desconfortos que fazem produzir, do que respostas estanques. Como a cantiga não pára, as fissuras que aqui ficaram, as questões que não foram profundamente contempladas por esta pesquisa, se abrem como perspectivas futuras de trabalho e servem de terreno para que outras problematizações científicas se construam. Desta forma, a ampla variedade de temas no âmbito da aids, as construções acerca das “infâncias” e a abordagem das políticas públicas como objeto de análise, tornam-se campos a serem explorados e questionados, porque a ciranda tem que continuar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abadia-Barrero, C & Cruz, E.(2005). *Crianças, Adolescentes e AIDS: abra este diálogo*.São Paulo: Fórum das ONG'S AIDS do Estado de São Paulo.
- Alves, R.; Reis, A.; Santos, E. & Westman, S. (2010, julho/setembro) Avaliação do grau de implementação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do “Projeto Nascer”. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. 19(3).
- Andrade, C. Bastos, F; Esteves & Szwarcwald, C.(2000). A disseminação da epidemia da AIDS do Brasil, no período de 1987-1996: um análise espacial. *Caderno de Saúde Pública*, 16(1), 7-19.
- Araujo Jr, J & Sampaio, J. (2006). Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. *Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil*. 6(3).
- Ariès, P. (1981) *História Social da Criança e da Família*. (2a ed). Rio de Janeiro: LTC.
- Ayres, José Ricardo C.M. (1997) Vulnerabilidade e aids: para uma resposta social à epidemia. *Boletim Epidemiológico – C.R.T. – DST/AIDS – C.V.E*. Ano XV, São Paulo.
- Ayres, José Ricardo C.M. (1996). 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. *Série Idéias*, 29, 15-23. Recuperado em 08 de fevereiro, 2011, de [http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias\\_29\\_p015-024\\_c.pdf](http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_29_p015-024_c.pdf)
- Bagrichevsky, M.; Castiel, L.; Vasconcellos-Silva, P; & Estevão, A. (2010). Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1), 1699-1708.
- Bastos, F & Szwarcwald, C. (2000). AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Caderno de Saúde Pública*, 16(1), 65 – 76.
- Batista, R & Gomes, A.(2000). *AIDS: conhecer é transformar*. Petrópolis: Vozes.

- Batista, T. W & Mattos, R. A. (2011). Introdução. In: Batista, T. W & Mattos, R. A. Caminhos para análise das políticas de saúde. Recuperado em 07 de janeiro, 2012 de <http://www.ims.uerj.br/ccaps/?p=9>
- Bernardes, F. & Menegon, V. (2007, jan./abr.). Documentos de domínio público como produtos e autores sociais. *PSICO*, Porto Alegre: PUCRS, 38( 1), 11-15. Recuperado em 05 de outubro, 2010 de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1919/1425>
- Bobbio, N., Matteucci, N. & Pasquino, G. (1998). *Dicionário de política*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília.
- Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico.
- Brasil, Ministério da Saúde. (1997) *Guia de Recomendações: casas de apoio em HIV/AIDS*. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2003). *Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes*. Brasil: Ministério da Saúde. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestante2.pdf>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2005). *Sobre o Programa Nacional*. Brasília: Ministério da Saúde, Recuperado em 20 de maio, 2009 de <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISACC5B55EPTBRIE.htm>.
- Brasil, Ministério da Saúde (2007). *Plano Operacional para redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2007). *Estatuto da criança e do Adolescente*. (3a ed). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2007). *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2009). *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST – Versão Revisada*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil, Ministério da Saúde.(2010) *Boletim Epidemiológico AIDS e DST*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 07 de setembro, 2010 de <[http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B721527B6-FE7A-40DF-91C4-098BE8C704E0%7D/Boletim2007\\_internet090108.pdf](http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B721527B6-FE7A-40DF-91C4-098BE8C704E0%7D/Boletim2007_internet090108.pdf)>.
- Brasil, Ministério da Saúde (2010). *Resposta Brasileira 2008/2009 - Relatório de Progresso do País*. Metas e Compromissos Assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/Aids, UNGASS – HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2011) *Boletim Epidemiológico AIDS e DST*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 15 de dezembro, 2011 de [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim\\_aids\\_2011\\_preliminar3\\_pdf\\_20265.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_preliminar3_pdf_20265.pdf)
- Brasil, Ministério da Saúde (2011b). Resumo Analítico dos dados do Boletim Epidemiológico 2011. Ministério da Saúde. Recuperado em 15 de dezembro, 2011 de [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/resumo\\_anal\\_tico\\_dos\\_dados\\_do\\_boletim\\_epidemiol\\_\\_92824.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/resumo_anal_tico_dos_dados_do_boletim_epidemiol__92824.pdf)
- Brito, A.; Castilho, E.& Szwarcwald, C. (2000, mar/abr). AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 34 (2). Recuperado em 20 de junho, 2008 de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822001000200010&script=sci\\_arttext&tlang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822001000200010&script=sci_arttext&tlang=pt)
- Buchalla, C; Bugamelli, L; Fillipe, E; Santos, N & Paiva, V. (2002). Mulheres HIV positivas, reprodução e Sexualidade. *Revista de Saúde Pública*, 36(4 supl).
- Bujes, M. (2000). *Que Infância é esta?* Reunião Anual da ANPED- Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação. UFRGS. Recuperado em 20 de junho, 2008, de <<http://168.96.200.17/ar/libros/anped/0712T.PDF>>
- Bujes, M. (2000b). O fio e a trama: as crianças na malhas do poder. *Educação e Realidade*, 5(1), jan/jun, 1 – 16. Recuperado em 10 de dezembro, 2011, de <http://www.ced.ufsc.br/~nee0a6/BUJES.pdf>
- Camargo, K. (2005). *AIDS Vinte anos: Esboço histórico para entender o Programa Brasileiro*. Recuperado em 05 de maio, 2009 de <http://www2.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DPTBRIE.htm>

- Carvalho, F. *Contribuições de uma intervenção Psico-educativa para as estratégias de enfrentamento e a qualidade de vida de gestantes portadoras de HIV/AIDS*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- Castro, L. (2007). A Politização (necessária) do campo da infância e da adolescência. *Revista Psicologia Política*, 14 (7), São Paulo. Recuperado em 14 de maio, 2010 de [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2007000200005#1b](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2007000200005#1b)
- Castiel LD, Alvarez-Dardet C. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- Cruz, E. (2005) *Espelhos d'AIDS: infâncias e adolescências nas tessituras da AIDS*. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.
- Cruz, E. (2007). Infâncias, adolescências e AIDS. *Educação em Revista*. 46, Belo Horizonte. Recuperado em 22 de julho, 2007 de <http://www.anped.org.br/reunioes/29ra/trabalhos/trabalho/GT23-2627--Int.pdf>.
- Cruz, L; Guareschi, N; Hillesheim, B. (2005). Infância e políticas públicas: um olhar sobre as práticas psi. *Psicologia & Sociedade* 17(3).
- Corazza, S. *História da infantilidade - a-vida-a-morte e mais-valia de uma infância sem fim*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Corrêa, S. & Petchesk, R. (1996) Direitos Sexuais e Reprodutivos. *PHYSIS*, 6(1/2), 147-177.
- Deleuze, G.. ¿Que és un dispositivo?. In: *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa, 1990, pp. 155-161. Tradução de wanderson flor do nascimento. Recuperado em 03 de maio, 2010, de <http://vsites.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/art14.pdf>
- Doring, M., França-Junior, I. & Stella, I. (2006) Crianças Órfãs e vulneráveis pelo HIV no Brasil: onde estamos e para onde vamos? *Revista de Saúde Pública*, 40 (supl), 23-30.

- Faleiros, V. (2009). Infância e processo político no Brasil. In: Rizzini, I & Pilotti, F. (orgs) (2009). *A Arte de governar crianças: a história das políticas sociais, legislação e da assistência à infância no Brasil*. (2a ed). São Paulo: Cortez.
- Fassin, D. & Memmi, D. (2004). *Le Gouvernement des corps*. Paris: Éditions de l'École des hautes études em sciences sociales.
- Ferreira, T. (2010). A criança e o adolescente – sujeitos de direitos. In: Heleno, C & Ribeiro, S (orgs). *Criança e Adolescente: sujeitos de direitos*. Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais.
- Foucault, M. (1984). *História da Sexualidade II: o uso dos prazeres*. (13a ed). Rio de Janeiro: Graal.
- \_\_\_\_\_ (1985). *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. (20a ed). Rio de Janeiro: Graal.
- \_\_\_\_\_ (1993). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- \_\_\_\_\_ (1994). *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, Vol. IV, pp. 783-813, traduzido por Karla Neves e Wanderson Flor do Nascimento.
- \_\_\_\_\_ (1995). O sujeito e o poder. In: Dreyfus, H. & Rabinow, P. *Michel Foucault. Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- \_\_\_\_\_ (2001). *A Ordem do discurso*. (7a ed). São Paulo: Loyola.
- \_\_\_\_\_ (2001b). *Os anormais: curso no Collège de France*. São Paulo: Martins Fontes.
- \_\_\_\_\_ (2002). “What is Critique?” In: Ingram, David (ed.) *The Political*. Blackwell Publishers, pp. 191-211.
- \_\_\_\_\_ (2005). *Em Defesa da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- \_\_\_\_\_ (2009). *A Arqueologia do Saber*. (7ª ed). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

- Freitas, M. & Kuhlmann, M. (Orgs.) (2002). *Os intelectuais na história da infância*. São Paulo: Cortez.
- Frey, K. (2000). Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 21, p. 211-259.
- Guareschi, N.M; Lara, L; Adegas, M. (2010). Políticas públicas entre o sujeito de direitos e o *homo oeconomicus*. *Psico*. 41(3), 332-339.
- González, M & Saforcada, E. (2006). El papel de la psicología em la evaluación del impacto de ciertas políticas públicas de salud. In: De Lellis, M. *Psicología y políticas públicas de salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Giffin, K. (2002) Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 103-12.
- Grindle, M. & Thomas, J. (1991). *Public choices and policy change: The political economy of reform in developing countries*. London: The Johns Hopkins University Press.
- Heleno, C. (2010). Criança e adolescente como sujeitos de direitos: uma introdução. In: Heleno, C & Ribeiro, S. (orgs). *Criança e Adolescente: sujeitos de direitos*. Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais.
- Heller, A. & Ferenc, F. (1995) Biopolítica: la modernidad y la liberación del cuerpo. Barcelona: Península.
- Hugo, C. N. (2007) *Expectativas e sentimentos de mães portadoras do HIV/AIDS frente à recomendação de não-amamentação*. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – programa de Pós-graduação em Psicologia, Porto Alegre.
- Hüning, S.M & Guareschi, N.M.F. (2002) Tecnologias de Governo: constituindo a situação de risco social de crianças e adolescentes. *Currículo sem Fronteiras*, 2(2), 41-56
- Jann, W. (1994). Politikfeldanalyse. In: Jürgen Kriz et. al. (orgs.). *Politikwissenschaftliche Methoden*. Lexikon der Politik, München: Beck, 1994, p. 308-314.

- JLICA (2009). *Verdades que Perturbam: enfrentando os fatos sobre a criança, SIDA e a pobreza*. Iniciativa Conjunta de Estudo sobre a Criança e o VHI/SIDA. Recuperado em 11 de agosto, 2010 de <http://www.jlica.org/protected/pdf-feb09/Final%20JLICA%20Report-Port.pdf>
- Jones, C.O. (1984). *An Introduction to the study of public policy*. Duxbury Press
- Lajolo, M. (2003) Infância de papel e tinta. In: Freitas, M.(org). *História Social da Infância no Brasil*. (5a ed). São Paulo: Cortez.
- Lasswell, H.D. (1951). The Policy orientation. In: Lerner, D. & Lasswell, H.D. (org). *The Policy Sciences: recent developments in scope and method*. Stanford: Stanford University Press.
- Legoff, J.(1984) Documento-Monumento. *Enciclopédia Einaudi*, v.1. Lisboa: Memória-História.
- Louro, G. (1996). Nas redes do conceito de gênero. In: Lopes, M; Meyer, D. E. & Waldow, V. R. *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Louro, G. (org). (2000). *O Corpo Educado: pedagogias da sexualidade* (2a ed.). Belo Horizonte: Autêntica.
- Mangeot, P. (2004) Sida : angles d'attaque. [Vacarme, 29](#).
- Marques, M. (2002). Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9 (suplemento), 41-65. Recuperado em 15 de dezembro, 2009 de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702002000400003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702002000400003&script=sci_arttext)
- Meier, G.M. (1991). *Politics and Policy Making in Developing Countries: Perspectives on the new Political Economy*. San Francisco: International Center of Economic Growth Press.
- Mény, Y. & Thoenig, J-C. (1992). Politiques Publiques. *Revue Française de Science Politique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Muller, P. (1998). Les Politiques Publiques. *Presse Universitaire de France*. Paris.

Paicheler, G. (2002) *Prévention du sida et agenda politique: les campagnes en direction du grand public (1987-1996)*. Paris: CNRS Éditions.

Paiva, V. & Santos, A. *Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e os Desafios da Prevenção em Comunidades Anfitriãs do Turismo*. Artigo enviado para apresentação no X Encontro Nacional de Turismo com Base Local. GT – Impactos ambientais, sociais e culturais do turismo. UFPB, João Pessoa, 5 a 9 de junho de 2007. Recuperado em 15 de novembro, 2011, de [http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/wp-content/uploads/2010/04/alessandro\\_vera\\_vulnerabilidade.pdf](http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/wp-content/uploads/2010/04/alessandro_vera_vulnerabilidade.pdf)

Pallamin, V. (2010) Aspectos da relação entre o estético e o político em Jacques Rancière. *Risco* (1)12, 6-16.

Parker, R. (2000). *Na Contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: Abia/Editora 34.

Pelúcio, L. Miskolci, R. (2009). A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Revista Latinoamericana - Sexualidad, Salud y Sociedad*, 1, 125-157.

Perucchi, J. & Oliveira, M.L.C. (2011) Proposições acerca da noção de família brasileira: um estudo em psicologia social. In: Barbosa, A.J.G. (Org) *Atualizações em Psicologia Social e Desenvolvimento Humano*. Juiz de Fora: Editora UFJF, 51-72.

Perucchi, J (2008). “*Mater semper certa est, pater nunquam*” *O discurso jurídico como dispositivo de produção de paternidades*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Pizarro, M. AIDS na infância: a infância do segredo. *Fórum Internacional Integrado de Cidadania: educação, cultura e meio ambiente*. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Santo Ângelo/RS: CEDEDICA, 2007. Recuperado em 01 de dezembro, 2001, de [http://www.urisan.tcche.br/~forumcidadania/pdf/AIDS\\_NA\\_INFANCIA.pdf](http://www.urisan.tcche.br/~forumcidadania/pdf/AIDS_NA_INFANCIA.pdf)>. Acesso

Prado, M. (2002). A Psicologia Comunitária nas Américas: o Individualismo, o Comunitarismo e a Exclusão do Político. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 201-210.

Prins, B. & Meijer, I. C. (2002) Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. *Estudos Feministas*. 10 (1), 155-167.

- Ranci re, J. (2005). *A partilha do sensível: est tica e política*. Tradu o: M nica Costa Netto. São Paulo: EXO Experimental / Editora 34
- Ranci re, J. (1996) *O desentendimento: política e filosofia*. São Paulo: Ed 34.
- Ramos, S. (2004). O papel das ONGs na constru o de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(4). Rio de Janeiro.
- Rizzini, I. (2007). "Menores" e Crianças: trajetória legislativa no Brasil. Base Legis. Recuperado em 15 de outubro, 2010 de [http://www.ciespi.org.br/base\\_legis/baselegis\\_hist\\_legis.php](http://www.ciespi.org.br/base_legis/baselegis_hist_legis.php)
- Rizzini, I. (2008). *O Século Perdido: raízes históricas das políticas públicas para a Infância no Brasil* (2a ed). São Paulo: Cortez.
- Rubin, G. (2003). Pensando o Sexo: Notas para uma Teoria Radical das Políticas da Sexualidade. Tradu o de Felipe Bruno Martins Fernandes. *Cadernos Pagu*. Campinas: Núcleo de Estudos de Gênero Pagu UNICAMP, 21.
- Schubert, K. (1991) *Politikfeldanalyse: Eine Einführung*. Opladen: Leske + Budrich, 1991.
- Souza, C. (2003). "Estado do campo" da pesquisa em políticas públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 51 (18). São Paulo. Recuperado em 15 de dezembro, 2009 de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69092003000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092003000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
- Souza, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, 16. Porto Alegre. Recuperado em 09 de abril, 2010, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-45222006000200003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-45222006000200003&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Spink, M. J.(2001). Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cadernos de Saúde Pública*. 17(6), 1277-1311. Recuperado em 10 de dezembro, 2011, de <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v17n6/6944.pdf>
- UNAIDS.(2008) *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Recuperado em 11 de agosto, 2010 de [http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1511\\_gr08\\_executivesummary\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1511_gr08_executivesummary_en.pdf)

UNAIDS (2009). *Ação Conjunta para resultados: matriz de resultados do UNAIDS/ONUSIDA, 2009-2011*. Brasil: UNAIDS.

UNAIDS/ONUSIDA (2011). *Plano Global para eliminar novas infecções por HIV/VIH em crianças até 2015 e manter suas mães vivas*. UNAID/ONUSIDA: Brasília. Recuperado em 10 de dezembro, 2011 de <http://www.unaids.org.br/biblioteca/Plano%20Global%20Eliminar%20novas%20infec%20E7%F5es%20em%20crian%20E7as%20e%20manter%20m%20E3es%20vivas%20at%20E9%202015.pdf>

Ventura, M. (2005). *Legislação DST e AIDS*. Recuperado em 05 de março, 2010 de [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/legislacao\\_cd/index.htm](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/legislacao_cd/index.htm)

Weeks, J. (2000). O Corpo e a Sexualidade. In: Louro, G. (org). *O Corpo Educado: pedagogias da sexualidade* (2ª ed.). Belo Horizonte: Autêntica.

Windhoff-Héritier, A. (1987). *Policy-Analyse: eine Einführung*. Frankfurt am Main/New York: Campus.