

**MODOS DE FAZER SUJEITOS NA POLÍTICA DE
AIDS: A GESTÃO DE JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS**
*SUBJECT-MAKING METHODS IN AIDS POLICIES: MA-
NAGING YOUTH LIVING WITH HIV/AIDS*

Claudia Carneiro da Cunha¹

RESUMO: O artigo baseia-se em pesquisa de doutorado que discutiu um conjunto de tecnologias, no sentido foucaultiano do termo, voltadas à (con)formação de Sujeitos, no quadro mais amplo da produção do *jovem vivendo com HIV/AIDS* como um “novo personagem” da AIDS. Seguindo o método antropológico, a etnografia consistiu predominantemente em observações sistemáticas de oficinas de cunho pedagógico realizadas no bojo de um projeto social, voltado à formação dos *jovens* como *protagonistas*. Dá-se ênfase a uma oficina de teatro, a partir da qual discute-se as tecnologias e estratégias de modelagem dos *jovens vivendo com HIV/AIDS* como sujeitos político morais, parte de um *modus operandi* das políticas de AIDS no Brasil. A noção de “modelar” sujeitos é tributária do fato de se tratar de um trabalho que faz nascer sujeitos-modelos, *exemplos*. Tal modelação não se dá como resultado de um trabalho bruto e brusco de imposição de valores, hábitos e comportamentos, mas sim por meio de uma lapidação dos sujeitos contínua e sutil, de modos de compreensão de si e da sua condição de *jovem vivendo com HIV/AIDS*.

Palavras-chave: AIDS, política, jovens, gestão, tecnologias de governo.

¹ Dr^a. em Antropologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) do Museu Nacional (MN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pós-doutoranda no Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: cunha.claudia@gmail.com

ABSTRACT: *This article is based on doctoral research that discusses a set of technologies in the Foucauldian sense of the term, geared towards the (con)formation of Subjects in the broadest context of the production of youth living with HIV/AIDS as “new characters” in AIDS. Based on anthropological methods, the ethnographical approach consisted primarily of making systematic observations of workshops of an educational nature conducted as part of a social project designed to train young people as protagonists. Emphasis is given to a drama workshop, based on which a discussion is presented of the technologies and strategies employed in the modeling of youth living with HIV/AIDS as moral political subjects, part of the modus operandi of AIDS policies in Brazil. The notion of “modeling” subjects derives from the fact that this is a project that brings forth model-subjects, examples. This modeling does not come about as the result of the crude, abrupt imposition of values, habits and behaviors, but rather through the ongoing, gentle polishing of the subjects and the way they understand themselves and their status as youth living with HIV/AIDS.*

Keywords: *AIDS, policy, youth, management, government technologies.*

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho é resultado de parte da minha pesquisa de doutorado, na qual discuti um conjunto de táticas e estratégias, no sentido foucaultiano dos termos (Foucault, 2008), voltadas à (con) formação de sujeitos, no quadro mais amplo da produção do *jovem vivendo com HIV/AIDS* como um “novo personagem” da AIDS².

O *jovem vivendo com HIV/AIDS* é um personagem ao mesmo

² Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção do título de doutor em antropologia, financiada pela CAPES (Cunha, 2011). O presente artigo é uma versão expandida e revista do trabalho “Moldando e modelando Sujeitos: as tecnologias de construção e gestão dos jovens vivendo com HIV/AIDS”, apresentado na mesa redonda “Regulação moral e formação de Estado: Subjetividades e institucionalidades” do Seminário “Processos de Estado, Violências e Desigualdades”, realizado em 25 de setembro de 2012 no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

tempo epidemiológico, político e moral. Epidemiológico porque sua emergência acompanha o quadro de notificações de novas infecções pelo HIV e em “grupos específicos”, classificados segundo o critério etário, de orientação sexual e gênero. E político e moral, porque o sentido ideológico da construção deste personagem, que orienta inclusive os números epidemiológicos, pretensamente “neutros”, não segue descolado de uma série de movimentos sociais e políticos mais amplos e diversificados, no sentido de eleger determinados indivíduos e grupos como “mais atingidos pela epidemia” e alvo das ações governamentais e não-governamentais (Galvão, 2000).

No presente trabalho pretendo discutir certos modos de produzir, moldar e modelar os *jovens vivendo com HIV/AIDS* como sujeitos político-morais, a partir de uma oficina pedagógica que compôs um projeto social realizado, em uma capital brasileira, entre 2007 e 2009, voltado à formação de *jovens protagonistas*. Compreendo este projeto como parte de uma engrenagem mais ampla de produção de sujeitos pretensamente politizados, mobilizados para o “ativismo”, ou, de forma mais ampla, para a *luta contra a AIDS*.

Apresento, a partir da descrição minuciosa de técnicas e estratégias de gestão e produção desses sujeitos, um determinado modo de “fazer política”, característica do campo da AIDS, que aposta em uma perspectiva “participativa” que entende a necessidade colaborativa do “público-alvo” no conjunto das ações a ele direcionadas³.

No campo da AIDS, o formato oficina constituiu um contraponto ao modelo educativo mais diretivo e nada (ou pouco) “participativo”, pautado na ideia de transmissão unilateral das “informações”, de modo verticalizado, por um *expert* à plateia – o que poderia ser sintetizado no formato “palestra”.

O formato oficina vem responder aos chamados da “vulnerabilidade” e seu “quebra-cabeça” de variáveis na compreensão das suscetibilidades individuais e coletivas frente à infecção pelo HIV.

³ Uma “política de AIDS”, que se constrói desde os seus primórdios como um enredamento de grandes organizações governamentais e não-governamentais, agências internacionais para o desenvolvimento, pequenas organizações comunitárias e associações locais, marcadas por relações desiguais, como as “norte/sul” ou “desenvolvidos/em desenvolvimento”, que se perpetuam no âmbito das ações, dos programas e projetos voltados ao combate da epidemia (Bastos, 2002).

Pretende “dar voz” aos educandos, numa relação de mútua aprendizagem, que preze a construção conjunta do conhecimento (Paiva, 2000). Almeja (pela influência da “educação popular”) ser uma abordagem “política-pedagógica”, que problematiza não só o que se conhece, mas também o como se conhece (Seffner, 2002).

No campo da prevenção da AIDS, o formato oficina alinhou-se também à “educação de pares”. Tal perspectiva toma em consideração o conhecimento que “já está ali”, nos corpos, no conjunto de experiências, nas ideias e práticas expressas por cada indivíduo socialmente contextualizado. Trata-se de uma proposta pedagógica mais horizontalizada.

Esta abordagem parte do pressuposto de que os modos de “proteção” à doença são edificados por meio dos processos de revelar e refletir sobre as condições individuais e sociais em que se exerce (ou não) a sexualidade e as medidas de prevenção ao HIV/AIDS. O recurso à dramatização, por meio da montagem de cenas, mostra-se como um instrumento privilegiado ao entendimento da visão de mundo dos atores sociais, que orienta as práticas preventivas – ou a ausência destas. Tal modelo interativo e dinâmico, centrado na “realidade” dos indivíduos, visa transcender “a educação bancária, hegemônica na história da AIDS no Brasil” (Paiva, 2000, p.44).

As oficinas do projeto pesquisado foram desenhadas nesse sentido, objetivando-se a construção coletiva de conhecimentos e a consolidação de respostas conjuntas aos “problemas” do grupo em questão. O recurso à dramatização e à criação de cenas teatrais foi o carro-chefe desse processo. Entretanto, observou-se uma tendência a se reproduzir no formato da oficina o modelo verticalizado de educação – ainda que a retórica da *participação* permeasse todos os encontros, projetados como espaços de construção eminentemente coletiva. Tal modelo (verticalizado) era entendido como aquele que não permitiria “brechas” ao não uso do preservativo *em todas as relações sexuais*, dado o temor da disseminação da infecção por meio das *práticas sexuais desprotegidas* dos jovens soropositivos.

No presente trabalho apresentarei especificamente um material etnográfico resultante de observações de uma *oficina de tea-*

tro. A cena escolhida, como centro da análise, constitui um recurso heurístico ao entendimento de dimensões chave que organizam o mundo social investigado. Por meio dela os atores sociais expressam de forma visceral elementos que são ocultados, não ditos, metaforizados e entrecortados nas interações verbais (*discussões* e *debates*) no âmbito do projeto⁴.

Trata-se, portanto, de um trabalho de condução dócil dos *jovens*, com o comprometimento de seu corpo e sua alma, promovendo-se uma modelação artesanal e delicada dos sujeitos. Tal modelação não se dá como resultado de um trabalho bruto e brusco de imposição de valores, hábitos e comportamentos, mas sim por meio de uma lapidação dos sujeitos contínua e sutil, de modos de compreensão de si e da sua condição de *jovem vivendo com HIV/AIDS*.

2 A POLÍTICA DE AIDS: DO RISCO AO *PROTAGONISMO*

A passagem da noção de “risco” para a de “vulnerabilidade” na compreensão da epidemia vai balizando a criação dos “personagens da AIDS”. Tratar-se-iam de identidades derivadas de grupos construídos como “mais atingidos pela doença”, a partir dos (oscilantes) números epidemiológicos (Galvão, 2000), que passam a ser investidos social e politicamente de modo diferenciado, ainda que alguns grupos sejam mais investidos do que outros a partir de variáveis socialmente condicionadas.

Neste processo de construção de personagens, as classificações de “vítimas” ou “culpados”, criadas nos primórdios da epidemia, são reeditadas em contextos mais recentes e atuais. Por outro lado, indivíduos infectados pelo HIV, “condenados” ao isolamento nos primeiros anos da doença, passam a ser vistos como atores principais e essenciais às respostas à epidemia, sendo convocados a ocupar diversos lugares e “papéis sociais” (Goffman, 1975) – a de-

⁴ A cena trabalhada no presente artigo foi alvo de uma análise preliminar, sob outro recorte, em um capítulo de livro de minha autoria (Cunha, 2013) intitulado: “Os direitos e os ‘avessos’: contradições e ambiguidades em torno das decisões e ‘direitos, sexuais e reprodutivos’, de jovens vivendo com HIV/Aids”, parte da coletânea “O fazer e o desfazer dos direitos: experiências etnográficas sobre política, administração e moralidades”, organizada por Adriana Vianna.

pendor do momento sócio histórico da epidemia – como “ativistas”, “multiplicadores” ou “protagonistas”⁵.

No campo investigado, tais papéis sociais foram acionados de modo diferenciado (e em alguns casos mesclavam-se), a depender do contexto. De toda forma, todos eles apontavam para a condição de envolvimento do *jovem vivendo com HIV/AIDS* como parte essencial das soluções dos “problemas” que os atingem.

Se o envolvimento das pessoas soropositivas, é uma prerrogativa presente desde a primeira década da epidemia (fortemente influenciada por órgãos e agências internacionais motivadas à construção “global” da epidemia), na pesquisa em tela, observa-se que a *participação do jovem* tem um forte horizonte modelador. Está em jogo a aquisição de um “autocontrole”, especialmente no exercício da sexualidade, que deve traduzir-se na exemplaridade do *cuidado de si e do outro*. Trata-se da conversão dos sujeitos nos seus maiores e melhores “governantes de si”, por meio de pedagogias de reforma moral.

Na medida em que os *jovens vivendo com HIV/AIDS* passam a se enxergar e ser vistos a partir do lugar de *protetores de si e do outro*, percebem que podem ocupar o lugar de “ativistas, multiplicadores ou protagonistas”, que, sob a perspectiva de um horizonte de modelação, podem ser vistos como sinônimos. Assim, o estímulo ao *protagonismo do jovem*, objetivo explícito do projeto social etnografado, parece ser parte fundamental de um jogo complexo de reforma moral, uma forma de condução “dócil” desses sujeitos, a partir da ideia de *defesa dos seus próprios interesses*.

2.1 Do isolamento ao envolvimento: ativistas, multiplicadores e protagonistas

Uma parte significativa do financiamento e conhecimento especializado ofertados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no enfrentamento da epidemia na primeira década era voltada não só para a implementação de programas nacionais para a AIDS, mas

⁵ Cabe ressaltar que cada termo faz parte de um léxico mais amplo, que, embora seja aqui reconhecido, não poderá ser abordado, pois foge aos limites do presente trabalho.

também para “organizações de base comunitária” (Bastos, 2002, p.95). O então dirigente do *Global Programme on AIDS* (GPA) (doravante Programa Global), Jonathan Mann, defendia enfaticamente “o envolvimento da comunidade, o respeito pelos direitos humanos e a integração das pessoas com Sida [AIDS]” (*Ibid*).

Neste quadro, o indivíduo com AIDS deixa o lugar de “paciente’, habitualmente passivo e silencioso, receptor de instruções”, para se tornar “reivindicativo e conhecedor dos assuntos em causa, desafiando por vezes a hierarquia do conhecimento (e poder) com os clínicos e o sistema de poder médico” (*Ibid*, p.84).

Tal perspectiva se expressou na *peer education*, traduzida no Brasil como “educação de pares”, com a emergência da figura do *peer educator* ou “multiplicador”. Neste âmbito, as ações de prevenção, por exemplo, são ministradas por “iguais”, sendo essa “identificação imediata” tida como o pilar da ação, com o direcionamento do material pedagógico para audiências específicas, valorizando-se o discurso nativo dos grupos que são alvo das ações (Camargo Jr., 2002, p.26).

Vale dizer que o pressuposto do envolvimento das ONGs nos projetos de prevenção financiados pelos recursos do Banco Mundial, como o “AIDS I”, passava, entre outros aspectos, pela ideia de que estas estariam mais “próximas” física e culturalmente dos “mais atingidos” pela doença⁶. Tal concepção desdobrou-se em projetos de prevenção, cujos desenvolvimentos se deram predominantemente por meio da realização de “oficinas” (Seffner, 2002), considerado um formato privilegiado para um tipo de trabalho educativo que se propõe mais horizontalizado. Este formato pressupõe o profundo envolvimento dos atores sociais, alvos das ações dos projetos, considerando-se a possibilidade de criação coletiva de respostas individuais e sociais aos “problemas” que os envolvem e “vulnerabilizam” ao HIV/AIDS (Paiva, 2000).

Entretanto, frequentemente este formato não se traduz numa

⁶ O “Aids I” é resultado de um acordo entre o Brasil e o Banco Mundial, em negociações que se iniciaram em 1992. O acordo foi firmado em 1994. A data inicialmente prevista para o encerramento do Projeto era dezembro de 1997, com prestação de contas final em junho de 1998, mas ele acabou sendo finalizado em meados de 1998. O orçamento total do Projeto foi de 250 milhões de dólares, sendo 160 milhões do Banco Mundial e 90 milhões a contrapartida do Tesouro Nacional. Para uma noção do contexto social, político e econômico do Brasil quando da execução do Aids I, bem como para uma noção dos principais componentes deste Projeto, ver Galvão (2000, pp.146,147).

abertura conceitual e prática que permita a construção de saberes da base à cúpula, numa inovação radical de conhecimentos e inversão de poder. O modelo de prevenção hegemônico de base comportamentalista, centrado na noção de risco individual, permanece orientando as ações preventivas no campo da AIDS (Camargo, Jr., 2002, p.26).

O modelo preventivo hegemônico persiste, entre outros motivos, porque encontra “porto seguro” no bem consolidado, e amplamente valorizado, conhecimento biomédico, de onde derivou uma noção do corpo como “organismo”, a partir da qual se desenvolveram as “explicações” sobre as infecções, entre elas a do HIV (Czeresnia, 1997). Tal entrada interpretativa, conforme destaca Bastos (2002), não se dá por fora dos jogos de interesse de laboratórios e de instituições políticas e acadêmicas, entre outros.

A incorporação de uma perspectiva de compreensão da AIDS, para além de um “evento viral” (Paiva, 2007, p.2), conforme é forjado com a noção de vulnerabilidade, deve enfrentar o desafio de lidar com o corpo como resultado da cultura (Sarti, 2010). Dada a complexidade desta operação e, ao mesmo tempo, a exigência de operacionalidade das ações preventivas, prevalece o modelo normativo, centrado na “avaliação dos riscos” de infecção e mudança de comportamento individual, a partir da aquisição de um “*kit* de informações”.

Retomando as diferentes classificações (ativista, multiplicador e protagonista), e os modelos de ação política e prevenção, cabe dizer que, enquanto os termos “ativista” e “multiplicador” nascem dos momentos reivindicativos iniciais da epidemia, foi somente no ano de 2006 (ao menos “oficialmente”) que o então intitulado “Programa Nacional de DST/Aids” passou a incorporar a nomenclatura *protagonista/protagonismo* na referência aos indivíduos vivendo com HIV/AIDS e sua mobilização social.

Nota-se a particularidade do contexto de incorporação destes termos, na medida em que foram divulgados quando do lançamento da campanha do 1º de Dezembro intitulada “A Vida é Mais Forte que a Aids”, dirigida às “pessoas que vivem com HIV/AIDS”, com vistas ao enfrentamento da “discriminação, do preconceito e do estigma que envolve a doença”. Tal campanha aparece alicerçada na “nova

prevenção”: a “prevenção posithiva”, defendida como “a prevenção voltada para as pessoas que vivem com HIV/AIDS”.

Segundo Paiva (Paiva, 2007, p.1), que tece considerações críticas à “prevenção posithiva”, deve-se reconhecer na definição do “Programa Nacional de DST/Aids” uma coerência com os pilares da resposta nacional à “proteção e promoção do direito à vida, com o acesso universal à assistência integral à saúde e à não discriminação”. Tal definição, de acordo com a autora, também iria ao encontro de consensos internacionais, como aquele que defende que “cada avanço técnico-científico no campo da AIDS depende de grande envolvimento das pessoas vivendo com HIV/AIDS, ou seja, do princípio do GIPA (*Greater Involvement of People with HIV/AIDS*)”, consolidado desde a declaração de Paris, em 1994⁷.

Ainda que não pretenda estender aqui esta discussão, não posso deixar de sublinhar que a associação entre “protagonismo das pessoas vivendo com HIV/AIDS” e “prevenção posithiva” tem como pano de fundo a necessidade de gerir a “sexualidade soropositiva”, em face do forte temor de que elas disseminem o vírus a parceiros sexuais ou à prole em situação de gravidez.

Não é mera coincidência que neste mesmo ano (2006) tenha sido realizado o primeiro *Encontro Nacional de Jovens Vivendo com HIV/AIDS*, com ampla visibilização do fenômeno da “juvenilização da AIDS” (Rios *et. al*, 2002), construído a partir de dados epidemiológicos anos antes, com a referência, desde o princípio, aos *jovens soropositivos* como *protagonistas*. O que estou querendo sinalizar é que a emergência da expressão *protagonismo dos jovens vivendo com HIV/AIDS* ou deles como *protagonistas*, além de ter sofrido forte influência de uma onda de investimento político, social e econômico nas “juventudes” e no “protagonismo juvenil” nos últimos anos (Castro, 2005), está fortemente atravessada pelas preocupações que se desenham em relação à sexualidade dos soropositivos, e mais

⁷ Nesta ocasião, líderes de 42 nações assinaram a declaração *Paris AIDS Summit Declaration*, que defende o papel primordial das pessoas vivendo com HIV nas iniciativas de prevenção e assistência, percorrendo desde a concepção até a implementação de políticas e programas, nacionais e internacionais, para o enfrentamento do HIV/AIDS (Paiva, 2007, p.1). Sobre o GIPA, ver http://www.ahrn.net/library_upload/uploadfile/file1777.pdf, acesso em 20 de julho de 2011.

ainda em relação aos *jovens*.

No caso dos *jovens soropositivos*, ainda que “o conceito de prevenção positiva” não tenha sido incorporado no conjunto de discursos observados, ao menos até o fim da etnografia, em 2009, está lá como um pano de fundo, como uma proposta que fala difusamente em nome de um cuidado integral e de projetos de vida, mas que aponta à necessidade de um controle de corpos “condenados pelo desejo”.

2.2) A criação dos “personagens da AIDS”: de vítimas e culpados a atores principais

No ano de 1990, ainda na vigência do conceito epidemiológico de risco como norteador das ações de enfrentamento à epidemia, em especial no ainda incipiente campo da prevenção, destaca-se o investimento nas “profissionais do sexo”. Neste ano, há o início do maior envolvimento das associações de profissionais do sexo, como o Grupo de Mulheres Prostitutas da Área Central (Gempac), localizado em Belém, Pará. O Gempac, junto a outras iniciativas, como a Associação de Prostitutas do Ceará (Aproce), a Associação de Prostitutas do Rio de Janeiro e o Projeto Prostituição e Direitos Civis, desenvolvidos no Iser (Instituto de Estudos da Religião), compõe um quadro de entidades que começaram a trabalhar com AIDS (Galvão, 2002, p.81).

À época, além do nascente movimento de articulação entre as profissionais do sexo – impulsionado pela epidemia de HIV/AIDS, que conferiu visibilidade ao trabalho das organizações atuantes a este segmento –, projetos desenvolvidos pelo então denominado Programa Nacional de Aids, como o “Previna” (proposta iniciada antes do “AIDS I” e retomada no início deste), levaram à frente esta articulação e o envolvimento desses grupos em questões relacionadas à AIDS (Galvão, 2002, pp.81/82).

A metodologia dos projetos era a mesma daquela do trabalho voltado ao “público gay”, a já mencionada “educação de pares” (*peer education*) (*Ibid*). Conforme destaca Szterenfeld (1992, p.193), **as “prostitutas” passam de “transmissoras a educadoras”**, sendo boa parte das ações desenvolvidas pelas instituições destinadas a “ensinar

às mulheres a negociação do uso do preservativo”, assim como “treiná-las” para que fossem “multiplicadoras de informação” tanto para o seu grupo quanto para o “cliente” (grifos meus) (Galvão, 2000, p.82).

A autora destaca que uma das consequências da epidemia de HIV/AIDS foi ajudar a conferir, senão legitimidade, uma maior visibilidade às ações desenvolvidas por “grupos *gays*” e de “trabalhadoras(es) do sexo”. Trata-se, segundo ela, de um movimento de mão-dupla, na medida em que o rótulo de “grupos de risco”, ao mesmo tempo em que gerava estigma, também justificava a importância de traçar estratégias específicas para esses grupos, fazendo com que os seus integrantes tornassem-se elementos-chave nas ações de prevenção baseadas na “educação de pares”.

Tais dimensões construídas, paradoxalmente, entre a marca negativa/estigmatização e o reconhecimento social (aspecto que se verifica em relação aos *jovens soropositivos*) permitiram que grupos com dificuldades em obtenção de recursos pudessem ser custeados tanto por “agências da cooperação internacional” quanto por “organismos governamentais”, passando a frequentar reuniões, seminários e conferências promovidos por instituições como a OMS/Programa Global de AIDS (Galvão, 2000, p.83).

Se desde o início a epidemia trouxe visibilidade e exigiu a articulação dos grupos por ela mais estigmatizados, como homossexuais e profissionais do sexo, outro grupo que, alguns anos depois, uniu-se a este movimento foi o das travestis (Vianna e Lacerda, 2004, p.110). A epidemia de AIDS teve um papel crucial na criação dos primeiros grupos e das associações de travestis, fundados predominantemente em meados da década de 90. Tais grupos, com o suporte do então “Programa Nacional de Aids”, realizaram os primeiros encontros nacionais de travestis, com destaque para o I Encontro Nacional de Gays, Lésbicas e Travestis que Trabalham com Aids, em 1996 (Galvão, 2000, pp.104/105).

Desde a criação, em meados da década de 90, da pioneira Tulipa (Travestis Unidos Lutando Incansavelmente contra a Aids), de Santo André, São Paulo, até a realização do referido encontro, em 1996, as “travestis percorreram um longo caminho, passando da

clandestinidade à maior visibilidade dos grupos”⁸. “O principal objetivo dos grupos era a luta pelos direitos civis, contra a violência policial e pela saúde. Entre as atividades estão **oficinas de sexo seguro e de cidadania, feitas pelos travestis para os travestis**” (grifos meus) (Galvão, 2000, pp.104/105).

Neste sentido, como antes colocado, o que chamei de “personagens da AIDS” refere-se às identidades criadas a partir da delimitação de grupos construídos como “mais atingidos pela doença”, a partir dos (oscilantes) números epidemiológicos (Galvão, 2000). Tais grupos passam a ser investidos social e politicamente de modo diferenciado, e alguns deles, por motivos de maior ou menor reconhecimento social, são mais investidos do que outros.

Cabe ressaltar que o aumento do número de casos em determinado grupo populacional é interpretado como “indicador de novas tendências da epidemia”, refletindo-se no estabelecimento de “novas atividades e prioridades” – ainda que nem sempre isso ocorra, pois se trata de um jogo complexo que envolve, entre outros aspectos, o peso social e a visibilidade conferida aos “grupos mais atingidos”.

O caso das “mulheres” como o grupo que passou a ser considerado um dos mais afetados pela AIDS é exemplar. O anúncio do espalhamento do HIV entre as mulheres foi concomitante à divulgação do aumento do número de casos entre usuários de drogas injetáveis. No entanto, conforme destaca a autora, a constatação do “crescimento da infecção” em determinado grupo nem sempre é acompanhada da realização de projetos de prevenção e de outras ações. Destaca-se a esse respeito que entre os usuários de drogas injetáveis, por diferentes motivos, o início das atividades não foi imediato. O mesmo se deu com homossexuais masculinos que, apesar de terem sido identificados como um dos grupos mais afetados no Brasil desde o início da epidemia, não tiveram atividades a eles dirigidas que abarcassem a magnitude do problema (Galvão, 2000, p.145).

Entre os altos e baixos dos números da epidemia, reconhece-se uma “redução na tendência histórica da incidência do HIV/

⁸ Outra conquista foi a entrada das travestis na então intitulada Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis (ABGLT) – hoje denominada “Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT)”, fundada em 1995 (Galvão, 2000, pp.104/105).

AIDS”. Contudo, esta não se dá de modo homogêneo. A modificação do perfil de casos no Brasil ao longo dos anos se caracterizou por fenômenos que ficaram conhecidos como “heterossexualização”, “feminização”, “pauperização” e “interiorização da epidemia” (Carmargo Jr., 2002, p.28). Soma-se a estas a mais recentemente reconhecida “juvenilização” da AIDS (Rios *et. al*, 2002), aspecto que tem refletido nos temas das últimas campanhas do 1º de Dezembro⁹.

Assim, os números constroem os grupos mais atingidos, que são classificados como mais ou menos vulneráveis ao HIV. Tais dimensões se expressam na pesquisa de AIDS, na medida em que esta é percebida como o substrato à ação, “conhecer para agir”. Neste sentido, é interessante reconhecer no trabalho de Moutinho *et. al*. (2005) como as pesquisas financiadas pelo então Programa Nacional de DST/Aids (atual “Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais”) são direcionadas no sentido de cobrir nichos de interesse específicos à eleição e consolidação de determinados grupos sociais como mais “vulneráveis”, criando o que chamei de “personagens da AIDS”, o que inclui os *jovens vivendo com HIV/AIDS*.

As condições de possibilidade para o nascimento deste novo personagem, entre outros aspectos, inscrevem-se no bojo das novas terapias de controle da doença. A terapia antiretroviral de alta-potência, vulgo “coquetel”, estancou o rápido processo de adoecimento e morte por AIDS, e transformou a “doença fatal” em uma enfermidade crônica, *sem cura, mas com tratamento*, como frequentemente se referiam os meus interlocutores na pesquisa.

Assim, o *jovem vivendo*, como ilustra esta expressão êmica, através da supressão do “com HIV/AIDS”, precisa livrar-se de algumas marcas negativas da “história da AIDS”, em um movimento contínuo e intenso de positividade deste sujeito. Percebe-se, desse modo, uma certa “obrigação de ser (soro)positivo, feliz”. A *saúde* aparece como uma espécie de dever, uma ética e estética que inviabiliza o aparecimento da feiúra, da dor, do adoecimento e da morte. *A afirmação da vida, a busca pela alegria de viver, a intensidade de experiências da fase juvenil a despeito do HIV/AIDS, a necessidade*

⁹ Ver <http://www.aids.gov.br>, acesso em 19 de agosto de 2011.

de satisfação afetiva e sexual, os direitos sexuais e reprodutivos, são retóricas constantes no campo investigado. A sexualidade, no entanto, é um ponto central de controvérsias, não exatamente desveladas, mas consubstanciadas sob a forma de um tema a “ser explorado e conhecido”, “divulgado e desmistificado”.

Nota-se, portanto, uma domesticação do possível na construção de sujeitos “sexualmente liberados”, porém *conscientes e responsáveis*, daí exemplares. Isto é, sujeitos que na atuação como *multiplicadores* devam ser capazes, ao mesmo tempo, de profetizar a *prevenção* a outros jovens e de “demonstrá-la” através de um corpo “livre”, porém, controlado e contido, que transpareça nos discursos e na sutileza dos gestos o exercício da prevenção nos seus princípios mais capilares e normatizantes. A noção de *protagonista/protagonismo* remete a esta exigência, por parte dos jovens, do desenvolvimento de uma capacidade de exemplar de gestão de si, com ênfase na sexualidade.

Vê-se que é a partir do recurso de sua própria condição socialmente dramática, de *ser jovem e viver com HIV/AIDS*, que se constrói a possibilidade de tornar úteis experiências de dor e sofrimento, seja para os próprios *jovens*, em seu trânsito social, seja para o projeto na sua proposta mais ampla de pedagogização da condição destes indivíduos e da positivação de suas vidas. O investimento no “capital corporal” (Bourdier, 2002) destes indivíduos, um corpo *jovem*, fortemente sexualizado e soropositivo, passível de ser desdobrado sob diferentes faces como “exemplo” a outros *jovens*, é, paradoxalmente, o meio de torná-los “viáveis” e, de certa forma, “úteis” socialmente. É, portanto, por meio do fomento a esta atuação político-moral do jovem que se fecha produtivamente aquilo que a princípio não se “encaixa” na junção espinhosa de *ser jovem e viver com HIV/AIDS*.

3 ONDE E A QUEM SE MOLDA E MODELA

Os contextos de observação da pesquisa foram um hospital de referência para o tratamento de pessoas com HIV/AIDS com tradição no atendimento de *jovens vivendo com HIV/AIDS*, e uma ON-

G-AIDS¹⁰, também com *expertise* na atuação junto a este segmento. Nestes dois espaços, físicos e simbólicos, desenharam-se diferentes metodologias de trabalhos, ainda que elas só tenham se tornado nítidas para mim na última etapa do Projeto, construído em três fases.

As fases foram constituídas de *oficinas* pedagógicas. A primeira, de *arte e literatura*, a segunda, de *sexualidade/cidadania e teatro*, e a terceira, e última, de *protagonismo*. Ainda que neste trabalho só aborde uma oficina da segunda fase, vale situar o sentido geral de cada uma delas, com vistas a ilustrar os compromissos sociais e morais selados em cada uma das *oficinas*.

A primeira fase voltou-se à produção de uma publicação de informação e entretenimento para *jovens vivendo com HIV/AIDS*. Essa publicação visava, segundo expressões êmicas, *dar rosto e voz aos jovens*, isto é, visibilizá-los. Mostrar que *não morreram quando crianças* por AIDS, nos casos de transmissão vertical (da mãe para o bebê), e que quando infectados, já na “juventude”, *não deviam estar escondidos em ambulatórios de adultos*, tendo respeitada, de acordo com a minha compreensão, a sua “especificidade de idade e de experiência subjetiva”.

A segunda fase do Projeto, momento no qual iniciei o campo de pesquisa, foi organizada sob a forma de *oficinas de teatro*. A emoção foi o carro-chefe deste trabalho, que pretendia “fazer nascer” jovens com histórias emocionantes, passíveis de serem “multiplicadas” a outros grupos e contextos, como parte da meta de formação do jovem como *protagonista/multiplicador* e de “sensibilização de outros jovens”, em especial quanto ao tema da *prevenção* do HIV/AIDS.

Finalmente na terceira e última fase, os *jovens* que “já tem rosto, corpo e expressão” precisam ser “úteis”, no sentido de “educar outros jovens”, em atividades de multiplicação de conhecimentos (com base em apresentações teatrais, seguidas de *debates*), como parte de uma reforma íntima de si mesmos na direção de uma maior responsabilidade no “cuidado de si e do outro”, leia-se prevenir-se para não disseminar o vírus da AIDS. Aqui a dimensão “biopolítica” do trabalho, no sentido da manutenção e preservação da vida, assume os seus contornos mais acabados.

¹⁰ Para uma discussão crítica acerca deste termo ver Galvão (2000).

Centrar-me-ei nesse trabalho em uma *oficina de teatro* que compôs a segunda fase do Projeto. A ideia aqui é trazer as cenas etnográficas, aquilo que compõe o que é dramatizado pelos atores sociais, o que inclui as próprias encenações no bojo da *oficina de teatro*, sinalizando, nestes processos, as técnicas/tecnologias e estratégias de modelagem e modelação dos *jovens vivendo com HIV/AIDS* como sujeitos político-morais.

As noções de “moldar” e “modelar” sujeitos são tributárias do fato de se tratar de um trabalho que faz nascer sujeitos-modelos, *exemplos*. Ou seja, com as ações pedagógicas molda-se, modela-se, engendram-se novas formas de pensar, sentir e agir, para que se cumpram as expectativas sociais de controle destes corpos juvenis e infectados, vistos como “hipersexualizados” pela idade, potencialmente disseminadores de uma doença grave, estigmatizada e incurável. Neste processo de moldar e modelar, também se esquadrinha e esmiúça as experiências dos *jovens* com a AIDS, tipificando-se um conjunto de possibilidades exemplares para a composição de uma espécie de “acervo” que sirva aos *jovens* em seu trânsito social e de base para a atuação dos mesmos junto a outros *jovens* em atividades de multiplicação, isto é, na atuação dos primeiros como *multiplicadores*.

4 MOLDANDO E MODELANDO SUJEITOS POLÍTICO-MORAIS: PRÁTICAS, TÁTICAS E ESTRATÉGIAS EM CAMPO

Descreverei aqui as “práticas” que constituem a *oficina de teatro* em análise. Com base no referencial foucaultiano, analisar as práticas como técnica ou tecnologia significa situá-las em um campo que se define pela relação entre meios (táticas) e fins (estratégias).

As *oficinas de teatro* do projeto, de modo geral, fomentavam a criação de cenas com os *jovens*, seguidas de *debates* nos quais se discutiam as vivências dos mesmos no conjunto destas cenas. Na oficina que será descrita, o tema norteador foi a *revelação do diagnóstico*, visto como um momento divisor de águas na vida dos *jovens* e no qual seriam aglutinados diversos fatores-chave, entre eles, as formas de transmissão do HIV, vertical ou sexual, as relações so-

ciais por estas engendradas e as marcas associadas a estas formas de transmissão na construção social da AIDS.

Vale sublinhar que a *revelação do diagnóstico*, a *aderência ao tratamento* e a *prevenção* são temas-chave de ordenação do campo estudado. A sexualidade é o elemento que liga as três temáticas, na medida em que é em torno do seu controle e funcionamento ótimo que os enredos se constroem nas oficinas como “problemas” a serem resolvidos.

4.1 A cena dramatizada: o caso de Clara

A cena dramatizada se passou durante uma oficina de teatro realizada na ONG-AIDS, à época situada em uma casa de porte mediano em uma área tranquila da cidade. Após a entrada da casa, uma pequena escada à esquerda permitia o acesso a duas pequenas salas interligadas onde funcionava a secretaria da instituição. Mais adiante, também à esquerda, outra pequena escada dava acesso à sala principal da organização, onde eram realizadas algumas oficinas. Na parede exterior desta sala era possível observar um “mural de avisos”, com algumas fotos da visita de uma renomada cantora à ONG, informativos e notícias, em sua maioria extraída do *site* do então “Programa Nacional de DST/Aids”. Mereciam destaque as notícias relativas aos *direitos dos soropositivos* e à assessoria jurídica, carro-chefe das ações da instituição.

Nas paredes internas desta sala, observavam-se diversos cartazes produzidos pela própria organização, aspecto que decorava de modo particular o espaço e refletia uma espécie de “linha do tempo” da ONG. Isto é, através de diferentes imagens e retóricas ligadas à epidemia e às respostas do “movimento de AIDS”, era possível captar um certo percurso da ONG. Esta composição visual, que conferia uma ética e estética particular ao lugar, informava um jeito de ser e de atuar social e politicamente da entidade e seus representantes.

A presença de materiais como fotos e ilustrações fazendo alusão à homossexualidade, travestilidade e transexualidade, marcava uma diferença radical deste espaço de realização das oficinas em comparação àquele observado no hospital (o outro lócus do projeto),

em cujas paredes predominam os cartazes produzidos pelo “Programa Nacional de Aids”, mormente os ligados à prevenção, sem marcas explícitas de sexualidade e erotismo.

Além desses aspectos, a dimensão e a defesa dos *direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/AIDS*, encarnada na exitosa assessoria jurídica da instituição, aliada à bandeira dos *direitos das crianças e dos adolescentes*, esferas de significação e engajamento político da organização, compunham uma semântica própria aos discursos do lugar. Esses elementos se mesclavam aos valores da *solidariedade, justiça social e vida com dignidade*, defendidos pelo mestre fundador da entidade, e fortemente presentes no imaginário da instituição e seus filiados. Assim, os *jovens do projeto*, apesar de focados nas atividades das oficinas e em suas diretrizes pedagógicas, não deixavam de “viver” este ambiente, respiravam sua história e desfrutavam de seus signos.

Retomando-se a descrição da ONG-AIDS, de seus espaços físicos e simbólicos, nota-se que junto à entrada da casa havia uma estante de ferro de estatura mediana com diversos *folders* sobre as atividades oferecidas pela instituição, bem como informativos acerca dos *direitos das pessoas vivendo com HIV/aids* e da pesquisa de vacina em AIDS. Além destes materiais, era possível acessar alguns exemplares de uma revista de saúde e entretenimento voltada ao público soropositivo.

Logo após a sala principal, também à esquerda, ficava a cozinha da instituição, um ponto de encontro e partilha entre os voluntários. Nota-se que comer junto e viver experiências coletivas e emocionais eram dimensões fortemente atreladas na ONG. Por isso, era sagrado o lanche coletivo dos *jovens*, sempre muito farto e elaborado, servido logo após o término das atividades das oficinas, em uma grande mesa retangular colocada no corredor da parte externa da casa. Por fim, ao final deste corredor, chegava-se ao pequeno pátio da instituição nos fundos da casa. Neste espaço coberto também eram realizadas algumas oficinas, especialmente aquelas destinadas às atividades corporais, de teatro, que exigiam uma maior movimentação por parte dos *jovens*.

O grupo da ONG-AIDS contava com cerca de 12 *jovens*, unidos pela marca da transmissão vertical, ainda que um ou outro *jovem* infectado por transmissão sexual participasse esporadicamente das oficinas. Este grupo, em razão do predomínio da transmissão vertical, era marcado por perdas em decorrência da AIDS, tais como a orfandade, apresentando uma particularidade. Parte dele era composta por *jovens* de camadas populares, moradores de bairros de baixa renda, inseridos em arranjos familiares diversos (netos vivendo com avós ou tios, adotados por familiares ou não etc.). A outra parte era formada por *jovens* moradores de uma casa de apoio, situada na zona sul (área mais nobre) da cidade, voltada originalmente para as crianças “órfãs da AIDS” e/ou de famílias em situação de pobreza. O que unia esses grupos de *jovens* tão díspares era o fato de serem todos eles usuários do mesmo hospital, serviço de saúde *parceiro* de longa data da ONG-AIDS.

O grupo da ONG-AIDS era composto por *jovens* que poderiam ser classificados como “pardos” e “negros”, porém havia uma diferença radical de “classe”. A aparência muito bem cuidada dos *jovens* da casa de apoio contrastava com a apresentação dos demais *jovens* que frequentavam as oficinas. Estes últimos trajavam roupas sempre muito simples, revelando nos modos de falar e portar as marcas da pobreza e da baixa escolaridade. Pertenciam a famílias que viviam predominantemente dos *benefícios da AIDS*. Já os *jovens* da casa de apoio, destacados de suas famílias de origem, viviam como “filhos únicos” da instituição. Apresentavam-se impecavelmente, transparecendo nos modos de agir e pensar um nível mais alto de escolaridade e os valores do meio social onde transitavam.

Entre os *jovens* deste grupo, chamava a atenção os dentes e cabelos muito bem cuidados, a maquiagem das *jovens* e os acessórios (cintos, correntes, braceletes etc.) utilizados por algumas moças e rapazes (que marcavam, junto ao penteado e ao contorno dos olhos, o “estilo emo”). Todos possuíam aparelhos eletrônicos ultramodernos para ouvir música, comumente canções internacionais. Além disso, usavam tênis de marca, novíssimos e tinindo de limpos, e trajavam jeans e blusas de malha com cores variadas, todas elas com referências, por meio de frases poéticas, ao personagem público que

dava nome à instituição a qual eram vinculados. A sensação que dava era de se estar diante de “jovens comportados”, “exemplares”.

Os *jovens* da casa de apoio, apesar da origem pobre (e do retorno a ela com a saída da casa de apoio em razão da maioridade), parecem viver durante um determinado tempo de suas vidas numa espécie de “bolha social”: estudam em escola particular, viajam com frequência, têm uma vida cultural intensa, entre outros aspectos. A ideia de “bolha social” também serve para representar as fortes restrições quanto ao trânsito dos *jovens* fora da instituição e desacompanhados de educadores. Estes elementos impactam profundamente a forma como os *jovens* lidam com a AIDS, consigo mesmos e com os outros.

Antes de passar para a descrição da oficina de teatro, cabe tecer ainda algumas considerações sobre o contexto das atividades na ONG-AIDS e das interações travadas neste espaço. Na ONG-aids a “estrutura” da organização dava sustento às ações junto aos *jovens* a despeito da existência do projeto. Este assumia o lugar de “continuidade” de ações há muito iniciadas com este “público”. Isto impactava o modo pelo qual os *jovens* utilizavam o espaço da ONG. A despeito do projeto, a ONG-AIDS era um lugar de convívio para os *jovens*, inclusive para seus familiares. Dessa maneira, na instituição os projetos e as ações passavam, mas as pessoas e suas relações permaneciam, cada vez mais vigorosas.

A relação das profissionais-mediadoras (*especialistas*, em sua maioria psicólogas), do *projeto* com os *jovens* também era diferenciada. Enquanto Jussara, coordenadora das oficinas nos dois espaços (ONG-AIDS e hospital), pela visão de mundo mais igualitária, parecia se afinar melhor com a linguagem dos *jovens* da casa de apoio, as demais profissionais-mediadoras, voluntárias da ONG-AIDS, demonstravam uma maior proximidade com o *ethos* dos outros *jovens* do grupo.

A condição social destas voluntárias, mantida com muito esforço e trabalho, aliada à prática cotidiana com os usuários da ONG, aproximava-as sobremodo da visão de mundo da parte do grupo de *jovens* menos favorecida economicamente. Além disso, o fato de estes *jovens* de hoje serem as *crianças* de outrora (os órfãos da AIDS, do início da década de 90), contempladas pelas ações da ONG-aids, con-

tribuíam para um sentimento de grande familiaridade e intimidade destas voluntárias com este grupo e seu universo. Tal relação era premiada pelos anos de convívio e de luta contra a AIDS, sendo significada pela afetividade e cumplicidade. Este aspecto era visível no orgulho que estas voluntárias exibiam com o crescimento das *crianças*, hoje *jovens*. Um “milagre” obtido a muitas mãos e com grande custo.

Passo, finalmente, para a descrição da *oficina de teatro*, foco das próximas análises. Esta oficina sobre o tema da *revelação do diagnóstico* consistiu na proposta de criação de histórias reais ou imaginadas sobre esta temática e na posterior encenação teatral de uma das histórias eleitas pelos *jovens*.

Para a consecução da primeira etapa do trabalho, os *jovens* foram dispostos em duplas e auxiliados por Jussara, coordenadora das oficinas, que lhes propunha “casos típicos” de situações de *revelação do diagnóstico* (*revelação do pai para o filho, infectado por transmissão vertical; do médico para o jovem, infectado por via sexual; do jovem infectado por transmissão sexual para os pais etc.*), de modo que nas construções narrativas eles não precisassem necessariamente “falar de si mesmos”.

Na segunda etapa do trabalho, as duplas deveriam relatar as histórias por elas criadas para todos os presentes. Na terceira e última etapa, o grupo deveria escolher uma, dentre as histórias narradas, que iria embasar a criação da cena. Entre cada uma dessas etapas era realizado um *debate* para que os *jovens refletissem* acerca dessas experiências.

Neste dia, estavam presentes dez *jovens* e uma profissional voluntária da ONG-AIDS, além de Jussara. A atividade transcorria na sala principal da ONG, que por não ser muito grande criava um clima de aconchego para o trabalho. Os *jovens* estavam dispostos em círculo, sentados em cadeiras, de forma que todos podiam ver uns aos outros. A atenção do grupo estava voltada para Jussara, que dava as coordenadas da oficina. O grupo de *jovens* demonstrava atenção aos comandos da coordenadora. Os *jovens* da casa de apoio, como de praxe, mostravam-se pouco dispostos à realização da atividade. A resistência ao engajamento na oficina se dava por meio de uma expressão corporal de enfado. As *jovens*, sentadas muito juntas, pa-

reciam “um só corpo” e demonstravam, por meio de gestos sutis e olhares fulminantes, o seu desagrado *em falar de AIDS*. Mantinham dessa forma uma comunicação e interação em paralelo.

Os *jovens* foram arranjados em duplas em locais separados da sala, de forma que tivessem algum tipo de privacidade. A cada uma das duplas foi dado 20 minutos para a criação da história com base no “caso típico” ofertado pela coordenadora. Após este momento, o grupo voltou a se organizar sob a forma de círculo e as duplas, uma a uma, foram contando os enredos criados¹¹.

Considerando os fins desse artigo, passarei diretamente para a narrativa feita por uma dupla de *jovens* da casa de apoio, a que foi eleita pelo grupo para embasar a criação da cena. Trata-se de uma moça que se infecta por via sexual (o oposto da experiência de todos da casa de apoio, a transmissão vertical) na ocasião de uma festa, em decorrência do uso de álcool e do *descontrole* quanto às medidas preventivas. Chama a atenção uma marca de gênero, uma vez que quem se “descontrola” com o álcool e não usa o preservativo é do sexo feminino. Segue a forma pela qual a narrativa foi construída originalmente pela dupla de *jovens*:

Clara foi a uma festa, a primeira permitida pelos pais, bebeu, dormiu junto, sentiu-se mal e fez o teste [anti-HIV], deu positivo e não sabia o que fazer e contou para os pais. (Grifo meu.)

A descoberta da condição sorológica da personagem Clara se dá logo depois que esta *se sente mal* e realiza o teste anti-HIV. Em um compasso extremamente veloz, após o diagnóstico, dá-se a *revelação do diagnóstico* de Clara aos pais.

Interessante perceber nestes enredos que, após a relação sexual “desprotegida”, *sentir-se diferente ou mal* é o sinal necessário à bus-

¹¹ Apenas para ilustrar, a primeira história relatada, por uma dupla de rapazes, tinha como personagens “o pai e o filho”: *o filho não sabia que tinha o vírus e transou, o pai não contou para ele. Só depois que o menino nasceu que o pai soube [que ele e a esposa eram portadores do HIV], a mãe não fez o pré-natal. Foi isso: rolou sem camisinha, descobriu [o HIV] e começou a se tratar. A segunda história, contada por outra dupla composta por uma moça e um rapaz, insinua um episódio de transmissão vertical (da mãe para o bebê): Uma gestante fez o pré-natal, fez o teste [anti-HIV], mas só soube do resultado [de soropositividade para o HIV] depois do nascimento do filho.*

ca imediata pelo teste anti-HIV. Como também a recorrência de um desfecho de *vida normal* ou de *não deixar de ser uma pessoa normal*, apesar da infecção pelo HIV e do consequente tratamento da AIDS.

Seguiu-se para a montagem da cena, última etapa da oficina. Jussara solicitou que alguns voluntários se candidatassem para compor a estrutura do drama e os seus personagens. As interações e os diálogos entre os personagens, entretanto, deveriam ser feitos em improviso, sem preparações prévias. Portanto, as partes que compõem a cena foram feitas em sequência, sem roteiro ou ensaios, apenas inspiradas na história original da dupla de *jovens*.

Na cena, um personagem médico foi criado para mediar a situação de revelação do diagnóstico da personagem aos pais. O médico foi dramatizado por Camila, jovem órfã, adotada pelos tios depois de viver a infância com a avó, que omitia a doença para a neta. Clara, a personagem principal, foi protagonizada pela coordenadora das oficinas, Jussara. Os personagens do pai e da amiga (Fernanda), que promoveu a festa, foram desempenhados por um rapaz e uma moça da casa de apoio. O papel de mãe foi representado pela profissional voluntária da ONG-AIDS. Segue a dramatização:

Cena 1 (Clara no consultório médico)

Médico (com a mão no queixo diz): *Tenho uma filha da sua idade...*

Clara: *Não conta pros meus pais...*

Médico: *Vou contar, mas não do jeito que você me falou. Rolou [transou]? Sem camisinha? Ele [o parceiro] era legal... podia ser o pai [do bebê]? AIDS dá na pessoa que transa sem camisinha, faz besteira. Não se deve chorar pelo leite derramado. Faz os exames e no mês que vem volta. Se pegou [o HIV] você vai vir com seus pais, prefere trazer ou prefere que eu ligue [para eles]?*

Cena 2 (Clara no consultório médico)

Médico: *Tudo bom, mocinha? Não tenho uma notícia muito boa, você está com o vírus [HIV], você não tem AIDS, se você se cuidar [a AIDS] não vai ter deixar na cama... [caso contrário] a AIDS praticamente te mata.*

Clara (repetidas vezes pergunta): *Mas qual a diferença [entre estar com o vírus HIV e ter AIDS]?*

Médico (a jovem altera a voz impaciente e, nervosa, pede água para a coordenadora das oficinas): *Tem como se cuidar com o vírus, se não tomar [remédio]... fundo do poço, internar, morrer. Barra agora contar para seus pais... Eu preciso contar para seus pais. Se você cair doente, vai ser melhor [contar para eles]. Traz a sua amiga Fernanda [a amiga que deu a festa].*

Cena 3 (Clara e Fernanda no consultório médico)

Médico (dirigindo-se à Fernanda, a amiga): *Você contou para mãe dela [de Clara] que ia ter bebida na festa?*

Médico (dirigindo-se à Clara): *Você foi à casa dela e de quem é a responsabilidade?*

Amiga: *É dela [de Clara].*

Médico (dirigindo-se à amiga): *Poderia ser você [ter transado sem o preservativo e se infectado].*

Amiga: *Eu não, porque eu não sou burra!*

Cena 4 (Clara e os pais no consultório médico)

Médico: *Sua filha andou cansada... Você deixou ela ir para a festinha, cada um tem uma reação.... Sua filha está com uma doencinha, ela pegou AIDS, HIV. É só ela se cuidar!*

Mãe (grita para o pai, estupefata): *Ela está com o vírus da aids!*

Médico: *Vou encaminhar para um hospital decente e essa mocinha aí pode, infelizmente, estar grávida.*

Fim de cena.

Após a dramatização a coordenadora das oficinas promoveu junto aos *jovens* um *debate*, no sentido de *pensar a história de Clara sob o ponto de vista do adolescente*. O grupo avaliou que o *médico fez certo* e somente um *jovem* achou a história *engraçada*. Destacam-se trechos da discussão do grupo:

Jussara (coordenadora das oficinas): *“Vocês fariam diferente? Uma palavra que vocês gostariam de escutar? Um adolescente pode ir sozinho ao médico? O médico pode contar ou não [o diagnóstico de soropositividade] sem a permissão do adolescente? Por que seria melhor [o médico] contar [aos pais sobre a soropositividade da filha]?”*

Jovem 1: *Ele [o médico] tem obrigação [de contar], se ela [Clara] é de menor. Se fica doente, a culpa é dos pais.*

Jovem 2: *[O médico conta para os pais] para impedir [a jovem] de passar o vírus [nas relações sexuais].*

Jussara: *Pai e mãe impedem [os filhos] de transar?!*

Jovens (em coro): *Não!*

Jovem 3: *O menino é soropositivo [o que infectou Clara], e ele não se cuida, [ele] é amigo? Ele é um zé-ninguém!*

Jovem 4: *Ele [jovem que infectou Clara] podia não saber que tinha o HIV.*

Jussara: O médico conta [para os pais sobre a soropositividade do adolescente] quando minha vida está em risco¹², ele [o médico] poderia ter perguntado ao adolescente: tem alguém que você confia [para trazer à consulta]?” (Grifos meus.)

O debate que se seguiu a essa discussão girou em torno da importância ou não do médico tomar conhecimento das condições nas quais a personagem Clara teria se infectado. A coordenadora das oficinas ainda pontuou criticamente a reação da amiga (Fernanda), que teria dito para Clara: *a culpa é sua, você que se vire!* Lançando outro questionamento ao grupo: *a médica chama a amiga para culpá-la?*

Camila, a *jovem* que protagonizou o papel de médico, então se posicionou no grupo: *melhor que o médico soubesse da história. Foi difícil [desempenhar o papel de médico] porque prometi que não ia falar de cara [para os pais de Clara], mas os pais iam perguntar [para a filha]: “como você pegou [o HIV]?”. Por isso contei a história.*

Antes mesmo da dramatização dessa história, Camila havia defendido no grupo que a personagem de Clara poderia ter contado diretamente aos pais o modo pelo qual se infectou. Desse jeito: *a primeira festa que vocês [pais] me liberam [permitem ir], aconteceu isso e por isso eu fiquei com isso. Aconteceu isso, por causa disso e por isso está com isso.* (Grifos meus.)

A palavra “isso” no discurso de Camila refere-se aos acontecimentos, mas remete, sobretudo, de uma forma codificada, à relação sexual, infecção pelo HIV e gravidez, mas em especial à correlação “negativa” entre estes fatores. O “isso” significa o que não pode ser dito.

O que também não está dito em todo esse processo é que, apesar de a aposta do projeto visar a (con)formação dos jovens, no sentido de *um cuidado de si e do outro*, no fundo não se crê que eles possam se tratar e prevenir como o ideal e o esperado. Tais aspectos trazem como horizonte a possibilidade de novas infecções pelo HIV, mais grave-

¹² Observa-se que a coordenadora das oficinas fala frequentemente em nome de um “nós”, como se quisesse minimizar as “diferenças” e “distâncias” construídas entre os “jovens soropositivos” e os “profissionais soronegativos”. No caso em questão, a frase seria: “o médico conta quando a vida do jovem está em risco”. Na verdade, com a frase original percebe-se que a coordenadora também se vê “em risco” frente à ameaça de que os jovens (“eles”) espalhem o vírus da AIDS.

mente, de vírus já resistentes às terapias medicamentosas disponíveis.

Parte desta descrença é percebida no silêncio (constrangido) de todos frente à complexidade das situações presentes nas histórias e cenas de revelação de diagnóstico, com a de Clara. A saída recorrente diante de tal constrangimento, da qual os jovens são partícipes, é a redução destas situações a uma lógica que vitimiza ou culpabiliza os indivíduos frente à infecção pelo HIV, tomando-se “a saúde” como um bem a ser cultivado e preservado, além de um critério normativo que atenuaria o julgamento das “falhas na prevenção”.

Já no final da oficina, Jussara retomou a discussão com o grupo sobre o fato de Camila, no papel de médico, ter se irritado ao explicar *a diferença entre ter HIV e AIDS*, e, dirigindo-se ao grupo, perguntou: *vocês viram como ela [Camila] ficou nervosa? Por que o médico naquela hora precisa de água?* Um jovem respondeu: *porque é difícil...* Camila então desabafou: *me senti médica! Me coloquei no lugar de uma mãe. Agi como mãe... e de repente tem uma filha como a Clara!* Jussara então sinalizou ao grupo: *médico não pode reagir como mãe.*

A dramatização da história de Clara traz em cores vivas as “diferenças” (sempre marcadas pelos atores sociais nesse campo da pesquisa) entre os *jovens* infectados por transmissão vertical e aqueles infectados por via sexual. Considerando tais “diferenças”, percebe-se que os *jovens* consideram a *revelação do diagnóstico* nos casos de transmissão vertical como *mais fácil* – *o pai contar para o filho* – em comparação com os casos de transmissão sexual – *o filho contar para o pai* que é portador do vírus.

Nesta distinção, observa-se que a mesma AIDS que *pode levar para o fundo do poço, internar e morrer* mostra uma face mais dócil *quando se nasce com ela*. Há, portanto, uma economia moral que se constrói em torno das experiências dos *jovens* com a doença e o tratamento, tributárias às formas de infecção (vertical ou sexual) e suas marcas sociais diferenciadas, em especial no que tange ao estigma, como mostram alguns depoimentos:

Se nasceu [com o HIV] mais fácil se conformar, [se infectar por via] sexual é mais difícil... Nunca tomou remédio... Pegou AIDS, tem que

tomar remédio, chatésimo! Uma pessoa que nunca tomou [os remédios] e começa a tomar, chatão... [lidar com os] sintomas... De uma hora para outra descobrir que pegou. Se pegasse [o HIV] agora ia me sentir mal. (Camila, 15 anos, transmissão vertical.)

Oitenta por cento dos casos das pessoas que sabem mais tarde [que tem o HIV] têm uma reação e se mata... É mais fácil uma pessoa que nasceu cega do que aquela que já enxergava. Tem muito do costume. Eu nunca tomei remédio pra nada. [Ter de tomar] três comprimidos todos os dias... A pessoa que nasceu [com o vírus] tomava [remédio] na mãozinha da mamãe. (Ricardo, 19 anos, transmissão sexual.)

Neste sentido, muitos temas decorrem da encenação da história de Clara. De forma bastante sumária, considerando a aqui a ênfase nas práticas (táticas e estratégias), destacam-se: 1) um jogo de atribuição de responsabilidades em relação aos atores envolvidos na trama; 2) a expressão verbal e corporal masculinizadas e paternas do médico (protagonizado pela jovem Camila), indicando o trabalho social contínuo de construção de uma relação assimétrica; 3) A frequente retórica do “descuido”, a exemplo das ideias constantes na dramatização de *quem pega AIDS é burro, faz besteira*; 4) a presença constante do discurso *tem HIV mas não tem AIDS* (tem o vírus mas não desenvolveu a doença), utilizado frequentemente no campo investigado a fim de se minimizar as percepções negativas em relação à doença, que de um outro ângulo pode ser percebida como uma *doencinha*.

Passo a seguir para a análise dos elementos que compõe e configura a oficina de teatro como um espaço pedagógico para a (con)formação de sujeitos político-morais, busco lançar luz sobre o modo de desenvolvimento do trabalho, os movimentos dos atores sociais e do desenrolar das atividades, as configurações do espaço e das interações, os jogos simbólicos, corporais e verbais.

A oficina de teatro possuía objetivos imediatos e mediatos, conforme pude perceber no desenho do projeto. O objetivo imediato era possibilitar aos *jovens*, por meio da linguagem teatral, uma experiência corporal, sensorial e emocional, um momento de livre

expressão que favorecesse aos mesmos *colocar para fora* suas histórias e vivências com o tema da *revelação do diagnóstico*. Este tema, construído como um *momento de descoberta*, reuniria diversos pontos críticos (delicados e dolorosos) em relação à experiência dos *jovens* com a doença. Os objetivos mediatos eram *preparar os jovens* para: a) a interação com profissionais de saúde nos serviços de saúde onde se tratavam; b) a atuação dos *jovens* como *multiplicadores* em fase posterior do projeto, o que lhes exigiria a mudança do papel de educandos para o de “educadores de pares”. Como é operacionalizado este trabalho?

Primeiro passo: desagrega-se o grupo em duplas e oferece-se a elas estruturas de “casos típicos” de *revelação do diagnóstico* (*revelação do pai para o filho, infectado por transmissão vertical; do médico para o jovem, infectado por via sexual; do jovem infectado por transmissão sexual para os pais* etc.), a fim de que os *jovens* preencham tais estruturas narrativamente, criando histórias sobre o tema.

O trabalho em dupla visa dispersar o foco nas experiências individuais, evitando-se com isso uma exposição pessoal indesejável por parte dos *jovens*, além de fomentar um trabalho colaborativo entre eles. Destarte, não é solicitado diretamente aos participantes da *oficina* que falem de suas experiências pessoais com o assunto da *revelação do diagnóstico*, contudo a tática de ofertar aos mesmos a estrutura de um “caso típico” e aleatório tem como contrapartida estratégica fazer com que eles recheiem tais estruturas com suas vivências pessoais. Cria-se com isso uma forma capilar e sutil de se atingirem os aspectos delicados e dolorosos do tema vigente na oficina, sem que se solicite diretamente aos *jovens* o relato de suas vivências pessoais com o assunto.

Segundo passo: pede-se a um dos componentes da dupla de *jovens* que narre a história por ela criada aos demais participantes da *oficina*, a fim de que todos os presentes tomem conhecimento das possibilidades de casos e enredos em torno da *revelação do diagnóstico* e que, em alguma medida, identifiquem-se com alguma delas. O levantamento destas histórias e a subsequente criação de um repertório coletivo concorrem para uma instrumentação dos *jovens*, no sentido de

prepará-los pessoalmente para lidarem com experiências individuais futuras com o tema, bem como para manejarem, no contexto da atuação como *multiplicadores*, situações vindouras concernentes ao tema.

Terceiro passo: solicita-se ao grupo de *jovens* que eleja uma história dentre as criadas pelas duplas, a partir de uma breve votação oral entre os presentes, que dê subsídios para a criação de uma cena. Tal dinâmica de trabalho, forjada como *participativa*, visa conferir maior legitimidade ao processo vivenciado pelos *jovens* na *oficina*, o que não seria alcançado caso Jussara escolhesse de antemão a narrativa a ser encenada ou mesmo, na proposta de criação de histórias pelas duplas de *jovens*, ofertasse enredos já fechados no lugar das estruturas de casos típicos. Se a coordenadora assim o fizesse, não seria possível extrair as experiências pessoais dos *jovens* com o tema da *revelação do diagnóstico* do modo almejado pelo projeto ou mesmo professar e exhibir no âmbito das *oficinas* a ideia de *construção coletiva do conhecimento*.

Quarto passo: cria-se, após a apresentação da cena, um espaço, também fabricado como coletivo, de *debate*. Neste espaço, a coordenadora das oficinas, Jussara, propõe elementos que façam os *jovens refletirem* sobre sua *condição de adolescentes*, em relação aos temas tocados na cena, em especial quanto aos cuidados de saúde a eles destinados. Visa-se, com isso, *preparar os jovens para exigirem seus direitos* junto aos profissionais que os assistem nos serviços de saúde onde são atendidos.

Cabe salientar que a passagem da história narrada pela dupla para a construção da cena caminhou por um processo também forjado como *participativo*. Solicitou-se aos presentes na *oficina* a candidatura de alguns voluntários para protagonizar os personagens da história. Uma vez escolhidos esses *voluntários*, de forma bastante rápida, eles deveriam se organizar para interagir no âmbito da cena, definindo-se entre eles os personagens que iriam interagir e a estrutura geral do drama: cena que se passa no consultório médico, com três partes, consistindo, cada qual, no diálogo do médico com determinados personagens da trama, de forma a se alcançar na última parte da dramatização a *revelação do diagnóstico*.

Assim, na constituição da cena, os diálogos dos personagens não foram previamente pensados pelos participantes, que atuariam a partir do contexto, da estrutura geral do drama e da própria interação dos personagens. O improvisado não assume neste quadro um lugar aleatório, na medida em que ele constituiu o meio privilegiado para se acessarem as concepções dos “personagens”/participantes da *oficina* sobre o tema da *revelação do diagnóstico*. Vale observar que não se trata das concepções “individuais” dos participantes, mas daquelas experimentadas nos dramas relacionais da “vida real”, que subjazem as situações de *revelação do diagnóstico* (no caso encenado: do médico para a *jovem*, desta para os pais e do médico para os pais da *jovem*).

Neste contexto, a escolha de quem e como revela o diagnóstico configura um eixo principal da cena, mostrando a tensão entre a consideração da *jovem* protagonista da história como detentora do *direito ao sigilo médico* e à *privacidade* no que diz respeito à sua condição sorológica e, ao mesmo tempo, a “necessidade”, desenhada neste contexto como compulsória, de *revelar o seu diagnóstico*. A dimensão de compulsoriedade da *revelação do diagnóstico* neste quadro é tributária da pressão “biopolítica” de manter os jovens vivos, via tratamento médico, mas, sobretudo, de contê-los pela condição social de indivíduos sexualmente (“muito”) ativos e portadores de uma doença sem cura e fortemente estigmatizada.

Nota-se que, na proposta da *oficina*, com a tipificação de casos norteada pelas formas de transmissão (vertical e sexual) e de relações sociais que as engendram e sustentam (*pais e filhos, netos e avós, médicos e pacientes/adolescentes, profissionais/pais/adultos e menores*), realiza-se uma redução da pluralidade e riqueza de situações e relações passíveis de serem imaginadas em torno do tema da *revelação do diagnóstico*. No enquadre observado, o recurso e o destaque às formas de transmissão, vertical e sexual, marcadas por julgamentos morais diferenciados (que imprimem aos indivíduos atingidos pela infecção as qualidades de *culpados, descuidados* ou *vítimas*), adensam as referidas relações, previamente marcadas por desigualdades sociais.

Dessa maneira, a oferta dos “casos típicos” para os *jovens* “dá certo” na proposta da *oficina*, pois tais casos, ao se encontra-

rem “abertos” à livre criação narrativa, conferem uma sensação aos presentes na *oficina de participação* e autoria, além de enfatizar a ideia de respeito à intimidade e individualidade dos *jovens* quanto às suas experiências pessoais com a doença. Estes “casos típicos” funcionam, sobretudo, porque são estruturas que rendem dramas, no sentido duplo do termo, de funcionarem dramaticamente e de serem comoventes. Trata-se, sobretudo, de casos potencialmente “explosivos”, na medida em que se referem a relações sociais com diferentes pesos em termos de autoridade e poder (*revelação do pai para o filho, do filho para o pai, do médico para o jovem, do médico para os pais* etc.), intensificadas por agregar, por meio das diferentes formas de transmissão (vertical e sexual), as fortes marcas negativas e estigmatizantes da AIDS.

Além de observar que os “casos típicos” rendem (e muito) em termos de narrativa e de aglutinação de experiências vividas pelos *jovens*, eles, em especial, permitem a construção de um conjunto de possibilidades exemplares, seja por meio da organização de dramas individuais, seja por meio da criação de um repertório coletivo de histórias e enredos acerca da *revelação do diagnóstico*. Espera-se, com isso, que o *jovem* possa apropriar-se deste “acervo” e beneficiar-se dele pessoalmente e “profissionalmente” em seu trânsito social, a exemplo da sua atuação como *multiplicador*.

Neste trabalho de esculpir sujeitos, como a história criada pela dupla de *jovens* e eleita pelo grupo vira cena na *oficina*? Na cena, o que permanece e o que é excluído da história original? Que elementos são necessários para a passagem da história, da narrativa do papel, para a dramatização? Como se definem os papéis a serem dramatizados? Dos participantes da oficina, quem e como atua na cena? Que aspectos emergem no calor da cena, do improvisado? Como se articulam cena e debate em termos de tática e estratégia? Como se dão os jogos “pensar-sentir” e “prazer-responsabilidade” na *oficina*, especificamente na articulação entre cena/drama e *debate*? De que modo as imagens idealizadas dos *jovens* (e suas vidas) promovidas e cultuadas pelo projeto, com vistas à positivação de suas existências, são postas à prova nas cenas a partir da irrupção da dor, do sofrimen-

to e de aspectos indesejáveis e negativos da AIDS?

Em termos gerais, pode-se dizer que a narrativa criada pela dupla vira cena a partir da criação de novos elementos (por exemplo, personagens) e da exclusão de outros. A cena tem um peso diferenciado em relação à história original que a embasa. A história relata uma sucessão de acontecimentos relativos a um protagonista imaginário, enquanto o drama lhe confere carne, rosto e relações. A cena dá espaço à emoção e aos aspectos contidos e reprimidos na história criada pela dupla. Isto é, na dramatização os não ditos que envolvem a condição de *jovens* e soropositivos eclodem. A AIDS e os *jovens* “soropositivos” revelam-se não tão “positivos” quanto o que é professado pelo Projeto. As relações sociais (*pais-filhos, médicos-pacientes/adolescentes, adultos-menores*), marcadas por desigualdades de autoridade e poder, tomam a sua forma mais acabada. A cena dá forma a conflitos intensos que tocam emocionalmente a todos os presentes e, por meio dela, personagens e plateia se identificam. Esta identificação acontece no instante do imprevisto, como um fenômeno que revela dores e sofrimentos.

Poder-se-ia dizer que o primeiro conjunto de questões acima destacado refere-se a como se erige a cena como uma tática de modelação de sujeitos no trabalho da *oficina*. Para tal elaboração, vale recuperar aqui a história criada pela dupla, que deu origem à cena dramatizada. Nesta, a *jovem* protagonista do drama, Clara, ao ir a uma festa, ingere bebida alcoólica, relaciona-se sexualmente sem o preservativo e se infecta pelo HIV. Os termos da narrativa, contudo, não são assim claramente dispostos, sendo editados e traduzidos por termos mais palatáveis neste contexto (*dormiu junto, sentiu-se mal e fez o teste [anti-HIV], deu positivo*). A palavra sexo não aparece e a relação sexual sem o preservativo, que resulta gravemente na infecção da *jovem*, é subentendida por meio da sequência narrativa que refere a uma imediata testagem e detecção do vírus após um mal-estar difuso.

Por meio desse recurso de tradução, mantêm-se os enredos encapsulados e não se toca diretamente no ponto nevrálgico da infecção de uma *jovem* mulher, via sexo “desprotegido”, que, por sua vez,

encobre o maior dos não ditos presentes na *oficina*: a possibilidade de qualquer um dos *jovens*, na condição de soropositivos, poderem assumir o lugar daquele que infecta (dimensão fortemente condenada pelos *jovens*). Esse lugar ambíguo e sofrido dos *jovens*, de poder assumir o lugar de infectante, de se solidarizar com este lugar e de ter que demonstrar desprezo pelo mesmo, é uma das expressões e parte constituinte do “mal-estar” que paira sobre as *oficinas* do projeto.

Dessa maneira, a situação socialmente dramática de infecção pelo HIV da personagem Clara e a trágica ideia de que qualquer um dos *jovens* poderia estar no lugar de quem transmite o vírus são, na narrativa original da dupla de *jovens*, “neutralizadas” e “higienizadas” pela imediata captura e leitura do evento da infecção de Clara pela medicina, via realização do teste e do diagnóstico instantâneo (*sentiu-se mal e fez o teste [anti-HIV], deu positivo*). Na narrativa da dupla, a medicina é o saber normativo e moralizador que ordena o “caos” da situação dramática de infecção de Clara – que mistura álcool, “descontrole (feminino)”, sexo e AIDS. Como a medicina comparece na cena?

Na cena, a medicina comparece por meio da criação de um *setting* de consultório médico, que se mantém como eixo central da dramatização nos três tipos de interação observada (diálogo do médico com a *jovem*; do médico com a *jovem* e a amiga; do médico com a *jovem*, acompanhada dos pais). Esta também se faz presente por meio da centralidade do personagem do médico em todas as partes da cena, que é posto como o mediador por excelência da revelação do diagnóstico de Clara.

Observa-se que, na transformação da história em cena, a situação da *revelação do diagnóstico* direta e imediata de Clara aos pais é completamente apagada. Também na dramatização é criado o papel da amiga de Clara, Fernanda, como alguém que de “dentro” da trama, mas de “fora” do drama da personagem principal – de como revelar aos pais a sua condição sorológica – pode assumir o lugar de “culpada” no jogo de atribuição de responsabilidades encabeçado pelo médico. A amiga Fernanda é, em parte, considerada a “responsável” pela infecção de Clara, por ter promovido uma festa com a presença de bebida alcoólica, que teria favorecido o “descontrole” da

amiga e, por conseguinte, a relação sexual desta sem o preservativo, resultando na infecção da *jovem*. Neste jogo que eleger “vítimas” e “culpados”, escolhe-se um “outro” que encarne o “mal”, ou melhor, a causa dele. Chama a atenção nos diálogos a obsessão pela “origem” da infecção, suas causas, como se dessa informação dependesse a própria *revelação do diagnóstico*.

Nota-se que, enquanto na história original da dupla de *jovens a revelação do diagnóstico* configura-se como um dos aspectos do enredo, aquele que mais precisamente dá um desfecho para a sucessão de eventos da história (*deu positivo e [Clara] não sabia o que fazer e contou para os pais*), na cena, a revelação do diagnóstico assume a centralidade da trama, desenvolvendo-se no curso da dramatização sob diferentes facetas morais (como contar, quem conta, quando contar, as consequências de contar ou não contar etc.). Tais dilemas ocultam o maior dos temores, a possibilidade de Clara transmitir o vírus a “outro”, em especial ao filho, em caso de gravidez. Este constitui o ponto nodal que adensa as relações na cena e que impacta sobremodo os personagens da cena e a plateia. Novamente aqui, o *jovem* soropositivo como potencial disseminador do vírus constitui o principal aspecto não dito na *oficina*, daí o mal-estar sentido por todos.

Na constituição da cena, o apagamento em relação à história original da dupla, da *revelação do diagnóstico* da personagem Clara aos pais, e a criação do personagem médico como o mediador da revelação são fatores que parecem se relacionar com o aspecto descrito entre os *jovens* de que a *revelação do diagnóstico do pai para o filho é mais fácil* em comparação à *revelação do filho para o pai*, constituindo esta segunda situação impossível de ser encenada. Isto porque ela alteraria os termos das relações de autoridade – a supremacia dos pais sobre os filhos e dos médicos sobre os pacientes/*adolescentes* –, mas também porque ela parece pôr a nu a transmissão sexual, construída neste contexto como espúria (pela relação explícita com a sexualidade) em relação à transmissão vertical, que é revestida de valores mais sublimes por remeter não à culpa pelo sexo que trouxe a doença, mas ao lugar de vítima daquele que a contrai.

Nestes termos, a cena – revestida pelo projeto como um es-

paço de “livre expressão” dos *jovens* por meio da linguagem teatral, um momento catártico e de “elaboração de questões” – pode ser lida aqui como uma tática com o fim estratégico de modelar, moldar os sujeitos. Isto porque ela fomenta que se fale abundantemente da *revelação do diagnóstico*, nas suas diferentes facetas, sendo a contrapartida moralizá-la no que concerne ao sexo, repisando as graves consequências da relação sexual “desprotegida”. Observa-se neste processo o alcance de um fim “biopolítico” (Foucault, 1985; 1999) extraordinário: a vigilância constante dos *jovens* sobre si mesmos em relação à possibilidade de disseminarem o vírus, sem que para isso seja preciso tocar no sexo e dele falar. Pois, falar de sexo excita, incita, aspecto a ser evitado na oficina. Entretanto, os termos desta sentença podem ser invertidos. Os não ditos, os silenciamentos, os contratempos verbais e corporais, que expressam o mal-estar presente na *oficina*, mostram que se fala de sexo o tempo todo e prolixamente.

Cabe ainda destacar que a escolha dos papéis dos personagens que compõem a cena (Clara, mãe e pai de Clara, médico e amiga de Clara) por determinados participantes da oficina não é aleatória, fazendo parte do seu mecanismo como uma tática de modelação de sujeitos. Sobre este aspecto, chama a atenção que tenham se voluntariado a atuar na cena três *jovens* – duas moças, sendo uma a que representou o papel de médico e a outra a que atuou no papel da amiga de Clara – e um rapaz que protagonizou o papel de pai de Clara, além de duas profissionais-mediadoras do projeto, Jussara, coordenadora das oficinas, e uma voluntária da ONG-AIDS, que acompanhava de perto as atividades na instituição. Jussara protagonizou o papel de Clara, a personagem principal da trama, e a voluntária representou o papel da mãe de Clara.

Essa mescla (e, em alguns casos, inversão) de papéis entre *jovens* e profissionais-mediadoras no âmbito da cena não é somente curiosa. Ela produz um efeito singular em termos pedagógicos e, portanto, de modelação dos *jovens*, quando considerados os liames entre papel social representado na cena e na vida real¹³. Por exemplo, o fato de a coordenadora das oficinas, Jussara, representar o papel

¹³ Inspiro-me aqui nas considerações de Goffman (1975), em seu trabalho “A representação do eu na vida cotidiana”.

de Clara, a personagem principal da trama, confere-lhe um lugar *sui generis*. Ela, ao mesmo tempo em que procura entrar no diapasão do personagem “adolescente” com a primeira fala na cena – *não conta pros meus pais...* –, também não deixa de ocupar o lugar de coordenadora, responsável pela pedagogização dos *jovens*. Exemplo disso é a pergunta que ela lança, repetidas vezes, para a *jovem* que protagonizava o médico (e indiretamente para o conjunto de *jovens* da *oficina*, que ocupavam o lugar de plateia): *mas qual a diferença [entre estar com o vírus HIV e ter AIDS]?*

Esta questão e o modo como é lançada numa sucessão de vezes desconserta, no calor da cena, a *jovem* Camila, que representava confiante o papel de médico “autoritário”. Em meio a este questionamento de ar “inquisidor”, Camila altera-se emocionalmente e pede água para Jussara, formando um lapso na cena. Neste lapso, Camila retoma subitamente o papel de *jovem* e Jussara o papel de coordenadora. Em seguida, recobrados os lugares de representação, o drama segue marcado pelos desdobramentos da pergunta de Jussara (cuja eficácia deve-se, justamente, ao fato desta estar ocupando o “lugar de jovem” por meio da personagem de Clara), transbordando os aspectos negativos da doença, até então represados.

Nesta diferença entre ter HIV e AIDS, reside o “ponto crítico” da modelação destes sujeitos, que são projetados positivamente como *jovens vivendo com HIV/AIDS protagonistas*, em meio à exposição máxima do sofrimento como recurso pedagógico. Parte do “mal-estar” constante nas *oficinas* e já inúmeras vezes referido neste trabalho deve-se ao fato de os *jovens* fazerem parte desse jogo projetivo, sendo as principais peças do mesmo, pois são impelidos e se comprometem a manter essa imagem positivada, bonita e envernizada, porém, à custa do escrutínio de sua dor e da lida com as marcas negativas da AIDS, com toda a sua feiúra e crueza.

Vale considerar, nos termos do projeto, que a inclusão das profissionais-mediadoras nas atividades das *oficinas* é parte da retórica da construção de relações mais horizontalizadas com os *jovens*, bem como da propagação da *participação* como um valor a ser cultivado neste contexto. A participação destas profissionais-mediadoras

nas atividades junto aos *jovens* visa não somente encenar a não hierarquia, mas diluir certas fronteiras, *soropositivos* e *soronegativos*, *adultos* e *jovens/adolescentes/menores*, que quanto mais apagadas mais vivas e significativas parecem ficar.

Ainda sobre os liames entre papel social representado na cena e na vida real, observa-se que as profissionais-mediadoras ficam enredadas do mesmo modo que os *jovens* pela semântica das cenas e do campo investigado. Elas também estão presas às retóricas do campo, mesmo que não sejam “jovens” e “soropositivas”. Portanto, o papel de “jovem” não é mais verdadeiro porque representado pelos *jovens*, e o mesmo se aplica para o papel de “médico”/ “profissional de saúde”, o que ilustra a dimensão eminentemente social da representação de papéis sociais, dentro e fora do contexto ficcional¹⁴.

Neste sentido é que se destaca o mimetismo da *jovem* Camila na representação do papel de médico, servindo-se de uma expressão verbal e corporal masculinizadas e paternas, mostrando o trabalho social contínuo de construção de uma relação assimétrica. A *jovem* encena um médico que ouve, mas não considera integralmente as solicitações da personagem Clara, pela sua condição de autonomia reduzida. Fala com ela, com uma consideração parcial – como notório nas palavras que emprega: *tudo bem mocinha?* –, mostrando que a deferência é dada, na verdade, aos *pais*.

Portanto, que aspectos emergem no calor da cena, do improvisto? Como se articulam cena e debate em termos de tática e estratégia? A cena, como recurso pedagógico e tática de modelação, é exemplar para responder a estes questionamentos. No início desta, observa-se a projeção da situação de controle da AIDS, de positivação dos *jovens*, de que “o pior já passou”. Os personagens e suas falas miméticas obedecem a essa projeção. No desenvolvimento da cena, em especial a partir da pergunta embaraçosa da *diferença entre ter HIV e AIDS*, os dramas aparecem, tudo aquilo que tinha sido ocultado é revelado, criando forte emoção para os participantes e também constrangimento para as profissionais-mediadoras. Neste contexto, o *debate* vem aparar as arestas, dar contorno ao desnivelamento entre o projetado e o experimentado.

¹⁴ Baseio-me a este respeito nas considerações de Goffman (1975).

E, neste quadro, como se dá o jogo prazer-responsabilidade? A *oficina de teatro*, com o tema da *revelação do diagnóstico*, diferentemente da *oficina de sexualidade/cidadania* (que também constitui a segunda fase do projeto), não se vê premida a abordar o prazer como retórica. Dessa forma, o pólo da responsabilidade pode ocupar a totalidade do espaço intersubjetivo. A retórica que acompanha a *revelação do diagnóstico* recai, sobretudo, sobre a “origem da transmissão”, a “origem do mal”, pela ação de *pais descuidados*, no caso de *jovens* infectados por transmissão vertical, ou do *descuido* dos próprios *jovens*, no caso de transmissão sexual.

Quanto ao jogo razão-emoção observado nas cenas, o recurso da linguagem teatral visa dar passagem para a emoção. Enquanto a emoção traz as dores de uma “AIDS não tão feliz assim” e de um “nível de dor não tão educado”, a razão vem costurar no *debate*, subsequente à cena, os comportamentos (sexuais, não ditos) dos *jovens*, de forma que nenhum ponto da experiência de ser infectado passe por fora da normatividade.

Os pólos “razão” e “emoção” regem combinados, ainda que alternados, o próprio desencadear das atividades, sinalizando os momentos em que se precisa “pensar” e aqueles em que é preciso “sentir”. Em termos de direcionamento das atividades, percebe-se que o sentir é pressuposto para um melhor pensar, para uma “abertura” do pensamento, da reflexão.

Finalmente, para a pergunta sobre como instrumentar os *jovens* na *oficina* para a interação com os profissionais de saúde que lhes prestam cuidados, e com seus pares, nas ações de multiplicação, a resposta seria: trabalha-se com os *jovens* por meio de determinadas técnicas de teatro que passam diretamente pelo corpo, para a “extração” de elementos rentáveis emocionalmente, isto é, dramas que combinem dor, sofrimento e alguma dose de superação – tendo-se em vista o horizonte de posituação do *jovem vivendo com HIV/AIDS*. O momento catártico de criação das histórias e cenas, também presente nos ensaios e repetições das dramatizações no âmbito das *oficinas*, permitiria uma elaboração por parte dos *jovens* de seus dramas pessoais com a doença, bem como a construção de certa

“frieza” e objetividade, necessárias (do ponto de vista da coordenação do projeto), à lida com os profissionais de saúde em uma relação mais horizontalizada, objetivo imediato da oficina, e de multiplicação (atuação como *multiplicador*), objetivo mediato do Projeto.

Nota-se, portanto, um duplo investimento na *oficina de teatro*: colocar as experiências, as dores e os sofrimentos dos *jovens* em linguagem corporal e verbal. Com isso, lançar mão delas em um sentido operacional no trato com os profissionais de saúde e outras “plateias” com as quais os *jovens* entrem em contato por meio das ações de multiplicação, sempre ensejadas pelas cenas teatrais seguidas de *debates*.

A partir de tudo o que foi dito, poder-se-ia afirmar, resumindo, que haveria nas *oficinas de teatro* um duplo investimento: 1) constituir um momento privilegiado de expressão emocional e de elaboração dos *jovens* acerca dos dramas que os envolvem; 2) permitir aos *jovens* (a partir da compilação dessas experiências individuais, sob a forma da criação de um acervo e repertório coletivos acerca do tema da *revelação do diagnóstico* e seus enredamentos sociais) que alcancem um nível de objetivação destes dramas, que os permita atingir uma certa frieza e banalização em relação às suas experiências, aspecto necessário para a atuação junto aos profissionais de saúde e aos seus pares, que serão por eles “educados” nas ações de multiplicação promovidas pelo projeto.

Em outras palavras, concluindo, é a partir do decifrar dos diversos elementos dramáticos que podem compor a situação de *revelação do diagnóstico* que os *jovens* podem apropriar-se desse repertório para fins de elaboração pessoal, especialmente para situar-se nesse universo do qual são joguetes e jogadores, mas também, sobretudo, para que façam um uso pragmático desse conhecimento quando da atuação como *multiplicadores/protagonistas*.

REFERÊNCIAS

BASTOS, C. *Ciência, poder, ação: as respostas à Sida*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa, 2002.

- BOURDIER, Frédéric. Malades et maladies en exil: les migrations brésiliennes vers la Guyane à l'épreuve du sida. *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 20, n° 3, pp.05-28, 2002.
- CAMARGO Jr., K. R. de. Prevenções de HIV/AIDS: Desafios Múltiplos. In: PARKER, R. *et alli*. Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS. *Anais do seminário Conquistas e desafios na assistência ao HIV/AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.
- CASTRO, J. P. M. UNESCO: Educando os jovens cidadãos e capturando redes de interesses: Uma pedagogia da democracia no Brasil. 2005. *Tese* (Doutorado em Antropologia), Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 312 p.
- CUNHA, C. C. da. “Jovens Vivendo” com HIV/AIDS: (Con)formação de Sujeitos em meio a um embaraço. 2011. *Tese* (Doutorado em Antropologia), Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 308 p.
- CUNHA, C. C. da. “Os direitos e os ‘avessos’: contradições e ambiguidades em torno das decisões e ‘direitos, sexuais e reprodutivos’, de jovens vivendo com HIV/Aids”. In: VIANNA, A. de R. B. (Org.) *O fazer e o desfazer dos direitos: experiências etnográficas sobre política, administração e moralidades*. Rio de Janeiro: E-papers, 2013, pp.68-95.
- CZERESNIA, D. *Do Contágio à Transmissão: Ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I – A Vontade de Saber*, Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- _____. *Em Defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes (Coleção Tópicos), 1999.
- _____. *Tecnologías del yo*. Buenos Aires: Paidós, 2008. (Coleção Pensamiento Contemporáneo, 7)
- GALVÃO, J. *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia / Jane Galvão*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.
- GOFFMAN, E. *A Representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes, 1975.
- MOUTINHO, L. *et. al. Sexualidade e comportamento sexual no Brasil:*

- dados e pesquisas*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005.
- PAIVA, V. *Fazendo arte com a camisinha*. São Paulo: Summus, 2000.
- _____. Prevenção Posithiva: abordagem psicossocial, emancipação e vulnerabilidade. *Seminário Prevenção Posithiva: estado da arte*. Rio de Janeiro: ABIA. 25-26 out 2007.
- RIOS, L. F.; PIMENTA, M. C.; BRITO, I.; TERTO Jr., V. & PARKER, R. Rumo à adultez: Oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. *Cadernos CEDES*, nº22, pp.45-62, 2002.
- SARTI, C. Corpo e doença no trânsito dos saberes. *Rev. Bras. Ci. Soc.* Vol. 25, nº 74, pp.77-91, 2010.
- SEFFNER, F. Prevenção à AIDS: uma ação político pedagógica. In: PARKER, R.; TERTO JR., V. (Org.). Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS. *Anais do seminário: prevenção à AIDS: limites e possibilidades na terceira década*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.
- SZTERENFELD, C. Prostitutas: de transmissoras a educadoras. In: PAIVA, Vera (Org.). *Em Tempos de AIDS*. São Paulo: Summus, 1992, pp.113-201.
- VIANNA, A. de R. B.; LACERDA, P. *Direitos e políticas sexuais no Brasil: o panorama atual*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.

Recebido: 01/07/2014

Aprovado: 15/12/2014