

## CAPÍTULO 7

### Injunções sobre o HIV/Aids em espaços de saúde: reflexões metodológicas e notas de pesquisas

Ivia Maksud

#### Introdução

Este capítulo deriva de apresentação realizada na 1ª Reunião de Antropologia da Saúde na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), ocasião em que um grupo de pesquisadores pôde colocar em diálogo, por meio da experiência de atores de um e de outro campo, a antropologia da saúde e a perspectiva das ciências sociais em voga na saúde coletiva. O presente texto é uma versão reformulada de exposição baseada em exercício reflexivo acerca de um conjunto de pesquisas sobre a temática do HIV/Aids, cujo objetivo pretendia ser a discussão de algumas questões acerca da atenção médica ofertada aos “usuários” de serviços de saúde no contexto do HIV/Aids.<sup>1</sup>

Gostaria de iniciar o texto problematizando o lugar de onde falo. As pesquisas com as quais travo diálogo foram realizadas por quatro ex-orientandos e pretendo fazer aqui um debate em que ora endosso algumas reflexões por eles previamente elaboradas, ora me aproprio do que poderíamos chamar “dados brutos” e me distancio dos caminhos analíticos previamente escolhidos por eles, partindo para outras possibilidades de análise. A produção de um texto científico produzido a partir de uma experiência indireta de pesquisa talvez possa ser considerada uma aproximação de *segunda ordem* ao campo. Brincando com os dizeres de Geertz (2002), eu diria que *Eu não estava lá, mas escrevo aqui*. Ora, essas pesquisas resultaram de trabalhos de campo que efetivamente não foram feitos por mim: os dados produzidos não decorreram de minhas experiências biográficas; não fui eu a pesquisadora a solicitar autorizações nos universos de pesquisa para realizá-las e tampouco travei com os informantes relação de qualquer tipo. Suas histórias me chegavam pelas mãos e vozes daqueles que iam se formando como pesquisadores, sob e a despeito dos meus olhares. Obviamente, em muitas reuniões e longas conversas, discutimos notas,

---

<sup>1</sup> O termo “usuários” é comumente utilizado na esfera da atenção nos serviços de saúde, na literatura de planejamento em saúde e em documentos programáticos para designar aqueles que frequentam os serviços de saúde na condição de “pacientes”. Andrade e Maluf (2014) tecem uma crítica ao uso do termo para designar os sujeitos de pesquisa e, em sua pesquisa, utilizam o termo “experientes”. Esta opção foi adotada pelas autoras no contexto de uma pesquisa sobre saúde mental. Neste texto, utilizarei o termo usuários entre aspas numa direção aproximada àquela sugerida pelas autoras, qual seja, “tomar distância e fazer a crítica necessária às demais expressões e seus significados”(ANDRADE; MALUF, 2014, p. 42).

estratégias teóricas e metodológicas, trechos de diários de campos etc. Como é comum numa relação de orientação satisfatória que envolve orientadores e orientandos, foram compartilhados comigo variados sentimentos experienciados em campo.<sup>2</sup> Esta posição situacional que ocupam os orientadores permite-nos ter acesso privilegiado a uma variedade de dados, situações e relatos que contribuem para a construção cotidiana de nossas reflexões acerca de uma determinada temática. Embora eu mesma não tenha ido a campo para produzir os dados que serão apresentados a seguir, posso dizer que estes pesquisadores me “convenceram” “não apenas de que eles mesmos realmente ‘estiveram lá, mas, ainda de que, se houvéssimos estado lá, teríamos visto o que viram, sentido o que sentiram e concluído o que concluiríamos” (GEERTZ, 2002, p. 29).

Ainda inspirada pela leitura de Geertz (2002) e suas provocações sobre assinatura e identidade autoral, a realização desse exercício que apresento aqui me levou a pensar se o texto em questão deveria ser autoral ou compartilhado com os pesquisadores referenciados, pelo fato de serem eles os “detentores” dos dados originalmente produzidos, ou não, visto que o esforço de construção de texto feito aqui, embora debruçado sobre dados produzidos no contexto de experiências biográficas alheias, não corresponda, necessariamente, à perspectiva de tais pesquisadores. Sem a certeza absoluta de que tenha tomado a decisão correta, optei por manter a “assinatura-solo” por alguns motivos.

O primeiro deles diz respeito à leitura em conjunto das quatro pesquisas e as articulações, aproximações, cruzamentos e distanciamentos que poderiam ser erigidos a partir deste olhar. O segundo deve-se à priorização de caminhos analíticos particulares, não necessariamente eleitos pelos pesquisadores em seus trabalhos originais. O terceiro motivo, tanto de ordem prática quanto estilística, deve-se, por um lado, à tentativa de maximização do tempo para desenvolver a tarefa de redação do texto e, por outro lado, a submissão de um texto ao tempo, escrutínio e revisão de oito diferentes autores (considerando-se os demais orientadores), fora de um contexto de equipe de trabalho, o que demandaria investimentos adicionais. Além disso, considerando-se as diferentes trajetórias, filiações disciplinares e escolhas teóricas dos diversos autores, implicaria um esforço de concertação de notas muitíssimo singulares que, ao final, produziria outra melodia teórica certamente diferente daquela que desejo aqui imprimir.

Quanto às pesquisas que tive a oportunidade de orientar, foram feitas por profissionais com formação de origem nas áreas de humanas e da saúde. Apresentar para um público-leitor majoritariamente das Ciências Sociais excertos de trabalhos produzidos no âmbito da Saúde Coletiva constituiu-se

---

<sup>2</sup> Sobre a discussão acerca das relações de orientação, ver Leite-Filho e Martins (2006) e Peirano (2004).

como uma tentativa de aproximação de dois campos disciplinares distintos que se debruçam sobre o objeto saúde. Nesse sentido, tomo as próprias pesquisas e seus produtores como objeto de exame, para refletir bastante brevemente sobre peculiaridades de tais investigações, tais como a formação de seus autores, bem como as venturas e armadilhas teórico-metodológicas propiciadas por suas posições. Posteriormente, busco realizar um debate sobre a atenção médica no contexto do HIV/Aids, colocando tais pesquisas em diálogo. Nesse livre exercício de interpretação, o contraste de diferentes campos possibilitou-me construir como categoria de análise a atenção dispensada aos sujeitos. Mas não me refiro à atenção preconizada nos documentos programáticos de uma política de prevenção e assistência reconhecidamente bem-sucedida. Estava interessada sobretudo na leitura das moralidades envolvidas nas relações que se estabelecem entre os sujeitos que se deparam com uma doença desorganizadora dos sentidos como o HIV/Aids (ou, para nos aproximarmos da perspectiva de Fassin [2016], uma “antropologia moral”).

### **As “pesquisas-objeto”**

São quatro as pesquisas às quais me referirei nesse texto: 1) *A Sorodiscordância para Profissionais de Saúde: Estudo Qualitativo da Assistência em Ambulatório de HIV/ AIDS em Município do Estado do Rio de Janeiro*, de autoria de Edith Lago – assistente social de formação, teve como orientadores os professores Rafael Gonçalves e Ivia Maksud. Seus principais marcos teóricos giraram em torno de teóricos das representações sociais. Palavras-chave do resumo: Aids, sorodiscordância, equipe Interdisciplinar; 2) *Escolha, acaso ou descaso? Itinerários terapêuticos de pacientes que abandonaram o tratamento para o HIV/AIDS*, de autoria de Marilza Emília da Conceição Rodrigues – assistente social de formação, teve como orientadora Ivia Maksud. Os marcos teóricos compreenderam os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente. Palavras-chave retiradas do resumo: HIV/Aids, abandono, tratamento, itinerário terapêutico, integralidade; 3) *HIV/Aids e Profilaxia Pós Exposição Sexual: Estudo de Caso de uma Estratégia de saúde*, de autoria de Sandra Filgueiras – psicóloga de formação, foi orientada pelos professores Aluísio Gomes Silva Jr e Ivia Maksud. Fundamentação teórica: autores do planejamento em saúde em interface com as ciências sociais, com ênfase em integralidade e processos de trabalho. Palavras-chave do resumo: HIV, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - Prevenção e Controle, Integralidade em Saúde e Profilaxia Pós-Exposição; 4) *Paciente crônico, ser ou não ser, eis a questão: uma etnografia com jovens vivendo com VIH/SIDA*, de autoria de Rafael Agostini – cientista social de formação, teve como orientadores os professores Tulio Franco e Ivia Maksud. Fundamentada

teoricamente a partir de autores do campo dos adoecimentos crônicos e de longa duração, a dissertação destaca como palavras-chave antropologia, juventude, VIH/Sida, experiência da doença, doenças de longa duração.

As primeiras observações sobre as quais gostaria de lançar luz dizem respeito à relação entre a formação destes pesquisadores, a escolha do tema HIV/Aids e a construção do objeto de suas pesquisas. No universo citado, as três primeiras pesquisadoras eram profissionais de saúde atuantes como tal e suas graduações de origem eram o serviço social, em dois casos, e a psicologia. O quarto pesquisador era graduado em Ciências Sociais. Os quatro investigadores estavam envolvidos “na área do HIV/Aids”, seja como profissionais de saúde e/ou militantes. Como já dito, seus mestrados foram realizados na área de Saúde Coletiva, com exceção da primeira delas, cujo mestrado foi realizado na área de Serviço Social. Todos produziram dissertações com o aporte das Ciências Sociais e Humanas voltadas para a saúde. A escolha da temática foi feita por eles, que chegaram a mim com ideias para o recorte que os levaria posteriormente, com o auxílio dos marcos teóricos, a seus objetos finais.<sup>3</sup> É importante sublinhar esse ponto: de que os recortes foram previamente deliberados pelos próprios pesquisadores. Tais pesquisas não estavam ligadas a nenhum projeto “guarda-chuva”, sob minha coordenação. Havia, portanto, um interesse genuíno por parte desses autores em trabalhar com essas temáticas.

Van der Geest atribui dois motivos para que médicos (e aqui incluo os demais profissionais de saúde) se interessem pela ligação entre a cultura e a medicina. Segundo ele, “o caráter social e cultural dos problemas de saúde se manifesta comprovadamente mais na prática médica do que no trabalho de pesquisa antropológica” e, conseqüentemente, para os médicos se tornou decisivo saber mais sobre as “barreiras culturais” para melhorar condições de saúde (VAN DER GEEST, 2012, p. 261). Talvez essa razão ainda possa explicar, em parte, a considerável procura de profissionais de saúde pelos cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva e, no interior desta área, o fascínio pelas abordagens qualitativas (produção que têm sofrido influência de cientistas sociais e de seus seguidores).

Para além do interesse genuíno pelo tema, que os aproximava, havia também uma marcada diversidade de *outros saberes* e diferentes níveis de acesso à literatura sociológica, que os diferenciava entre si. Alguns desses trabalhos também dialogam tanto com a literatura de suas áreas disciplinares

---

<sup>3</sup> Tive oportunidade de participar destas pesquisas de diferentes formas. Em três delas iniciei como orientadora principal, mas passei do *status* de orientadora para co-orientadora em função de deliberação institucional diante de minha mudança de instituição no período de realização dos trabalhos, ainda que continuasse exercendo meu ofício de orientadora extraoficialmente até a conclusão dos mesmos. Agradeço aos colegas professores envolvidos nestas pesquisas e principalmente aos quatro pesquisadores que pude orientar e a quem farei referência ao longo desse texto.

originais como com uma certa literatura “aplicada” característica da área da Saúde Coletiva (planejamento e política ou epidemiologia). O resultado dessa abordagem pode soar algo incompreensível para os mais puristas. Evidentemente são trabalhos que se pretendem interdisciplinares, ainda que tais produções estejam sempre, de fato, correndo o risco de serem superficiais em alguns aspectos. É preciso problematizar ainda a própria formação da orientadora em questão. Sendo cientista social de formação, inserida na área da Saúde Coletiva, busco, obviamente, desenvolver com os alunos o raciocínio sociológico. E assumo com eles os desafios e riscos desses difíceis, mas necessários, diálogos interdisciplinares. Talvez pelo fato de ter tido uma formação “generalista” em Ciências Sociais, ter tido professores tanto antropólogos quanto sociólogos e não ter me “especializado” em antropologia ou sociologia durante o mestrado e o doutorado – feito na área de Ciências Humanas em Saúde, em Pós-Graduação de Saúde Coletiva, com professores de ciências sociais e outras disciplinas da área de humanas, prefiro me definir como cientista social, que se utiliza das duas disciplinas-chave das ciências sociais (sociologia e antropologia), e de seus autores, da forma como melhor convier em cada pesquisa.

O campo da Saúde Coletiva é organizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) em três áreas – Ciências Sociais e Humanas em Saúde, Planejamento, e Epidemiologia. A área de Ciências Sociais e Humanas colabora com a produção de saberes para o campo da Saúde Pública no Brasil, contando com a participação de pesquisadores das Ciências Sociais (CANESQUI, 1997; LOYOLA, 2008; LUZ, 2009). Nos últimos 30 anos, este campo tem recebido pesquisadores formados em vários domínios disciplinares (REZENDE et al., 2009; SILVA et al., 2013; MAKSDUD, 2015). Trata-se, portanto, de um campo não monolítico, em permanente construção ao longo do tempo, e, por dialogar com vários saberes, lida com distintos pertencimentos epistemológicos e metodológicos. Uma preocupação deste e sobre este campo tem sido a observância sobre os abusos do “tecnicismo do método” e da fragilidade teórica na realização das “pesquisas qualitativas em saúde” (VÍCTORA, 2011; DESLANDES, IRIART, 2012; GOMES, SILVEIRA, 2012), debate que tem sido travado interna e externamente ao campo. Por estas razões, dificilmente poderia ser olhado em bloco (o que resultaria num retrato ingênuo e embaçado de suas complexas, impuras e por vezes profanas combinações).

Em conjunto, as pesquisas aqui referidas falam de uma doença estigmatizada, cujos espaços de atenção são fortemente marcados pelo atravessamento de uma série de fatores, que vão desde a própria doença em si aos marcadores sociais de gênero, geração e hierarquia social.

A primeira pesquisa, de Edith Lago, foi finalizada no ano 2009. Neste caso, é importante retermos a data, pois a assistência modificou-se. Novos

protocolos médicos foram introduzidos pelo Ministério da Saúde no “cuidado” a pessoas soropositivas e tais mudanças serão importantes para nossa discussão.<sup>4</sup> A pesquisa de Edith teve como objetivo analisar representações sociais da equipe de saúde de um ambulatório especializado de HIV/Aids acerca da “sorodiscordância”, categoria originariamente epidemiológica que também tem sido utilizada para designar a relação afetivo-sexual entre uma pessoa soropositiva para o HIV e outra soronegativa. Um conjunto de trabalhos sociológicos se debruçou sobre este objeto que permite observar como determinadas regras sociais em relação à doença se colocam diante da esfera afetivo-sexual dos sujeitos (MAKSUD, 2007, 2012; FRANCH, PERRUSI, 2012, 2014; SILVA, 2012). Na esteira destes trabalhos, e colocando-os em diálogo com a literatura do Serviço Social e da Saúde Coletiva, Lago intencionava mostrar as principais dificuldades para a realização da assistência de profissionais de saúde para pacientes que se encontravam sob esta condição (LAGO, 2012). Seu trabalho de campo foi realizado com profissionais inseridos em uma equipe multidisciplinar de um ambulatório em HIV/Aids no estado do Rio de Janeiro. A autora realizou observação participante, entrevistas semiestruturadas e conversas informais com os profissionais de saúde para compreender como as relações institucionais influenciam a representação de profissionais de saúde sobre o tema.

A segunda pesquisa tematiza a relação dos sujeitos com seu tratamento. A preocupação com a dificuldade de “adesão” aos medicamentos faz parte dos esforços programáticos de controle da epidemia, configurando-se como estratégia mundial de Saúde Pública. Marilza Rodrigues tentou discutir esse fenômeno do “abandono de tratamento do HIV/Aids” olhando para outros aspectos pouco abordados em documentos oficiais: a ótica dos “pacientes”, aqueles que lidam com o problema. A produção de dados ocorreu entre os meses de julho a dezembro de 2012, através de observação participante, coleta de dados institucionais, registros em diário de campo e realização de entrevistas semiestruturadas em um serviço de saúde.

A terceira pesquisa, de Sandra Filgueiras, ocorreu no período de 2013-2015 e constituiu-se em um estudo de caso num serviço de saúde do Estado do Rio de Janeiro. Teve como objetivo analisar os “modos de aplicação” de uma recente política implementada pelo Ministério da Saúde: a “Profilaxia Pós-Exposição Sexual”. Apelidado de “PEP sexual” e considerado uma das chamadas “tecnologias biomédicas de prevenção do HIV/Aids”, tal serviço está disponível nos serviços públicos de saúde desde 2010, sendo, no entanto, bastante desconhecido do público em geral. Em linhas gerais, consiste numa certa “avaliação de risco” feita por profissionais de saúde para a administração

---

<sup>4</sup> Refiro-me sobretudo à “PEP sexual”, disponibilizada na rede de saúde em 2010, como será visto logo adiante.

do uso de medicações de antirretrovirais por pessoas que tenham se “exposto a risco” de transmissão sexual do HIV (BRASIL, 2010; FILGUEIRAS, 2015).<sup>5</sup> Trocando em miúdos, permite a prevenção da transmissão do HIV e de outras ISTs, mesmo após contato sexual (relações sexuais desprotegidas ou falhas no processo) ou com sangue (acidentes perfuro-cortantes). Novamente, neste trabalho, como na pesquisa de Edith, temos em questão o fantasma da aproximação entre pessoas consideradas sadias e doentes. A chamada “prevenção combinada” acaba por desafiar os domínios antes separados das lógicas da prevenção e da assistência, ao conferir medicamentos, tradicionalmente utilizados em quem já é doente, em corpos ditos saudáveis.<sup>6</sup>

A quarta pesquisa, de Rafael Agostini, objetivava pensar os sentidos da cronicidade para jovens soropositivos. O trabalho de campo se caracterizou pela realização de entrevistas narrativas com jovens que adquiriram o HIV por transmissão vertical (ou seja, no momento do parto ou da amamentação). O trabalho de Agostini nos oferece algumas pistas para pensar a relação desses jovens com os profissionais de saúde, ainda que partam apenas da concepção dos primeiros.

Ao longo de uma leitura contrastiva, as pesquisas nos apresentam personagens que atuam em cenários de saúde: pessoas vulneráveis (ou que se tornam, ou que se tornam ainda mais) ao longo do processo de aquisição desse diagnóstico/identidade, confrontadas com profissionais de saúde, ora demonstrados como aliados, ora retratados como algozes, juízes e inquisidores nos espaços destinados à assistência.

### **O acesso aos sujeitos de pesquisa nestas instituições: reflexões sobre a posição do pesquisador nos cenários de pesquisa**

A entrada em campo é um momento crucial para todos os pesquisadores. As circunstâncias desta entrada, os atores que “autorizam” ou que mediam a relação dos pesquisadores com a instituição, é um aspecto importante a ser pensado e problematizado pelo pesquisador em todo o processo de pesquisa (KAUFFMAN, 2015; DINIZ, 2008). Quando se trata de um hospital ou outra unidade de saúde, observar e problematizar questões como a colaboração daqueles que ocupam o cargo de gestores/administradores pode ser fundamental para a compreensão mais geral dos sentidos inerentes aos dados. Podem ser concedidas autorizações formais, informais ou, como também é frequente, não autorizações. Podem ser concessões espontâneas e

---

<sup>5</sup> Filgueiras, que construiu suas questões na interface da literatura do planejamento em saúde com as ciências sociais, visava a identificação de fatores associados às limitações e possibilidades de “sucesso prático” desta estratégia, como dispositivo de cuidado na prevenção do HIV.

<sup>6</sup> Há literatura específica e volumosa que tematiza sobre medicalização. Neste texto não nos debruçaremos sobre esta temática.

desinteressadas ou que exijam alguma contrapartida... de trabalho, de devolutiva dos resultados, e/ou até, pasmem, de coautoria na produção de artigos científicos. Trata-se, portanto, de um momento que, se possível, deve ser cuidadosamente pensado e elaborado. Claro que esta entrada em campo pode e muitas vezes se dá por intermédio de atores que ocupam posições medianas ou subalternas na hierarquia dos espaços de atenção, o que, muitas vezes, será uma escolha mais estratégica para algumas pesquisas. No entanto, com a regulamentação cada vez mais acirrada dos comitês de ética em pesquisa, que exigem autorização por escrito das instituições para a realização de pesquisas sociais, as vias de acesso, com certa frequência, costumam ser as portas de entrada mais formais/oficiais dos espaços de saúde (FLEISCHER, SCHUCH, 2010; VIEIRA, 2010). Importante observar e problematizar, portanto, que os dados produzidos em campo estarão sempre em diálogo com a entrada do pesquisador e as relações que este estabelece com o espaço e seus interlocutores. Por exemplo, uma situação de entrevista em que o pesquisador seja percebido pelo paciente/entrevistado como *amigo* daquele médico do qual ele gosta ou desgosta produzirá certamente um conjunto de sentidos que não deveria ser ignorado em relação ao objeto que estará em análise pelo pesquisador. Da mesma forma, um pesquisador que seja também nativo encontrará alguns desafios para estar no campo.

Edith Lago, em sua pesquisa sobre a sorodiscordância entre profissionais de saúde, era, ela mesma, *um deles*, e achou por bem realizar sua investigação num cenário familiar. Apesar de acolhida pela maioria dos profissionais de saúde que abordou em sua investigação, também encontrou alguma resistência por parte de alguns, e logo se deparou com uma grande demora na autorização por parte da instituição para realizar sua investigação. Ficou receosa com a redação da dissertação e apreensiva com a devolutiva que seria possível fazer para aquele serviço de saúde.

Já a pesquisa de Marilza Rodrigues foi realizada em uma unidade básica de saúde localizada no Município do Rio de Janeiro. Após ser sensibilizada pelo corpo docente da universidade, demoveu-se da ideia de realizar trabalho de campo num serviço familiar e buscou outra unidade de saúde que não a sua para desenvolver a pesquisa.<sup>7</sup> Seu projeto, apesar de aprovado pelo CEP da universidade, precisou ser submetido ao CEP da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), cujas exigências de modificação extrapolaram em muito as considerações éticas, e, conseqüentemente, sofreu atraso considerável para entrada em campo. Esta questão, debatida anteriormente por Vieira (2010), apresenta-se como um desafio constante nas pesquisas realizadas em instituições hospitalares ou afins. Após a autorização

---

<sup>7</sup> Estudos de avaliação constituem uma área importante no campo da Saúde Coletiva, mas não devem ser confundidos com estudos de análise sobre os serviços de saúde que são feitos na perspectiva das ciências sociais.

da SMS, Marilza acessou os pacientes através da documentação do hospital, encontrando inúmeras dificuldades, em razão das imprecisões neste tipo de documento – informações faltantes e arquivamento institucional precário. Assim como Edith, ficou receosa com a redação da dissertação e apreensiva com a devolutiva que seria possível fazer para o serviço. Posteriormente, apresentou os dados de sua pesquisa num seminário envolvendo gestores estaduais.

Sandra Filgueiras, que era profissional da Secretaria de Estado de Saúde, realizou sua pesquisa num município do Estado do Rio de Janeiro. De certa forma facilitada pelas redes profissionais, contactou a gestão municipal para explicar seu interesse em realizar pesquisa com pessoas que procuravam as unidades de saúde para evitar a infecção pelo HIV/Aids em caso de “acidente sexual”. Sandra realizava observação no serviço, incluindo a “sala de espera” da enfermaria onde estas pessoas eram atendidas, mas enquanto *esteve lá* não apareceu alguém que pudesse entrevistar, além dos médicos. Seu contato com as pessoas que passaram por esta experiência (os pacientes) foi mediado por uma médica do ambulatório. A partir destas informações, ligou para os possíveis entrevistados, que foram assim sugeridos/identificados. Sandra entrevistou 5 “usuários” e 5 profissionais de saúde (todos médicos). Relata em sua dissertação a preocupação de um dos entrevistados com a participação na pesquisa (“*Mas isto é sigiloso? Porque eu sou casado, tenho filhos*”). Numa ocasião, foi convidada pela gestão municipal a apresentar a sua pesquisa, podendo assim estimular o debate sobre a organização do serviço que estudou com gestores que dele participavam.

Rafael Agostini foi estudante de ciências sociais, é militante da juventude de um partido de esquerda e ativista de grupo de jovens do movimento de luta contra o HIV. Para a sua pesquisa, contou com a ajuda de uma organização não governamental, no Estado do Rio, para contatar jovens que se dispusessem a participar da pesquisa. Através da rede de relações de apenas um jovem, realizou todas as entrevistas para a sua pesquisa. Sua intenção era pesquisar primeiro jovens acometidos por HIV por transmissão vertical e depois jovens infectados por via sexual. O tempo demonstrou-se insuficiente para acessar e abordar tantas pessoas e a pesquisa concentrou-se nos jovens que já nasceram com a condição soropositiva. Além da redação de artigos para a área, o pesquisador utilizou-se de dados de sua dissertação para apresentações para o movimento do qual participa.

Como vimos, a redação das dissertações foi bastante marcada pela lembrança dos momentos de tensão e expectativa para entrar – e *permanecer* – em campo. O ritual de solicitação de autorizações, a espera do retorno institucional, a submissão a mais de um comitê de ética em pesquisa e a *adequação entre os ajustes solicitados e o que é possível ceder*, em termos de estratégias teórico-metodológicas de pesquisa, foram pontos comuns nessas

dissertações e são aspectos também apontados por outros que pesquisam em serviços de saúde (FLEISCHER; FERREIRA, 2014). A redação da dissertação compreendeu ainda, em todos os casos, uma negociação – entre pesquisadores e orientadores – entre o que era análise e o que se constituía em indignação e/ou pontos que consideraram nevrálgicos para melhorar a atenção à saúde naquelas circunstâncias. O exercício da pesquisa consistiu num treino de tentar pesquisar reduzindo a intervenção, entrevistar sem induzir ou julgar, e escrever descrevendo e analisando, tentando minimizar o ímpeto normativo de moralizar a conduta dos entrevistados na análise de suas ações ou discursos. Exercitamos, por exemplo, a desconstrução de termos e de palavras de ordem como “deve”, facilmente encontrada na redação das dissertações do campo da Saúde Coletiva. Assim sendo, sugestões e recomendações foram feitas e disponibilizadas na parte final dos textos, após a apresentação e análise dos dados propriamente ditas.<sup>8</sup> Muitas vezes, foram estas sínteses o material apresentado nas chamadas “devolutivas”. Parte desses “conselhos” foram facultados a interessados em momentos posteriores considerados como adequados pelos pesquisadores, e em formatos diferentes, que iam desde rodas de conversas com pacientes e profissionais de saúde, *folders*, apresentação das dissertações em eventos de secretarias de saúde, palestras, além das apresentações acadêmicas que visavam outras demandas e outras performances.

### **Notas sobre a atenção em HIV/Aids em espaços de saúde**

Usualmente [muitas instituições totais] se apresentam ao público como organizações racionais, conscientemente planejadas como máquinas eficientes para atingir determinadas finalidades oficialmente confessadas e aprovadas. [...] Esta contradição, entre o que a instituição realmente faz e aquilo que oficialmente deve dizer que faz, constitui o contexto básico da atividade diária da equipe dirigente (GOFFMAN, 2005, p. 69-70).

Como é possível depreender dos resumos das pesquisas que aqui estão sendo debatidas, todos os trabalhos tematizaram o HIV/Aids e as relações dos sujeitos, direta ou indiretamente, com os espaços médicos. Três das quatro pesquisas foram realizadas em ambientes de saúde oficiais (serviços de saúde). Uma das investigações foi realizada com jovens acessados pelo pesquisador através de outro espaço institucionalizado de produção de saúde: uma ONG que realiza trabalho de parceria com uma unidade de saúde.

---

<sup>8</sup> Sobre as tensões e dilemas entre o exercício de militâncias e práticas acadêmicas, consultar Tornquist (2007). Para a antropóloga, o olhar acadêmico mais distanciado de sua prática militante relacionada à sua pesquisa com parto humanizado a permitiu relativizar certas urgências do movimento.

Como dito antes, todos os quatro pesquisadores tiveram acesso aos seus sujeitos de pesquisa a partir da mediação realizada pelas instituições.

Com a leitura de pesquisas sobre assistência em HIV/Aids podemos perceber o reconhecimento de uma política de enfrentamento da epidemia que tem ampliado o acesso de pacientes a diversos tipos de serviços, desde o básico, como o atendimento médico, exames, medicamentos específicos, até os recursos de alta complexidade. Por outro lado, uma política de desinvestimento tem revelado um cenário caótico vivenciado pelos pacientes entrevistados: demora dos resultados de exames de rotina, falta de leitos para internação e remédios para doenças oportunistas.

Partindo desse pressuposto, o exercício proposto aqui consiste em pensar algumas questões relativas a como uma doença como o HIV pode organizar e desorganizar discursos que se constroem nos encontros/relações de instituições de saúde. Essa seria a questão norteadora para olharmos alguns dados que pincei desse conjunto estimulante de dissertações.

Gostaria de dar destaque a um aspecto da atenção que estes pesquisadores descrevem nesses diferentes espaços. Algumas pesquisas referem-se a uma atenção que é (ou deveria ser) dispensada por meio de consultas e/ou encontros regulares de médicos e outros profissionais com pacientes, como podemos ver nos trabalhos de Marilza, Rafael e, em parte, Edith. Nesse sentido, o trabalho de Bonet (2014) é exemplar, ao mostrar diferentes possibilidades de interações simbólicas que podem ocorrer em consultas, que variam em distintos aspectos. O autor descreve, com seu trabalho de campo, diversos encontros entre médicos e pacientes – mais ou menos empáticos, mais ou menos distantes, momentos de reunião de dois sujeitos com histórias e trajetórias de vida (até então) singulares, momentos estes que podem incluir até mesmo o que ele denomina “questões transferenciais, psicanaliticamente falando”.

No que se refere às pesquisas de Sandra e Edith, apresentam-nos um modo de encontro do profissional com um “usuário” diferente do habitual para um ambiente hospitalar: reúnem um médico com um conjunto de pessoas que, a seus olhos, não estão doentes e, *em alguns casos*, segundo eles, não mereceriam legitimamente nem a atenção ofertada nem outros recursos como medicamentos, disponíveis para *pacientes*. A atenção que deveriam dispensar é vista como uma atenção *menor* diante daquela de um *doente*. E tal atenção parece ser vista como um não trabalho, uma “não atenção”. Como podemos ver abaixo, em dois relatos extraídos da pesquisa de Sandra Filgueiras, com médicos, a ideia de um profissional de saúde que atende um sadio parece contraditória quando há alguém “doente de fato” precisando de cuidado.

*Eu tenho que atender os pacientes internados, estejam eles graves ou não [...] Durante um plantão com vários pacientes internados e eu ter tantas e tantas atribuições **eu parar pra fazer atendimento sexual?***

*No meio dessa história toda quando chegam os acidentes perfuro cortantes, acidente sexual e violência sexual **eu tenho que interromper tudo** que eu estou fazendo para atender.*

A ocupação do espaço de cuidado a enfermos por alguém que pareça ter buscado prazer (sexual) parece inaceitável do ponto de vista moral de alguns profissionais de saúde. A clássica oposição *vítimas X culpados*, trabalhada por Jane Galvão (1992) e Carmem Dora Guimarães (2001), no início da epidemia de Aids, ainda nos oferece chave analítica preciosa para pensar sobre o “o vírus adquirido e o vírus procurado (KNAUTH, 1997). O relato abaixo é de um médico e também foi retirado da pesquisa de Sandra Filgueiras, e evidencia de forma clara esta questão. O segundo excerto visa corroborar essa análise e refere-se a um trecho da dissertação de Edith Lago: um relato de um profissional de saúde que nos dá pistas da repreensão médica acerca da relação de uma pessoa soronegativa com outra soropositiva.

*A rede (é que) tem dificuldade de receber estas pessoas (que buscam a PEP). Ah é um parto, chegar na emergência e contar essa história, a galera não gosta. Ah, é essa coisa meio moralizante: ‘você transou sem, agora você quer o remédio...’. É assim descarado mesmo, ‘transou sem e agora vem a noite aqui, querendo o remédio’. Essa coisa do HIV, esse estigma. Você vê que os tratamentos com acidente biológico são bem diferentes. [...] Acho que a PEP devia estar na rede toda e não só nos serviços de DST. [...] as pessoas que vem fazer são destratadas. Então, se tiver que acontecer outra vez, o cara vai pensar duas vezes antes de vir.*

*Eu acho isso [os relacionamentos entre pessoas com sorologias diferentes para o HIV/AIDS] bastante complicado. A princípio, é uma relação bastante atritada. Porque o indivíduo, ao mesmo tempo em que ele tem que se cuidar, ele tem que se proteger para não estar soropositivo; ele passa naquela relação a estar sempre vinculado a um medo constante: e se a camisinha romper? E se... houver alguma coisa?*

O direito de se prevenir da infecção pelo HIV e outras ISTs nos espaços de saúde com o auxílio medicamentoso – conferido por um conjunto de leis que hoje garantem o acesso de *qualquer pessoa* a essa medicação – não significa, necessariamente, direito na ordem prática e cotidiana dos serviços

de saúde.<sup>9</sup> Vejamos dois relatos médicos retirados do trabalho de Sandra Figueiras e que nos mostram a categoria *vítimas X culpados* em plena ação.

*Eu acho que esta profilaxia tem o lado bom porque efetivamente pode-se prevenir a infecção nestas ocasiões, mas por outro lado pode criar esta cultura de que ‘qualquer coisa eu vou lá no hospital pego o remédio e uso, aí eu não vou pegar’ e acaba que se cria uma situação de maior exposição consciente do indivíduo. Por exemplo, garotas de programa nos procuram aqui, algumas relatam que recebem quase que o triplo do valor do programa de parceiros que não querem usar camisinha. Elas aceitam o programa e depois vêm aqui pegar o remédio pra HIV. Depois de todos estes bloqueios, o cara vai sentar aqui nesta cadeira e vai falar ‘a gente estava transando sem camisinha’. Eu acho que o pessoal se defende também. Ele chega e já sente o naípe da galera, aí ele ajusta o discurso dele para levar um esporro menor. O objetivo dele é conseguir o remédio, se tiver que rezar um Pai Nosso, ele vai rezar, pede perdão, pega o remédio e vai embora.*

Observamos, a partir dos dados acima, o caráter de assistência, controle e disciplinarização que adquirem essas instituições e os atores que as comandam ou que nela exercem algum papel de sustentação. Recorremos ao que propõe Didier Fassin (2012, p. 381)

[...] em primeira análise, **a saúde pública** parece inscrever-se perfeitamente neste quadro, já que, por um lado, ela pretende impor **normas individuais de condutas saudáveis** e, por outro, ela **organiza o conhecimento epidemiológico e a administração sanitária** das coletividades humanas.

Os profissionais de saúde, muitas vezes, aparecem como porta-vozes dessas normas e condutas.

Para Fassin, quando os atores se mobilizam e agem, o biopoder se apresenta de modo mais frágil em diversas instituições. Por isso, o autor sugere que, ao invés de biopoder, falemos em poder da vida: “o reconhecimento de que a sociedade concede à questão do corpo sofredor ou doente. Temos, portanto, menos a ver com um biopoder do que com a biogitimidade”. Para ele, “as vidas concretas escapam, em parte, à normatização”. (FASSIN, 2012, p. 385). Vejamos mais uma vez o que pensa

---

<sup>9</sup> Esse atendimento já era ofertado para profissionais de saúde (“acidente ocupacional”) e vítimas de violência sexual na rede de saúde antes de 2010, quando então, após um cenário de tensões e negociações, se torna disponível também para os casos de “acidente sexual”.

uma dessas vidas concretas que andam pelos serviços de saúde e reivindicam seus direitos, ou melhor, como elas tentam escapar das normatizações.

*Não sei se foi só o meu caso de ter sido atendido daquela maneira. Só deviam ter cuidado nessa recepção da pessoa porque a pessoa vem procurando ajuda e é praticamente destrutada. A pessoa já chega mal e sai se sentindo pior ainda? Se sentindo como um lixo, como um errado. Errado, pô! Foi errado realmente, eu tive meus erros, mas assim eu não esperava que isso acontecesse. Eles estavam realmente julgando 'esse povo não sei o que, não se cuida não sei o que lá'. Isso é coisa que se fale com paciente do outro lado, sabe? Esse médico mais velho estava falando coisas assim e isso é que me deixou indignado.*

Cabe também acentuar que os trabalhos acima ora falam de prevenção, ora falam de atenção/assistência, ora falam da prevenção e assistência de forma integrada, permitindo mostrar o quanto o domínio da atenção se apresenta, cada vez mais, medicalizado. Mas – parafraseando Diniz e Buglione (2002) – podemos perguntar quem pode ter acesso a essa atenção medicalizada? O trabalho de Filgueiras mostra que a decisão de prevenir ou controlar medicamente uma possível infecção está associada à identidade, prestígio e posições sociais, questionando, na prática, a aproximação das esferas de prevenção e assistência. Trata-se de olhar para um conjunto de poderes exercidos dentro dos espaços institucionais: ter acesso à informação, exigir ou negociar direitos, conferir autoridade. Hospitais se apresentam como lugares para os doentes e não para os sadios.<sup>10</sup>

Obviamente, há um problema com esse tipo de leitura em diagonal que realizei das dissertações aqui referidas: o deslocamento dos dados não dá conta de trazer para este texto, esmiuçadamente, seus contextos sociais. No entanto, um aspecto importante para pensar diz respeito ao pertencimento social de todos que compõem o universo dos usuários entrevistados por esses pesquisadores. Com algumas exceções, os participantes de todas as pesquisas citadas situam-se entre as classes populares ou trabalhadoras e ocupam posições consideradas subalternas na hierarquia social. Como chamam atenção Bonet (2014), Loyola (2008) e Boltanski (2004), os pacientes mais bem situados na hierarquia social são aqueles que conseguem questionar, interpelar ou conversar de forma mais horizontal com seus médicos. Os sujeitos que vimos aqui são retratados nas posições de pacientes com pouca possibilidade de interlocução com os profissionais que os atende.

---

<sup>10</sup> Embora seu objetivo seja a produção da vida, como Octavio Bonet aborda no primeiro capítulo desta coletânea.

A autoridade médica também pode ser percebida na pesquisa de Marilza Rodrigues, que trago agora para pensar sobre aspectos pontuais relativos à permanência e à “fuga” do serviço de saúde. Manuais oficiais dizem que, de cada consulta, espera-se que o paciente possa expor questões/dúvidas de seu tratamento de saúde, e do médico espera-se que esteja preparado para ouvir o paciente, no sentido mais amplo, de modo a atender suas necessidades de saúde. A pesquisa de Marilza Rodrigues, que considerou a voz de pessoas que descontinuaram seus tratamentos médicos, nos revelou que estas expectativas nem sempre se realizam: medo, vergonha e culpa foram relatados pela maioria dos pacientes quando dos encontros propiciados pelo hospital.

*Escutar a bronca da doutora é duro; um homem do meu tamanho esculachado. Sai arrasado. Você tem problema pra todo lado, em casa, com a família, aí você não volta [...] abandona. (Raul, 38 anos, afastou-se do tratamento por um ano).*

A decisão de abandonar o tratamento parece ter sido difícil para os entrevistados que não dialogaram essa “escolha” com familiares, amigos e conhecidos, tampouco com o médico. No entanto, ao contrário do que as orientações médicas poderiam supor, Marilza Rodrigues notou benefícios considerados por aqueles que decidiram suspender seu tratamento. Esta lógica conferida pelos sujeitos às suas doenças já havia sido percebida no trabalho de Gonçalves (1999) sobre adesão ao tratamento da tuberculose em Pelotas (RS): o “papel” desempenhado, na maior parte da vida dos indivíduos que abandonaram o tratamento para tuberculose, não é o de “doente”. De certa forma, aqui, sim, como nos sugere Fassin (2012), tais trabalhos nos falam de estratégias para escapar à normatização conferida pelas instituições médicas e seus aparatos. O relato abaixo é de um homem soropositivo, de 31 anos, que “abandonou o tratamento” por diversas vezes ao longo de oito anos de acompanhamento médico.

*Essa sumida me faz um pouco esquecer. Vir fazer exame, lembra que sou soropositivo, lembra que vou ficar doente. O abandono pode não fazer bem fisiologicamente, mas psicologicamente, faz.*

A decisão de voltar para o hospital e retomar o tratamento, observada por Marilza em sete dos oito pacientes com quem conversou, passa, dramaticamente, pelo processo de agravamento do seu quadro de saúde. O reencontro dos pacientes que haviam abandonado o tratamento com a infectologista era carregado de tensão. Todos achavam que “levariam

uma bronca” da médica. Abaixo, o relato da médica, assim como os relatos médicos que lemos na dissertação de Sandra Filgueiras, parece confirmar a preocupação dos entrevistados. Trata-se de mais uma exibição de autoridade exercida por estes atores-médicos sobre os atores-pacientes nos espaços de atenção.

*Quem morre de medo de mim é porque tá devendo, todos eles ficam com o rabinho entre as pernas, porque os que abandonaram o tratamento são aqueles que mais levaram broncas. Eles têm tratamento e não querem. Tem hora que sou muito dura, tem hora que eu esculacho.*

Os dados de Sandra, Marilza e Edith nos fazem pensar na falta de organização dos serviços para tudo o que fugiria da clássica assistência médica, dita legítima: pacientes soropositivos cadastrados no sistema para receber regularmente medicação ARV. Fontenelle (2007) mostrou que, no caso da assistência para pessoas soropositivas, muitas vezes o espaço das consultas acaba sendo focado apenas no aspecto da medicalização, sendo portanto preterido em face da valorização das receitas médicas, necessárias para o paciente que precisa buscar os medicamentos antirretrovirais na farmácia do serviço de saúde. Assim, tanto Sandra quanto Marilza investigam o cuidado ofertado a *quem não tem corpos dóceis*: ou seja, os que buscam a medicação profilática porque transaram sem camisinha, seja deliberadamente, seja por rompimento do preservativo, ou aqueles que se recusam a frequentar o sistema ou aqueles que dispensam esta medicação. Os dois aspectos encontrados nesses modos de atenção revelam fragilidades do sistema para organizar esses novos fluxos. Novamente voltemos à nossa argumentação. O enfermo que abandona o tratamento de uma doença contagiosa e o sadio que busca o atendimento médico destinado aos doentes são desviantes da lógica médica institucionalizada. Novamente instigados pela reflexão de Didier Fassin (2012, 2016), poderíamos questionar como se dará a institucionalização desses *outros* posicionamentos, seja optar pelo não tratamento, seja adotar um tratamento de prevenção medicamentosa. Ou, em outras palavras, como “cuidar” daqueles que escapam à normatização?

Nas pesquisas de Marilza e Sandra não havia sequer informações sistematizadas nos espaços de atenção sobre esses sujeitos, para além do quantitativo de pessoas que por ali passaram. No caso da pesquisa de Sandra, o serviço não dispunha de registros sistematizados com informações relativas ao perfil de “usuários de PrEP sexual” (quem eram aquelas pessoas, afinal?). No caso da pesquisa de Marilza, vimos que os pacientes que não comparecem a nenhuma consulta com infectologista por um período de seis meses são considerados “em abandono do tratamento” pelo hospital e seus prontuários são retirados do arquivo. São transferidos para uma caixa guardada pela administração do serviço em espaço desativado, destinado à guarda de

materiais com defeito e objetos fora de uso (parecem se referir a pessoas que representariam também menos valor e que estariam fora de circulação...). No momento inicial da pesquisa, as chaves deste lugar estiveram desaparecidas por uma semana, mostrando-se um lugar de difícil acesso. De posse do livro de matrícula dos pacientes naquele serviço de saúde, Marilza identificou vários pacientes que se afastaram da unidade de tratamento por tempo superior a seis meses. Ao lado de seus nomes constava a palavra “abandono” e o período de afastamento do serviço. Nem todas as lacunas estavam preenchidas: faltavam dados como endereço e/ou nome de genitora, bairro e data de nascimento.<sup>11</sup>

Olhando perspectivamente os trabalhos de Rodrigues, Filgueiras e Lago, temos, aos olhos de alguns atores dos serviços, adultos indisciplinados. Já o trabalho de Agostini nos confere pistas para pensar no controle exercido pelos profissionais de saúde na assistência a jovens soropositivos. Agostini mostra que os jovens passam por diferentes momentos, alternando períodos considerados como “rebeldes” com outros nos quais enxergam os medicamentos como essenciais para a continuidade de sua vida e afazeres. A autoridade médica também pode ser percebida aqui, embora se apresente simbolicamente de forma muito mais sutil. É interessante notar como os profissionais exibem comentários elogiosos àqueles que não deixam de tomar suas medicações. Uma jovem é considerada um exemplo pelos médicos por “sempre ter estado indetectável” enquanto outro é considerado por sua médica como “aderente”, ou seja, disciplinado, cumpre os horários e dosagens estabelecidos pelo médico para controle da doença. Um terceiro jovem disse à médica que ela não entendia o que ele sentia ao ingerir os remédios e esta tomou o remédio junto com ele por alguns dias. De forma geral, os jovens soropositivos de Agostini tomam para si a responsabilidade quanto à ingestão dos medicamentos. Como diz uma delas: “se eu deixar de tomar, é burrice minha”. (AGOSTINI; MAKSUD; FRANCO, 2016, p. 234).

Os jovens que fizeram dos espaços biomédicos de atenção também espaços de convívio e sociabilidade percebem seus corpos e sua doença a partir de um saber difuso que leva em consideração inclusive uma apropriação parcial dos saberes biomédicos. Tal aprendizado “técnico” sobre a doença pode gerar ganhos políticos para esses jovens, quando passam a frequentar cenários ativistas. Nesse sentido, os jovens da pesquisa de Agostini, que frequentam desde cedo o hospital, têm seu discurso muitas vezes por ele conformado e sugerido. Esse conhecimento sobre o seu próprio corpo contrasta com as dúvidas e poucas informações que têm os sujeitos que

---

<sup>11</sup> Ainda no que se refere à “devolutiva” da pesquisa, esta atividade da pesquisa contribuiu para a organização do registro de pacientes daquele serviço (até aquele momento em que a pesquisadora se encontrava em cena).

abordamos antes, que se “expuseram a risco” e buscam o hospital para prevenir a infecção do HIV. Contrasta ainda com aqueles sujeitos que, mesmo doentes, “abandonam o tratamento”. O fato de conviver com uma doença de longa duração desde o nascimento parece, portanto, organizar um certo e específico tipo de discurso.

Como enfatizou Maluf (2010, p. 30-31), as políticas públicas não são apenas as normativas e documentos oficiais, “mas também tudo aquilo que os profissionais e agentes de saúde [...] fazem no cotidiano de seu trabalho, sobretudo no que diz respeito à relação com os pacientes e ‘usuários’ desses serviços”. As pesquisas de Lago, Rodrigues e Filgueiras mostram a insuficiência de continuidade de aperfeiçoamento profissional necessários ao atendimento do que eles nomeiam como “novas demandas”. Profissionais de saúde, por vezes, também são vistos como aliados frágeis perante a estrutura do serviço, como pode ser observado nos relatos abaixo, extraídos das pesquisas de Rodrigues, Lago e Filgueiras, nesta ordem.

*O sistema não dá suporte à doutora. (Paciente de 32 anos que abandonou o tratamento por duas vezes e, no dia da entrevista para a pesquisa, agendou consulta de retorno ao serviço de saúde).*

*Eu acho que atualmente **o suporte que a gente tem é o suporte que a gente mesmo se dá dentro da equipe, né? Porque gosta de trabalhar com esse tipo de paciente, né... Porque pode até ser pra alguns, porque não tenham alternativa, né? Mas o suporte é o que a gente busca, é pobre e pouco, quase nenhum.** (Profissional de saúde de ambulatório de Aids).*

*[...] **a gente foi aprendendo sozinho, mas não houve treinamento nunca.** A enfermagem de Sida do hospital nunca foi treinada, nem para acidente ocupacional, nem para exposição sexual. [...] **Era o comprometimento dos médicos lá de dentro de aprender pra poder fazer, já que havia a responsabilidade de fazer. Porque foi colocado ‘você que não fazer’***

O conjunto dessas pesquisas nos mostra dilemas médicos, falta de apoio institucional, e muitos aspectos que se colocam como desafios para a gestão.

## **Considerações finais**

Ao finalizar esse texto, percebi que tentei lidar fundamentalmente com dois problemas. Um primeiro que diz respeito à pesquisa sócio-

antropológica sobre saúde produzida nos marcos da Saúde Coletiva, e um segundo sobre a atenção nos espaços de saúde para prevenção e tratamento do HIV/Aids. Em relação ao primeiro deles, cumpre falar que, inicialmente, todos os pesquisadores citados ao longo desse texto estavam “interessados” em seus temas do ponto de vista da intervenção, do sanitarismo ou da militância. Para esse grupo de pesquisadores, o que os motivava inicialmente era fazer pesquisa que pudesse contribuir com a formulação de políticas públicas de saúde (e eu, ainda que cientista social e não profissional de saúde, compartilho dessa opinião). Tornar-se pesquisador para esses alunos que (com a exceção de Rafael) já atuavam como profissionais de saúde foi um aprendizado, processual. O trabalho deles, naquele momento, era compreender e não intervir sobre os corpos. Neste sentido, a construção do objeto de pesquisa passou não só pela fundamentação teórica, mas pelas dúvidas e inquietações que eles traziam de sua “prática”. E aqui mais uma vez poderíamos convidar à leitura de Fassin, médico e antropólogo que teve o HIV como um de seus objetos para ambos os seus exercícios profissionais. Como refere Diniz (2016, p. 15),

[...] como médico sanitarista, Fassin sustentava posições claras sobre a epidemia do HIV/AIDS e sobre a importância do tratamento, mas, como antropólogo, sua postura foi de escuta de narrativas conflitantes sobre os sentidos da doença e seu enfrentamento na África do Sul nos anos 1990.

Considero que esse tem sido um exercício constante e desafiador dos colegas que atuam como formadores nas CSH da Saúde Coletiva.

Se aceitarmos o convite do evento que originou este encontro acadêmico e também a proposta de Didier Fassin (2012), que “o estudo das políticas da vida abre espaços propícios para o diálogo não apenas entre os antropólogos mas também com homens e mulheres cujas histórias eles contam”, caberia pensar que Edith, Sandra, Marilza e também Rafael e muitos outros pesquisadores tentam, do lado da Saúde Coletiva, pensar em suas pesquisas tanto aspectos relativos às crenças quanto os processos de atenção e gestão.

Um parêntesis: As profissionais de saúde/pesquisadoras mencionadas, penso eu, não desejam tornar-se antropólogas – e creio que esta não deva ser a nossa principal questão aqui. No entanto, a leitura sociológica e antropológica embasa, instiga e alimenta um conjunto significativo de pesquisas na Saúde Coletiva que, como desejo acentuar, é bastante heterogêneo. O trabalho de Nascimento (2014), por exemplo, considerou 13 tipologias de formação de cientistas sociais que pesquisam na área da saúde, discutindo tanto a tipologia dos profissionais e suas respectivas graduações e pós-graduações, a partir das ciências sociais como graduação, como a tipologia

dos profissionais e suas respectivas graduações e pós-graduações, a partir da graduação em áreas diferentes das ciências sociais. Portanto, sem pretensão de generalizar, muitos pesquisadores da Saúde Coletiva (e neste momento falo/escrevo sem nenhum distanciamento) desejam articular ideias, conceitos, realizar trabalho de campo e analisar seus dados. Os principais clássicos das Ciências Sociais eram, por uma questão de contexto histórico de conformação da disciplina, interdisciplinares. Norbert Elias, reconhecido como um dos clássicos dos estudos de sociologia e antropologia, estudou medicina e filosofia antes de se dedicar, anos mais tarde, por escolha, à sociologia. Penso ser relevante para esse debate considerar as provocações deste autor contidas no capítulo “Sobre o que aprendi” (ELIAS, 2001). Narrando uma discussão sobre os desafios da sociologia ocorrida num congresso inglês, após contextualizar que os sociólogos alemães de primeira geração vieram de outras áreas que não a sociologia, afirmou: “era característico de uma ética ‘profissional’ mal compreendida postular que era preciso ter estudado sociologia e nada além da sociologia para se tornar um bom sociólogo. Tinha às vezes a impressão de que a imaginação sociológica se beneficiava enormemente de seus representantes terem estudado outra coisa que não a sociologia institucional” (ELIAS, 2001:91-92). Elias via com bons olhos a formação eclética, “fecunda para o trabalho sociológico”. Para o autor, vários “sociólogos de primeira geração”, como Max Weber, que era jurista por formação, eram sociólogos *por escolha*. Chama-me atenção que essa discussão, relatada há tantos anos, ainda nos seja tão cara e ainda provoque-nos tantas tensões “entredisciplinares”. Alegro-me em ter participado da 1ª RAS (Reunião de Antropologia da Saúde), evento ímpar que reúne atores e autores indisciplinados, que transitam entre vários caminhos.

## Referências

- ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S. Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. In: FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Faperj; Garamond, 2014. p.33-55.
- ADAM, P.; HERLIZCH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru, SP: Edusc, 2001.
- AGOSTINI, R. **Paciente crônico – ser ou não ser, eis a questão**: Uma etnografia com jovens com sorologia positiva para o VIH. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.
- AGOSTINI, R.; MAKSDUD, I.; FRANCO, T. “Tem que engolir, são só cinco comprimidos”: juventude, VIH/Sida e medicamentos. In: RIOS, L. F.; VIEIRA, L. L. F.; QUEIROZ, T. N. (orgs.). **HIV e Aids: desafios rumo a 2030**. Recife: Ed. da UFPE, 2016. p. 221-245.

AGOSTINI, R.; MAKSDUD, I.; FRANCO, T. “Essa doença para mim é a mesma coisa que nada”: reflexões socioantropológicas sobre o descobrir-se soropositivo. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 496-509, June 2017.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

BONET, O. **Os médicos da pessoa**. Um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV**. Suplemento III - Tratamento e Prevenção. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 363-376, 2008.

CARDOSO, R. C. L. Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: CARDOSO, R. **A aventura antropológica**. Teoria e Pesquisa. São Paulo/Rio de Janeiro: Paz e Terra Antropologia, 1977.

DESLANDES, S. F.; IRIART, J. Usos teórico-metodológicos das pesquisas na área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, dec. 2012. Disponível em: </www.scielo.org>

DINIZ, Debora. Ética na pesquisa em ciências humanas: novos desafios. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 417-426, Apr. 2008. Available from <http://www.scielo.br/

DINIZ, D. Etnografia e políticas da vida – introdução. In: FASSIN, D. **Didier Fassin: entrevistado por Debora Diniz**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2016. p. 7-30.

DINIZ, D.; BUGLIONE, S. (org). **Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas?** Diferentes perspectivas do direito brasileiro. Brasília: Letras Livres, 2002.

ELIAS, N. **Norbert Elias por ele mesmo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

FASSIN, D. O Sentido da saúde: antropologia das políticas da vida. In: SAILLANT, F.; GENEST, S. (org). **Antropologia médica: ancoragens locais, desafios globais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 375-390.

FASSIN, D. **Didier Fassin: entrevistado por Debora Diniz**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2016

FILGUEIRAS, S. **HIV/AIDS e profilaxia pós-exposição sexual: estudo de caso de uma estratégia de saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, 2015.

FLEISCHER, S.; SCHUCH, P. (orgs). **Ética e regulamentação na pesquisa antropológica**. Brasília: Letras Livres; UnB, 2010.

FLEISHER, S.; FERREIRA, J. **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

GUIMARÃES, C. D. **Aids no Feminino**. Porque a cada dia mais mulheres contraem AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. da UFRJ, 2001.

FRANCH, M.; PERRUSI, A. Carne com carne. Gestão do risco e HIV/AIDS em casais sorodiscordantes no Estado da Paraíba. **Política & Trabalho**, Revista de Ciências Sociais, n. 37, p. 179-200, out. 2012.

FRANCH, M.; PERRUSI, A. **Casais (im) possíveis**: Um estudo sócio antropológico sobre sorodiscordância para o HIV/aids. Paraíba: Ed. da UFPB, 2014.

GALVÃO, J. **AIDS e imprensa**: um estudo de antropologia social. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

GEERTZ, C. **Estar lá**: a antropologia e o cenário da escrita. In: Obras e vidas O antropólogo como autor. Rio de Janeiro: Ed. da UFRJ, 2002. p. 11-40.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOMES, M. H. A; SILVEIRA, C. Sobre o uso de métodos qualitativos em Saúde Coletiva, ou a falta que faz uma teoria. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, feb. 2012. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>

GONÇALVES, H. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente, FIOCRUZ. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 777-787, oct. /dez. 1999.

KAUFFMAN, J. C. **A Entrevista Compreensiva** - Um guia para pesquisa de campo. Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

KNAUTH, D. R. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da AIDS. **Revista de Estudos Feministas**, v. 2, n. 1, p. 291-303, 1997.

LAGO, E. L. M.; MAKSDUD, I.; GONCALVES, R. S. A "sorodiscordância" para profissionais de saúde: estudo qualitativo da assistência em ambulatório de HIV/AIDS em município do Estado do Rio de Janeiro. **Temas de psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 973-988, dez. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org>>.

LEITE FILHO, G. A.; MARTINS, G. de A. Relação orientador-orientando e suas influências na elaboração de teses e dissertações. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 46, n. spe, p. 99-109, dec. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>

LOYOLA, M. A. R. A Saga das Ciências Sociais na área da Saúde Coletiva: elementos para reflexão. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 251-275, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>

LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde & Sociedade** [online], v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>

MAKSUD, I. Doenças/adoecimentos/sofrimentos de longa duração: diálogos das Ciências Sociais com a Saúde Coletiva. **Política & Trabalho** [online], v. 42, p. 197-209, 2015.

MALUF, S. Gênero, Saúde e Aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, S.; TORNQUIST, C. S. (orgs). Gênero, Saúde e Aflição. **Abordagens Antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p. 21-68.

PEIRANO, M. A teoria vivida - Reflexões sobre a orientação em Antropologia. **Ilha**, Revista de Antropologia, Florianópolis, v. 6, n. 1, 2, p. 209-218, jan. 2004.

RODRIGUES, M. E. da C. Escolha, acaso ou descaso? Itinerário terapêutico de pacientes que abandonaram o tratamento para o HIV/AIDS. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013.

RODRIGUES, M.; MAKSDUD, I. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 526-538, abr. 2017.

REZENDE, P. de S.; IANNI, A. M. Z.; ALVES, O. S. F. Uma contribuição para a história das Ciências Sociais na Saúde Coletiva – Os Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO e suas produções científicas, 1995 – 2007. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 603-626, 2009.

SILVA, L. M. da F. **Fazendo a diferença**. As dinâmicas da conjugalidade sorodiscordante para o HIV/AIDS. 2012. Tese (Doutorado em) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012

SANTOS, D. F. dos. A assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS: aprendendo a cuidar do vírus ou da pessoa? 2007. Tese (Doutorado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, M. B. B. et al. **Memória da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva**. Relatório Final - Projeto de Pesquisa. 2013.

TORNQUIST, C. S. Vicissitudes da subjetividade: auto-controle, auto-exorcismo e liminaridade na antropologia dos movimentos sociais. In: BONNETTI, A.; FLEISHER, S. **Entre saias justas e jogos de cintura**. Florianópolis; Santa Cruz do Sul: Mulheres; Edunisc, 2007.

VAN der GEEST, S. Uma fascinação cultural pela medicina: a antropologia médica nos Países Baixos. In: SAILLANT, F.; GENEST, S. (orgs). **Antropologia médica: ancoragens locais, desafios globais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 259-284.

VICTORA, C. Uma Ciência Replicante: a ausência de uma discussão sobre o método, a ética e o discurso. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 104-112, 2011.

VIEIRA, F B. Desencontros e descaminhos de uma pesquisa sociológica em um hospital público. In: FLEISCHER, S.; SCHUCH, P. (orgs). **Ética e regulamentação na pesquisa antropológica**. Brasília: Letras Livres; UnB, 2010.

ZALUAR, A. Teoria e Prática do trabalho de campo: alguns problemas. In: CARDOSO, R. **A aventura antropológica**. Teoria e Pesquisa. São Paulo/Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.