



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE COMUNICAÇÃO E EXPRESSÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGUÍSTICA

CAMILA DE ALMEIDA LARA

**AS NARRATIVAS DE MULHERES QUE VIVEM COM HIV E A PRODUÇÃO DE
SUBJETIVIDADES: ENTRE AS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO E AS
PRÁTICAS DE SI**

FLORIANÓPOLIS

2022

CAMILA DE ALMEIDA LARA

**AS NARRATIVAS DE MULHERES QUE VIVEM COM HIV E A PRODUÇÃO DE
SUBJETIVIDADES: ENTRE AS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO E AS
PRÁTICAS DE SI**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Linguística, da Universidade Federal de
Santa Catarina, como requisito parcial para
obtenção do título de doutora em Linguística.

Orientador: Professor Dr. Atilio Butturi Junior

FLORIANÓPOLIS

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Lara, Camila de Almeida

AS NARRATIVAS DE MULHERES QUE VIVEM COM HIV E A
PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES: ENTRE AS ESTRATÉGIAS DE
INTERVENÇÃO E AS PRÁTICAS DE SI / Camila de Almeida Lara
; orientador, Atilio Butturi Junior, 2022.
291 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Comunicação e Expressão, Programa de Pós
Graduação em Linguística, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Linguística. 2. mulher. 3. hiv. 4. aids. 5.
dispositivos. I. Butturi Junior, Atilio . II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Linguística. III. Título.

CAMILA DE ALMEIDA LARA

Título: As narrativas de mulheres que vivem com hiv e a produção de subjetividades: entre as estratégias de intervenção e as práticas de si

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Larissa Maués Pelúcio Silva, Dr.(a)
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Prof.(a) Sônia Maluf, Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Cristine Gorski Severo, Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutora em Linguística

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. Atilio Butturi Junior, Dr.
Orientador

Florianópolis, 2022.

AGRADECIMENTOS

Eu nunca tivera a pretensão de ver *um* Velásquez. Nos lugares que eu ocupava era difícil demais e seria melhor pensar em trabalhar para sustentar essa vida ordinária e cotidiana. Entretanto, todas as vezes que relia *As palavras e as coisas*, a descrição minuciosa de *Las meninas* ganhava contornos diversos: ora o espelho, ora o pintor, ora as meninas mereciam que eu buscasse a imagem em outros suportes que não aquele livro, impresso em preto e branco. Aquelas eram as páginas que mais detinham a minha atenção, talvez pelo enigma que elas representavam já que, sem saber de arte, aquele gesto interpretativo me era difícil. Quando finalmente coloquei os olhos no original, na materialidade que as molduras delimitavam, nas dimensões que ele tomava, chorei copiosamente e fiquei ali por algumas horas. Grande e magnífico, ele me manteve alheia a qualquer movimento, diálogo ou prescrição. Estar presente naquele espaço no qual o quadro estava exposto era algo tão intangível no lugar de onde venho, que a emoção que senti não se compara a nenhuma outra vivida até então.

Essa breve narrativa e a experiência de que ela trata precisa ser retomada nessas páginas porque ela só foi possível pelo Atilio. A ele, que ainda nem sabe da importância dessa vivência na escrita, agradei e dirigi algumas preces sussurradas enquanto admirava *aquele* Velásquez, na magnitude do museu, o primeiro que eu visitava, e no qual permaneci por nove horas, imersa em uma heterotopia da qual não sairia incólume. Essa tese foi escrita assim, na emoção e na angústia de estar em lugar que nunca pensei que seria meu. Sem Atilio, ela e as vivências desses últimos anos não seriam possíveis, então é a ele a quem dirijo meu primeiro e maior agradecimento. Obrigada por me permitir *ver e ler aquele Velásquez* e por me lembrar constantemente que ocupar outros espaços é sempre uma possibilidade bonita, embora ande de mãos dadas com a insegurança.

Ainda na ordem dos afetos, reconheci – novamente - na figura dos meus pais os significados de cuidado e companheirismo que norteiam as escolhas que fizemos enquanto família e que serviram de suporte para essa escrita e para a vida que venho tentando viver.

Àquelas que escolhi para fazer parte dessa trajetória também merecem estar nessas páginas, especialmente a Carol. Ela me mostra a doce sensação de fazer parte de uma rede de cuidados e afetos e sem ela essa escrita teria sido mais difícil. Sem Carol, também não teria percebido a parte inacabada que me constitui, já que suas provocações, respondidas por mim com “também

não sei pensar nisso, deixemos para a próxima”, me lembravam que não há demanda de se pensar sobre, muito menos de se responder tudo e a tudo. À Beti, a quem a maternidade ocupou grande parte da vida nesses anos, mas que nem por isso deixou de dispender palavras de encorajamento e sabedoria nos momentos de maiores dúvidas e solidão, que dividiu comigo a beleza de um parto, me permitindo segurar Cecília naquela hora de ouro e também sentir a perda de quem ainda não é, mas já é; que sempre respeitou minhas escolhas, tão diferentes das dela, endereço meu reconhecimento repleto de afeto. À Rafa, sobrinha, irmã e amiga querida, que me incentivou a ter Hope, preenchendo meus dias de amor, bagunça e esperança, e que me permite lembrar do sentido de família. À Talita, presente em/de Lisboa, que dividiu comigo a angústia do atraso, a incerteza das escolhas, algumas garrafas de vinho e a sorte de encontrar amigos além mar. *Carol, Beti, Rafa e Talita*, obrigada pela presença constante e por tecerem leituras tão bonitas daquilo que construo.

Na ordem acadêmica, mas nem por isso dissociada de afetos, agradeço às professoras Sônia Maluf e Cristine Gorski Severo pelas aulas, por servirem de modelo e inspiração na carreira acadêmica e pelas contribuições valiosas que ofereceram a esse texto. Ao professor José Luís Toivola da Câmara Leme, pela acolhida no período do sanduíche, pelas leituras atentas do texto, mas também pelos cafês, croissants e caronas que tornavam meus dias por Lisboa mais leves. Ao professor André Motta que, na qualificação desse texto, me indicou alguns caminhos que precisavam ser percorridos. Ainda, agradeço à professora Larissa Pelúcio, que prontamente atendeu ao convite para ler conosco essa tese.

Deve haver, nesse espaço, menção especial às mulheres que mesmo com medo conversaram comigo e possibilitaram esse doutoramento. Quem sabe, um dia, possamos editar esse texto e seus nomes figurem aqui sem que a identidade seja sinônimo de violência. Ao GAPA Florianópolis, que intermediou esse diálogo, também direciono meus agradecimentos. Àqueles com quem dividi algumas quartas-feiras e que também fazem parte desse escrito, agradeço pela recepção e pelos laços que me permitiram construir.

Por fim, agradeço ao CNPQ, entidade que financiou parte dessa pesquisa, e a CAPES, que no âmbito do doutorado sanduíche, possibilitou outras leituras e novas possibilidades de relação, deixando aberto o espaço para projetos que até então eram distantes.

O que vale para a escrita e a relação amorosa vale também para a vida. Só vale a pena na medida em que se ignora como terminará.

Foucault, M. **Verdade, poder e si mesmo**, 1988.

RESUMO

Esta tese parte de uma perspectiva transdisciplinar, cara aos estudos discursivos e à Linguística Aplicada Contemporânea, para problematizar **a formação e o desenvolvimento de práticas de si e de modos de subjetivação de mulheres que vivem com hiv e fazem parte do GAPA de Florianópolis**, os quais são produzidos e complexificados por regimes de verdade que dizem respeito aos *dispositivos da aids*, aos *dispositivos territoriais* e aos dispositivos das *políticas públicas*. Em termos gerais, essa primeira assunção implica 1. entender os discursos resgatados no âmbito desse estudo não apenas por seu aspecto linguístico, mas como jogos estratégicos, polêmicos e regulares de dominação, esquiva, o que, conseqüentemente, se faz apenas a partir um simpósio conceitual cujas teorias, nesse caso, são vinculadas à perspectiva dos estudos discursivos, a antropologia do Estado, a teoria de gênero e a filosofia política, sobretudo pautando-se nos conceitos foucaultianos de governamentalidade, de biopolítica, de práticas de si e suas leituras contemporâneas; e 2. orienta o trabalho para três linhas principais de análise: *os regimes de verdade, as formas de governo biopolítico da vida com hiv e os regimes de subjetivação*. Essas três linhas servem de base para *investigar as formas de subjetivação engendradas pelo(s) regime(s) de verdade que determina(m) a ontologia política da mulher que vive com hiv* por uma rede de mecanismos de normalização e *traçar uma análise, a partir das discussões de governamentalidade e biopolítica, dos discursos de e sobre as mulheres que vivem com hiv em Florianópolis e das formas de resistências que fazem funcionar*. Sob a perspectiva arqueogenealógica foucaultiana, essa pesquisa trata, portanto de descrever os enunciados instaurados pelo dispositivo da aids e o pelo dispositivo crônico da aids, a partir de séries discursivas que instituíram a aids como doença generificada; de discutir as potências da biopolítica, na forma da ambigüidade que lhe constitui, do cuidado da população e da otimização da vida, por meio do controle, da vigilância, da regulamentação, da normatividade e da medicalização da vida, como leremos nos discursos documentados pelas políticas públicas de saúde que tomam a aids e o hiv como mote para sua instauração; e, por fim de descrever, a partir de uma análise dos discursos foucaultiana, a relação existente entre os enunciados de cuidado e confissão da biopolítica, as práticas de si e as táticas subjetivas de cuidado de si que deixam entrever as produções das PVHIV em Florianópolis e que se produziam em encontros institucionalizados pelo Grupo de Apoio e Prevenção a aids (GAPA) e também em dez entrevistas que realizei com mulheres que vivem com hiv na capital do Estado de Santa Catarina. A partir das análises empreendidas e apontadas as regularidades que os repertórios discursivos das mulheres que vivem com hiv e que participaram desse estudo deixam entrever seis estratégias discursivas centrais que constituem seus modos de subjetivação, relativas ao diagnóstico, ao silenciamento, aos regimes farmacológicos e à bioescese, ao dispositivo da maternidade, à violência e aos afetos.

Palavras-chave: Mulher; Modos de subjetivação; Dispositivos da aids; GAPA.

ABSTRACT

This thesis adopts a transdisciplinary perspective, valuable to discourse studies and Contemporary Applied Linguistics, to investigate the formation and development of self-practices and modes of subjectivation of women living with hiv who are part of GAPA - Florianópolis, which are produced and complexified by regimes of truth that relate to the AIDS apparatus, the territorial apparatus and the apparatus of public policies. In general terms, this first assumption implies 1. to understand the discourses redeemed in the scope of this study not only by their linguistic aspect, but as strategic, polemical and regular processes of domination, avoidance, which, consequently, is only done from a conceptual symposium whose theories, in this case, are linked to the perspective of discourse studies, State anthropology, gender theory and political philosophy, especially based on Foucauldian concepts of governmentality, biopolitics, practices of the self and their contemporary readings; and 2. orienting the work to three main lines of analysis: regimes of truth, forms of biopolitical government of life with hiv and regimes of subjectivation. These three lines serve as a basis to investigate the forms of subjectivation engendered by the regime(s) of truth that determine(s) the political ontology of women living with hiv through a network of normalization mechanisms and trace an analysis, based on discussions of governmentality and biopolitics, of the discourses of and about women living with hiv in Florianópolis and the forms of resistance they make work. Under the Foucauldian archeological perspective, this research aims, therefore, to describe the enunciates established by the aids apparatus and the chronic aids apparatus, from the discursive series that established aids as a generified disease; to discuss the powers of biopolitics, in the form of the ambiguity that constitutes it, the care for the population and the optimization of life, through control, surveillance, regulation, normativity and medicalization of life, as we will read in the discourses documented by public health policies that take aids and hiv as a main theme for their establishment; and, finally, to describe, from a Foucauldian discourse analysis, the existing relation between the care and confession enunciations of biopolitics, the practices of the self, and the subjective tactics of self-care which let us observe the production of PLHIV in Florianópolis and which were produced in meetings institutionalized by the Support and Prevention Group for aids (GAPA) and also in ten interviews I conducted with women living with hiv in the capital city of Santa Catarina State. From the analyses undertaken and appointed the regularities that the discursive repertoires of the women living with hiv who participated in this study let us notice six central discursive strategies that constitute their modes of subjectivation, relative to the diagnosis, to silencing, to the pharmacological regimes and bio-asceticism, to the maternity device, to violence and to affections.

Keywords: Women; Modes of subjectivation; aids apparatuses; GAPA.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Vírus da imunodeficiência humana.....	14
Figura 2: Linfócito T4 infectado pelo hiv	14
Figura 3: Veja: mulheres e Aids	15
Figura 4: Cazuza – Revista Veja	55
Figura 5: A luta nos EUA contra uma doença misteriosa e mortífera.....	57
Figura 6: 136 casos de peste-gay só no Brasil.....	58
Figura 7: Peste gay é a epidemia do século.....	58
Figura 8: Peste gay é da África.....	58
Figura 9: África Central irradia a peste gay pelo mundo.	59
Figura 10: Coquetéis de drogas anti-Aids provocam polêmica sobre preço e promessa de cura.	60
Figura 11: Casos de mulheres que têm Aids já atingem 8% no Estado do Rio.....	61
Figura 12: Cresce a contaminação entre as mulheres.....	62
Figura 13: Meu marido é gay.	63
Figura 14: Casos de aids no Brasil em 1997.	69
Figura 15: Casos de aids no Brasil em 1997 segundo sexo feminino.	69
Figura 16: Casos de aids no Brasil em 1997 segundo sexo masculino	70
Figura 17: Perfil epidemiológico da aids em SC – 1984-1995.....	72
Figura 18: “Nem o hiv pode separar o sonho de ser mãe”.	78
Figura 19: Aids ameaça nova geração.....	92
Figura 20: Grupo gay passa hiv de propósito.....	93
Figura 21: HIV infecta mais grupo dos héteros.....	95
Figura 22: Eu vivo com hiv (Capa Revista Galileu).	96
Figura 23: Quarenta anos de epidemia.	97
Figura 24: Tendências temporais de cuidados contínuos.....	101
Figura 26: Mapa de Florianópolis.	110
Figura 27: Caso de Aids em Florianópolis preocupa os surfistas.	112
Figura 28: Sida: a freguesia dos motéis sumiu.....	115
Figura 29: A aids explodiu.	116
Figura 30: Ata de Fundação do Gapa, página 1.	119
Figura 31: Ata de fundação do Gapa, página 2.	120
Figura 32: PL quer tornar crime hediondo transmissão intencional de HIV.....	124

Figura 33: Cascata do cuidado do HIV em Florianópolis, 2017.	125
Figura 34: Postagem GAPA SC de 01 de julho de 2019.....	127
Figura 35: Postagem GAPA SC de 03 de setembro de 2021.	128
Figura 36: Entrada do GAPA Florianópolis	129
Figura 37: Auditório do Gapa.....	132
Figura 38: Auditório do Gapa.....	132
Figura 39: Lei 9.313/96	186

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

aids: síndrome da imunodeficiência humana adquirida

ARVs: medicamentos antirretrovirais

CDC: Centers for Disease Control

CD4: Células CD4 ou Linfócitos T-CD4

hiv: vírus da imunodeficiência humana

PVHIV – Pessoas Vivendo com hiv/aids

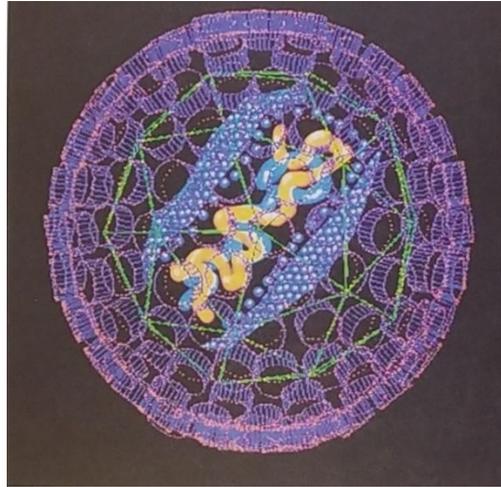
TARV: Terapia antirretroviral

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1 OS DISPOSITIVOS BIOPOLÍTICOS DA AIDS.....	32
1.1 O CONCEITO DE DISPOSITIVO E OS DISPOSITIVOS DA AIDS.....	33
1.2 O DISPOSITIVO DA AIDS	40
1.2.1 A produção midiática	53
1.2.2 As redes de solidariedade e o ativismo das primeiras décadas	65
1.2.3 O discurso estatístico	67
1.2.4 As primeiras estratégias de intervenção – a emergência de políticas públicas.....	73
1.3 O DISPOSITIVO CRÔNICO DA AIDS	78
1.3.1 O ativismo em tempos de rede.....	88
1.3.2 Mídia.....	91
1.3.3 Os discursos estatísticos	98
1.3.4 As políticas públicas	104
2 NO CAMPO DAS NARRATIVAS E DAS (HETERO)TOPOLOGIAS	109
2.1 AS MULHERES E O “CONTO DA AIDS” EM FLORIANÓPOLIS – O INÍCIO DA EPIDEMIA.....	112
2.2 A SOROPOSITIVIDADE EM FLORIANÓPOLIS.....	123
2.3 <i>NÃO SOMOS COBAIAS</i> – AS REGULARIDADES DISCURSIVAS DO GRUPO DE APOIO	129
2.3.1 Um sexo relutante	137
2.3.2 A assunção de uma nova forma de subjetivação – indetectáveis?	145
2.3.3 Prática pedagógica/técnica	153
3 AS BIO(POLÍTICAS) DA VIDA COM HIV.....	159
3.1 A BIOPOLÍTICA	161
3.2 (BIO)POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER	171
3.3 A POLÍTICA NACIONAL DE HIV/AIDS E OS DISCURSOS PREVENTIVOS ..	185
3.4 O PLANO DE FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA	191
3.5 O PLANO MUNICIPAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AS MULHERES E O EIXO 3 – SAÚDE	198
4 AS FORMAS DE SUBJETIVAÇÃO E A SOROPOSITIVIDADE: OS DISCURSOS DAS NARRATIVAS DAS MULHERES QUE VIVEM COM HIV	208
4.1 O DIAGNÓSTICO E A AFIRMAÇÃO DE SI.....	214
4.2 DOS SILÊNCIOS E DAS POSSIBILIDADES DE DIZER	228
4.3 “ <i>PAREI DE BEBER, DE FUMAR E FODER</i> ” – OS REGIMES FARMACOLÓGICOS E AS PRÁTICAS (BIO)ASCÉTICAS DE SI	237
4.4 A MATERNIDADE	249
4.5 A VIOLÊNCIA	257
4.6 OS AFETOS	264
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	271
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	276

INTRODUÇÃO

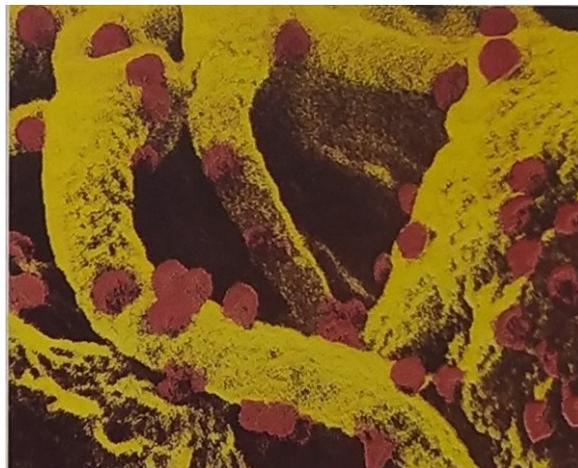
Figura 1: Vírus da imunodeficiência humana.



Fonte: Daudel, R.; Montagnier, L. (1995, p. 22)

Bom, antes da infecção imaginava o quê? Era o que eu escutava na TV, que o hiv era uma doença que matava em um ano e não tinha tratamento. Que foi em 1990, né?! [...] E eu chorava muito, fiquei muito triste assim, a única coisa que me abalou era que eu ia morrer em um ano e ia deixar quatro filhos pequenos. – Entrevista com Jenifer, 53 anos, 29 anos vivendo com hiv

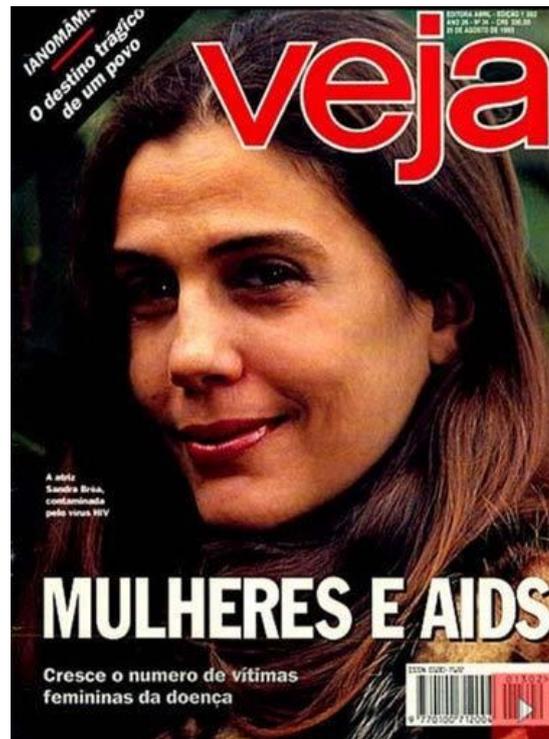
Figura 2: Linfócito T4 infectado pelo hiv



Fonte: Daudel, R.; Montagnier, L. (1995, p. 35)

Foi um trauma grande que eu passei, eu tive a ponto de cometer coisas horríveis na minha vida com relação a isso e foi difícil superar, porque eu peguei numa época bem em que se falava muito sobre a questão da morte, né?!, era como se fosse uma certidão de óbito quando eu recebi a notícia, “pronto morri”, não tinha informação nenhuma sobre o hiv, era bem pouco assim falado, né?! – Beatriz, vivendo com hiv há 20 anos.

Figura 3: Veja: mulheres e Aids



Fonte: VEJA (1993)

Os Centros de Treinamento – Mulher (CT-Mulher) são serviços que têm como objetivo o treinamento de ginecologistas e obstetras para o manejo adequado de casos de DST, HIV e aids. Com relação especificamente às DST, esses profissionais, ao atuarem na rede básica, deverão estar aptos a realizar o diagnóstico, o tratamento e o aconselhamento de mulheres portadoras de DST e de seus parceiros sexuais, atuando ainda na prevenção e vigilância epidemiológica. Será identificado e conveniado, pelo menos, um CT-Mulher por estado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999, p.42)

No começo foi um tormento na minha cabeça. Como se tudo, tudo, tivesse acabado pra mim. Vontade de morrer, vontade de desaparecer, acabar com o mundo. Mas ali acho que o meu começo, eu nem sabia o que era, quando começou todos os sintomas. Eu não sabia nada. – Mara, 1 ano vivendo com hiv

[...] Resultado de uma parceria que procurou reunir esforços e alçar voo a partir da articulação intersetorial e da participação de parceiras/os da sociedade civil, o Plano tem como elemento fundamental o enfrentamento das múltiplas vulnerabilidades que contribuem para que as mulheres brasileiras estejam mais suscetíveis à infecção pelo vírus HIV e a outras doenças sexualmente transmissíveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

Bem, conhecimento assim não tanto quanto agora né?!, mas eu sabia como se contamina né, as precauções, porque eu tenho uma amiga que ela também é soropositivo e eu acompanhei isso dela sabe, então assim, eu agia com ela como eu não tô conseguindo agir comigo, é porque, acho assim, quando pega você é mais difícil! Eu vou chorar tá! – Aparecida, 42 anos, 1 ano vivendo com hiv

[...] os casos de infecção pelo HIV notificados no Sinan no período de 2007 a junho de 2018, segundo sexo. Nesse período, foi notificado no Sinan um total de 169.932 (68,6%) casos em homens e 77.812 (31,4%) casos em mulheres. A razão de sexos para o ano de 2017, desconsiderando casos de HIV em gestantes, foi de 2,6 (M:F), ou seja, 26 homens para cada dez mulheres. (BOLETIM EPIDEMIOLOGICO, 2018)

Os discursos que abrem essa tese referem-se à vida com hiv¹. As duas primeiras imagens tratam especificamente do vírus e do sistema imunológico atingido por ele, que seriam comuns a todos os organismos humanos que, em dado momento, foram infectados, deixando no corpo, nas células, a marca de uma verdade biotecnológica (BIEHL; COUTINHO; OUTEIRO, 2001).

A presença das imagens na instauração de um regime de verdade inscrito na materialidade de um vírus entra no campo do dizível e do visível entre os 1976 e 1980, por meio de um jogo de modificações: quando os meios intelectuais e técnicos indispensáveis à identificação e ao isolamento do hiv – como a técnica de cultura linfocitária, utilizada por Robert Gallo na identificação do HTLV-I –, tratam de *manifestar uma doença em sua verdade* precisamente na mesma época em que as autoridades norte americanas datam o início de uma epidemia. Grmek (1994, p. 19) resgata essa narrativa: “Em 1978, o homem encontra-se, pela primeira vez, na posse dos meios conceptuais e técnicos que lhe permitem a identificação e o isolamento de um retrovírus patogénico humano. É justamente então que começa a expansão da sida”.

Similar a qualquer fenômeno de adoecimento que ganha status de epidemia, a proliferação discursiva em torno do vírus não ficaria restrita aos discursos científicos e suas técnicas de estabelecimento do real. Ao contrário, veríamos aparecer discursos documentados em múltiplas esferas da intervenção humana. Alguns deles, em sua dispersão, tratam de fazer aparecer uma forma específica de sujeito nas narrativas da doença, a mulher. Os excertos acima tratam tanto dessa relação quanto demarcam a especificidade deste trabalho: formas de vida condicionadas por dois rótulos – no sentido hackiniano do termo (HACKING, 1999) –: mulher e hiv².

De imediato, reconheço que tanto essa categoria – mulher – quanto os discursos sobre ela, sobre o vírus e sobre a aids estão delimitados pelas condições específicas de sua produção em uma constante agonística. É dessas problematizações que trata este texto, ancorado em uma

¹ Nesse texto, hiv e aids serão grafadas com letras minúsculas – salvo quando forem citações – em um esforço de desnaturalização da sigla e no ímpeto de colocar em suspenso os discursos de apartamento e de estigmatização a que eles recorrem. Tal movimento ampara-se em Herbert Daniel (1990) que diz: “[...] uso a palavra em minúsculas para chamar atenção para este significante que quer dizer muito mais do que a doença indicada com a sigla AIDS”.

² Embora fale de dois rótulos nessa introdução, em momento algum deste estudo, presumo que os sujeitos que participam dele tenham suas formas de subjetivação marcadas apenas por essas categorias. Acredito, com Louro (2000), que as identidades sociais, sexuais e de gênero têm caráter fragmentado, histórico, instável e plural. Além disso, valho-me de Butler (1998) cuja teoria de gênero defende que mesmo que em termos de uma política representativa a identidade e a especificidade das mulheres possam ser reivindicadas, não há *a priori* um sujeito-mulher universalizado, sendo que qualquer tentativa de totalização produz sempre exclusões.

perspectiva foucaultiana de análise do discurso³. Recorro então a Foucault (2003, 2016, 2017b) para introduzir os pormenores que procurarei deslindar.

Em *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*, Michel Foucault (2017b) esclarece que procurava definir as condições nas quais o ser humano problematiza o que é e o mundo no qual vive. Para a realização dessa tarefa, o filósofo examinava a problematização do comportamento sexual, das atividades e dos prazeres a ele relacionados enquanto objetos de uma preocupação moral, que se constituíam a partir de jogos de verdade e de práticas nas quais essas problematizações tinham emergência.

Quanto aos jogos de verdade, Foucault (2016) afirmava que há, provavelmente, em toda a cultura ocidental, certos discursos verdadeiros referentes ao sujeito que funcionam, circulam, têm o peso da verdade e são aceitos como tais. Foucault (2016) ensina que o problema a ser colocado, tendo em vista esses discursos, seu conteúdo, sua forma, os vínculos de obrigação que nos ligam a eles, é pensar qual experiência fazemos de nós mesmos a partir do momento em que tais discursos existem, são impostos e funcionam como verdadeiros, ou seja, a questão é pensar quais efeitos se colocam para as subjetividades a existência de discursos que pretendem dizer a verdade a respeito dela.

No que diz respeito às práticas, Michel Foucault (2003) mostra como determinadas práticas sociais engendram domínios de saber que não fazem aparecer apenas novos objetos, novos conceitos e técnicas, mas fazem emergir também novas formas de sujeito e de sujeitos de conhecimento. Propõe então três eixos de pesquisa para estudar esses saberes sobre o homem: a exclusão da preeminência de um sujeito de conhecimento dado definitivamente; a análise dos discursos, que, enquanto eixo metodológico, considera os discursos não mais simplesmente pelo seu aspecto linguístico, mas como jogos estratégicos, polêmicos e regulares de dominação, esquiva e luta; e, por fim, a reelaboração de uma teoria do sujeito que procurasse entender

[...] como se dá, através da história, a constituição de um sujeito que não é dado definitivamente, que não é aquilo a partir do que a verdade se dá na história, mas **de um sujeito que se constitui no interior mesmo da história, e que a cada instante é fundado e refundado pela história.** (FOUCAULT, 2003, p. 10, grifos meus)

Quase na mesma época em que Foucault se questionava sobre regimes de verdade e práticas que determinariam formas específicas de sujeito pela moral sexual, O CDC⁴ (*Centers*

³ Refiro-me aqui aos eixos de pesquisa que trata Foucault em *A verdade e as formas jurídicas*, notadamente o eixo metodológico.

⁴ O CDC é um centro de pesquisas norte-americano, criado em 1942, fixado nos arredores de Atlanta, que conserva milhares de amostras de sangue e órgãos, centenas de vírus e micróbios provenientes do mundo todo e compreende

for Disease Control), publicou, em 5 de junho de 1981, um boletim intitulado *Casos de pneumonia por Pneumocystis carinii – Los Angeles* (CDC, 1981a), no qual há o relato do diagnóstico de cinco casos da doença parasitária rara naquela cidade:

Pneumocystis Pneumonia - Los Angeles

No período de outubro de 1980 a maio de 1981, 5 homens jovens, **todos homossexuais ativos**, foram tratados para pneumonia por *Pneumocystis carinii* confirmada por biópsia em 3 hospitais diferentes em Los Angeles, Califórnia. Dois dos pacientes morreram. Todos os 5 pacientes tinham infecção por citomegalovírus (CMV) anterior ou atual confirmada em laboratório e infecção cândida da mucosa. Seguem os relatos de casos desses pacientes.

[...]

Nota editorial: *Pneumocystis pneumonia* nos Estados Unidos é quase exclusivamente limitada a pacientes severamente imunossuprimidos (1). A ocorrência de pneumocitose nestes 5 indivíduos anteriormente saudáveis sem uma imunodeficiência subjacente clinicamente aparente é incomum. **O fato de todos estes pacientes serem homossexuais sugere uma associação entre algum aspecto de um estilo de vida homossexual ou doença adquirida por contato sexual e a pneumonia por *Pneumocystis* nesta população.** Todos os 5 pacientes descritos neste relatório tiveram a doença CMV confirmada em laboratório ou a disseminação do vírus dentro de 5 meses após o diagnóstico de pneumonia por *Pneumocystis*. (CDC, 1981, tradução minha, grifos meus)

As primeiras linhas do boletim já evidenciam o tipo de sujeito que seria atingido pelo parasita da *pneumocystis carinii*: homens homossexuais. Naquele momento, porém, a publicação ainda não chamaria atenção da comunidade científica, o que começou a acontecer um mês depois, em 4 de julho de 1981, com a publicação de um novo boletim: Sarcoma de Kaposi e pneumonia por *Pneumocystis carinii* entre os homossexuais do sexo masculino – Nova Iorque e Califórnia (CDC, 1981b). Esse novo boletim informa a comunidade médica que, em trinta meses, o sarcoma de Kaposi fora diagnosticado em vinte e seis jovens nova-iorquinos e que vários deles eram homossexuais. A partir de então, um grupo de trabalho foi formado e um inquérito com 500 perguntas – também conhecido como protocolo 577, que deveria fornecer o perfil-tipo do doente – foi apresentado à comunidade científica na tentativa de descobrir por que “apenas” jovens homossexuais se encontravam subitamente privados de um sistema de defesa imunitária (MONTAGNIER, 1994).

No decorrer de 1982, características dessa nova afecção seriam delimitadas e um nome ou uma sigla definitiva lhe seriam atribuídos: A.I.D.S (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*), nos Estados Unidos – e no Brasil – e uma sigla análoga, S.I.D.A, para as línguas eslavas. Além do nome da doença, era necessário criar um adjetivo e, a partir dele, um

um departamento formado por médicos e cientistas que se deslocam ao qualquer ponto do planeta para buscarem pistas de “novos” agentes infecciosos (MONTAGNIER, 1994).

substantivo que designasse os doentes: em inglês, outra sigla, PWA (*people with AIDS*); na França, *sidaique* inicialmente e, depois, *sidéen* (GRMEK, 1994); no Brasil, *aidéticos*. Determinados sujeitos, devidamente gendrados, tornavam-se possíveis nos termos de uma racionalidade historicamente condicionada, como ensina Foucault, a partir de um gesto de linguagem.

Em 3 de janeiro de 1983, a partir do sangue de BRU, Luc Montagnier, cientista francês do Instituto Pasteur confirmaria a presença de um retrovírus humano que poderia ser o agente causador da aids. BRU, uma referência às iniciais do nome de um homem homossexual (notemos a repetição do gênero e da orientação, importantes nesta tese), se transforma em linfócitos, sangue, gânglios e linfomas. Além de BRU, Montagnier (1994, p. 77) fala ainda de LOI e LAI e – finalmente – de uma mulher (africana, note-se), E. – “[...] uma doente zairense, hospitalizada no serviço do Dr. Vildé, no Hospital Claude Bernard, a Sra. E., que morreu oito dias depois. O seu vírus encontra-se nos nossos congeladores”. Há ainda referência à MAL, uma criança zairense.

Depois de nomear a doença e seus doentes, restava nomear – e colocar em curso o discurso da descoberta – o fator responsável pela sua disseminação. Luc Montagnier isolou um vírus associado à aids o qual nomeou de LAV; em 1984, Robert Gallo, do Instituto Nacional do Câncer, nos Estados Unidos, identificou o vírus que chamou de HTLV-III.

Para além dos boletins do CDC, essas formas novas de sujeito como BRU e E. também apareceriam em relatórios médicos e cadernos de anotações. Em um capítulo de seu *Vírus e Homens – O caderno vermelho: história de uma descoberta*, Montagnier (1994) afirma:

É em 1982 que a SIDA começa a atrair a minha atenção de investigador. Sabe-se então, na sequência do número de casos repertoriados entre **os homossexuais**, que se trata de uma doença transmissível. Todos **os toxicómanos, segundo grupo a ser atingido pela doença**, utilizam drogas por via intravenosa: são contaminados pelo sangue. Alguns casos recenseados entre os **hemofílicos** indicam também que a infecção pode provir de produtos sanguíneos. A SIDA não pode ser causada por uma bactéria clássica, um fungo ou um protozoário, porque todos esses germes são retidos por filtros através dos quais passam os produtos sanguíneos necessários à sobrevivência dos hemofílicos. Restam apenas organismos mais pequenos, portanto o agente responsável pela SIDA poderia ser um vírus. (MONTAGNIER, 1994, p. 43, grifos meus)

Antes de continuar, é necessário abrir um parêntese e lembrar que Haraway (1991) destaca a imunobiologia e as práticas médicas que lhe são associadas como amostras exemplares do privilégio que os sistemas de codificação e de reconhecimento têm como objetos de conhecimento, como construções de realidades corporais em momentos históricos na produção biomédica de corpos e das subjetividades, sem, no entanto, serem tidas como construções ideológicas: “[...] Sempre radicalmente historicamente específicos, os corpos têm

um tipo diferente de especificidade e efetividade e, portanto, convidam um tipo diferente de engajamento e intervenção” (HARAWAY, 1991, p. 208).

Em *The Biopolitics of Postmodern Bodies: Constitutions of Self in Immune System Discourse*, Haraway (1991, p. 204, tradução minha) trata da difusão dos discursos científicos acerca do sistema imunológico. Diz ela:

[...] O poder da biomedicina e da biotecnologia é constantemente reproduzido, ou então cessaria. Este poder não é uma coisa fixa e permanente, incorporada em plástico e pronta para ser seccionada pela observação microscópica do historiador ou crítico. A autoridade cultural e material da produção da biomedicina de corpos e de si mesmo é mais vulnerável, mais dinâmica, mais elusiva e mais poderosa do que isso.

Dessa perspectiva de uma codificação, diríamos, biopolítica, em 1986, o *International Committee on the Taxonomy of Viruses* propôs que o vírus implicado na doença fosse oficialmente nomeado e após mais de um ano de deliberações, o comitê propôs que fosse chamado de hiv – Human Immunodeficiency Virose. Na esteira do que apontava Treichler (1987, p. 279, tradução minha) a produção da aids e do hiv estava – e está - implicada no que chama de construção de fatos científicos: “[...] Na construção dos fatos científicos, a existência de um nome desempenha um papel crucial para fornecer um significante coerente e unificado - uma forma abreviada de significar o que pode ser um conceito complexo, incognoscível ou pouco compreendido”.

Volto à narrativa. Em 1983, portanto, Montagnier e sua equipe já identificavam o vírus em uma mulher. Nessa época, no entanto, a *epidemia de significados da aids* (TREICHLER, 1987) já estaria estabelecida com a instauração de outros sujeitos, os 4 H⁵: *homossexuais, haitianos, hemofílicos e hieromanos*, muito embora existisse “[...] uma relação entre mulheres e aids durante a maior parte da vida útil conhecida da doença” (TREICHLER, 1987) – como notamos nos apontamentos de Montaigner, acima. Somente ao final de 1986, o Centro de Controle de Doenças expandiu a lista dos sujeitos que estariam em “alto risco” às parcerias sexuais das pessoas desses grupos. Treichler (1987, p. 270, tradução minha) argumenta, no entanto, que embora essa lista tenha sido redefinida, foram os parâmetros dos anos 1981 e 1982 que estruturaram a coleta de evidências nos anos posteriores e contribuíram para o estabelecimento de que a aids envolvia tipos específicos de pessoas e não práticas:

Portanto, a natureza "gay" da AIDS era em parte um artefato da forma como os dados eram coletados e relatados. Embora quase desde o início os trabalhos científicos tenham citado casos de AIDS que pareciam não se enquadrar nos grupos de alto risco, em geral, foi levantada a hipótese de que esses casos, atribuídos às categorias de DESCONHECIDO, NÃO CLASSIFICADO ou OUTROS, acabariam se revelando um dos quatro H's. Este compromisso com as categorias baseadas em estereótipos de

⁵ É necessário enfatizar que há autores que adotam o discurso dos grupos de risco reconhecendo 5Hs: hemofílicos, homossexuais, haitianos, heroínomanos e *hookers – as prostitutas*. (CAMARGO JR., 1994).

identidade filtraria as informações. Shaw (1986b) argumenta que, quando se pergunta às mulheres nos protocolos do CDC "Você é heterossexual?", "isso perde a diversidade de comportamentos que podem ter relação com a infecção". Ainda hoje, com evidência estabelecida de que a transmissão pode ser heterossexual (que começa com a letra H afinal de contas), o discurso científico continua a construir as mulheres como transmissoras "ineficientes" e "incompetentes" do HIV ("o vírus da AIDS"), receptáculos passivos sem a capacidade projetiva de um pênis ou seringa - barreiras intransponíveis e desinteressantes que impedem a passagem desenfreada do vírus [...].

Invenção, portanto, de um modelo de doença e de transmissão homossexual e promíscuo, que só depois passa a feminino e heterossexual ou, ainda nas palavras de Treichler (1999), de uma história da doença que embora múltipla, é lida principalmente a partir de um texto que não existe: o corpo do homem homossexual. É necessário, entretanto, assumir que a soropositividade relacionada a corpos femininos forjava outras categorias: os discursos sobre grupos de risco assumiam a presença das prostitutas. Tal emergência ocorria quando discursos afirmavam que as mulheres atingidas pela epidemia eram as negras, hispânicas, parceiras de usuários de drogas, prostitutas ou usuárias de drogas, separando-as das mulheres brancas de classe média. Haveria aquelas que eram a causa da epidemia e aquelas que precisariam ser protegidas (PATTON, 2002).

Conforme Butturi Junior (2016), esses discursos remetem à individualização dos sujeitos que vivem com hiv (como *aidéticos* a se disciplinar) e retomam um problema higienista da população – *que deve ser governada diante do risco iminente*. O acontecimento da aids permitiria, desse modo, a existência de novos modelos de intervenção social, amplificando o perigo relacionado às sexualidades perversas e a regulamentação estatal dos corpos e dos prazeres. Se a sexualidade estava relacionada à morte, seria preciso uma intervenção cuidadosa e uma racialização efetiva de toda sorte de sujeito que atentasse contra a manutenção da vida – definida segundo categorias bastante rígidas (BUTTURI JUNIOR, 2016; BUTTURI JUNIOR; LARA, 2018).

No Brasil, uma das formas dessa intervenção se dá por meio das políticas públicas de saúde. A primeira relacionada à aids tem emergência em 1988, com a criação do *Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids*. No âmbito do Ministério da Saúde⁶, o programa teria um papel-chave no campo das ações de combate à doença, cujo marco está situado no final do primeiro governo civil após o regime militar:

⁶ Em 17 de Maio de 2019, um movimento importante ocorre no interior do Ministério da Saúde. Pelo Decreto n.º 9.795, modifica-se a nomenclatura do *Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais* que passa a se chamar *Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Nessa altura, inúmeras instituições, como a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids), publicam notas de repúdio àquilo que chamam de Política da morte, como pode ser visualizado na nota a seguir, publicada no site da ABIA e assinada por outras cinco instituições brasileiras (Articulação Nacional de Luta contra a Aids – ANAIDS, Fórum de ONGs AIDS/SP – FOAESP, Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS/RS – GAPA/RS, Grupo de Incentivo à Vida – GIV

O processo de redemocratização do País, o fortalecimento dos movimentos sociais e a criação do SUS na Constituição Federal de 1988, estabelecendo um novo paradigma para o acesso à saúde, que deixava de ter um caráter assistencialista e previdenciário para ser assumida como direito de todo cidadão e dever do Estado em provê-la, forma o pano de fundo aonde vai se destacar o surgimento de uma nova doença no panorama nacional, que se caracterizava por aparecer em grupos restritos da sociedade e que trazia no seu rastro grandes doses de preconceito, estigma e discriminação contra as pessoas afetadas. (MONTEIRO; VILLELA, 2009, p. 34)

Há ainda que se destacar outro jogo de produção discursiva que entra em cena na tentativa de produzir os sujeitos que seriam afetados pela aids. Trata-se da midiatização moralizante (GALVÃO, 2000). Para Bessa (1997, p. 104), na “[...] epidemia discursiva da AIDS”, **a alteridade aparece como ponto crucial**: “[...] a criação inicial — *e ainda persistente* — dos ‘grupos de risco’ esclarece bastante essa questão. A AIDS é percebida e vivenciada como uma doença do outro, daquele que é visto como estranho, diferente, marginal à sua própria sociedade”.

Sob a égide dos deslocamentos, nos quarenta anos de epidemia, atento para duas discursividades importantes que marcam tanto as narrativas da doença como as práticas e estratégias de manutenção da vida daqueles que vivem com hiv: o desenvolvimento da TARV e a conseqüente possibilidade de cronicidade da doença, e a meta 90 90 90. Destaco que Squire (2013) nomeia esse deslocamento de *naturalização do hiv*: uma forma de governamentalidade instaurada por um nexo de discursos e práticas a partir dos quais organizações locais, nacionais e internacionais geram e gerenciam seus sujeitos como cidadãos.

A primeira viragem a que me refiro coloca-se como uma redistribuição dos saberes e das formas de subjetividade. A noção de cronicidade⁷ tem lugar com o desenvolvimento da TARV – Terapia Antirretroviral. Conjunto de medicamentos capazes de conter a evolução do vírus hiv no corpo dos sujeitos, a TARV surgirá relacionada à amplificação das estatísticas acerca da heterossexualização da aids, já não mais restrita aos “grupos de risco” – cuja marca é do desaparecimento factual, mas da permanência na memória discursiva da aids. Os “coquetéis” exigem uma nova descrição da doença e dos corpos doentes, segundo o discurso da “cronicidade” e sob a égide de tecnologias de governo da população, marcadas por protocolos

e Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS): “[...] Não se trata apenas uma questão de nomenclatura: é o fim do Programa Brasileiro de AIDS. O governo, na prática, extingue de maneira inaceitável e irresponsável um dos programas de AIDS mais importantes do mundo, que foi, durante décadas referência internacional na luta contra a AIDS. Mais do que um programa, esse decreto acaba com uma experiência democrática de governança de uma epidemia baseada na participação social e na intersetorialidade. Prova disso é que há pouco mais de um mês, nas reuniões da Comissão Nacional de IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais (CNAIDS) e da Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais (CAMS) absolutamente nada se falou sobre o Decreto e nenhum esclarecimento foi prestado sobre suas potenciais conseqüências.”

⁷ Discutirei a cronicidade da vida com hiv no capítulo que trata dos dispositivos da aids.

de teste e tratamento, com vistas a reduzir a transmissibilidade do vírus (BUTTURI JUNIOR, 2016).

O aparecimento da TARV adensa o governo biopolítico: de um lado, exigindo o controle da população e a contenção dos riscos; do outro, exigindo das pessoas que vivem com hiv um cuidado de si irrestrito. Esta cronicidade, não obstante, é a mesma que permite aos sujeitos entabular possibilidades de resistência e de politização das identidades dos grupos e sujeitos afetados, recorrendo a políticas identitárias de pressão pública e garantia dos direitos civis (BUTTURI JUNIOR; LARA, 2018).

O segundo ponto é a Meta 90 90 90, estabelecida pela UNAIDS em 2014. Segundo o documento, “[...] acabar com a epidemia seria mais do que uma obrigação histórica para com as 39 milhões de pessoas que morreram da doença” (UNAIDS, 2014, p. 1, tradução minha) e para esse intento era necessário um objetivo para impulsionar o progresso em direção ao capítulo final da epidemia de aids: o fim da epidemia de aids até o ano 2030, a partir do cumprimento, até 2020, da proposta baseada na prática de *testar e tratar* (BUTTURI JUNIOR, 2019):

Um poderoso momento está agora sendo construído em direção a uma nova narrativa sobre o tratamento do HIV e uma nova meta final, ambiciosa, mas alcançável:

- Até 2020, 90% de todas as pessoas que vivem com o HIV conhecerão seu status de HIV.
- Até 2020, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão terapia antirretroviral contínua.
- Até 2020, 90% de todas as pessoas que receberão terapia antirretroviral terão supressão viral (UNAIDS, 2014, p.1, tradução minha)

Por fim, trago à baila outra leva de discursos importantes no estabelecimento do que se entende por aids e hiv, e, por conseguinte, das práticas de enquadramento subjetivo que produzem: os discursos que tratam da feminização da epidemia e que têm emergência no âmbito da epidemiologia e da estatística. De imediato, ressalto que entendo as estatísticas como partes de um discurso biopolítico, que visa a todo o corpo social ou a grupos tomados globalmente, como ensina Foucault em *História da sexualidade I*, e como já demonstraram outros autores como Caponi (2012) e Santos (2016)⁸. Esses discursos têm materializado enunciados sobre as

⁸ Caponi (2012, p. 106) aponta que que as estatísticas são tecnologias do governo biopolítico: “Esses indicadores quantitativos, na medida em que são pensados como um fiel reflexo da realidade econômica de um país, do poder de um Estado, ou do progresso dos povos, constituem a base privilegiada a partir da qual serão construídas estratégias concretas de intervenção sobre as populações”. Para a autora, são as estimações estatísticas referidas a fatos sociais e não a indivíduos, que permitem a criação de mecanismos reguladores destinados a manter um estado de equilíbrio. Na mesma esteira, Santos (2016, p. 43), tomando os estudos de Ian Hacking, defende que a utilização estatística na medicina, teve mais a ver com intuítos administrativos do que com fins científicos: “[...] segundo Hacking, na aplicação do pensamento estatístico à ciência em geral, foi de primordial importância o facto de as sociais terem sido equiparadas às naturais, com as seguintes consequências: que aquelas tivessem adquirido um efeito de feedback sobre si mesmas, já que estas só em muito menor grau o possuem; que as ciências sociais

mulheres e o hiv, sobre a redução de novas infecções embora o número de infecções semanais permaneça alto e as infecções em mulheres jovens permaneçam 60% acima das infecções masculinas, como mostram os trechos a seguir:

Mulheres

- Todas as semanas, cerca de 6.000 jovens entre 15 e 24 anos são infectadas pelo HIV.
- Na África Subsaariana, quatro em cada cinco novas infecções entre adolescentes de 15 a 19 anos acontecem em meninas. Mulheres jovens com idade entre 15 e 24 anos têm duas vezes mais chances de viver com o HIV do que os homens.
- Mais de um terço (35%) das mulheres em todo o mundo sofreram violência física e/ou sexual em algum momento de suas vidas.
- Em algumas regiões, as mulheres que sofreram violência física ou sexual por parceiro íntimo têm 1,5 vez mais probabilidade de contrair o HIV do que as mulheres que não tiveram essa violência. (UNAIDS, Estatísticas. <https://unaids.org.br/estatisticas/>)

Globalmente, as novas infecções pelo HIV entre as mulheres jovens (de 15 a 24 anos de idade) foram reduzidas em 25% entre 2010 e 2018. Esta é uma boa notícia, mas é claro, continua inaceitável que 6000 meninas adolescentes e mulheres jovens sejam infectadas com o HIV a cada semana. A saúde sexual e reprodutiva e os direitos das mulheres e dos jovens ainda são negados com muita frequência.

As infecções pelo HIV entre as mulheres jovens (de 15 a 24 anos de idade) globalmente são 60% mais altas do que entre os homens jovens da mesma idade. Esta disparidade de gênero é maior nas regiões mais duramente atingidas pela epidemia. (UNAIDS, 2019, tradução minha)

O que tento trazer à tona nesta pesquisa e que, portanto, legitima sua relevância é que, embora a história da epidemia da aids e do hiv tenha sido narrada muitas vezes, é importante problematizá-la sob novas perspectivas, uma vez que os estudos acerca da síndrome não servem apenas como instrumentos para políticas e planejamentos subsequentes, mas também instituíram a aids e o hiv como doença generificada – era masculino o corpo normativo afetado pela síndrome – constituindo persistentemente mulheres como exceções na epidemia (PATTON, 1994).

No Brasil, os discursos de feminização vão apontar para práticas de silenciamento acerca da relação entre as mulheres e o hiv e para as complexas questões que vinculariam a epidemia às mulheres – as relações de gênero, por exemplo - colocando a vulnerabilidade e o impacto da epidemia em suas vidas como questões secundárias e associadas ao mutismo que tradicionalmente é associado a sexualidade feminina. É ainda interessante notar que em parte

passassem, além disso, a ser definidas por médias matematicamente neutras não relacionadas com qualquer essência qualitativa, como sucede com as naturais, estas sim, à partida devedoras de propriedades intrínsecas que se podem objectivar numericamente; que qualquer característica individual do ser humano passou, como as suas contrapartes biológicas a estar integrada no todo colectivo populacional; que apesar de tudo e como já referimos na introdução, foi a medicina a ciência natural que mais resistiu à “colonização” estatística”.

alguma do mundo o aumento do número de casos em mulheres foi tão rápido quanto no Brasil e os discursos sobre as razões desse crescimento apontam origens como a organização social das relações sexuais até o uso de drogas injetáveis (PARKER; GALVÃO, 1996).

Tendo em vista essa narrativa, o problema a ser investigado nesta tese é **a formação e o desenvolvimento de práticas de si e de modos de subjetivação de mulheres que vivem com hiv e fazem parte do GAPA de Florianópolis**⁹, os quais também são produzidos e complexificados por uma rede de problematizações dizem respeito aos *dispositivos da aids*, aos *dispositivos territoriais* e aos dispositivos das *políticas públicas*. Minha hipótese geral é que essas mulheres aplicam formas de racionalidade a si mesmas (enquadramentos, como descreverei adiante) e que sua inteligibilidade é igualmente limitada por aquilo que o discurso pode e não pode conceder ao âmbito do pronunciável (BUTLER, 2015, p. 154). É, pois, a reciprocidade entre a constituição de objetos de conhecimento e sujeitos que me interessa. em outros termos, meu olhar também procurará fazer emergir como as mulheres soropositivas se relacionam com, se subjetivam nos e eventualmente subvertem – e resistem a – os discursos sobre aids que enquadram suas possibilidades de inteligibilidade contemporaneamente.

Em sua leitura de Foucault, Butler (2015) afirma que o filósofo recorre aos códigos morais para refletir sobre como os sujeitos se constituem em relação a esses códigos e tomam-se como objeto de reflexão e cultivação. Para Butler (2015), Foucault aprimora suas posições acerca do sujeito quando afirma que ele se forma em relação a um conjunto de códigos, prescrições ou normas e o faz de maneiras que não apenas revelam a constituição de si como um tipo de *poesis*, mas também estabelecem a criação de si como parte de uma operação mais ampla da crítica. Esses dois pontos, no entanto, não se dão fora das normas que orquestrariam as formas possíveis que o sujeito deve assumir, e, portanto, a prática da crítica exporia os limites do esquema histórico das coisas, o horizonte epistemológico e ontológico dentro do qual os sujeitos podem surgir. Portanto, a questão central da obra de Foucault, na década de 1980, seria “[...] quem eu posso ser, dado o regime de verdade que determina qual é minha ontologia?” (BUTLER, 2015, p. 38).

Enuncio, pois, o objetivo central deste estudo: *investigar as formas de subjetivação engendradas pelo(s) regime(s) de verdade que determina(m) a ontologia política da mulher que vive com hiv por uma rede de mecanismos de normalização e traçar uma análise, a partir das discussões de governamentalidade e biopolítica, dos discursos de e sobre as mulheres que vivem com hiv em Florianópolis e das formas de resistências que fazem funcionar.*

⁹ Essa tese atende às normativas éticas nacionais e foi aprovada pelo comitê de pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina pelo parecer consubstanciado nº 3.094.579 de 19 de dezembro de 2018.

Já os objetivos específicos tratam de:

- descrever os enunciados instaurados pelo dispositivo da aids e o pelo dispositivo crônico da aids;
- discutir as potências da biopolítica, na forma da ambiguidade que lhe constitui, do cuidado da população e da otimização da vida, por meio do controle, da vigilância, da regulamentação, da normatividade e da medicalização da vida;
- descrever, a partir de uma análise dos discursos foucaultiana, a relação existente entre os enunciados de cuidado e confissão da biopolítica e as táticas subjetivas de cuidado de si.

Na tentativa de dar conta desses objetivos, trato de diferentes discursos, que embora possam aparecer por vezes separados por uma opção metodológica, são constitutivos do acontecimento da aids e do hiv no Brasil. A análise é empreendida com base em dois recortes principais: aqueles que Hacking (2004) chama de “discourse in the abstract”, os discursos mais amplos e documentados e aqueles que, fazendo parte dessas instituições maiores, foram produzidos em 24 encontros pelos sujeitos que vivem com hiv no âmbito do Grupo de Apoio e Prevenção a Aids (GAPA) Florianópolis e registrados por mim a partir da observação participante do grupo e nas dez entrevistas semiestruturadas realizadas com mulheres brasileiras¹⁰ que vivem com hiv e que residem na região metropolitana de Florianópolis.

Especificamente, trato dos discursos documentados no âmbito das políticas públicas de saúde que se relacionam às mulheres, ao hiv e a aids. As políticas são entendidas assim como dispositivos que condicionam determinados tipos de saber e condicionam a emergência de determinados tipos de sujeitos por meio de mecanismos e tecnologias de vigilância e controle. Com esses discursos amplos e documentados procuro analisar as formas de subjetivação que produzem no Brasil e como operam na construção da memória do hiv e da aids. Além disso, é necessário apontar que a leitura proposta se dá no âmbito de um enquadramento biopolítico, o qual envolve um ou mais discursos de verdade sobre o caráter ‘vital’ dos seres humanos; um conjunto de autoridades consideradas competentes para falar aquela verdade; estratégias de intervenção na existência coletiva em nome da vida e da saúde e, por fim, modos de

¹⁰ Parte dessa pesquisa compreendia entrevistas com mulheres que vivem com hiv em Lisboa, Portugal, as quais seriam realizadas durante estágio de doutoramento no exterior, com bolsa CAPES-PRINT, processo 88887.368665/2019-00, sob orientação do professor José Luis Toivola da Câmara Leme. Entretanto, em virtude da pandemia de COVID-19, apenas duas delas puderam ser finalizadas. Em outro texto, intitulado **O dispositivo crônico da aids e os discursos da soropositividade: uma análise dos enunciados de mulheres brasileiras e portuguesas**, teço algumas considerações analíticas sobre elas, tendo em vista uma distribuição desigual da precariedade gendrada. Dito de outro modo, noto na produção subjetiva das mulheres entrevistadas diferenças importantes entre as brasileiras e as portuguesas.

subjetivação, nos quais os indivíduos podem ser levados a atuar sobre si próprios, sob certas formas de autoridade, em relação a esses discursos de verdade, por meio de práticas do si, em nome da vida ou da saúde, seja ela coletiva ou individual (RAINBOW; ROSE, 2006).

Uma vez que, nesta análise documental, já estariam elencados tanto os discursos de verdade quanto o conjunto de autoridades e as estratégias de intervenção na existência coletiva, restaria ainda o último bloco para dar conta da análise da ontologia política da mulher que vive com hiv: os modos de subjetivação.

Se, desde os estudos da antropologia até os estudos foucaultianos (ou, na intersecção entre eles) apresenta-se uma topologia em que a subjetividade soropositiva se constrói segundo estratégias de resistência (FOUCAULT, 2017a), é necessário que se analisem os discursos que constituem essas estratégias. Nessa tese, eles tratam-se das produções das PVHIV em Florianópolis e que se produziam nos encontros institucionalizados pelo Grupo de Apoio e Prevenção a aids (GAPA) e também nas entrevistas que realizei com dez mulheres que faziam parte desse grupo, como mencionei acima. Essas produções discursivas serão tratadas como narrativas e desde já tento demarcar essas especificidades.

Para isso, recorro inicialmente à Butler (2015) quando afirma que os regimes de verdade governam a subjetivação e que, ao nos voltarmos sobre eles para engendrar narrativas sobre nós mesmos, faríamos um duplo movimento: questionando o regime de verdade e nossa condição ontológica. A crítica foucaultiana inauguraria, desse modo, duas questões em relação à narrativa de si: quais normas nos governam, como é possível não nos reconhecermos nelas e, ainda, qual o espaço de aparição e produção desse eu dessubjetivado, que acaba de refletir sobre a normatização.

Butler (2015, p. 51) vale-se ainda de uma aproximação com Cavarero para pensar os relatos de si – o que aqui trato como as narrativas. A questão foucaultiana permanece quando ela afirma: “[...] É impossível fazer um relato de si mesmo fora da estrutura da interpelação”. Diferentemente do funcionamento ideológico althusseriano, porém, a norte-americana assume a postura ética, numa espécie de vértice entre Lacan e Foucault. Assim, porque toda narrativa é *in media res*, ancorada na linguagem e nos dispositivos de saber-poder, é que podemos dispor da nossa auto-identidade referencial. É no espaço desse fracasso, como topologia incontornável (FOUCAULT, 2013), que a subjetividade pode se produzir performaticamente. Não como um *a priori* transcendental, mas como um pacto agentivo de responsabilização pelo si-mesmo e pela alteridade (no limite, pelos dispositivos), sempre em aberto e sujeito à revisão.

Se, com Butler (2015), estamos sempre na parcialidade do relato, o que interdita a teleologia e a ordenação da vida, acabamos por nos relacionar de forma crítica sobre os

dispositivos que nos determinam. Parto dessa assunção e do que propõe Maluf (1999) quando afirma que, para se tornar uma narrativa autobiográfica, a experiência da doença deve ser de uma transformação radical para assumir que essa metamorfose possa se dar por meio do diagnóstico da sorologia positiva ao hiv.

Dessa forma, justifico a presença das narrativas de mulheres que vivem com hiv por acreditar que a narrativa de si não apenas permite que os dispositivos de poder acessem o corpo, mas também constitui uma reivindicação à subjetividade e o reconhecimento de si como sujeito jurídico, como cidadão (THOMAS, 2008). Além disso, como apontaram Biehl, Good e Kleinman (2007, p. 13, tradução minha) há a necessidade de se desenvolverem pesquisas mais complexas sobre os sujeitos, etnograficamente situadas e que contemplem o fato de que a singularidade individual é retida e refeita em interações locais, uma vez que “[...] o sujeito é ao mesmo tempo um produto e agente da história; o local da experiência, memória, narrativa e julgamento estético; um agente de saber tanto quanto de ação”.

Pensar nessas problematizações implica entendê-las “[...] não como a representação de um objeto preexistente, nem tampouco a criação pelo discurso de um objeto que não existe”, mas como “[...] o conjunto das práticas discursivas ou não discursivas que faz alguma coisa entrar no jogo do verdadeiro e do falso e o constitui como objeto para o pensamento (seja sob a forma de uma reflexão moral, do conhecimento científico, da análise política, etc)” (FOUCAULT, 2004, p. 242), ou seja, implica o entendimento de que elas obedecem a urgências históricas específicas, e, nessa feita, assumo com Treichler (1987, p. 263, tradução minha), que a aids

[...] não é apenas um rótulo inventado, fornecido pela ciência e pelas práticas de nomenclatura científica, para uma determinada doença causada por um vírus. Ao contrário, a própria natureza da AIDS é construída através da linguagem e em particular através dos discursos da medicina e da ciência; esta construção é "verdadeira" ou "real" apenas de certas maneiras específicas - por exemplo, na medida em que ela orienta com sucesso a pesquisa ou facilita o controle clínico sobre a doença. O nome 'AIDS' em parte constrói a doença e ajuda a torná-la inteligível. Portanto, não podemos olhar 'através' da linguagem para determinar o que é a AIDS 'realmente'. Ao invés disso, devemos explorar o local onde tais determinações realmente ocorrem e intervir no ponto em que o significado é criado: na linguagem.

Entenderei ainda que “[...] o sujeito só é possível para si mesmo nos termos de uma dada racionalidade, historicamente condicionada, deixando aberta e sem análise a questão de que outros caminhos poderiam ter existido ou poderão ainda existir no decorrer da história” (BUTLER, 2015, p. 153) e, por essa razão, interessa-me interrogar quais discursos constituem a subjetividade de algumas mulheres que vivem com hiv em Florianópolis e como eles operam como regimes de dizibilidade dessas vidas.

Esta tese se constrói, portanto, na convergência destes temas: do caráter biopolítico dos jogos discursivos que envolvem a aids e o hiv e dos regimes de subjetivação. Para essa empresa, de uma perspectiva transdisciplinar cara aos estudos discursivos e à Linguística Aplicada Contemporânea¹¹, a abordagem adotada se delineia a partir de um simpósio conceitual cujas teorias são vinculadas à perspectiva dos estudos discursivos (FOUCAULT, 1996, 2017c), a antropologia da saúde e do Estado (DAS, 1999), a teoria de gênero de Judith Butler e a filosofia política, sobretudo pautando-se nos conceitos foucaultianos de governamentalidade e de biopolítica – e suas leituras contemporâneas (ESPOSITO, 2017; AGAMBEN, 2010; FASSIN, 2006; PELBART, 2003).

A empresa deste trabalho é fazer notar as práticas de subjetivação e objetivação que fazem surgir, no interior dos dispositivos das aids e do hiv do Brasil, discursos sobre uma forma de sujeito que não teve emergência quando do estabelecimento da aids, as mulheres que vivem e vivem com hiv. Nesse par objetivação/subjetivação, seguindo os apontamentos foucaultianos e a leitura de Câmara Leme (2000, p.18) propus as três questões que deveriam ser colocadas: a primeira tratava das condições às quais o aparecimento dessas formas de inteligibilidade estava sujeito; a segunda tratava de seu estatuto; e, por fim, as posições que essas formas de sujeito ocupariam no real ou no imaginário, afastando-se da ideia de um sujeito invariante.

Para além dessas indagações que se destinaram especificamente à possibilidade histórica das formas de sujeito das quais me interesso, coloquei ainda perguntas que dizem respeito 1. às estratégias de resistência e práticas de liberdade diante da medicalização da vida, na forma do cuidado de si, 2. as formas de cisão biopolítica que enfrentam as mulheres que vivem com hiv e que participaram desse estudo e 3. sua relação com as políticas públicas de saúde do país e do município.

Sublinho que meu intento neste trabalho não era a formulação de uma arqueogenealogia da doença. Antes, o que proponho é atentar para formas de invenção e reinvenção de sujeitos que podem insurgir quando a própria vida está em jogo, deixando espaços para pensar quais as práticas de liberdade que podem se estabelecer no interior de uma biopolítica menor (AGAMBEN, 2010). Entretanto, a condição de realização desse estudo não pode fugir aos métodos arqueológicos e genealógicos, uma vez que são eles que permitem respectivamente a

¹¹ Essa tese se inscreve na ordem de uma LA transdisciplinar. Tal mobilidade é defendida, de diferentes perspectivas, em propostas como as de Moita Lopes (2006), de uma LA "indisciplinar", e de Pennycook (2006), de uma LA "transgressiva". No caso desta pesquisa, a potência da problematização dos limites disciplinares se inscreve sobretudo na perspectiva da biopolítica e do biopoder foucaultianos e na crença de que a linguagem é um dispositivo de produção de subjetividades e de formas de resistência, tendo um papel social relevante e profícuo. Além disso, cabe ressaltar que este projeto se constitui sob a lógica de um comprometimento social e político que a área de concentração da Linguística Aplicada traz em si mesma (ALANO, 2017).

análise das formas de problematização, suas formações e modificações (FOUCAULT, 2017c). Dessa perspectiva, a arqueogenealogia é aqui utilizada para marcar, metodologicamente, a interseção entre uma pesquisa dos arquivos, arqueológica, e uma pesquisa das táticas e estratégias do poder a ela ligada, a genealogia (BUTTURI JUNIOR, 2012).

Dito isso, específico como organizei os capítulos dessa tese de modo a perscrutar seus objetivos. O texto é estruturado em três grandes frentes: *os regimes de verdade, as formas de governo biopolítico da vida com hiv e os regimes de subjetivação*. O que unifica os capítulos diz respeito à premência de se pensar nos atravessamentos dos discursos documentados e daqueles produzidos no âmbito dessa tese.

O capítulo um trata dos dispositivos biopolíticos que constituem o que se entende por aids, hiv e os sujeitos que vivem com o vírus. Meu interesse na sua tessitura era percorrer as linhas híbridas – e, por vezes, contraditórias – desses dispositivos polivalentes e suas funções estratégicas, resultante das relações de poder e saber, a partir de quatro campos de saber que julgo pertinentes para as discussões estabelecidas: *o discurso mídia brasileira; os discursos estatísticos e epidemiológicos nacionais; o ativismo das primeiras décadas da epidemia; e, finalmente, as primeiras políticas públicas de saúde instauradas no Brasil* que tomavam a aids e o hiv como problemas de Estado.

O segundo capítulo dá início à descrição do campo e trata dos dispositivos territoriais que o produzem; o foco analítico se volta tanto para os discursos sobre a aids e o hiv e sua emergência na cidade de Florianópolis quanto para narrativas produzidas durante as seções de grupo de apoio, a partir de três regularidades estratégicas iniciais que já começo a entrever na rede de enunciados e práticas do Grupo de Apoio.

O capítulo três inicia a senda analítica para pensar nas formas como se integram as práticas de si (delineadas nos capítulos dois e quatro) às formas governamentalidade e a biopolítica e sua articulação fundamental entre sujeito, verdade e poder. Mais exatamente, o intento analítico se concentrava na problematização das políticas públicas de saúde da mulher e sua relação com a aids e com o hiv, entendidas como dispositivos tecnológicos sutis (GALANTIN; RIBAS, 2021) situadas no “[...] ponto de encontro entre as tecnologias de poder e as tecnologias de si” (FOUCAULT, 1994b, p. 227), e que de certo modo atuariam sobre de dois modos na constituição dos sujeitos: “[...] sujeito submetido a outrem pelo controle e dependência, e sujeito vinculado à sua própria identidade pela consciência ou conhecimento de si” (GALANTIN; RIBAS, 2021, p. 20-21). O capítulo busca entender como formas específicas de sujeitos emergem da articulação entre os discursos epidemiológicos, os sistemas de saúde,

os movimentos sociais e são instados à vigilância e ao controle por meio de políticas públicas que também asseguram a manutenção de suas vidas.

Por fim, o capítulo quatro trata de recuperar as narrativas das mulheres entrevistadas nesse estudo atentando para as formas de invenção e reinvenção de novas possibilidades de vida a partir de seis regularidades discursivas que emergiram em nossos encontros: a afirmação de si após o diagnóstico; o silenciamento que açambarca essas vidas naquilo que diz respeito a se produzir enquanto mulher que vive com hiv, as práticas bioascéticas que instauram a partir da soropositividade, entendidas também enquanto forma de cuidado de si; a maternidade e seus enredamentos com os dispositivos da aids; a violência linguístico-corpórea (BUTLER, 2019, 2020) que ainda aflige e produz discursivamente aquelas subjetividades e corpos; e, por fim, o estabelecimento dos laços afetivos e a possibilidade de construção de outros modos de vida.

Ressalto que estas páginas, além de requisito para a conclusão do meu doutoramento em Linguística, relacionam-se aos trabalhos atualmente desenvolvidos pelo grupo de pesquisas Grupo de Estudos no Campo Discursivo (CNPq/UFSC).

1 OS DISPOSITIVOS BIOPOLÍTICOS DA AIDS

No auge da crise da aids, em 1988, Susan Sontag (2007) publicou *A doença como metáfora: Aids e suas metáforas* e fez notar o caráter biopolítico de um jogo discursivo, capaz de alimentar fantasias sinistras a respeito da moléstia, assinalando vulnerabilidades individuais e sociais e reforçando a sensação de que a aids é onipresente: o vírus invade o organismo, e a doença invade toda a sociedade (o organismo social), instalando o pânico moral e produzindo discursos culpabilizantes e estigmatizantes.

A aids, para a autora, não era apenas uma doença letal, mas uma espécie de epítome (se comparada, por exemplo, ao câncer) do vértice entre identidades perigosas e o dispositivo médico-jurídico de moralização dos dissidentes – africanos, homossexuais, pessoas trans, usuários de substâncias entorpecentes injetáveis, trabalhadoras e trabalhadores do sexo. A metáfora da guerra contra a aids e contra o vírus era a de uma cisão entre um corpo saudável e sua pureza, de um lado, e as corporalidades viciadas, excessivas e efetivamente responsáveis, de outro (BUTTURI JUNIOR; LARA, 2018).

Interessa pensar, dessa perspectiva de deteriorização de subjetividades proposta por Sontag (2007), o jogo entre uma biopolítica e a biossociabilidade, entendendo o segundo conceito conforme Ortega (2004): uma gestão da saúde que, desde as práticas subjetivas e de sociabilidade, submetem os corpos e os sujeitos a injunções morais e biológicas. Relacionada ao biopoder, a biossociabilidade seria tanto um efeito localizado quanto permitiria uma contrapartida de efeitos diante dos dispositivos de governo estatais. Essa forma contemporânea de produção de sociabilidade suscitaria formas de subjetividade, as chamadas bioidentidades – no engajamento de lutas locais ou na cisão moralizante.

Tal problemática é discutida em *Imunidade, germes, vacina e outros medos*, no qual Biss (2017, p. 82) escreve que quando a saúde passa a ser uma identidade, a doença não se torna algo que acontece com o sujeito, mas é o sujeito. Os estilos de vida são considerados limpos ou sujos, seguros ou inseguros, livres ou propensos à doença e as pessoas são enquadradas em dois grandes grupos: vítimas inocentes (no caso de pacientes hemofílicos que contraíram o vírus por causa de uma transfusão de sangue) ou seu corolário – sujeitos culpados pela infecção. Assim, como um marcador social de formas de subjetividade deterioradas, por suas características e complexidade, a aids e o hiv se tornaram potentes marcadores sociais, capazes de adensar desigualdades e vulnerabilidades sociais (BUTTURI JUNIOR; LARA 2018).

A doença, que já foi conhecida como o “*Câncer Gay*” e causou pânico nos momentos mais críticos da epidemia, hoje é narrada a partir do dispositivo crônico da aids e referida como uma “nova diabetes”. De uma doença que solicitava o discurso perverso dos “grupos de risco”, a infecção pelo hiv “democratizou-se” para sujeitos envolvidos em outras práticas (sociais ou sexuais): heterossexuais, mulheres, pessoas da terceira idade etc. Todavia, como tento descrever, há, entre o êxito crônico e a democratização, uma série de práticas e de discursos cujo efeito é a produção de modalidades de sujeito ainda precarizadas – o que aparece de várias formas nas entrevistas.

1.1 O CONCEITO DE DISPOSITIVO E OS DISPOSITIVOS DA AIDS

Uma vez que esta tese trata da relação entre biopolítica, o hiv e a aids, apresento, na próxima seção, os conceitos fundamentais do pacto ontológico estabelecido e sobre os quais pretendo analisar os documentos e as narrativas de minhas interlocutoras.

Nesse ínterim, entenderei com Perlongher (1987) e Butturi Junior (2016) que a aids e a infecção pelo o hiv têm o funcionamento de dispositivos específicos, nos moldes delineados por Michel Foucault e retomados por Giorgio Agamben. A escolha pela teoria dos dispositivos permitirá tanto relacionar as discussões da Antropologia do Estado e da Saúde às questões da *biopolítica* e *biopoder* quanto discutir, posteriormente, as formas de subjetivação produzidas pelos dispositivos da aids. Início este caminho apresentando o conceito de dispositivo.

Primeiro movimento deste capítulo, então. O conceito de dispositivo pensando como ferramenta analítica emerge nos escritos de Foucault (2017a) em *A história da sexualidade I – a vontade de saber*, em conjunto com suas primeiras análises sobre a biopolítica. Ao tratar da incitação do sexo no/pelo discurso, o filósofo marca como a criação de dispositivos possibilitou que esses discursos tivessem emergência:

Desde o século XVIII o sexo não cessou de provocar uma espécie de erotismo discursivo generalizado. E tais discursos sobre o sexo não se multiplicaram fora do poder ou contra ele, porém lá onde ele se exercia e como meio para seu exercício; criaram-se em todo canto incitações a falar; em toda parte, dispositivos para ouvir e registrar, procedimentos para observar, interrogar e formular. Desenfurnam-no e obrigam-no a uma existência discursiva. (FOUCAULT, 2017a, p. 36-37)

É na entrevista concedida à revista *Ornicar*, em julho de 1977, no entanto, que Foucault apresenta as principais características do que seria o dispositivo a partir de três particularidades relacionadas entre si: um conjunto heterogêneo que engloba o discursivo e o não discursivo – as instituições, as leis, as organizações arquitetônicas –; a relação entre elementos heterogêneos;

e, por fim, a noção de que o dispositivo tem como função responder a urgências históricas e que, portanto, sua natureza é essencialmente estratégica:

Foucault: [...] O dispositivo, portanto, está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem, mas que igualmente o condicionam. É isto o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sustentadas por eles. Em *As Palavras e as Coisas*, querendo fazer uma história da epistémè, permanecia em um impasse. Agora, gostaria de mostrar que o que chamo de dispositivo é algo muito mais geral que compreende a epistémè. Ou melhor, que a epistémè é um dispositivo especificamente discursivo, diferentemente do dispositivo, que é discursivo e não discursivo, seus elementos sendo muito mais heterogêneos.

Jacques-Alain Miller: O que você coloca como dispositivo certamente é mais heterogêneo que o que você chamava epistémè.

M.F.: Certamente. [...]

J.-A. Miller: Com os dispositivos, você quer ir além do discurso. Mas estes novos conjuntos, que reúnem muitos elementos articulados, permanecem neste sentido conjuntos significantes. Não vejo bem em que medida você englobaria o não discursivo.

M.F.: Para dizer: eis um dispositivo, procuro quais foram os elementos que intervieram em uma racionalidade, em uma organização...

J.-A. Miller: Não se deve dizer racionalidade, senão se recairia na epistémè.

Foucault: Voltando um pouco no tempo, eu definiria epistémè como o dispositivo estratégico que permite escolher, entre todos os enunciados possíveis, aqueles que podem ser aceitáveis no interior, não digo de uma teoria científica, mas de um campo de cientificidade, e a respeito do que se poderá dizer: é falso, é verdadeiro. É o dispositivo que permite separar não o verdadeiro do falso, mas o inqualificável cientificamente do qualificável. (FOUCAULT, 2017d, p. 367-368).

Pontuadas as características dos dispositivos para o francês, retorno à *A História da sexualidade I: a vontade de saber*, na qual Michel Foucault analisa a produção da sexualidade a partir do *dispositivo da sexualidade*. Inventado e instalado nas sociedades modernas, sobretudo a partir do século XVIII, o dispositivo da sexualidade seria um dispositivo histórico, que se estabeleceu a partir da rede de superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação dos discursos, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências se encadearam e formaram grandes estratégias de saber e poder (FOUCAULT, 2017a, p. 115).

Esse novo dispositivo se superpõe ao *dispositivo da aliança* – que se estrutura em torno de um sistema de regras que definem o permitido e o proibido, o prescrito e o ilícito e produz as relações de sexo a partir de um sistema de matrimônios, de fixação e desenvolvimento de parentescos e transmissão de nomes e bens (FOUCAULT, 2017a, p. 115) – à medida que os processos econômicos e as estruturas políticas passaram a não mais encontrar nele um instrumento adequado ou um suporte eficiente. Assim, o dispositivo da sexualidade, que funciona de acordo com técnicas móveis, polimorfos e conjunturais de poder emerge (FOUCAULT, 2017a, p. 116).

Foucault (2017a, p. 116) ressalta uma série de diferenças entre os dois dispositivos, muito embora um não substitua o outro:

O dispositivo de aliança conta, entre seus objetivos principais, o de reproduzir a trama de relações e manter a lei que as rege; o dispositivo de sexualidade engendra, em troca, uma extensão permanente dos domínios e das formas de controle. Para o primeiro, o que é pertinente é o vínculo entre parceiros com status definido; para o segundo, são as sensações do corpo, a qualidade dos prazeres, a natureza das impressões, por tênues ou imperceptíveis que sejam. Enfim, se o dispositivo de aliança se articula fortemente com a economia devido ao papel que pode desempenhar na transmissão ou na circulação das riquezas, o dispositivo de sexualidade se liga à economia através de articulações numerosas e sutis, sendo o corpo a principal — corpo que produz e consome.

Nesse ínterim, o dispositivo da sexualidade operaria na proliferação de discursos, inovando, anexando, inventando, penetrando nos corpos de maneira cada vez mais detalhada e controlando as populações de modo cada vez mais global; ele teria se consolidado a partir de quatro grandes conjuntos estratégicos que desenvolvem dispositivos específicos de saber/poder a respeito do sexo: *a histerização do corpo da mulher*, *a pedagogização do sexo da criança*, *a socialização das condutas de procriação* e, enfim, *a psiquiatrização do prazer perverso*. Esses quatro conjuntos não têm emergência no mesmo momento, mas assumiriam coerência e atingiram certa eficácia na ordem do poder e na produtividade do saber. Assim, eles podem ser descritos em uma relativa autonomia.

A histerização do corpo da mulher, primeiro conjunto descrito por Foucault (2017a, p. 113), diz respeito ao tríplice processo pelo qual o corpo da mulher¹² foi analisado – qualificado e desqualificado – como corpo integralmente saturado de sexualidade; sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca e, por fim, em comunicação orgânica com o corpo social, com o espaço familiar e com a vida das crianças. Além desse conjunto, *a pedagogização do sexo da criança* parte da dupla afirmação que a criança se dedica ou é suscetível de se dedicar a uma atividade sexual ao mesmo tempo “natural” e contra a natureza e, por isso, todos devem se encarregar de vigiá-la e coibir esse germe sexual. Já *a socialização das condutas de procriação* diz respeito às tecnologias instauradas para controlar a fecundidade dos casais por meio de medidas sociais ou fiscais, responsabilização do casal com todo o corpo social e socialização médica das práticas de controle de nascimentos. Por último, *a psiquiatrização do prazer perverso*, trata de todas as formas de anomalia que poderiam afetar o instinto sexual enquanto instinto biológico e psíquico autônomo, atribuindo um papel de normalização e patologização de toda a conduta, e instaurando tecnologias corretivas para essas anomalias.

¹² Nas seções que tratam dos dispositivos da aids, voltarei a essa questão.

A importância de ressaltar esses conjuntos, nesse texto, deve-se ao fato da afirmação de Foucault (2017a, p. 114) de que a preocupação com o sexo, que aumenta ao longo do século XIX, faz surgir quatro figuras que se tornam objetos privilegiados de saber, quatro tipos de sujeito, quatro formas de subjetivação: a mulher histérica, a criança masturbadora, o casal malthusiano e o adulto perverso. O dispositivo da sexualidade instaura assim não apenas determinados discursos sobre o sexo e o corpo, mas sobre os sujeitos. Butturi Junior (2016, p. 509) endossa essa compreensão:

O que chama atenção no conceito de dispositivo é, portanto, a centralidade que o conceito dá à produção da tríade poder-saber-sujeito no percurso da arqueogenealogia. Isso corresponde a dizer que o pertencimento ao dispositivo é a condição da ação e a possibilidade de deslocamento deste solo sobre o qual nos produzimos e que é a possibilidade de qualquer produção de si – mais ou menos livre.

Antes de iniciar o segundo movimento proposto para este capítulo, é necessário retomar as quatro regras, os quatro imperativos metodológicos que Foucault (2017a, p. 106) especifica para descrever o dispositivo da sexualidade. São essas regras que também sigo na descrição do que entenderei como dispositivo da aids e dispositivo crônico da aids.

A primeira delas, *a regra da imanência*, trata de assumir que não existe um certo domínio da sexualidade que pertence a um conhecimento científico, desinteressado e livre; ao contrário, foram relações de poder que a instituíram enquanto objeto possível e, por outro lado, se essas relações puderam tomá-la como alvo, foi porque se tornou possível investir sobre ela técnicas de saber e procedimentos discursivos. Foucault (2017a, p. 107) lembra que não há relação de exterioridade entre as técnicas de saber e as estratégias de poder, que se articulam entre si, portanto, constituição dos objetos na dinâmica saber-poder.

A regra das variações contínuas trata de esquadrihar a mutável da relação saber-poder e tomá-la enquanto constituinte da emergência de novos objetos de saber, que se constituem em um processo de modificações e deslocamentos contínuos, nas palavras de Foucault, trata-se, pois, de

[...] buscar o esquema das modificações que as correlações de força implicam através de seu próprio jogo. As “distribuições de poder” e as “apropriações de saber” não representam mais do que cortes instantâneos em processos, seja de reforço acumulado do elemento mais forte, seja de inversão da relação, seja de aumento simultâneo dos dois termos. As relações de poder-saber não são formas dadas de repartição, são “matrizes de transformações” (FOUCAULT, 2017a, p. 108)

Já *a regra do duplo condicionamento* “[...] cuja injunção é a da ausência de descontinuidade entre práticas globais e locais de exercício e de transformação das relações de poder” (BUTTURI JUNIOR; LARA, 2018, p. 3), assume que as estratégias locais podem servir

de suporte às grandes operações. Por fim, *a regra da polivalência tática dos discursos*, “[...] responsável por esclarecer a agonística enunciativa dos dispositivos, funcionando de acordo com urgências históricas específicas e de acordo com estratégias diferenciais”.

Tendo em vista tais prescrições, assim como já demonstrei em outro texto, (BUTTURI JUNIOR; LARA, 2018), entenderei o acontecimento do hiv e da aids no Brasil em sua ambiguidade. Dessa perspectiva, as políticas de enfrentamento da doença foram capazes tanto de dar visibilidade a grupos e populações estigmatizadas, como os homossexuais, as trabalhadoras do sexo e as pessoas trans quanto permaneceram esquadrinhando os chamados “grupos de risco”. Nessa polivalência tática dos discursos, capaz de produzir solidariedade e formas de sociabilidade da ordem das resistências, produziu-se, em torno do enfrentamento da aids, uma série de ações voltadas para as pessoas afetadas pelo vírus e pela doença, as quais favoreceram o fortalecimento do movimento homossexual no Brasil por meio de associações e grupos gays fundados nesse período, numa relação de duplo condicionamento entre estratégias locais de cuidado de si e, do outro lado, de estratégias globais de governo biopolítico (CAMARGO JR., 1994; DANIEL; PARKER, 2018; GALVÃO, 2000; BIEHL, 2005, 2010), como procurarei demonstrar nas próximas seções.

Isso posto, parto em direção ao segundo movimento dessa seção, ressaltando a pertinência da discussão, pois é Agamben (2009) quem afirma que os seres vivos são implicados por processos de subjetivação contínuos, mediados por inúmeros dispositivos. É nessa relação que busco analisar a emergência de um determinado tipo de sujeito, a mulher que vive com hiv, produzida a partir dos discursos das políticas públicas e de suas próprias narrativas.

Ao propor uma genealogia do conceito de dispositivo, o italiano destaca sua relação com outro termo próximo utilizado por Michel Foucault em *A Arqueologia do Saber*, *positivité*, que teria sido tomado emprestado de um ensaio de Jean Hyppolite sobre a filosofia de Hegel. No ensaio, Hyppolite discute como os conceitos de *destino* e *positividade* são conceitos-chave no pensamento hegeliano, em particular o segundo, quando o filósofo alemão discute a oposição entre religião natural – ou histórica – e religião positiva: a primeira ligada à relação imediata e geral entre a razão humana e o divino; e a segunda que compreenderia o agrupamento das crenças, regras e ritos que em determinado momento histórico e em determinada sociedade são impostos ao indivíduo pelo exterior e, assim, implicaria nas almas sentimentos impressos por meio da coerção e de comportamentos resultantes de uma relação de comando e obediência (AGAMBEN, 2009). Dessa forma

[...] Foucault, tomando emprestado este termo (que se tornará mais tarde “dispositivo”), toma posição em relação a um problema decisivo, que é também o seu problema mais próximo: a relação entre os indivíduos como seres vivos e o elemento histórico, entendendo com este termo o conjunto das instituições, dos processos de subjetivação e das regras em que se concretizam as relações de poder. (AGAMBEN, 2009, p. 29)

No entanto, ao contrário de Hegel, que tenta conciliar a religião positiva e a religião natural, o objetivo de Foucault, é antes “[...] investigar os modos concretos em que as positivities (ou os dispositivos) agem nas relações, nos mecanismos e nos “jogos” de poder (AGAMBEN, 2009, p. 29).

Continuando a genealogia do conceito, Agamben (2009) discute como a *oikonomia* – um conjunto de práticas, saberes, medidas, de instituições, com o objetivo de gerir, governar, controlar e orientar o pensamento dos homens para a utilidade – se tornou um dispositivo da fé cristã e como ela foi traduzida nos escritos latinos por *dispositivo*, assumindo toda a esfera semântica ligada à ideia do conceito original. Desse modo, os dispositivos aos quais se refere Michel Foucault estariam de algum modo conectados a essa herança teológica e, por isso, nomeariam aquilo em que e por meio do qual se realiza uma pura atividade de governo sem nenhum fundamento no ser, implicando sempre na produção de sujeitos.

Agamben (2009) propõe então situar os dispositivos em um novo contexto e separá-los de outro grande grupo, os seres vivos. Assim, de um lado haveria os seres vivos e, de outro, os dispositivos que os capturam incessantemente. O italiano move-se em direção ao conceito foucaultiano e chama de dispositivo “[...] qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres vivos” (AGAMBEN, 2009, p. 39). Entre os dois grupos – os vivos e os dispositivos – haveria o que Agamben (2009) chama *os sujeitos*.

Embora essa terceira categoria pareça se sobrepôr à categoria dos vivos, Agamben (2009) enfatiza que um indivíduo, uma mesma substância, pode passar por múltiplos processos de subjetivação dada a multiplicidade dos dispositivos – ligada à fase extrema do desenvolvimento capitalista – que a açambarcam. Mesmo que esse múltiplo processo pareça ocasionar a perda da consistência da categoria da subjetividade, essa disseminação apenas levaria “[...] ao extremo o aspecto de mascaramento que sempre acompanhou toda identidade pessoal” (AGAMBEN, 2009, p. 40).

O filósofo italiano ressalta ainda não haveria um instante na vida dos indivíduos que não seria controlado por algum dispositivo e questiona qual seria a maneira possível para resistir aos dispositivos. Nesse sentido, a destruição completa dos dispositivos ou seu uso correto são

rejeitados: a primeira pois é por meio dos dispositivos que a própria hominização se tornou possível, e o segundo porque todo dispositivo corresponderia a um processo de subjetivação, sendo impossível que o sujeito o apreenda de modo correto. Assim, o filósofo advoga a favor da profanação dos dispositivos, ou seja, a restituição ao uso comum daquilo que havia se tornado sagrado (AGAMBEN, 2009).

Agamben (2009) também retoma a ligação do capitalismo com a produção exacerbada de dispositivos para demonstrar como esse conceito atua como máquina de governo somente e enquanto produz subjetividades. O autor vai além e propõe que a definição dos dispositivos pode ser explicada para além dos processos de subjetivação. No capitalismo, os dispositivos não agiriam mais tanto pela produção de um sujeito, mas por processos de dessubjetivação: as sociedades contemporâneas se apresentariam como “[...] corpos inertes atravessados por gigantescos processos de dessubjetivação que não correspondem a nenhuma subjetivação real.” (AGAMBEN, 2009, p. 49), em um contexto em que a *oikonomia* – a pura atividade de governo que visa apenas à sua própria reprodução – sobreleva-se.

As considerações acerca do dispositivo apresentadas nesse capítulo se dão a partir do entendimento de que a aids e o hiv podem ser igualmente tomadas como dispositivos à medida que se constituem historicamente, a partir de múltiplos discursos sobre a infecção e sobre a doença, discursos esses que instauram saberes, produzem regimes de verdade sobre a doença e os doentes, assim como regulam e normatizam determinadas formas de vida a partir da instauração de tecnologias de governo e procedimentos concretos por meio dos quais se exercem efetivamente relações de poder às quais os sujeitos se vinculam. Ademais, também entendidos enquanto dispositivos, é possível pensar como a aids e o hiv operam na construção como um corpo de conhecimento que modela as formas pelas quais as práticas de sexualidade e de afetividade após a emergência do hiv e da aids podem ser pensadas e conhecidas¹³.

Apresentadas as linhas gerais do que tomo por dispositivo, passo ao segundo movimento deste capítulo: a caracterização dos dispositivos da aids segundo duas categorias: a) um dispositivo da aids; b) um dispositivo crônico da aids. Todavia, embora adote uma separação esquemática entre o que entendo por dois dispositivos específicos, não quero com isso significar que há um momento de brutal ruptura entre eles. Antes, afirmo que são intimamente relacionados, pois ambos retomam e reescrevem enunciados sobre a doença, os doentes de aids

¹³ Não quero com esse trecho significar que negue a existência da doença e do vírus. Entendo, porém, que os discursos sobre eles, existentes em sua materialidade, assim como as tecnologias difundidas após a identificação do vírus (como a adoção do que seriam práticas sexuais mais seguras, com o uso do preservativo, por exemplo) moldam as experiências sexuais e afetivas na contemporaneidade, como já notaram também Treichler (1987), Patton (1994) e Squire (2013).

e as pessoas que hoje vivem com hiv e absorvem as transformações próprias de suas emergências, seguindo a regra das variações contínuas que mencionei. Butturi Junior (2016, p. 60) já mencionava esse deslocamento: “[...] diferença ínfima e profunda que recorta dois períodos e suas implicações para o acontecimento da aids: formas de sujeito e produção de identidades, saberes e procedimentos médicos específicos que vem à tona respondendo a determinadas urgências históricas”.

1.2 O DISPOSITIVO DA AIDS

Agora, você me pergunta: onde é que estava a camisinha nesta história toda? E eu respondo: não estava. **Se já existia a AIDS? Já sim, só que era coisa de “viado”, de “grupo de risco”.** E além do mais, segundo meu namorado, **camisinha era coisa de “puta”. Eu não era “puta”;** logo não precisava de camisinha. (POLIZZI, 2003, [1991], p. 12, grifos meus)

Além do mais, **a AIDS naquela época era muito rara em mulheres.** (POLIZZI, 2003, [1991], p. 15, grifos meus)

Durante muito tempo aquele foi o único lugar¹⁴ em que eu falava de AIDS. Às vezes, nem mesmo falava, mas só o fato de saber que **ali dentro, pelo menos, eu tinha o direito de ter AIDS** já era uma grande coisa (POLIZZI, 2003, [1991], p. 47, grifos meus)

Entrevistadora: E a gente sabe, né?!, dona Jenifer, que os casos de mulheres que vivem com hiv, eles apareceram já logo no início da epidemia, lá na década de 1980, mas isso não era noticiado, isso não era divulgado. Por que a senhora acha que isso aconteceu?

Jenifer: Por que não era divulgado?

Entrevistadora: É.

Jenifer: Eu acho pra abafá o caso, né?!, **que as pessoas que pegavam hiv não eram só as pessoas, porque eles queriam eu acho, que talvez culpar um grupo de risco, armar um grupo de risco, então só os drogados e as prostitutas e gays que tem, né?!, quem é uma pessoa séria dentro de casa não tem,** e por isso assim, ó, a pessoa, nessa época, eu acredito, que eu conheci mais pessoas que pegaram do meu marido, nessa época, quando eu me contaminei eu achava que eu era a única esposa que era, **“como é que eu vou falar para alguém que eu tenho hiv se eu não sou nada disso”, entende?. Acho que complicou também para as mulheres, eu acho que todas deviam passar pela mesma coisa, eu não pertencia a esse mundo.**

Entrevistadora: A esse mundo, desse grupo de risco da época?

Jenifer: Esse grupo de risco.

Iniciei esta seção com alguns trechos. Os primeiros tratam-se de excertos do texto de Valéria Polizzi, publicado em 1991. *Depois daquela viagem: diário de bordo de uma jovem que aprendeu a viver com a AIDS* é um livro autobiográfico no qual Valéria narra a experiência de descobrir que vivia com hiv com dezesseis anos, em 1989. Os demais são excertos da

¹⁴ O lugar ao qual Valéria se refere é o consultório da médica psiquiatra.

narrativa de Jenifer, participante desta pesquisa, com quem conversei em 19 de junho de 2019. Ela vive com hiv há trinta anos.

Como se percebe, os enunciados acima têm a mesma unidade temática: mulher, aids e hiv; porém, são relatos distantes, não do quadro teórico do que entenderei por dispositivo da aids, mas do conjunto de condições que revelariam o que é uma *vida de mulher com hiv*. Assumo, inicialmente, que são discursos distantes a partir de inúmeros pontos, a começar pela própria materialidade dos enunciados: os primeiros dizem respeito a excertos de um livro, bem-sucedido comercialmente, de autoria de uma mulher que se diz pertencente à classe média alta, branca, heterossexual, que realiza palestras em escolas para falar da aids e do hiv. É desse solo que emerge o texto de Valéria. Os demais são enunciados em uma sala do GAPA, em uma das entrevistas realizadas no âmbito desse projeto. No tocante às condições sociais, Jenifer, embora pareça levar uma vida um pouco mais confortável hoje em dia, narra inúmeras dificuldades na juventude. Já Valéria tem sua narrativa marcada pelas viagens ao exterior, pelos cursos que realiza e pela possibilidade de acompanhamento especializado às questões do hiv e da aids.

Parto da hipótese, portanto, de que, mesmo distantes, as duas narrativas constituem o dispositivo da aids, dispositivo que teve sua emergência marcada por discursos de racialização, práticas de segregação de determinadas formas de vida e silenciamento de outras, e aqui me refiro especificamente às mulheres heterossexuais, às mulheres lésbicas, às mulheres que não eram parceiras de usuários de drogas ou hemofílicos, às mulheres que não eram profissionais do sexo, enfim, às mulheres que não se enquadravam nas categorias definidas como aquelas de risco (PARKER; GALVÃO, 1996; CAMPBELL, 1999; PATTON, 1994). Dispositivo de cisão, portanto entre “[...] modelos mais ou menos importantes de sujeitos – econômica, genérica, sexual, racial ou etnicamente marcados pela biopolítica” (BUTTURI JUNIOR, 2016, p. 61).

Retomo os enunciados em destaque. Eles revelam complexos regimes de dizibilidade de uma doença que, de início, nos anos oitenta do século XX, apresentava-se como essencialmente masculina (TREICHLER, 1987). Assumo, dessa maneira, que a dificuldade das duas mulheres em encontrar espaços nos quais elas podiam ter aids, relegando esses ambientes a espaços familiares – no caso de Jenifer e de Valéria – ou a espaços médicos – como retrata Valéria –, se deu pela suposta incolumidade das mulheres à epidemia, instaurada por discursos que promulgavam e reforçavam a invisibilidade de outras formas de subjetivação negadas a elas a partir da interdição de se falar sobre a aids e sua relação com as mulheres.

Aqui, cabe referência a Michel Fumento¹⁵, que serve como exemplar dos enunciados da suposta barreira masculina da aids instaurados nos debates norte-americanos (BUTTURI JUNIOR, 2019), que inauguram a interdição de se assumir mulher com hiv ou aids. No momento de explosão discursiva da heterossexualização da doença, em 1987, Fumento publicara um artigo intitulado *Are Heterosexuals at risk?*, mais tarde ampliado e publicado em formato de livro: *The Mith of Heterosexual Aids*. É mister trazer as palavras do próprio Michel:

O "mito" da AIDS heterossexual consiste em uma série de mitos, um dos quais não é que os heterossexuais contraíam AIDS. Eles certamente a recebem, de agulhas compartilhadas, de transfusões, de fatores de coagulação, que os hemofílicos usam para controlar o sangramento interno, de suas mães no nascimento ou antes, e às vezes através de relações sexuais com pessoas dessas categorias e com bissexuais. **O mito primário, entretanto, era que a doença não estava mais ancorada a esses grupos de risco, mas estava, de fato, passando de heterossexual para heterossexual por meio de relações sexuais, que era epidêmica entre heterossexuais que não abusavam de drogas.** (FUMENTO, 1990, p. 16, grifos meus, tradução minha)

Se há uma salvaguarda hetero, há também uma cisão e uma notável produção de determinadas formas de sujeitos heterossexuais racializados que, segundo Fumento (1990), seriam os únicos afetados: usuários de drogas, hemofílicos, bebês que contraíram a doença da mãe. Fumento (1990) cita determinadas categorias de mulheres como aquelas mais propensas à contaminação e ainda revela quais delas seriam as “infectadoras de bebês” em potencial, as negras e hispânicas:

Sure black women dating IVDA men in Brooklyn are at risk, but so, we're told, is the White female yuppie who has an occasional one-night stand with a white male yuppie who never had anything injected into his veins that wasn't a vaccination. It is one of the greatest ironies of the AIDS alarmists that in their obsession with reducing the risks of contracting HIV to zero, they were oblivious to the risks of overreacting. (FUMENTO, 1990, p. 86)

Half of all white children infected became so through transfusion or hemophilia clotting factor, neither of which are still major sources of infection since the blood supply was cleaned up in 1985. **But about 90 percent of black children and 80 percent of Hispanic ones are infected through the mother** (Black and Hispanic children also have a higher risk of infection through transfusion than do white ones—probably due to their having a rate of low birth weight at least twice that of whites.). **As time progresses, then, blacks and Hispanics will constitute an ever greater majority of the pediatric category.** While fewer than 15 percent of white adults with AIDS are strictly heterosexual, 45 percent of black adults and 50 percent of Hispanics with AIDS fall into that category. **The incidence of AIDS among black women is over 12 times the incidence among white women; in Hispanic women it is 8 times.** (FUMENTO, 1990, p. 131, grifos meus)

¹⁵ No site do próprio autor (disponível em: <http://fumento.com/fumento/>. Acesso em: 07 de out. 2019), na seção que trata de sua biografia, ele se diz autor, analista, advogado, jornalista e palestrante popular. Na contracapa do livro que cito, há a seguinte informação: “Michael Fumento has written extensively about aids and until recently worked as an aids analyst for the U.S. commission on civil rights”. Interessante notar que um autor que defende que apenas determinados grupos heterossexuais poderiam ser contaminados pelo hiv fazia parte de uma comissão de direitos civis nos EUA na época do lançamento do livro. Tomo esse fato como indicio do silenciamento de determinadas formas de ser mulher e viver com hiv, como demonstrei nos parágrafos anteriores a essa nota.

É como risco e como cisão racial, nos moldes de Foucault (2017a), que os discursos sobre o hiv e a aids se espriam, também no Brasil, tendo a heterossexualidade como problema a ser investigado. Volto aos enunciados do início desta seção, pois há ainda, mesmo que brevemente, de se atentar para o tom confessional assumido neles.

Para esta empresa, retomo algumas considerações de Bessa (2002). O autor argumenta que, na segunda metade da década de 1980 e na primeira metade da década de 1990 do século XX houve uma nova inquisição iniciada pela aids. Nesse escopo, muitas vezes, a confissão¹⁶ da aids também significava a confissão de ser homossexual. Caso esse não fosse o cenário em que o doente estava, ele deveria justificar ou comprovar não pertencer aos chamados “grupos de risco”, o que percebo nos enunciados das duas mulheres – *Valéria não era puta; Jenifer não era nada “daquilo”*.

Como já demonstrou Nunes (2008), o discurso de Valéria revela uma espécie de ambiguidade, uma confusão, que faz com que, em determinadas trechos, a autora elabore discursos em prol do fim do preconceito com relação aos homossexuais, e, em outros, reforce a categorização criada em torno de suas identidades como sujeitos “marginais”, um retrato da cisão entre os homossexuais e heterossexuais. É interessante notar aqui, na forma de um parêntese que, em minhas entrevistas, essa ambiguidade também aparece na entrevista com Jenifer, que em outros trechos diz:

[...] eu achava que eu era **a única esposa que era, como é que eu vou falar para alguém que eu tenho hiv se eu não sou nada disso**, entende?. Acho que complicou também para as mulheres, eu acho que todas deviam passar pela mesma coisa, **eu não pertencia a esse mundo**

Assim, da assunção do que seria uma sequência não lógica – ser mulher, não trabalhar com sexo e ter aids – as duas mulheres enunciam como a construção da doença, nesse estudo a aids, faz parte de processos discursivos e, por isso, não pode ser compreendida como entidade vivenciada universalmente. Desse modo, a aids é compreendida, nesse texto, também como um processo cuja materialização depende de fatores culturais, sociais e psicológicos, os quais atuam em conjunto com processos psico-biológicos ou, como advoga Nascimento (2005, p. 29), quando afirma que “[...] a doença, como fenômeno social, também é uma construção”. Para a existência de uma afecção, segundo a autora, concorrem diversos elementos científicos, sociais

¹⁶ A questão da confissão será retomada com mais vagar no capítulo que trata das entrevistas realizadas no âmbito dessa pesquisa.

e políticos, ou seja, “[...] diferentes grupos, a cada época, dão significação e sentido específico à entidade fisiopatológica chamada doença”.

Antes de dar a entender que defendo um construcionismo radical, recorro a Camargo Jr. (1994) para justificar a postura teórica e analítica assumida nessa tese. Para o autor

[...] reconhecer nas doenças construções não implica negar-se-lhes toda e qualquer validade: dentro de um processo terapêutico (assim como em todo conhecimento prévio ao contato com o paciente) têm a importante função de um conceito heurístico, um “conceito inicial de que se parte ... (que) pode iluminar o achado na medida em que orienta a busca” (Keller, 1988, p. 27). Apenas um tolo temerário poderia mostrar um ceticismo tão ingênuo frente a um grave problema de saúde que ceifou a vida de tantas vidas [...]. (CAMARGO JUNIOR, 1994, p. 36)

Desse modo, assim como Camargo Jr. (1993, 1994), não proponho discutir nesse texto qualquer tema ligado à veracidade dos conhecimentos produzidos sobre a aids, o hiv e sua ligação com as mulheres, convergindo meus esforços aos processos discursivos – ou tecnobiodiscursivos – que instauram esses conhecimentos e instituem o acontecimento da aids em sua dispersão. Procuo descrever uma espécie de arqueologia dos enunciados e o jogo que eles instauram, na modalidade do discurso.

A esse respeito, é necessário voltar também à Foucault para trazer à tona a questão da produção da verdade e do discurso interdito sobre mulheres e aids no início da epidemia. Sobre a questão da verdade, Foucault (2003) explica que há duas histórias da verdade: uma interna, a partir da história das ciências, e uma externa, exterior da verdade, que pensa nos outros lugares nos quais a verdade se forma, onde um certo número de regras de jogo são definidas, das quais vemos nascer certas formas de subjetividade, certos domínios de objeto, certos tipos de saber e poder. Isso posto, ao recorrer à constituição do dispositivo da aids, é mister percorrer essa história que o filósofo chama de exterior para entender os mecanismos pelos quais certas formas de verdade são definidas acerca da doença e sua relação com as mulheres.

Ainda sobre os discursos de verdade Foucault (1996, p. 7) afirma que eles são assim assumidos porque são “[...] discursos com estatuto científico, ou como discursos formulados, e formulados exclusivamente por pessoas qualificadas, no interior de uma instituição científica”.

Dessa perspectiva, os discursos sobre a aids constituídos no âmbito de instituições científicas seriam discursos de verdade. Um olhar atento, contudo, revela a precariedade desses discursos e sua ligação com práticas sexuais. Inicialmente, eles serão problematizados na literatura norte-americana:

Quando as descobertas científicas, já prejudicadas pela compreensão incompleta do processo da doença e por estruturas inadequadas para compreender a vida social de quem era estudado - homens gays, trabalhadores do sexo, sujeitos coloniais, mulheres

- passaram por esses circuitos de reinterpretação, o resultado foi generalizado, incontrolado e socialmente mal interpretado. (PATTON, 2002, p. 14, tradução minha)

No interior do dispositivo da aids, a mulher era considerada uma questão marginal ao "real" impulso da epidemia. No entanto, Patton (1994) argumenta que, em vez de aceitar a ideia frequentemente divulgada de que as mulheres eram "invisíveis" na primeira década da epidemia, foram formas particulares e específicas de moldar a categoria "mulher", a partir de em uma série de mulheres que não contavam como fundamentais para o paradigma original, que pesquisadores, formuladores de políticas, educadores e a mídia primeiro utilizaram para entender a epidemia de aids.

Para Finkelstein (2018, p. 171, tradução minha), era notável o impacto do hiv sobre as mulheres; no entanto, a preocupação com esses sujeitos não fazia parte das preocupações científicas e midiáticas da época:

Em 1987, a AIDS já era a causa número um de mortes de mulheres entre vinte e quatro e vinte e nove anos de idade na cidade de Nova York. No entanto, a agência americana encarregada da vigilância epidemiológica, o CDC, não incluiria as manifestações de imunossupressão comuns às mulheres em sua definição de AIDS por mais seis anos - doze anos após a pandemia - embora os ensaios clínicos de medicamentos, os padrões de saúde pública e a política americana de AIDS se baseassem nessas diretrizes e a Organização Mundial da Saúde se baseasse na epidemiologia do CDC para sua própria definição.

A literatura norte-americana sugere ainda que as mulheres não foram apenas excluídas dos ensaios clínicos de medicamentos iniciais, mas dados de vigilância sobre mulheres nunca foram incluídos na definição da aids do CDC (*Center for Disease Control and Prevention*), o que significa que muitas mulheres poderiam viver com hiv ou até mesmo ter desenvolvido aids, mas seus médicos não consideravam essa possibilidade e, como resultado, elas não estavam simplesmente morrendo de aids, mas fazendo isso sem diagnóstico, seis vezes mais rápido do que os homens e sem acesso a tratamentos ou benefícios adequados (FINKELSTEIN, 2018).

Nesse sentido, Treichler (1987, p. 5, tradução minha) também mostra como os discursos científicos da época eram construídos com base em formas populares de domínio semântico: ambiguidade, homofobia, estereotipagem, confusão:

Muitas dessas tradições são ilustradas em um artigo de John Langone na revista científica *Discover*, de dezembro de 1985. Nesta longa revisão da pesquisa até hoje, intitulada "AIDS: os últimos fatos científicos", Langone (1985: 40-1) sugere que o vírus entra na corrente sanguínea por meio do "ânus vulnerável" e da "frágil uretra"; em contraste, a "vagina robusta" (construída para ser abusada por instrumentos tão grosseiros como pênis e bebês pequenos) fornece uma barreira muito forte para que o vírus da Aids penetre. Ao contrário do que você ouviu, Langone conclui - e sua conclusão ecoa uma quantidade razoável de escritos médicos e científicos da época - 'a AIDS não é uma ameaça para a grande maioria dos heterossexuais'. Ela é agora e provavelmente permanecerá - em grande parte o preço fatal que se pode pagar por relações sexuais anais.

No cenário nacional, Barbosa (1997) mostra que embora os casos femininos fossem registrados desde o surgimento da epidemia, até os anos 1990 os setores vinculados ao governo e aqueles que controlavam as informações sobre a epidemia reconheceram timidamente que as mulheres, e não apenas aquelas pertencentes aos chamados grupos de risco, estavam cada vez mais expostas ao perigo da infecção pelo hiv. O fator decisivo para esse reconhecimento se deu com o aumento dos casos de transmissão vertical¹⁷.

Aqui, a clássica separação entre as profissionais do sexo e as “mulheres em geral” determinou que, entre as primeiras, se realizassem esforços preventivos – já que elas eram transmissoras de um vírus mortal – enquanto às segundas se reservou o silêncio (GALVÃO, 1997). Como se percebe, as práticas discursivas consideradas como discursos de verdade, naquilo que de ubuesco esse modo de governo da vida apresenta, eram consideradas necessárias e, *a priori*, contingenciaram assim determinadas formas de sujeito à emergência.

É o que descreve Camargo Junior (1993), ao analisar o processo de construção de categorias diagnósticas pelo saber médico, tomando como exemplo a aids. O autor mostra como a pesquisa no campo médico saiu de uma “coisa estranha” e sem nome para uma nova doença com todos os requisitos formais que essa instauração costuma ter:

Em 1981 um órgão governamental americano (Centers for Disease Control) soava o alarme: uma nova e assustadora constelação patológica atacava **homens** que tinham em comum a **homossexualidade** ou o **uso continuado de drogas injetáveis**. Com o passar do tempo, caracterizou-se o surgimento de uma nova doença, à qual chamou-se de síndrome de imunodeficiência adquirida, ou, mais simplesmente, AIDS (CAMARGO JUNIOR, 1993, p. 37, grifos meus).

No âmbito da seletividade operada pelos discursos sobre a aids e criação daqueles sujeitos chamados de “aidéticos”¹⁸, é pertinente ainda, antes de se atentar para mais especificidades do dispositivo da aids, retomar esse operador analítico de maneira retrospectiva, associando-o à história antivenérea e a outros dispositivos como os dispositivos da sífilis. A adoção da hipótese de enraizamento entre esses dispositivos permitirá que se pense no conjunto de práticas estabelecidas, principalmente naquelas que dizem respeito à ciência médica; permitirá também pensar as séries de transformações e mutações pelas quais esses dispositivos se constituem e constituem determinados saberes.

¹⁷ Como aponta Barbosa (1993, p. 421), “Tanto 'mães' como 'putas' são definições baseadas em seus relacionamentos com outros, o que reflete as necessidades de homens e crianças, deixando margem para que as mulheres sejam tratadas ou como uma 'preocupação' ou como uma 'ameaça' para os outros”.

¹⁸ “Aidéticos” refere-se ao modo de nomear os sujeitos que desenvolviam a aids nas primeiras décadas da epidemia. O nome aparece principalmente em matérias jornalísticas sensacionalistas do país, como será demonstrado adiante.

Dessa maneira, por sua função histórica e conceitual, além de seus modos de intervenção, julgo que a história antivenérea os dispositivos da sífilis¹⁹ – os quais retomo mesmo que de maneira breve – estão profundamente enredados ao dispositivo da aids, a sua preocupação higienista e sua ligação [ou não] com as mulheres. No entanto, uso as palavras de Butturi Junior (2016, p. 66) para enfatizar a especificidade dos dispositivos da aids, uma vez que “[...] a aids oferece uma inflação discursiva e disciplinadora que suplanta a história da intervenção médica e das representações das doenças venéreas”, como pretendo tratar mais tarde.

Carrara (1996, p. 284) observa que, se para Foucault, ao longo do século XIX o sexo se transformou em dispositivo da sexualidade, a partir do qual uma nova forma de poder passou a ser exercida tanto sobre o corpo individual quanto sobre as populações, enquanto corpo-espécie, a luta antivenérea poderia ser considerada como uma das mais importantes técnicas em que o dispositivo da sexualidade operava:

[...] é bastante plausível que o medo de uma doença contagiosa de consequências tão multiplamente nefastas tenha sido muito mais intenso e manipulável do que o medo produzido por qualquer outro dos males supostamente oriundos do mau uso do sexo. Através dele, ter-se-ia podido compelir muito mais eficazmente os indivíduos a seguirem as novas prescrições higiênicas, disciplinando-os sexualmente. Além disso, ao lado do combate às *taras*, à *loucura* ou ao *alcoolismo*, a *luta antivenérea* justificava também a adoção de intervenções mais globais, com impacto regulador mais imediato sobre a população como um todo, como foi o caso do exame pré-nupcial, do exame pré-natal e do acompanhamento médico das gestações, da esterilização dos considerados inaptos à procriação etc.

A história antivenérea, em seu conjunto, partiria, portanto, de uma discussão complexa e mobilizante que, do final do século XIX até pelo menos a década de trinta do século XX, fez com que nos meios médicos, jurídicos e políticos, a discussão da prevenção girasse em torno da prostituição. No caso do dispositivo da aids, o autor observa que são dois os modelos de intervenção social que guardam semelhanças com os dispositivos da sífilis: o do controle médico-jurídico (regulamentarista) e o da formação pedagógico-disciplinar (aboliconista). Desse modo, no campo da intervenção profilática, se opunham o *regulamentarismo* e o *aboliconismo*, dois grandes princípios de intervenção social que polarizavam o campo da luta antivenérea.

O primeiro, originalmente implementado na França, a partir da primeira metade do século XIX tinha como objetivos combater a libertinagem, proteger a moral das famílias e

¹⁹ Susan Sontag (2007) também faz uma comparação entre a aids, a tuberculose e o câncer. Já Italo Tronca (2000) mostra como narrativas alegóricas sobre a aids trazem consigo muitas representações sobre a lepra, que foram reativadas no século XIX. Como nessa seção não pretendo traçar uma longa discussão sobre as relações estabelecidas entre a aids e essas outras manifestações, detenho-me à sífilis, por também ser uma doença sexualmente transmitida.

moralizar o espaço público. Sua proposta de ação baseava-se no controle policial das profissionais do sexo, na tentativa de constituir um meio prostitucional de certo modo invisível. O que se tentava no *regulamentarismo* era a expulsão daquelas mulheres da cena pública e o controle contínuo de suas atividades a partir de sua inscrição na polícia e da liberação do exercício de suas atividades em regiões previamente determinadas – preferencialmente nas casas de tolerância.

Entretanto, embora a preservação da moral e dos bons costumes fosse o objetivo inicial do *regulamentarismo*, à medida que as doenças venéreas começaram a ser percebidas – no decorrer do século XIX – como flagelo social, o perigo transformou-se em verdadeira obsessão; o princípio passou a ser defendido por médicos e juristas e seu objetivo de combater às doenças, secundário no início, transformou-se em objetivo principal “[...] polícia e medicina deviam somar suas forças no sentido de localizar as prostitutas e submetê-las a exames médicos regulares e a internamento obrigatório. Só desse modo a maior parte das contaminações poderia ser evitada” (CARRARA, 1994, p. 277).

Uma vez que, para os regulamentaristas, a prostituição era impossível de ser erradicada e tinha função social importante e benéfica, – canalizava impulsos sexuais, que sem ela poderiam perturbar a moral das famílias –, Carrara (1994, p. 278) enfatiza que

Do ponto de vista da profilaxia antivenérea, a questão não era mudar o comportamento masculino, nem tampouco “recuperar” as prostitutas. Importava apenas submetê-las obrigatoriamente a exames regulares e ao internamento, se contaminadas. Assim, a feição do “comércio” secular entre os homens e as mulheres permanecia intacto.

Ao *regulamentarismo* importava, pois, a consolidação de um dispositivo sanitário em articulação a um dispositivo legal e repressivo: identificar os perigosos, tratá-los e punir aqueles que se recusavam à identificação e ao tratamento.

Já o *abolicionismo* se configurava a partir de um conjunto de ideias e propostas ainda mais diversificado que o *regulamentarismo*. O movimento reclamava o fim da prostituição regulamentada, argumentando que a regulamentação era ineficiente, pois as prostitutas fugiam à inscrição, aumentando o número de mulheres que trabalhavam na clandestinidade. Além disso, o movimento, que contava com feministas, anarquistas libertários e socialistas, fazia duras críticas ao caráter jurídico-político do *regulamentarismo*, enfatizando que o sistema proposto era injusto, antiliberal e despótico, uma vez que atingia somente as mulheres e colocava as prostitutas como desprovidas de direitos comuns. Ainda, os abolicionistas criticavam a moralidade da regulamentação da prostituição: “[...] a regulamentação seria imoral, pois, em certo sentido, reconhecia a prostituição como profissão e reforçava o chamado

“duplo padrão de moralidade”, que permitia aos homens o que era vetado às mulheres, ou seja, o exercício sexual fora do casamento (CARRARA, 1994, p. 278).

O movimento abolicionista procurava combater, ao mesmo tempo, a prostituição e as doenças venéreas e considerava a contenção sexual como o meio mais eficiente para acabar com elas e a educação e a propaganda enquanto instrumentos privilegiados para tal contenção. Ao contrário do dispositivo sanitário, legal e repressivo do *regulamentarismo*, o abolicionismo remeteria a um dispositivo pedagógico-disciplinar, que tinha como objetivos “[...] moralizar, persuadir, forjar novos hábitos com uma intervenção no nível das subjetividades e dos valores” (CARRARA, 1994, p. 280).

Embora divergentes em alguns aspectos, os movimentos tinham um acordo tácito em torno do principal vetor de transmissão das doenças, que envolvia três termos: “[...] as prostitutas como origem do mal, os homens, como seus intermediários, e suas esposas (e filhos), as vítimas inocentes” (CARRARA, 1994, p. 279). Nesse ínterim, ainda que a incidência das doenças venéreas tenha crescido em ritmo acelerado desde a década de 1960, o problema instaurado pelos dois movimentos entraria em decadência e se prolongaria até o aparecimento da aids, cujos poderes morbígenos são bastante comparáveis aos que, anteriormente, eram atribuídos à sífilis. É mister, no entanto, enfatizar que durante todo o período que vai da metade do século XIX há meados do século XX, quando o medo da degeneração da espécie humana era pulsante, a sífilis se manteve como um dos mais graves problemas da patologia, da higiene e da eugenia (CARRARA, 1996).

A produção discursiva da sífilis seria sustentada por quatro níveis de significação, ou quatro princípios, de acordo com Carrara (1996). No momento de sua irrupção, no século XV, a doença teria sido considerada – por cânones do pensamento astrológico – uma consequência direta da conjunção (no dia 25 de novembro de 1484) de Saturno e Júpiter, na casa de Marte, sob o signo de Escorpião, ao qual estariam submetidos os órgãos sexuais. Tal caráter místico teria sido reforçado ainda por explicações apoiadas em doutrinas cristãs, que passaram a ver na doença o castigo divino ao *pecado da carne*. *Princípio Ético-místico* de estruturação do conceito, que além de determinar a reprovação moral que recaía sobre os doentes fazia também de suas trajetórias morais ou de seus modos de vida elementos diagnósticos fundamentais. O segundo, *Princípio Empírico-terapêutico*, tratava de considerar sífilítica toda doença que cedesse à ação do mercúrio, remédio herdado da antiga metaloterapia. Já o *Princípio Experimental- patológico* apoiava-se em observações clínicas e experiências com inoculação do vírus da sífilis em seres humanos. Tais experimentos ora atestavam, por exemplo, a diferenciação entre o que hoje chamamos de gonorreia e sífilis, ora as identificava. Por fim,

houve a noção de *princípio patogênico*, que supunha que a sífilis atuasse corrompendo o sangue, fazendo com que todas as doenças generalizadas e múltiplos sintomas fossem classificadas como sífilíticas (CARRARA, 1996).

Do século XV, volto aos discursos da modernidade com Carrara (1996, p. 277), que argumenta que, embora a incidência da sífilis nos países do Ocidente tenha voltado a crescer vertiginosamente depois de uma súbita queda durante os anos cinquenta do século XX, ela já não se apresentava mais como a horrenda hidra da morte. Seu “império” ruiu fragorosamente e até mesmo o medo que provocava estava quase apagado da memória social quando a emergência de “[...] sua mais legítima herdeira”, a aids, ressuscitou temas e medidas anteriormente relacionados à sífilis.

Ao traçar um comparativo entre as formas de subjetivação produzidas pelos dispositivos da sífilis e a aids, Carrara (1994) argumenta que a primeira era vinculada à marginal figura da prostituta, enquanto a aids se vincularia fortemente aos homens homossexuais. Nos dois casos, a prevenção implicaria em transformar em objeto de discurso práticas sexuais tomadas como estigmatizadas:

[...] Ora, processos como a publicização da vida sexual e a exigência crescente de sua racionalização parecem continuar seu curso. Se, há mais de cem anos, os bordéis começavam a ser devassados por uma rede de olhares, que, cada vez mais indiscretamente, passavam a interromper o tradicional “descanso do guerreiro”, hoje são as saunas e boates *gays* que, em nome da saúde de todos, têm suas portas escancaradas pelos mais diferente especialistas. [...] parece-me também que, em relação à *AIDS*, é sobretudo o comportamento sexual masculino que continua em causa. Com a publicização de práticas homossexuais, antes secretas, talvez estejamos assistindo à “tomada” dos últimos “redutos” do privilégio masculino de exercer mais ou menos livremente sua sexualidade. Se, antes, enquanto anormalidade ou doença, a homossexualidade servia para a normalização das relações heterossexuais, hoje são as próprias relações homossexuais que passam por um processo de normalização. De todo modo, todos são exortados, de uma maneira ou de outra, a distanciarem-se ainda mais de si próprios; a manterem uma atitude vigilante antes, durante e depois das relações sexuais, para que elas possam ser inócuas ou não-contagiantes. Talvez estejamos mesmo tocando um novo limiar na exigência de *autocontrole*, sem paralelo na história. (CARRARA, 1996, p. 285-286).

Assim, vemos a aparição de novos discursos que tomam o que era próprio de determinadas formas de ser mulher, as doenças, para agora democratizá-las a outros tipos de sujeito – os homossexuais.

De uma história que ligava a luxúria à figura da mulher²⁰, principalmente da mulher prostituta, como protagonista e foco de contágio de doenças sexualmente transmissíveis, passa-

²⁰ Nesse ponto, é necessário relembrar que em *história da loucura na idade clássica*, Foucault (2014) analisa como a histeria passa a ser tratada como doença mental e tem solidez apenas no corpo da mulher. É a partir dessa densidade espacial do corpo que a suposta doença ofereceria um de seus sentidos, o sentido moral, de culpabilidade e justo castigo, que desde o século XIX se funde ao corpo feminino.

se, no início dos anos oitenta do século XX, ao que seriam as três as epidemias da aids: *seu aparecimento quase despercebido; a produção da aids como doença infectocontagiosa; e a epidemia de reações sociais, culturais, econômicas e políticas à novas formas de verdade*, intrincadas em uma rede biopolítica que produzem a memória basilar da doença ao se instaurarem outros tipos de sujeito como vetores da transmissão da aids – homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos e hookers (prostitutas) – : “[...] Um grupo de risco criado como estratégica biopolítica já no início da epidemia, nos idos de 1982 [...] ainda num momento em que a etiologia da doença não havia sido sequer descrita” (BUTTURI JUNIOR, 2016, p. 65)

Como mencionei no início deste capítulo, Perlongher (1987), em *O que é AIDS*, traz à tona a problemática do dispositivo para pensar os discursos sobre a aids e os sujeitos que então eram produzidos: “O dispositivo da AIDS não parece dirigir-se (pelo menos da ótica progressista) tanto à extirpação dos atos homossexuais, mas à redistribuição e controle dos corpos perversos [...]” (PERLONGHER, 1987, p. 76). Para o autor, uma doença relacionada com o sexual tocava em um ponto particularmente sensível para a sociedade da época, tão preocupada com a higiene e com o corpo e, por isso, tornava-se necessário atentar para às repercussões sociais e sexuais da aids, já que a emergência da doença colocava em movimentação uma gama de articulações que não ficavam restritas ao plano médico.

Em um primeiro momento, o dispositivo da aids aparece centrado em enunciados contrários à “licenciosidade” dos perigosos, notadamente das práticas homoeróticas. Daí aparecem, no interior da biomedicina e devidamente mediados, os discursos do “câncer gay” e GRID (*Gay-Related Immune Deficiency*). Além dos homossexuais, os países africanos passam a ser um *locus* do perigo biopolítico com a ascensão das narrativas que buscam pelas origens raciais do hiv (CAMARGO JR., 1994).

Pelúcio e Miskolci (2009), também ancorados em Perlongher, discutem a estrutura do dispositivo da aids e argumentam que o discurso preventivo é parte basilar desse dispositivo. Para os autores

É neste registro que o dispositivo da aids opera e faz sentido, tendo a prevenção como estratégia de normalização materializada em uma espécie de imposição, em uma teleologia heterossexista que aponta para uma compreensão futura da vida como monogâmica, reprodutiva, familiar, em suma, privada e sob controle. Assim, o discurso da prevenção foi sendo construído ignorando a abjeção como fundante da experiência homoerótica. (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009, p. 142)

Para Butturi Junior (2016), relacionado à estratégia de individualização e disciplinarização de sexualidades dissidentes, o dispositivo da aids no Brasil avançou segundo a ordem de um governo do corpo e da população: controle médico-jurídico e formação

pedagógico-disciplinar. Nesse dispositivo, a sexualidade é aproximada do discurso da morte e os corpos são objetos de luta e regularização médica.

Como dispositivo de segurança (FOUCAULT, 2008, 2010), os discursos da aids das décadas de oitenta e noventa do século XX solicitam um retorno à conjugalidade heterossexual e constituem formas de subjetividade perigosas a partir grupos de risco. Criado nos Estados Unidos em 1982, mesmo antes da identificação do vírus hiv, o discurso dos grupos de risco foi reconhecido pelos 5H: hemofílicos, homossexuais, haitianos, heroinômanos e hookers (CAMARGO JR., 1994). Aos grupos de risco, vai se aproximar a produção de uma forma de subjetividade, a saber, a do aidético, sujeito que adquiriu o hiv e cujo corpo oferece perigo que deve ser midiaticizado (SOARES, 2001).

Esses discursos relacionam a individualização dos sujeitos que vivem com hiv (como aidéticos a se disciplinar) e retomam um problema higienista da população – que deve ser governada diante do risco iminente (BUTTURI JUNIOR, 2016). O acontecimento da aids permite a existência de novos modelos de intervenção social planejada, amplificando o perigo relacionado às sexualidades perversas e a regulamentação estatal dos corpos e dos prazeres. Se a sexualidade está relacionada à morte, será preciso uma intervenção cuidadosa e uma racialização efetiva de toda sorte de sujeito que atente contra a manutenção da vida – definida. Nesse ínterim, Perlongher (1987, p. 90-91) afirma que

Talvez todo esse dispositivo contenha em si uma tentativa de abrandar a luxúria provocativa das bichas-loucas, submetendo a prática e toda a experiência sexual “dissidente” aos parâmetros de uma normalidade ampliada e mais ou menos conjugal, excluindo os marginais, os promíscuos, os travestis (e eventualmente as mulheres liberadas, os maridos libertinos, etc.)

Pelúcio e Miskolci (2009, p.127) retomam o texto clássico de Perlongher e constataam que as práticas desse dispositivo permanecem funcionando segundo a ordem da *sidanização*: um conjunto de discursos e práticas que produzem identidades disciplinadas e abjeção – relativas à normalidade heterossexualizante –, incidindo sobre os corpos que têm hiv e distribuindo-os ainda segundo a ordem da culpabilização e do pânico moral.

Como afirmei, para cumprir uma função estratégica, cada dispositivo necessita de uma “[...] intervenção racional e organizada nessas relações de força, seja para desenvolvê-las em determinada direção, seja para bloqueá-las, para estabilizá-las, utilizá-las, etc...” (FOUCAULT, 2015, p. 367), uma série de manipulações das relações de poder, portanto. Sendo assim, nas próximas seções procuro descrever a função estratégica e específica do dispositivo da aids, resultante das relações de poder e dos campos de saber, a partir de quatro campos de saber que

julgo pertinentes para as discussões estabelecidas: *o discurso mídia brasileira*²¹; *os discursos estatísticos e epidemiológicos nacionais*; *o ativismo das primeiras décadas da epidemia*; e, finalmente, *as primeiras políticas públicas de saúde instauradas no Brasil* que tomavam a aids e o hiv como problemas de Estado. Essas quatro frentes de trabalho, embora aleatórias, não são arbitrárias. Parto delas pois assumo sua relevância no acontecimento da aids no país e na produção discursiva sobre a doença.

Ainda, como já apontaram Butturi Junior e Lara (2018), o que esses enunciados trazem em comum, para além do objeto sobre o qual se debruçam, diz respeito ao papel que as estratégias de produção da memória desempenham na constituição dos discursos sobre as doenças e os doentes. Ora, é no interior desse “dispositivo complexo de uma memória” (PÊCHEUX, 1999, p. 51) que também interrogo os objetos desta pesquisa: as narrativas de mulheres que vivem com hiv no Brasil contemporâneo e as políticas públicas de saúde relacionadas a elas.

Passo brevemente a cada um desses tópicos nas próximas seções. Antes, esclareço que tomo os enunciados produzidos nesses campos de saber enquanto acontecimentos no sentido foucaultiano do termo:

[...] Um enunciado é sempre um acontecimento que nem a língua nem o sentido podem esgotar inteiramente. Trata-se de um acontecimento estranho, por certo: inicialmente porque está ligado, de um lado, a um gesto de escrita ou à articulação de uma palavra, mas por outro abre para si mesmo uma existência remanescente no campo de uma memória, ou na materialidade dos manuscritos, dos livros e de qualquer forma de registro; em seguida, porque é único como todo o acontecimento, mas está aberto à repetição à transformação, à reativação; finalmente, porque está ligado não apenas a situações que o provocam, e a consequência por ele ocasionadas, mas, ao mesmo tempo, e segundo uma modalidade inteiramente diferente, a enunciados que o precedem e o seguem (FOUCAULT, 2012, p. 35, grifos meus).

1.2.1 A produção midiática

Começo pelos discursos midiáticos²²: foi em 1981 que a aids começou a ser conhecida no Brasil por meio das primeiras matérias publicadas pela mídia e, apenas no ano seguinte, os primeiros casos de infecção pelo hiv foram relatados no país. A maior parte das informações

²¹ Nesta tese, pretendo uma descrição sumária acerca da circulação dos discursos da aids da mídia brasileira, uma vez que outros tantos autores (FAUSTO NETO, 1999; PARKER, 1994; GALVÃO 2000; SOARES, 2001; AMORIN, 2009; BARATA, 2006) já trataram dessa discussão com mais perícia do que essa tese poderia. reitero ainda que optarei por privilegiar os enunciados que têm emergência no brasil. no entanto, não deixarei de mencionar, quando relevante, àqueles de ordem internacional que podem ter ressonância na epidemia brasileira.

²² Nas linhas que seguem, destaco os discursos documentados da mídia hegemônica no país. Entretanto, cabe destacar que materiais produzidos por uma imprensa alternativa, composta por grupos homossexuais e ONGS relacionadas à doença, também têm emergência nesse período. Esses documentos – como os boletins da ABIA, do Chana com Chana e o Jornal do Gapa – contribuíam na divulgação de informações sobre a aids e o hiv, principalmente dentro das comunidades as quais se endereçavam.

emergiam das publicações americanas e europeias, mas, de acordo com Daniel e Parker (2018), as publicações nacionais também procuravam histórias locais. Como exemplo, os autores citam uma das matérias publicadas na revista *Veja*, de 17 de julho de 1982, a qual propunha um cunho “científico” ao tema: insistia em uma pesquisa de um professor baiano que afirmava, a partir de suas experiências clínicas, encontrar a razão do contágio na utilização abusiva pelos homossexuais de hormônios femininos, embora a teoria da contaminação por um vírus novo já levasse os cientistas franceses a isolarem o LAV. Em outras matérias, a aids era apresentada “[...] como um mistério, algo que transcendia a capacidade tecnológica do mundo moderno e que estabelecia a morte como um elemento praticamente definidor” (DANIEL; PARKER, 2018, p. 34). Daniel (1991, p. 541, tradução minha) diz

Esta epidemia, real e remota, tanto mortal como sexual, tanto concreta quanto misteriosa, foi discutida como se fosse uma aberração intermediária, uma doença de "outros", e não sem uma ironia que frequentemente se transformava em uma zombaria impiedosa.

A emergência de uma série de enunciados midiáticos²³ sobre a aids acontece no interior daquilo que Fausto Neto (1999) chama de *dispositivo da mídia*. Mais uma vez, interessa-me a relação entre esses dispositivos plásticos que configura[ra]m a aids, pois, como falam Jenifer e Mara, é [era] nesse quadro que a doença adquire [adquiriu] inteligibilidade para elas e outras participantes desta pesquisa, como aponto com os trechos das entrevistas e com uma das matérias publicadas pela revista *Veja*, em 1989, também mencionada em alguns encontros do GAPA:

Entrevistadora: E depois da infecção, a senhora continuou com a mesma visão? Se não, o que que mudou?

Jenifer: Depois assim, no começo eu acho que todo mundo tem o mesmo, principalmente no início da infecção, que era, **morreu Cazuza, Renato Russo, eu imaginava todo dia, me olhava no espelho pra ver como é que eu tava, se tinha acontecido alguma coisa estranha**, ficava apavorada para menstruar, não usava sabonete, não usava pasta de dente, não usava nada de ninguém, sabe?!, tudo, tudo para mim ia contaminar alguém, sabe?!,

Entrevistadora: [...] antes da infecção o que você imaginava sobre HIV e AIDS?

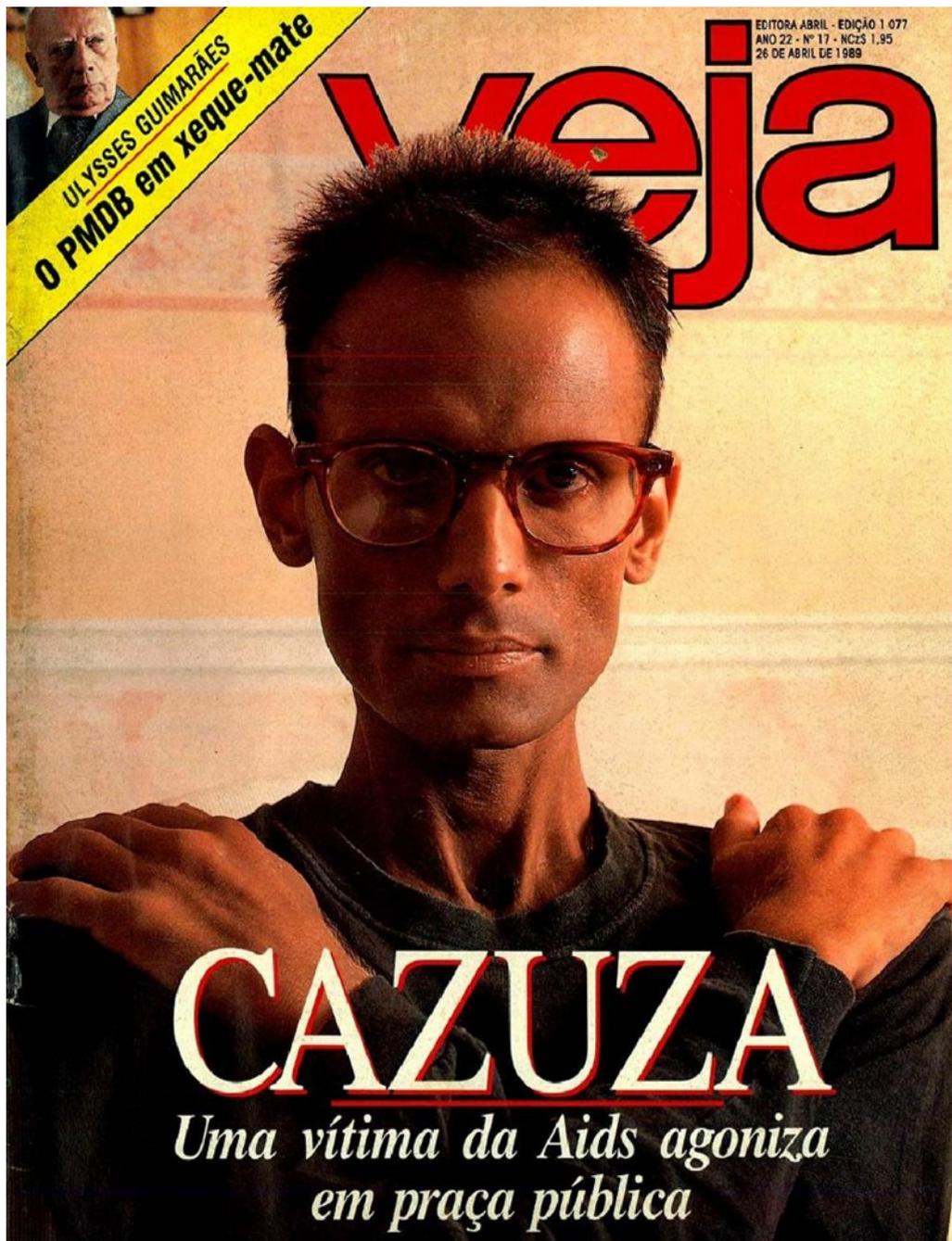
Mara: Eu não tinha nem ideia, **só sabia o negócio ali do Cazuza, que passou na mídia, foi rapidinho e depois deu**, depois não tive mais contato nenhum.

Entrevistadora: Era o que você tinha conhecimento sobre o hiv e aids?

Mara: Era o que eu tinha conhecimento.

²³ Tratarei da divulgação midiática da aids em Florianópolis no capítulo 2, na seção intitulada As mulheres e o “conto da aids” em Florianópolis – o início da epidemia.

Figura 4: Cazuzza – Revista Veja



Fonte: Revista Veja, 1989.

Ao tomar a mídia enquanto dispositivo implicado na fabricação de uma nova doença que assolaria populações específicas até então, Fausto Neto (1999, p. 16) argumenta que

[...] a AIDS toma uma visibilidade e face próprias à medida que vai sendo publicizada pelas práticas midiáticas. Esse fato aponta para a importância das mídias como um dos dispositivos instituidores do espaço público, na medida em que, pela sua ação ritualística e cotidiana as mídias vão, não só anunciando a noção de realidade, mas convertendo-se, elas mesmos, como lugar pelo qual a realidade não só passa por elas, mas também se faz nelas.

A irrupção da aids no discurso midiático brasileiro ilustraria, dessa forma, o funcionamento de complexos mecanismos de produção e de disputa de sentido entre instituições, que, ao mesmo tempo em que retinham a importância dos fenômenos de linguagem na produção de verdades sobre a doença, levavam em conta um problema de natureza política e outro de natureza simbólica.

Para Fausto Neto (1999) essa dupla articulação – entre sua natureza política, que caracterizava a aids como uma questão étnico-moral-tecnológica e cultural, e a natureza simbólica, na qual a doença era/é um significante com várias dimensões que resultaram das diferentes construções de sentido realizadas pelas estratégias de instituições como medicina, a política, a igreja – é que engendra a semantização da aids e, por consequência – as significações atribuídas à doença. Daniel e Parker (2018, p. 36) afirmam que o recurso usado para falar da epidemia “[...] ao mesmo tempo real e distante, ao mesmo tempo mortal e sexual, ao mesmo tempo concreta e enigmática – era usar uma linguagem com que se fala de curiosidades de feira, não sem apelo a uma ironia que chegava, frequentemente, à zombaria mais desrespeitosa”.

Recorro a algumas matérias publicadas naqueles anos, isso na tentativa de apresentar a construção midiática da epidemia. A primeira delas diz respeito à afirmação de Galvão (2000) e Daniel e Parker (2018) de que as primeiras notícias brasileiras tinham como fonte a imprensa norte-americana: a maneira com que a aids era abordada nos Estados Unidos influenciou o noticiário nacional e o “imaginário social” brasileiro a ela relacionado. Uma das marcas dessa influência veio das formas de abordagem da mídia norte-americana de questões como homossexualidade, comportamento e grupos de risco, como pode ser notado na imagem a seguir.

Figura 5: A luta nos EUA contra uma doença misteriosa e mortífera.

AIDS
Síndrome de deficiência imunológica adquirida

Nova NOLASCO-FERREIRA, jornalista de São Paulo, em 1983, em uma reportagem sobre a luta dos americanos contra a doença misteriosa e mortífera conhecida como AIDS. Ela foi publicada na revista 'Veja' em 1983, com o título 'A luta nos EUA contra uma doença misteriosa e mortífera'.

A luta nos EUA contra uma doença misteriosa e mortífera

Trabalho para os efeitos da AIDS. Alguns estudos já mostram que a doença pode ser transmitida pelo sangue e sêmen de pessoas com a doença. O primeiro relatório científico sobre a doença foi publicado em 1981, e desde então a luta dos americanos contra a doença misteriosa e mortífera conhecida como AIDS tem ganhado força.

Os 'grupos de risco'

Alguns grupos de risco são mais vulneráveis à infecção por HIV, o vírus causador da AIDS. Entre eles estão os homens que fazem sexo com homens, as mulheres que fazem sexo com homens, os usuários de drogas injetáveis, os profissionais de saúde que não usam equipamentos de proteção individual, e os recém-nascidos de mães infectadas.

Verifique a sua estética.

1. Verifique a sua pele. Use protetor solar diariamente.
2. Hidrate a sua pele. Beba bastante água e use cremes hidratantes.
3. Evite o sol excessivo. Use roupas leves e protetores solares.

E elimine os excessos.

Evite o consumo excessivo de álcool e drogas, pois isso pode prejudicar o sistema imunológico e aumentar o risco de infecção por HIV.

FORA!!! com o produto e mais cheiro. Só MIRA-COFA do jeito no seu cozinho.

esthetic center

QUER CUIDA DE MERCADO DAS ARTES NESTE PAÍS?

GLOBARTE

Fonte: NOLASCO-FERREIRA (1983)

Além dos discursos da aids como uma peste gay, Butturi Junior (2019, p. 11) ressalta que outro enunciado fundamental rondava as matérias publicadas pela imprensa brasileira: a geografia racializada da doença – eram a África e o Haiti os lugares de origem da aids. Discursos de promiscuidade e de alteridade racial, portanto, produziam a aids e os sujeitos afetados, como pode ser observado nos quatro títulos de matérias que trago como exemplo dessa produção discursiva:

Figura 6: 136 casos de peste-gay só no Brasil.

RIO, 16 DE JUNHO DE 1983 LUTA DEMOCRÁTICA PAGINA 3

136 CASOS DE PESTE-GAY SÓ NO BRASIL

Assassinou recém-nascido para se vingar do marido

Um homem de 35 anos, conhecido como 'O assassino', foi condenado a prisão perpétua por matar um recém-nascido de uma mulher que ele acreditava ser a amante de seu marido. O crime ocorreu em 1978, quando o homem, então de 32 anos, foi acusado de matar o bebê de uma mulher que ele acreditava ser a amante de seu marido. O crime ocorreu em 1978, quando o homem, então de 32 anos, foi acusado de matar o bebê de uma mulher que ele acreditava ser a amante de seu marido.

Dupla acusada de assalto a três agências bancárias

Dois homens foram acusados de assaltar três agências bancárias em São Paulo. Os acusados são acusados de assaltar três agências bancárias em São Paulo. Os acusados são acusados de assaltar três agências bancárias em São Paulo.

A morte de Markito alarmou homossexuais

A morte de Markito, um jovem homossexual, alarmou a comunidade homossexual em São Paulo. A morte de Markito, um jovem homossexual, alarmou a comunidade homossexual em São Paulo.

Cão siberiano estranha o bebê de 11 dias e dentadas

Um cão siberiano ficou estranhado com um bebê de 11 dias de idade. O cão siberiano ficou estranhado com um bebê de 11 dias de idade.

Caçada de casa em casa aos matadores da máfia

As autoridades policiais estão realizando uma caçada de casa em casa aos matadores da máfia. As autoridades policiais estão realizando uma caçada de casa em casa aos matadores da máfia.

Fonte: A Luta democrática (16 junho de 1983)

Figura 7: Peste gay é a epidemia do século.

RIO, 1 DE SETEMBRO DE 1983 LUTA DEMOCRÁTICA PAGINA 2

PESTE GAY É A EPIDEMIA DO SÉCULO

A Terra tem mais de 4 bilhões de habitantes

Um vírus desconhecido é a responsável pela epidemia de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), a enfermidade que especialmente os homossexuais, revelou esta semana em Paris uma equipe médica do Instituto Pasteur.

Essa doença, que a maioria converte-se no "Epidemia do Século" pela rapidez com que outro surgido os casos em todas as partes do mundo, é estudada por um grupo de cientistas franceses dirigidos pelo professor Luc Montagnier.

Como pesquisas permitiram descobrir um vírus até agora desconhecido, o "Lymphadenopathy Virus" (LAV), que Aids sofre a transmissão da doença, os cientistas do tema imunológico do ser humano alertando de maneira irrevogável e deixando o paciente sem defesa diante de diversas enfermidades.

Para apagar sua teoria, a equipe médica francesa afirma que não é indispensável tratar os pacientes doentes ou prevenir a doença, antes que sua descoberta seja aceita. Ela afirma que a descoberta de um agente infeccioso, acreditado constituir somente a parte viral de LAV, seria suficiente para garantir a sobrevivência do paciente. Ela afirma que a descoberta de um agente infeccioso, acreditado constituir somente a parte viral de LAV, seria suficiente para garantir a sobrevivência do paciente.

As pesquisas em público denunciado nos Estados Unidos entre os homossexuais, o Dr. Sipter anunciou que "Não há nenhuma razão para limitar os pacientes afetados, pois Aids, uma vez que sua enfermidade acontece no momento em que o indivíduo desenvolveu o vírus, não é possível evitar sua ocorrência".

No Congresso de Kyoto também vírus foi descoberto, também, entre os principais afetados pelo Aids, os homossexuais.

O professor Montagnier destacou que a descoberta de um vírus até agora desconhecido, o "Lymphadenopathy Virus" (LAV), que Aids sofre a transmissão da doença, os cientistas do tema imunológico do ser humano alertando de maneira irrevogável e deixando o paciente sem defesa diante de diversas enfermidades.

Para apagar sua teoria, a equipe médica francesa afirma que não é indispensável tratar os pacientes doentes ou prevenir a doença, antes que sua descoberta seja aceita. Ela afirma que a descoberta de um agente infeccioso, acreditado constituir somente a parte viral de LAV, seria suficiente para garantir a sobrevivência do paciente.

As pesquisas em público denunciado nos Estados Unidos entre os homossexuais, o Dr. Sipter anunciou que "Não há nenhuma razão para limitar os pacientes afetados, pois Aids, uma vez que sua enfermidade acontece no momento em que o indivíduo desenvolveu o vírus, não é possível evitar sua ocorrência".

No Congresso de Kyoto também

WASHINGTON — A população mundial aumentou em 1982 para 4,7 bilhões de habitantes, com 20 de junho, informou o Departamento de Censos dos Estados Unidos.

Logo calcula e acrescentar mais habitantes ao mundo todos os anos, de acordo com o Censo do México e da Statistical Bureau. A cada mês, mais do que nascem na Índia, a cada semana, que o total dos Estados Unidos.

O relatório diz que o total dos Estados Unidos aumentou em 1982 para 236 milhões de habitantes, com 1 de setembro de 1982.

As 6 nações mais populosas do mundo e com maior crescimento de população no último ano, são as seguintes: Índia, 609 milhões; China, 458 milhões; Estados Unidos, 236 milhões; União Soviética, 222 milhões; Alemanha, 109 milhões; e Brasil, 113 milhões.

Fonte: A Luta democrática (01 de setembro de 1983)

Figura 8: Peste gay é da África.

FUNDADOR: TENORIO CAVALCANTI DIRETOR: EVANDRO MENDES DA COSTA

LUTA 120 DEMOCRÁTICA

Cruzeiros

JORNAL QUE LUTA POR QUEM NÃO PODE LUTAR

ANO XXX RIO, 18 DE OUTUBRO DE 1983 N.º 8.536

Administracao: Av. Pres. Vargas, 633 rg. 609 Tel: 224-10281

PESTE GAY É DA ÁFRICA

REPUBLICA MOÇAMBIQUE

AV. PRES. VARGAS, 633 RG. 609

Fonte: A Luta democrática (18 de outubro de 1983).

Figura 9: África Central irradia a peste gay pelo mundo.



Fonte: A Luta Democrática (18 de outubro de 1983).

Ora, esse dispositivo e sua materialização midiática operam numa rede de memória e impactam diretamente a vida das mulheres que entrevistei — e aqui abro um parêntese. Em um dos encontros do GAPA em que eu havia sido convidada para apresentar uma parte do trabalho que estava desenvolvendo, conversei com os participantes sobre as matérias jornalísticas do período em questão. Reproduzo, a seguir algumas notas de campo daquela quarta-feira: “R. disse que eu achava que eu não deveria abordar as notícias do passado, pois não fazia diferença [...]. A. disse que **era esperado** que houvesse preconceito naquela época pois ninguém sabia de nada, só que era **doença de gay**.” (Notas de campo, 13ª observação, 15 de maio de 2019).

Fecho o parêntese e volto à discussão. Para Nunn (2009), a cobertura da mídia aumentou consideravelmente durante o final dos anos 1980 e início dos anos 1990, quando novos medicamentos foram disponibilizados para tratamento. Além disso, em meados de 1990,

embora o AZT ainda não estivesse disponível em hospitais e farmácias do setor público no Brasil, os jornais relataram que muitas pessoas estavam comprando AZT diretamente da empresa farmacêutica britânica *Wellcome*. A cobertura da mídia sobre a melhora na sobrevivência de pacientes com aids em uso de AZT nos Estados Unidos também destacou as deficiências do governo brasileiro no fornecimento de medicamentos à sua população, como mostra a reportagem de Zágari e Teich (1996), publicada pelo O Globo, em 21 de julho de 1996:

Figura 10: Coquetéis de drogas anti-Aids provocam polêmica sobre preço e promessa de cura.



Fonte: ZÁGARI; TEICH (1996)

Nesse sentido, a autora enfatiza que

A mídia não foi usada apenas por atores não governamentais; reformadores sanitaristas que também eram membros do movimento da AIDS que trabalhavam no Ministério da Saúde do estado de São Paulo começaram a clamar pelo acesso gratuito e universal ao AZT, então a droga de escolha para o tratamento da AIDS. Paulo Teixeira, diretor do programa de AIDS do estado de São Paulo, capitalizou a cobertura da mídia sobre o alto custo do AZT no Brasil, clamando pelo acesso gratuito e universal aos medicamentos para o tratamento da AIDS, alegando que a única forma

acessível de tratar os pacientes com AIDS seria pelo governo federal governo para financiar o tratamento [...] Esse tipo de pressão política e da mídia de atores governamentais e não governamentais ajudou a criar incentivos políticos para que o Ministério da Saúde começasse a enfrentar a crise da AIDS. (NUNN, 2009, p.53, tradução minha)

É necessário destacar que algumas reportagens entre os anos 1987 e 1993 já mencionavam o aumento do número casos de hiv e aids em mulheres, baseadas nos boletins epidemiológicos daquela época:

Figura 11: Casos de mulheres que têm Aids já atingem 8% no Estado do Rio.

Casos de mulheres que têm Aids já atingem 8% do total no Estado do Rio

RECORDE ENTRA

O número de Aids está aumentando entre profissionais e famílias e epidemiológicos. Apesar de os resultados estatísticos em geral de baixa incidência, como o caso homosssexual masculino, a prevalência de infecção de vírus da imunodeficiência humana, que afeta tanto homens e mulheres, já atingiu 8% no Estado do Rio de Janeiro, segundo dados do Instituto de Saúde de IMA, o que representa quase o dobro que havia em outros países, que é de 4%. Para pesquisadores, a doença possui sintomas e sintomas que variam de acordo com o estágio, podendo ser confundida com outras doenças. Mas não importa que seja confundida com outras doenças, o grupo de risco feminino continua a crescer e aumentando. Há também registros de casos de Aids em mulheres que vivem em áreas de grande pobreza.

Quando a mãe passa, os sintomas epidemiológicos da imunodeficiência humana de baixa prevalência a incidência de Aids aumenta para aproximadamente 8% em alguns indivíduos. Há ainda um aumento como resultado de um caso, além de outros.

Segundo especialistas, que a Aids está aumentando no Brasil devido à redução do número de profissionais de saúde, a prevalência está em aumento. Isso é uma realidade de saúde pública, e a taxa de incidência de Aids continua a crescer. Há ainda um aumento como resultado de um caso, além de outros.

De acordo com o Ministério de Saúde, o número de casos de Aids está aumentando em todos os países. Isso é uma realidade de saúde pública, e a taxa de incidência de Aids continua a crescer. Há ainda um aumento como resultado de um caso, além de outros.

A Casa dos Estudantes do Exterior apresenta uma pesquisa sobre a incidência de Aids em mulheres. Entre as jovens estudantes em geral, a incidência de Aids é de 8% em 100 casos de mulheres pesquisadas. Essa pesquisa demonstra a preocupação com a incidência de Aids em mulheres. A pesquisa foi realizada em uma escola de ensino médio em São Paulo, onde a incidência de Aids é de 8% em 100 casos de mulheres pesquisadas. Essa pesquisa demonstra a preocupação com a incidência de Aids em mulheres. A pesquisa foi realizada em uma escola de ensino médio em São Paulo, onde a incidência de Aids é de 8% em 100 casos de mulheres pesquisadas.

— Há um aumento de casos de Aids em mulheres, o que é preocupante. A incidência de Aids em mulheres está aumentando em todos os países. Isso é uma realidade de saúde pública, e a taxa de incidência de Aids continua a crescer. Há ainda um aumento como resultado de um caso, além de outros.

— Há um aumento de casos de Aids em mulheres, o que é preocupante. A incidência de Aids em mulheres está aumentando em todos os países. Isso é uma realidade de saúde pública, e a taxa de incidência de Aids continua a crescer. Há ainda um aumento como resultado de um caso, além de outros.

— Há um aumento de casos de Aids em mulheres, o que é preocupante. A incidência de Aids em mulheres está aumentando em todos os países. Isso é uma realidade de saúde pública, e a taxa de incidência de Aids continua a crescer. Há ainda um aumento como resultado de um caso, além de outros.



Fonte: OSMAN (1987).

Figura 12: Cresce a contaminação entre as mulheres.

ENTREVISTA/Carlos Alberto Moraes de Sá

Cresce a contaminação entre as mulheres

TESLA COUTINHO

O Diretor do Centro de Referência Nacional em Aids do Hospital Universitário Gaffrêe e Guinle, Carlos Alberto Moraes de Sá, aponta o aumento do número de mulheres contaminadas para diagnosticar que o vírus continua se espalhando, especialmente através de bissexuais. Em 1985, a proporção era uma mulher infectada para cada grupo de 14 homens que contrairam a doença. Hoje, a proporção é de uma mulher para cada grupo de oito homens.

As parceiras de bissexuais são hoje o terceiro maior grupo com incidência de contaminação, depois de homossexuais (40% dos casos) e bissexuais (30%). Moraes de Sá não acredita que a população brasileira mudou hábitos por causa da doença e critica as campanhas de esclarecimento. Para ele, a crise de credibilidade das autoridades e o enfraquecimento das instituições afetam diretamente os programas de prevenção e tratamento e o preconceito contra os doentes começa no sistema de saúde.

O GLOBO — Em pesquisa recente do Instituto, 33% dos entrevistados declararam ter mudado comportamentos e hábitos sexuais por causa da Aids. Uma mulher maior do que o aparado em 1987 pelo mesmo instituto de pesquisa. O senhor observa essa mudança em seu trabalho?

MORAES DE SÁ — As pessoas dizem que mudaram de hábitos mas não mudaram. Fodem até prevenir-se de vez em quando, mas o necessário será a prevenção a longo prazo. Existe uma análise da sexualidade oficial e outra da sexualidade extra-oficial. É esta última a responsável pelo crescimento da doença. As pessoas não estão praticando sexo seguro. O resultado disso é o que chamamos de fenômeno de latinização da transmissão do vírus dos homens para as mulheres. Os índices de infecção aumentaram de 69 para 84. Em 89, cerca de 50% e 60% dos bissexuais estavam contaminados. Hoje esse percentual é de 75%.

O GLOBO — O que é o fenômeno de latinização?

idade. O outro é o do sujeito que fundamentalmente é heterossexual, mas eventualmente tem um caso homossexual. Ele dá uma deslizada e contrai o vírus. Entre esses dois extremos, existem bissexuais típicos que são os "Don Juan", que transam com todos as mulheres. Não possuem gostem de mulheres, mas porque não conseguem se identificar socialmente com nenhuma delas. Então acabam encontrando o homem. E passam a se relacionar era com o homem era com a mulher. Na verdade, "o machão" não age apenas como ativo na relação sexual, mas também como passivo. Mas não admite ser passivo. É o através desse tipo de relações que os bissexuais estão transmitindo o vírus para as mulheres.

O GLOBO — Mas está ocorrendo preferência dos bissexuais por mulheres em consequência da Aids? As mulheres hoje representam uma fuga para a doença?

MORAES DE SÁ — Eu não tenho essa sensação. O bissexual talvez esteja tendo relações com menos frequência com outros homens e mais com mulheres. Mas não tenho certeza



“Não é possível aceitar que um médico não possa tratar doentes de Aids. E o hospital que se recusar a atendê-los tem que ser fechado”

seja alguma "ou confio nele". É um dilema complexo, danoso. Por que a fidelidade é teórica, não existe na prática.

O GLOBO — As campanhas de prevenção não atacam o comportamento sexual dos brasileiros? Não acredita que as pessoas estejam se prevenindo?

MORAES DE SÁ — Eu acho que não. Temos o caso de uma pessoa contaminada por um bissexual. Eu

ela e está em estado grave. Mas fora a um motel e ali a engravidou. Mesmo sabendo que, grávida, ela pode nem resistir à doença ou, caso realista, não há garantia alguma de que a criança não nascerá doente também. Onde está o sexo seguro?

O GLOBO — Apesar de não estarem se prevenindo, o senhor tem observado se as pessoas estão mais bem informadas sobre a Aids? A oculta por informações

população. Em geral, as pessoas estão profundamente desinformadas. Não sabem o significado que realmente significa — no âmbito da vida — o sangue ou derivados, porque a injeção de drogas pode conter sangue filtrado — correm o risco de contrair a doença. A pessoa tem que se cuidar contra isso e não contra bife, manufatura ou dentista. A desinformação é tanta que já recebi telefonema de mulher perguntando quantas camisinhas tinha que engolir por dia.

O GLOBO — O Gaffrêe e Guinle é visto como um centro de referência para os doentes de Aids. Qual a situação do hospital hoje?

MORAES DE SÁ — Estou preocupado. Estamos com cerca de mil testes positivos e acho que nos próximos seis meses veremos outros mil. Não temos condições de atender a todos. O Hospital está saturado, faltam enfermeiros e temos a previsão de 40 pedidos de aposentadoria por causa do Regime Único do Servidor Público. Vivemos o que eu chamo de Síndrome de Fome de Pilotos, o sistema de saúde privado e também o público afirmam não ter condições de atender os doentes de Aids. Dizem que é uma doença complicada e indicam o Gaffrêe. Não é possível aceitar que qualquer médico não possa tratar de doentes de Aids. O doente de Aids tem diarreia, pneumonia, tuberculose, infecção no sistema nervoso central e precisa de diagnóstico e de administração de antirretrovirais. Médico que diz que não sabe tratar desses doentes tem que ter seu diploma cassado no hospital que disser que não pode atender doentes de Aids tem que ser fechado.

O GLOBO — Amanteou a procura por testes para detectar a doença?

MORAES DE SÁ — Sim. A procura é proporcional ao aumento de casos. Um aumento de 18% ao mês.

O GLOBO — É comum uma pessoa pagar o teste, sorprende você?

MORAES DE SÁ — Sim. Chamamos de Aids-fobia. Estamos fazendo cerca de 100 testes por mês. Se a gente não impedir a demanda atualizando o sistema. É preciso esclarecer. Mas o medo tem sido favorável à disseminação da doença. Um casal

que aumentou o medo da doença. Mas o senhor garante que não está levando prevenção. As campanhas não estão esclarecendo? Onde está o erro?

MORAES DE SÁ — Estou com medo, mas não usava a camisinha porque não se considerava ativo. Vivemos uma crise de educação e de credibilidade. A situação da saúde é caótica: não se mata mosquito nem percebevo nem caramujo. Mas se vacina as crianças. E se quer resolver um problema técnico ao caso, que é de uma complexidade tal que nem os países mais desenvolvidos, que acabaram com os mosquitos, percevejos, caramujos e vacinaram todas as suas crianças, conseguiram. O grande equívoco dos publicitários é o de pensar que são educadores. Muitos vezes velemos informações tecnicamente incorretas. Por exemplo, dizer que Aids é transmitida por mulheres. Houve uma campanha que apresentava um rosto de mulher com os olhos "Quem vê cara não vê Aids". Tinha que ser a cara de um homem e cara cara do homem mesmo. A última campanha mostra um casal com olhos desenhados sobre seus seios, embora a principal forma de transmissão do vírus em relações heterossexuais seja através do sexo anal. O risco é cinco vezes maior do que no caso de sexo vaginal. Isso não aparece nas campanhas.

O GLOBO — Amanteou a procura por testes para detectar a doença?

MORAES DE SÁ — Sim. A procura é proporcional ao aumento de casos. Um aumento de 18% ao mês.

O GLOBO — É comum uma pessoa pagar o teste, sorprende você?

MORAES DE SÁ — Sim. Chamamos de Aids-fobia. Estamos fazendo cerca de 100 testes por mês. Se a gente não impedir a demanda atualizando o sistema. É preciso esclarecer. Mas o medo tem sido favorável à disseminação da doença. Um casal

Fonte: COUTINHO (1991).

Nos anos finais da década de 1990, a pretensa salvaguarda das mulheres casadas e monogâmicas era colocada em xeque por reportagens como as de Marinho (1996), que relegavam a sexualidade masculina à figura de déspota:

Figura 13: Meu marido é gay.

O GLOBO

JORNAL DA FAMÍLIA

DOMINGO, 1 DE DEZEMBRO DE 1996

Bichos: Obesidade de cães e gatos é fácil de ser tratada e prevenida • 3

Saúde: Cresce o número de mulheres cardiacas • 4 e 5

Meu marido é gay

Pesquisa mostra que 75% das mulheres com Aids são donas-de-casa e monogâmicas

A dona-de-casa V. W. de 30 anos, está casada há cinco anos e nunca se preocupou com a prevenção de Aids. Já havia pensado que estava a salvo porque a doença só se transmite através do sexo sem proteção, quando temeramente del a seu marido. Ela estava no quarto ao lado de gravidez, quando seu marido pediu que ficasse em cima de HIV. Indagamos: por que, então, o marido, que sabia que não se transmite a doença, estava infectado pelo vírus HIV? Foi apenas durante o resultado do exame que seu marido confirmou ter o vírus. Mas, mesmo assim, ela não se preocupou com a prevenção de Aids.

— Meu marido nunca falou em usar camisinha e nunca discutimos o assunto mantendo relações sexuais fora de casa, com frequência. As vezes, mesmo que o marido insistisse, eu não queria usar porque acho difícil poder manter a relação — conta V. W.

Quanto casados são gays?
Indagamos quanto a Aids

V. W. não é uma exceção entre as mulheres com HIV no Brasil. Uma pesquisa feita pelo pesquisador Paulo Falcão, da Universidade Casa Pia, indica que 75% das mulheres infectadas pelo HIV são monogâmicas. E um estudo do Hospital Francisco Chagas, da Fundação Coordenação de Aids, revela que 82% das mulheres com Aids mantêm relações sexuais com apenas um parceiro desde o início da contaminação. Segundo o mesmo estudo, 77% quando se apaixonaram não eram casadas.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Programa das Nações Unidas contra a Aids, existem hoje mais de 10 milhões de pessoas em todo o mundo infectadas com o vírus HIV. A cada dia, ocorrem 2,5 mil novos casos de contaminação e a estimativa é que, no ano 2000, haja 40 milhões de infectados, sendo 14 milhões

que pelo menos 500 mil brasileiros estão infectados com o vírus HIV.

De acordo com o relatório de outubro do programa Nacional de Diagnóstico e Prevenção de Aids, foram notificadas 82.284 casos em dezembro de 1996. A maioria são homens entre 13 e 49 anos. Em 1996, havia uma mulher para cada 18 homens infectados. No ano passado, a proporção passou a ser uma mulher para cada 16 homens.

No Rio de Janeiro, o infectado com o vírus HIV é chamado de "bichinho" (homem) ou "bichona" (mulher). Os autores afirmam que 82% das mulheres com Aids, em São Paulo, têm parceiros fixos. Um estudo

de 100 casais mostrou que 75% das mulheres com Aids são donas-de-casa e monogâmicas. O estudo foi feito em São Paulo, entre 1991 e 1993.

— No Rio, a incidência se mantém. Apesar de as mulheres frequentemente serem as parceiras fixas, a maioria delas não usa camisinha e a maioria delas não sabe que o vírus HIV é transmitido pelo sangue, leite materno e saliva.

— O diagnóstico de Aids é feito através de exames de sangue e de urina. Mas, muitas vezes, a infecção só é descoberta quando já é tarde demais. Muitas vezes, a infecção é descoberta quando já é tarde demais.

de uma das camadas. Correm o risco de contaminação se o marido tem múltiplas parceiras — é o caso de Diego e Inês — ou o marido. Álvaro Matos, do Programa de Controle de Aids do Instituto Estadual de Saúde de São Paulo, diz que o número de casos de Aids, com 14,422 infectados (dados de setembro), supera a incidência de Aids em São Paulo (1.087 (1.017 milhões). Nos últimos anos, o número de mulheres infectadas com Aids cresceu 20% em relação à incidência. 70% das portadoras têm o vírus HIV. Pesquisas revelaram que 57% das mulheres infectadas são doadoras de leite materno.

A maioria das mulheres exige o uso de camisinha pelo marido

Outro fator que contribui para a redução da transmissão é o uso da camisinha. Segundo o estudo, 75% das mulheres com Aids exigem o uso da camisinha por seus parceiros. Isso indica que as mulheres estão se tornando mais conscientes e exigentes quanto ao uso da camisinha. Isso indica que as mulheres estão se tornando mais conscientes e exigentes quanto ao uso da camisinha.

Fonte: MARINHO (1996)

A mídia televisiva também desempenhou papel importante na apresentação da aids à população, em um momento descrito por Barata (2006, p.15) como de enorme desinformação e falta de respostas governamentais – “[...] Até 1985, a Aids não foi incluída na agenda governamental brasileira, por ser vista como uma doença de ocorrências isoladas, restrita a segmentos sociais específicos”. Nesse quadro, a divulgação de informações sobre a doença buscava equilibrar os discursos moralistas – que condenavam comportamentos de risco – e os discursos da saúde pública que buscavam garantir tratamento e qualidade de vida às pessoas soropositivas (BARATA, 2006).

Uma das primeiras reportagens televisivas acerca do tema foi exibida pela emissora Globo, no programa Fantástico, em 27 de março de 1983. A matéria repercutiu uma longa reportagem publicada na revista Time e o repórter Hélio Costa veiculava as primeiras informações ao público brasileiro sobre “uma doença misteriosa, que era totalmente desconhecida há dois anos”. Com imagens em preto-e-branco de pacientes em leitos hospitalares de Nova York e trilha sonora similar àquela de filmes de terror, o jornalista destacava a opinião de autoridades norte-americanas sobre a evolução da doença, que havia se

transformado “na epidemia mais violenta do século”. Em fevereiro de 1987, o programa Globo Repórter - da mesma emissora e destinado a exibição de reportagens especiais sobre atualidades, saúde, ciência, natureza - exibiu uma programação dedicada ao crescimento da Aids no Brasil.

No mesmo ano, o Programa Roda Viva da TV Cultura, exibiria um programa temático sobre a aids. Com mais de três horas de duração, participaram da discussão médicos, ativistas, publicitários e familiares de doentes. Em uma das falas, Vicente Amato Neto, naquela época médico e professor de doenças infecciosas do Hospital das Clínicas de São Paulo, assegurava:

O comportamento que está ocorrendo em relação a essa infecção é complacente e tímido. É um combate complacente e tímido [...]. É complacente porque nós ouvimos assim “não vamos discriminar os homossexuais e os bissexuais”. Tudo bem. Discriminar, cada um entende o que é discriminar a sua moda. Mas nós precisamos salientar a eles que eles precisam cooperar. [...]. **Eu não estou mais disposto a admitir que sob este rótulo de não discriminarmos eu continue, eu e os meus colegas continuamos a pagar esse preço dessa situação que estamos vivendo agora. Nós e a comunidade,** porque o tratamento é caríssimo [...]. é evidente que uma série de atitudes são necessária. A educação [...]. Eu vou um pouco mais longe, se não existir essa colaboração, eu sou favorável a atitudes coercitivas [...]. Eu não posso admitir que não se feche uma sauna onde um indivíduo tem quarenta relações homossexuais com desconhecidos e essa sauna não seja fechada porque não está na lei que uma sauna pode ser fechada por esse motivo. Eu não posso admitir, porque quem encontra essas pessoas morrendo em número crescente nos bancos dos hospitais e pedindo misericórdia sou eu e os que trabalham nessa condição. [...] trabalho de educação precisa ser feito, mas eu não sei como vamos pedir a colaboração dos travestis, por exemplo. [...] **Existem homossexuais que chegaram a tal grau de depravação que não sei como nós vamos obter a cooperação deles, é difícil.** (grifos meus)

Em resposta às colocações de Vicente Amato, Paulo Cezar Bomfim, presidente do Grupo de Apoio e Prevenção a aids (GAPA/SP), enfatizou que

Falta conhecimento de algumas pessoas aqui das práticas sexuais. Por exemplo, existe um grande número de saunas que são mistas frequentadas por heterossexuais que se a gente for levar a nível de promiscuidade, é muito grande. Então não dá pra colocar em cima de determinados grupos que eles seriam o fio condutor da questão. [...] Então, **de repente a gente vê um discurso dirigido a um segmento.** Eu nunca vi nenhum médico que trabalha com aids pra fechar 80% dos bancos de sangue de São Paulo que não fazem teste de HTLV III, que hoje no estado de São Paulo a gente tem 20 mil pacientes que foram infectados [inaudível] via transfusional.

A partir da fala de Bomfim, se faz necessário recuperar a história do **ativismo** em solo nacional em torno da aids e do hiv, outra rede de discursos e práticas que compõe minha descrição do dispositivo. Nesse resgate, são os movimentos de rearticulação de identidades através da politização da doença (PELÚCIO, 2007) é que devem ser lembrados.

1.2.2 As redes de solidariedade e o ativismo das primeiras décadas

Uma vez que a epidemia também ocasionou a criação de várias novas organizações não governamentais em todo o país e esses novos movimentos sociais galvanizaram ações destinadas a garantir os direitos civis e humanos exigidos pela nova constituição progressista de 1988, que tornava a saúde de todos um direito e o dever do Estado (BIEHL, 2004), volto a atenção, nos parágrafos a seguir, a segunda das séries de que me ocupo na tese.

Parker (1994), em *A construção da Solidariedade: Aids, sexualidade e política no Brasil*, enfatiza que, nos primeiros anos da epidemia, na falta de uma resposta governamental efetiva, o ativismo e a mobilização política contra a aids chamavam a atenção do público para a crise instaurada pela doença. De acordo com o autor, entre 1985 e 1991, mais de cem organizações não governamentais de serviço a aids tinham surgido e desempenhavam um papel importante não apenas em relação a educação sobre a aids,

[...] mas na defesa das liberdades civis e no fortalecimento da assistência básica e tratamento às pessoas com AIDS. Como a primeira crítica à política do governo, essas organizações definiram o foco principal para o surgimento do ativismo contra a epidemia de HIV/AIDS no Brasil, embora fossem divididas muito claramente por inúmeras diferenças nas estratégias e metas (PARKER, 1994, p. 97).

Noto aqui, em relação ao discurso do êxito, uma estratégia de solidariedade, cujo centro eram os grupos de apoio e as próprias PVHIV. O trabalho das ONGS nas questões de hiv e aids teve início a partir de grupos já existentes, como a Associação dos Hemofílicos, e pequenos grupos homossexuais que responderam aos riscos percebidos entre os sujeitos que frequentavam essas instituições, envolvendo-se em ações políticas em torno das questões apresentadas pela aids, bem como na disseminação de materiais educativos (DANIEL; PARKER, 2018). Segundo Calazans (2019), a primeira ação de prevenção realizada no país foi uma ação de base comunitária do grupo homossexual *Outra Coisa*, em 1983, que envolveu a produção e a distribuição de material informativo sobre aids em espaços de sociabilidade homossexual, em São Paulo, focando-se na disseminação de informações e de um alerta à comunidade sobre a aids.

Galvão (2000) também narra a trajetória do ativismo no Brasil e mostra como, motivados tanto pelo preconceito e pela discriminação quanto pelo aumento no número de casos de aids registrados no país, profissionais liberais, sobretudo militantes com questões relacionadas à homossexualidade, ajudaram a criar, em São Paulo, 1985, o GAPA, Grupo de

Apoio à Prevenção à Aids²⁴, primeira organização da sociedade civil voltada ao fornecimento de informações sobre a doença. Segundo Galvão (2000), foi a partir da criação do GAPA que várias outras iniciativas surgiram, conferindo uma grande diversidade às respostas da sociedade civil frente à epidemia e, em 1996, já existiam 18 GAPAS no Brasil.

Além do GAPA, outros grupos independentes foram fundados no Rio de Janeiro, em Belo Horizonte, Porto Alegre e Salvador e em outros centros urbanos no Brasil. Pouco depois da fundação do GAPA, intelectuais de várias áreas, bem como lideranças de movimentos sociais, reuniram-se no Rio de Janeiro e formaram a ABIA, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, destinada a coletar e disseminar informações sobre a doença com a produção de material educativo e informativo e a acompanhar criticamente as políticas governamentais como maneira de elaborar iniciativas de saúde pública. Quando se trata da articulação da militância com as políticas internacionais da aids, a ABIA entendia que era importante ajudar as pessoas que viviam com hiv/aids, mas a participação em instâncias nacionais e internacionais que possibilitassem o intercâmbio e a troca de informações também era essencial naquele momento. Nesse sentido, desde sua criação, a associação tinha como objetivo integrar a intervenção cultural, a produção do conhecimento e a ação política local e internacional (GALVÃO, 2000).

Embora anteriormente os grupos relacionados à homossexualidade estivessem desmobilizados (MACRAE, 2018), os antigos militantes deixaram de lado suas desavenças e se organizaram para fazer frente à pandemia, formando grupos como o GAPA-SP, o GAPA-BA, o GAPA-RJ, a ABIA²⁵ e outras organizações em diversas regiões do país, as quais tinham o propósito inicial de prestar assistência e solidariedade aos pacientes, mas não abandonavam suas posturas militantes ao cobrar medidas efetivas do governo. Suas atividades foram bastante bem-sucedidas, servindo de importantes propulsoras dos programas nacionais e regionais de atenção à aids, exigindo a construção de serviços dignos e eficazes para a prevenção e tratamento da moléstia.

²⁴ No capítulo seguinte, voltarei a falar sobre o GAPA.

²⁵ Pouco depois da fundação do GAPA, intelectuais de várias áreas, bem como lideranças de movimentos sociais, reuniram-se no rio de janeiro e formaram a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de aids), destinada a coletar e disseminar informações sobre a doença com a produção de material educativo e informativo, e a acompanhar criticamente as políticas governamentais como maneira de elaborar iniciativas de saúde pública. quando se trata da articulação da militância com as políticas internacionais da aids, a ABIA entendia que era importante ajudar as pessoas que viviam com hiv/aids, mas a participação em instâncias nacionais e internacionais que possibilitassem o intercâmbio e a troca de informações também era essencial naquele momento. nesse sentido, desde sua criação, a associação tinha como objetivo integrar a intervenção cultural, a produção do conhecimento e a ação política local e internacional (GALVÃO, 2000).

De acordo com Pelúcio (2007), o movimento de luta contra a aids nasceu colado a outras identidades políticas, que adquiriam relevo na década de 1980, como gays e profissionais do sexo e aqueles que se articulavam em torno de questões ligadas saúde, como os grupos dos hemofílicos. No entanto, muitas ONGS buscavam superar essas especificidades, procurando propiciar a construção de uma subjetividade soropositiva, capaz de abarcar todas as identidades em jogo, deixando de fora as particularidades de cada um daqueles movimentos.

Nesse sentido, MacRae (2018) afirma que os ativistas daquela época enfatizavam sobretudo a importância de preservar os direitos dos pacientes e de suas comunidades – como observamos na fala de Bomfim – transcrita acima. Logo, ficou clara a importância dessas organizações para uma resposta adequada à situação e as autoridades nacionais e internacionais começaram a encorajar o surgimento de novos grupos homossexuais militantes e a financiar as suas atividades, especialmente aquelas voltadas para a prevenção. Para o autor, instaurava-se um período de crescimento da militância, embora, com o passar do tempo, suas conexões oficiais e o ingresso de novos agentes, mais familiarizados com os meandros da burocracia oficial, tenham levado a uma redução de seu ímpeto contestatório inicial.

Naquilo que tange aos processos de subjetivação instaurados pelo ativismo, Pelúcio (2007) lembra que a doença chegou ao país como "peste anunciada", vinculada, naquele momento, a grupos marginalizados, como homossexuais, usuários de drogas injetáveis, prostitutas, miches e travestis, agrupados na categoria de "grupo de risco". A rede semântica que se estabelecia em torno da doença era marcada pela transgressão, pela morte e pela incurabilidade, reificando esses sujeitos como "espécies", no sentido empregado por Foucault ao discutir a construção da homossexualidade enquanto fenômeno clínico (PELÚCIO, 2007, p. 124). De acordo com a autora, essa nova "espécie" foi aglutinada na categoria clínica de "aidético", atribuindo-se a esses sujeitos uma "trajetória moralmente condenável", que é suspensa quando os sujeitos se envolvem em práticas ativistas: "Deixar de ser "aidético" para se tornar uma "ativista", isto é, sair de uma condição clínica para uma identificação política, exige que se opere um minucioso processo de subjetivação, no qual a superação do estigma pode se colocar como motivação inicial" (PELÚCIO, 2007, p. 122).

1.2.3 O discurso estatístico

Acerca dos discursos estatísticos e epidemiológicos, é interessante observar que dados confiáveis sobre a soroprevalência para o hiv eram extremamente limitados até o início da segunda década da epidemia no Brasil. No entanto, como afirmam Daniel e Parker (2018, p.

40), toda a emergência da aids como doença do “outro” nasce seguramente com a forma com que foram analisados os dados epidemiológicos sobre os chamados “grupos de risco”. Barbosa (1999) nos lembra que muito do conhecimento produzido sobre a doença naquele período compreendia a sexualidade como uma função fisiológica derivada de um corpo supostamente universal, ignorando seus aspectos culturais, políticos e históricos. Em vista disso, as pesquisas da época, mais preocupadas em quantificar comportamentos do que em explorar significados, confundindo ato sexual com identidade sexual e tratando categorias como homossexualidade, bissexualidade e heterossexualidade, como não-problemáticas no contexto da cultura sexual brasileira, apontavam, segunda a autora, para perigo de se repatologizar o sexo, como no século XIX e início do XX, quando sua discussão pública era motivada e circunscrita pelos discursos das doenças venéreas, da prostituição e masturbação, abrindo portas para a crescente intervenção governamental a partir da medicina e dos serviços de saúde.

A expansão da epidemia baseada em dados estatísticos no Brasil costuma ser dividida em três fases, consoante Nunn (2009, p. 37-38): a primeira grande expansão ocorreu entre 1987 e 1989, quando o número total de casos de aids diagnosticados triplicou de 3.000 para 9.000. Mais de 50% dos novos casos diagnosticados ocorreram entre homens que fazem sexo com homens (HSH) na zona urbana da região sudeste. A segunda grande expansão ocorreu entre 1990 e 1992, quando a maioria dos novos casos de aids foram diagnosticados entre usuários de drogas intravenosas (UDIs). A epidemia foi então amplamente confinada a homens gays e bissexuais no sudeste e UDIs no sul urbano. Nesse período, o número cumulativo de casos de aids diagnosticados dobrou de 38.100 para 76.000. A terceira fase foi entre 1993 e 1996. Em 1993, a maioria dos mais de 5.000 municípios do Brasil tinha pelo menos um caso de aids notificado. A epidemia anteriormente confinada ao estrato social médio-alto e comunidades gays de classe alta no sudeste urbano começava a se espalhar para a população em geral durante o início da década de 1990. Em 1994, os casos heterossexuais estavam apresentando taxas mais altas do que os homossexuais pela primeira vez. O nível socioeconômico de indivíduos hiv positivos também mudou durante o início de 1990, quando aqueles de baixo status socioeconômico começaram a ser infectados em taxas desproporcionalmente mais altas do que indivíduos de outros estratos socioeconômicos.

No Brasil, a notificação dos casos de aids às autoridades de saúde pública tornou-se compulsória somente em 1986, entretanto o estigma relacionado à doença continuava a causar um grau significativo de subnotificação (Parker, 1994). No entanto, mesmo após a notificação compulsória, Nichiata e Shima (1999, p. 309) apontaram que a dificuldade de diagnosticar a infecção pelo vírus hiv era um dos principais entraves para a notificação dos casos da doença.

Atualmente, por norma do Ministério da Saúde, o Sistema de Informação em AIDS lida somente com a notificação de doentes de AIDS, assim definidos a partir de critérios clínicos e laboratoriais (SÃO PAULO, 1995). A definição faz-se com base na evidência combinada da presença do vírus HIV e de uma ou mais patologias associada à AIDS ou evidência de imunodeficiência ($CD4 < 350/mm^3$), o que tem gerado muitas dificuldades para o estabelecimento preciso do diagnóstico e portanto da notificação (BASTOS et al., 1994, GUIMARÃES et al., 1988). Por conseguinte, é preciso ter em vista que a população notificada reflete um perfil de contaminação bastante defasado, uma vez que os dados referem-se a pessoas infectadas pelo vírus há pelo menos oito ou dez anos, tempo médio estimado para o período de incubação

Antes da notificação compulsória, em 1984, de acordo com dados do dossiê *Tripla ameaça: aids e mulheres*, 125 casos de aids estavam registrados no país, 124 eram em homens. A partir do registro compulsório, dados disponíveis na plataforma DATASUS²⁶, ajudam a compor o quadro daquele período: em 1987, registravam-se 2703 casos de aids no país. Desses, 278 eram em mulheres. Uma década depois, o número de mulheres diagnosticadas com aids cresceu para 29% - como mostram as imagens abaixo -. Apesar disso, o movimento organizado das mulheres, no Brasil, resistia a incorporar a temática da aids à sua agenda (Barbosa, 1996):

Figura 14: Casos de aids no Brasil em 1997.

Casos de aids identificados no Brasil

Freqüência segundo Ano Diagnóstico

Ano Diagnóstico: 1997

Ano Notificação: 1997

Período: 1997

Ano Diagnóstico	Freqüência
TOTAL	14.542
1997	14.542

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS.

Figura 15: Casos de aids no Brasil em 1997 segundo sexo feminino.

²⁶ o DATASUS trata-se de uma plataforma digital ligada ao ministério da saúde que disponibiliza informações para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde. de acordo com o site do ministério, teve seu início com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência e, a partir dos avanços no controle das doenças infecciosas e com a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes populacionais, a análise da situação sanitária passou a incorporar outras dimensões do estado de saúde.

Casos de aids identificados no Brasil

Freqüência segundo Ano Diagnóstico

Ano Diagnóstico: 1997

Ano Notificação: 1997

Sexo: Feminino

Período: 1997

Ano Diagnóstico	Freqüência
TOTAL	4.327
1997	4.327

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS.

Figura 16: Casos de aids no Brasil em 1997 segundo sexo masculino

Casos de aids identificados no Brasil

Freqüência segundo ano diagnóstico

Ano diagnóstico: 1997

Ano notificação: 1997

Sexo: masculino

Período: 1997

Ano Diagnóstico	Freqüência
Total	10.214
1997	10.214

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS.

Os discursos estatísticos e epidemiológicos – mesmo com todas as ressalvas elencadas acima - apontavam que, de uma doença homossexual, a aids passava a afligir uma população mais heterogênea. Emergia então a **mulher com aids** a partir das séries *distribuição dos casos de aids segundo o sexo*, e apontava-se para números pretensamente “neutros” da epidemia, que não seguiam descolados de uma série de movimentos sociais e políticos mais amplos e diversificados, no sentido de eleger sujeitos e grupos como “mais atingidos pela epidemia” e como alvos das ações governamentais e não governamentais (CUNHA, 2011).

Os dados epidemiológicos da época mostram que, à medida que diminuía a quantidade de homens homossexuais infectados pelo hiv, o número de mulheres heterossexuais e soropositivas para o vírus aumentava rapidamente em todas as faixas etárias, e os discursos estatísticos indicavam um grande número de mulheres monogâmicas infectadas. “[...] desmoronava assim a fantasia da peste guei. Fenômeno previsível e óbvio, o vírus não manifestava predileções sexuais, atacando indistintamente homos e heteros – para desencanto dos arautos da homofobia” (TREVISAN, 2000, p. 456).

Consoante Parker (1994, p. 27)

A rápida passagem da transmissão predominantemente heterossexual e bissexual para a crescente transmissão heterossexual após a primeira década fica ainda mais evidente quando os casos notificados de AIDS são vistos ao longo do tempo. Embora em entre 1980 e 1986, os homossexuais representassem 46,8% do total nacional e os homens bissexuais, 21,5%, os homens e as mulheres heterossexuais representavam apenas 5%. Durante 1992, por outro lado, os casos registrados entre os homossexuais diminuíram para 21,3% e os casos entre os homens bissexuais caíram para 10,6%, ao passo que os casos registrados entre os homens e mulheres heterossexuais aumentaram para 23% do total nacional.

Em relação aos discursos sobre a heterossexualização da aids, Barbosa (1997) mostra que, no âmbito de um quadro já caótico – uso indiscriminado de anticoncepcionais²⁷ e da esterilização cirúrgica, alto número de cesarianas, prática de abortos clandestinos e elevados índices de mortalidade materna –, a epidemia da aids incrementou os desafios das políticas de saúde para as mulheres. A partir de dados epidemiológicos e das categorias de exposição ao hiv, a autora expõe que 45% dos casos registrados em mulheres com mais de 15 anos em 1996 se deram por transmissão sexual. Em 1994, a transmissão heterossexual da doença representava 56% dos casos registrados e, entre 1983 a 1992, 45% das mulheres com aids em São Paulo teriam relacionamentos estáveis e um único parceiro sexual.

Quando levados em consideração o nível de escolaridade das mulheres, Barbosa (1997) aponta que, em 1986, 50% das mulheres tinham ensino superior, número que reduziu para 7% dos casos em 1992. Quando se tratava de renda, as porcentagens se invertiam: em 1986, mulheres com poder aquisitivo menor representavam 31% dos casos registrados, enquanto em 1992, o número subiu para 67% das notificações. O perfil ocupacional das mulheres infectadas, tanto em São Paulo quanto no Rio de Janeiro, revelava que eram as donas de casa e as empregadas domésticas as que mais eram atingidas pelo vírus. Barbosa (1997) ainda aponta que, entre 1990 e 1993, a aids constituía a principal causa de morte entre mulheres de 15 a 49 anos no estado de São Paulo e 40% dos casos no Rio de Janeiro e que longe de ser uma doença

²⁷ Sobre o uso das pílulas anticoncepcionais e sua função de panóptico ingerível e a promessa biopolítica de governar corpos livres, ver Preciado (2018). Nesse ponto, é necessário também observar alguns dados levantados por Barbosa (1999, p. 286-287): “No Brasil, a idade média das mulheres esterilizadas caiu de 34 para 29 anos (pesquisa realizada pelo IPEA/BENFAM, publicada parcialmente no *Jornal do Brasil*, 29/11/96). Entre as mulheres casadas, 40% estão esterilizadas; entre todas as mulheres que usam métodos anticoncepcionais, apenas 4,4% adotam o preservativo, o que mostra a pouca tradição de seu uso na cultura brasileira. A opção pela esterilização, especialmente em idade tão precoce, pode ser um indicador das dificuldades que as mulheres têm na negociação de métodos anticoncepcionais que pressupõem uma maior participação masculina. [...] Com o passar do tempo, as mulheres constatarem que os 'novos' métodos não alteram seu *status* como cidadãs e trabalhadoras e trazem complicações para sua saúde. Além disso, o preservativo, o coito interrompido e a tabela - métodos que pressupõem a participação masculina-foram isolados. Com o surgimento da AIDS, as conseqüências [sic] são visíveis: os homens distantes das decisões anticoncepcionais; as mulheres, 'convencidas' sobre os benefícios dos novos métodos.

de mulheres promíscuas, ou das trabalhadoras sexuais, a aids, hoje, se configurava população feminina em geral, particularmente, das mulheres mais pobres, com menor acesso às informações e serviços e menor poder para tomar decisões, especialmente as relacionadas ao sexo.

Para Galvão (1997), no início epidemia de aids, as mulheres brasileiras, tradicionalmente cidadãs de segunda classe, se viram despojadas de parte de sua identidade e de direitos à informação, assistência e tratamento.

Assim, nota-se que mesmo a construção epidemiológica e estatística da doença, fortemente marcada por representações de classe, raça e gênero, deu margem a interpretações preconceituosas e equivocadas, que muito dificultaram as estratégias de enfrentamento (BARBOSA, 1999). Entretanto, como afirma Ramos (1992, *apud* BARBOSA, 1999, p. 285) é necessário atentar para o fato de que

[...] preconceitos, estigmas e discriminações podem aumentar quando massacres lingüísticos [sic] do tipo 'a AIDS não discrimina sexo, raça ou cor' são acionados ali onde negros, hispânicos e mulheres estão sendo massacrados pelo vírus. (Livro barbosa)

Quando volto o olhar para os dados epidemiológicos do estado de Santa Catarina²⁸, a primeira notificação é de 1984, em um homem. Somente três anos depois, seria notificado o primeiro caso em uma mulher e, de acordo com documento elaborado pela Secretaria de Saúde do Estado, a razão de homens e mulheres com aids diminuiu consideravelmente entre 1984 e 1995:

Figura 17: Perfil epidemiológico da aids em SC – 1984-1995.

Sexo	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Masculino	1	1	10	19	39	72	177	241	306	402	509	652
Feminino	0	0	0	4	9	14	33	70	99	139	178	234
Total	1	1	10	23	48	86	210	311	405	541	687	886
Razão masculinidade				4,8	4,3	5,1	5,4	3,4	3,1	2,9	2,9	2,8

Fonte: Boletim Epidemiológico AIDS SC.

Quando analisadas as categorias de exposição no sexo feminino no estado, duas eram as vias principais de contaminação: heterossexual e o uso compartilhado de seringas. No sexo masculino, a principal categoria de exposição era a heterossexual, podendo-se verificar aumento da proporção de casos nesta categoria e diminuição da proporção de uso de drogas

²⁸ Por uma questão de organização, apresentarei dados epidemiológicos e estatísticos específicos de Florianópolis no capítulo em que descrevo o campo deste estudo.

injetáveis apontando para os mesmos discursos de feminização e heterossexualização que apontavam Barbosa e Trevisan sobre o cenário nacional. Quando observadas as taxas de mortalidade, entre homens da faixa etária dos 20 a 49 anos, a doença ocupava, até 1999, o segundo lugar como causa de óbito em Santa Catarina; entre mulheres jovens (20 a 49 anos), era a primeira.

Nesse ponto, é necessário salientar que a aids como causa direta da mortalidade de mulheres jovens, em idade fértil, e o menor tempo de sobrevivência das mulheres em relação aos homens era baseada na hipótese acerca da demora na procura de serviços médicos e, conseqüentemente, passou a representar uma ameaça às crianças, que poderiam nascer com o vírus.

Essa série de discursos epidemiológicos e estatísticos, como se nota facilmente, aponta que um certo grupo de risco tornou-se a maior justificativa para inúmeras ações governamentais no mundo inteiro, embora nunca tivesse provado sua suscetibilidade à doença: o grupo da “população em geral”. Enquanto a doença provocava desastres em “grupos de risco”, para que ações fossem implementadas, foi preciso que a aids ameaçasse a categoria “população em geral”:

[...] descobre-se nesta fórmula que a população em geral não é composta de pessoas concretas, grupos sociais concretos, mas é o cidadão etéreo, uma mera figura jurídica sem relações humanas que o distinga por sua diferença. A população em geral é o grupo dos indiferentes, a massa amorfa e fora das realidades complexas de um mundo cada vez mais dividido e cada vez mais uniforme. (DANIEL; PARKER, 2018, p. 40-41)

1.2.4 As primeiras estratégias de intervenção – a emergência de políticas públicas

Passo agora à descrição dos discursos sobre as formulações das primeiras políticas públicas de saúde²⁹ brasileiras acerca da doença, terceira série desse dispositivo. É necessário atentar que, no Brasil, a noção de saúde pública foi vista durante muito tempo como um problema quase insolúvel, como argumentam Daniel e Parker (2018). Além disso, entre 1964 e 1984, período de um governo militar autoritário, no qual teve espaço a privatização do sistema de atendimento médico, criou-se uma nítida deterioração dos serviços de saúde primários para o público em geral e os discursos sobre o “quadro calamitoso da saúde” sugeriam que pouco ou nada poderia ser feito diante de tão gigantescos problemas de saúde (DANIEL; PARKER,

²⁹ Como lembra Parker (1994), os primeiros casos de aids registrados no Brasil foram em 1982 e 1983, durante o último dos cinco governos militares que administravam o país desde o golpe de 1964. Nessa conjuntura, a política da aids desenvolvia-se ao mesmo tempo que a crise econômica, associada à grande dívida externa, que acentuava os problemas já existentes na estrutura do sistema de saúde pública do país.

2018). Nesse enquadramento, acredita-se que os “[...] primeiros casos de AIDS no Brasil surgiram em 1982, seis anos antes do país adotar sua constituição democrática” (NUNN, 2009, p. 37).

Na resposta brasileira à epidemia da aids tiveram impactos profundos e duradouros esses processos políticos complexos - as instituições democráticas brasileiras estavam em evolução, criava-se a Constituição de 1988, o país participava de instituições políticas internacionais, e a integrava-se à economia global pós-Guerra Fria - aliados a uma mídia mais livre e movimentos sociais por acesso mais equitativo à saúde (NUNN, 2009).

Começamos então pelos discursos da Constituição de 1988. O documento estabeleceu a saúde como um direito fundamental de todos os cidadãos brasileiros e unificou agências governamentais díspares estabelecidas durante as décadas de 1970 e 1980 em um único sistema nacional de saúde denominado Sistema Único de Saúde, (doravante SUS). O documento afirmava que a responsabilidade pelo financiamento e prestação de cuidados de saúde era uma responsabilidade partilhada dos governos federal, estadual e local, entretanto, não esclarecia quais eram os serviços que envolviam o direito à saúde. De acordo com Nunn (2009), as instituições públicas de saúde descentralizadas só tomaram forma depois que uma série de leis federais de saúde, denominadas Leis Operacionais Básicas, ou Normas Operacionais Básicas, foram aprovadas pelo Congresso brasileiro na década de 1990.

Embora, inicialmente, a epidemia tenha sido apresentada por sucessivos Ministros da Saúde e outras altas autoridades da saúde pública, como um problema secundário quando comparado aos problemas sanitários mais complexos ou estatisticamente mais relevantes que o país enfrentava, Teixeira (1997) assegura que foi do setor da saúde que emanou a maior parte das políticas de aids nas primeiras décadas da epidemia, setor responsável também pela quase totalidade de ações programáticas de prevenção e controle da aids. No país, foi o estado de São Paulo o primeiro a relatar casos da doença. Lá inauguraram-se as iniciativas e articulações oficiais, construindo os referenciais teóricos, políticos e legais que viriam a influenciar as políticas públicas do país.

Naqueles primeiros anos da doença e na ausência de apoio internacional e nacional, a resposta à epidemia surgiu de movimentos populares, principalmente de ativistas gays que pressionaram os serviços municipais e regionais de saúde por informações e tratamento e realizaram campanhas de prevenção (BIEHL, 2004). A partir da militância de um grupo que lutava pelos direitos homossexuais do Estado de São Paulo e que procurou a Secretaria da Saúde daquele estado em 1983 para cobrar ações governamentais frente aos casos brasileiros de aids, o órgão estatal criou um grupo de trabalho composto por técnicos de diversas áreas, que

sugeriram uma série de medidas que constituem o marco político adotado pelo Estado brasileiro nas políticas subsequentes.

Desse modo, a tradição do Brasil de estabelecer parcerias com a sociedade civil pode ser rastreada até as primeiras respostas de políticas públicas para a aids no estado de São Paulo no início dos anos 1980, quando a secretaria estadual fez parcerias com organizações não governamentais para tentar reduzir o estigma e a discriminação associados à aids. Entre as medidas estavam a notificação compulsória dos casos da doença e a distribuição de material informativo à população em geral. O compromisso com os direitos humanos em programas de hiv/aids é outro legado histórico importante do primeiro programa de aids de São Paulo, que apoiava a não discriminação e visava populações vulneráveis para programas de prevenção e tratamento, além de patrocinar assistência jurídica e outras medidas políticas por meio das quais atores não estatais poderiam responsabilizar o governo por suas responsabilidades legais em relação à doença (NUNN, 2009).

A nível nacional, Teixeira (1997, p. 48) enfatiza que as primeiras políticas públicas adotadas no país foram majoritariamente progressistas no que se refere a discursos e referenciais éticos, legais e políticos: “[...] nenhuma medida legal de caráter restritivo foi até hoje adotada e as tentativas nesse sentido foram rapidamente neutralizadas”. No entanto, essas políticas eram organizadas a nível estadual e, até 1985, apesar do impacto da aids na opinião pública, o Ministério da Saúde ainda não havia se manifestado de forma expressiva, lançando apenas em 1983 o documento intitulado *Aids – informações básicas*, com o resumo de artigos sobre o tema publicados em periódicos internacionais.

Em 1985, o Ministério da Saúde, com a portaria 236, cria o Programa Nacional de Aids³⁰ e estabelece as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia. Entre as diretrizes, o Ministério afirma que os casos de aids deveriam ser notificados e investigados, porém não estabelece a notificação compulsória, que se dá em 1986 com a portaria 542 de 22 de dezembro. Embora estabelecido em 1985, seria apenas em 1986 que o Programa se consolidaria e seria implementado em todo o território nacional, influenciado pelos ideais não-

³⁰ Noto aqui uma passagem de Nunn (2009, p. 46, tradução minha, grifos meus), principalmente pela caracterização de uma figura feminina ligada ao desenvolvimento das políticas públicas da aids no país: “[...] desde 1985, quando o Dr. Lair Guerra assumiu a liderança das iniciativas de AIDS. No entanto, o Programa Nacional de DST e Aids não se desenvolveu como uma entidade administrativa separada até a adoção da Constituição de 1988. No Brasil recém-descentralizado, o Programa Nacional de AIDS desempenhou apenas um pequeno papel na política de AIDS até o início dos anos 1990 [7]. Lair Guerra, a primeira diretora do NAP, era frequentemente referida nos círculos internos como “**uma Coronela**” ou “**a pequena coronel mulher**”. Esse título se referia a seu estilo militarista e centralizado de administração e seus estreitos vínculos com o antigo governo militar e o partido PFL, que geralmente não abraçava valores sanitaristas ou reformas federais de saúde.”

discriminatórios e em defesa dos direitos dos sujeitos que viviam com aids e hiv presentes nas políticas estaduais já em circulação.

Para Teixeira (1997), essa característica seria totalmente modificada no início do governo Collor, com a desestruturação da coordenação do Programa. No entanto, é também nesse período que ocorre um efetivo avanço nas políticas públicas em relação à aids: a decisão do governo de adquirir e distribuir gratuitamente os medicamentos para os pacientes de aids do país, como o AZT. Em resposta a protestos, campanhas na mídia e processos judiciais, o Ministro da Saúde Alcení Guerra anunciou espontaneamente que o Ministério da Saúde forneceria medicamentos para o tratamento da AIDS em 23 de outubro de 1990. Nunn (2009) pontua que este anúncio foi uma decisão impulsiva tomada sob pressão da mídia, em vez de uma decisão formal de política pública discutida com outros atores políticos e interessados importantes.

Essa política, que reconhecia o direito das pessoas a ter acesso aos recursos terapêuticos disponíveis, contrariava as diretrizes dos órgãos internacionais, como a OMS, as quais estabeleciam que em países pobres os recursos disponibilizados deveriam ser investidos em prevenção. Com a medida, o governo brasileiro pôde lançar as bases do que se tornaria um programa transformador de distribuição gratuita de medicamentos antiretrovirais para os pacientes com aids (MATOS; JÚNIOR; PARKER, 2001).

Nunn (2009) afirma que essa é a principal característica do programa brasileiro: o primeiro de um país em desenvolvimento a prometer acesso gratuito e universal à terapia antirretroviral altamente ativa (HAART) para pessoas vivendo com hiv e a implementação de políticas de saúde e infraestrutura de sistema de saúde para esse fim. O Brasil começou a tratar pacientes com aids no setor público em 1991.

Em 1992, a criação de um novo Programa Nacional de Aids foi possibilitada com a aprovação de um pacote de ajuda do Banco Mundial³¹ às estratégias brasileiras de combate e prevenção à aids. Com o valor total de US\$ 250 milhões, o empréstimo tinha como objetivo reverter o que especialistas internacionais chamavam de "africanização" da aids no Brasil (BIEHL, 2004):

³¹ Segundo Nunn (2009, p. 64 -65), em novembro de 1993, o Banco Mundial aprovou um empréstimo de 160 milhões de dólares para o Programa de controle de doenças sexualmente transmissíveis e aids do Brasil, comumente conhecido como AIDS I. O empréstimo foi distribuído entre 1995 e 1998 e o governo brasileiro adicionou ao valor mais \$ 90 milhões. "Os objetivos do projeto incluíam (1) definir e implementar programas básicos para a prevenção do hiv e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs); (2) estabelecer serviços de tratamento, incluindo 300 centros de aids e DST em todo o país nos centros de saúde existentes; (3) realização de vigilância epidemiológica; e (4) desenvolver capacidade institucional para prevenir isso e tratar HIV e DSTs, incluindo treinamento de recursos humanos e laboratórios para teste."

O projeto AIDS I dedicava pouco mais de 40% dos recursos ao componente mais diretamente ligado à prevenção. Cerca de 34% dos recursos eram dedicados a serviços de tratamento, e os demais voltados para o desenvolvimento institucional, para a vigilância, a pesquisa e a avaliação. (MATOS; JÚNIOR; PARKER, 2001, p. 17)

Empenhado em estratégias e discursos de tratamento como prevenção, em meados da década de 1990, o país começou a produzir sete ARVs não patenteados em fábricas e laboratórios do Ministério da Saúde. No entanto, consoante Nunn (2009) a estratégia de usar a produção local para atender às necessidades nacionais de medicamentos foi limitada pela Lei de Propriedade Industrial de 1996, que exigia que o Brasil reconhecesse os direitos de propriedade intelectual para produtos farmacêuticos pela primeira vez em mais de 20 anos.

Para induzir as empresas farmacêuticas multinacionais a baixarem seus preços, o Ministério da Saúde ameaçou emitir licenças compulsórias³² para medicamentos que consumiam a maior parte de seu orçamento de medicamentos para a doença. Segundo Nunn (2009), essa estratégia se mostrou altamente controversa, gerando uma disputa comercial da Organização Mundial do Comércio (OMC) com os Estados Unidos, bem como negociações de preços acaloradas com várias empresas farmacêuticas multinacionais.

Embora o compromisso do Brasil com o tratamento tenha começado no início dos anos 1990 e a produção de ARVs em fábricas públicas de medicamentos tenha iniciado em 1993, o acesso à HAART só se estabilizou no final dos anos 1990 (NUNN, 2009). Segundo Biehl (2004), em 1996, pela primeira vez, os dados nacionais mostraram uma diminuição na taxa de crescimento da epidemia e o Programa Nacional de Aids, e o Banco Mundial relatou que metade dos 1,2 milhão de casos de hiv projetados foram evitados. O Brasil passava a ser considerado um modelo no serviço de tratamento e prevenção da doença em países periféricos (TREVISAN, 2000) e um discurso de êxito neoliberal se materializava.

Apresentadas as quatro frentes que constituem alguns dos nós do dispositivo da aids, passo, na próxima seção, àquilo que chamamos de dispositivo crônico da aids, uma vez que entendo, dessa vez com Deleuze (1990, paginação irregular), que uma das consequências de uma filosofia do dispositivo é uma mudança de orientação que se desvie do Eterno para apreender o novo ou, mais precisamente que

[...] todo o dispositivo se define pelo que detém em novidade e criatividade, e que ao mesmo tempo marca a sua capacidade de se transformar, ou de desde logo se fender em proveito de um dispositivo futuro, a menos que se dê um enfraquecimento da força nas linhas mais duras, mais rígidas, ou sólidas. E, na medida em que se livrem das

³² De acordo com as regras do comércio internacional, durante casos de emergência pública, uma licença compulsória fornece aos governos o direito de atribuir a produção a um fabricante local sem o consentimento das empresas farmacêuticas multinacionais detentoras de patentes

dimensões do saber e do poder, as linhas de subjectivação parecem ser particularmente capazes de traçar caminhos de criação, que não cessam de fracassar, mas que também, na mesma medida, são retomados, modificados, até a ruptura do antigo dispositivo.

É no âmbito deste “dispositivo futuro”, que Deleuze (1990, paginação irregular) afirmará que à novidade de um dispositivo em relação aos que o precedem chamamos atualidade do dispositivo. No entanto, essa atualidade diz respeito não ao que somos, “[...] mas aquilo em que nos vamos tornando, aquilo que somos em devir, quer dizer, o Outro, o nosso devir-outro”. Resta então perscrutar a novidade do dispositivo crônico da aids.

1.3 O DISPOSITIVO CRÔNICO DA AIDS

Figura 18: “Nem o hiv pode separar o sonho de ser mãe”.



Fonte: Instagram de Thais Renovatto (2019).

Entrevistadora: E hoje, esse desejo de ser mãe permanece?

Aparecida: Não tenho mais, não tenho mais. Tanto que eu até parei o tratamento. Não tenho mais vontade. O médico mesmo, que tava me atendendo, lá do [nome do hospital], é um dos melhores que tem lá, [...]. Ele disse pra mim: “Aparecida, você tá normal, você pode engravidar, só vai trocar o medicamento que você tá usando pra usar um que não afete o bebê. **Eu disse não, e tanto que eu sugeri a ele já tirar logo meu útero, meu ovário, tirar logo tudo, tudo, me deixar oca por dentro, sabe?!, que a minha vontade assim acabou, acabou! [chorando] e assim, eu digo que acabou por inteiro, sabe?!**”

Entrevistadora: Quando você soube que você vivia com hiv você excluiu da sua vida a maternidade?

Mariana: A maternidade.

Entrevistadora: Por quê?

Mariana: Porque eu não ia poder amamentar e também, para mim assim, pelo fato dos riscos, né?!, que teria a criança. Então eu excluí a maternidade na minha vida, foi uma coisa assim “não vou ser mais mãe, se um dia eu ter um filho, eu vou adotar”, E aí, de repente, eu me vi grávida assim, foi muito “e agora?”, eu me tranquei em casa, chorei vários dias e depois eu fui “Nossa, mas eu vou ter essa criança, né?!, eu vou ter essa criança, ela vai ser amada, vai ser acolhida”

O segundo momento que pretendo trazer à tona neste capítulo é o do dispositivo crônico da aids (BUTTURI JUNIOR, 2016). Para isso, inicio com uma imagem postada por Thais Renovatto em uma rede social e as falas de Aparecida e Mariana, participantes desta pesquisa. Ambas remetem ao desejo de ser mãe³³;

Thais é autora do livro *5 anos comigo*, no qual narra sua trajetória desde o momento em que descobre estar vivendo com hiv, abarcando os quatro anos seguintes até o momento em que descobre estar grávida do primeiro filho. Thais vem de uma classe social alta, viaja com frequência, faz acompanhamento na rede privada de saúde e conta com a ajuda de vários profissionais da área da saúde: uma psicóloga, um infectologista, uma nutricionista especializada em doenças crônicas e em hiv. Ela não participa de grupos de apoio; no livro, conta que não se sentiu inclusa no grupo que tentou frequentar porque o público era majoritariamente jovem, homossexual, usuários de drogas injetáveis e mulheres profissionais do sexo: “Eu era a única heterossexual, com mais de 30 anos, querendo ser mãe, que trabalhava em uma multinacional e estava totalmente sóbria. Eu não me senti inclusa” (RENOVATTO, 2019, p. 115).

Aparecida é uma mulher nos seus 40 anos, tentava engravidar quando descobriu que estava vivendo com hiv. Ela vive sozinha em Florianópolis, sua família é de outro estado e ela tenta melhorar de vida trabalhando durante o dia e à noite, com algumas folgas aos finais de semana. Encontrou no Grupo de Apoio sua “família daqui”, como ela mesma se refere ao GAPA. Ao contrário de Thais, Aparecida desistiu de ser mãe e chegou a solicitar ao médico que fazia seu acompanhamento a remoção do seu útero, saudável.

Mariana é jovem, descobriu que estava grávida quando já vivia com hiv, mas não fazia o tratamento medicamentoso por recomendações médicas – ela participava de uma pesquisa e tinha sua saúde monitorada por pesquisadores e profissionais da saúde de um hospital na região sul do Brasil. Quando descobriu a gravidez, Mariana já havia desistido de ser mãe, chorou por vários dias e ainda mais no momento de seu parto, quando relata a violência obstétrica a que foi submetida:

Mariana: [...] o que me gravou bastante é que quando eu fui ter ele, que daí sim, no hospital, eu fui chamar o médico, porque eu tava lá, pronta, né?!, tendo as dores e tudo e aí eu vi **quando o médico falou assim “o problema está chamando”, e aí isso nunca mais saiu da minha cabeça “o problema está chamando”, tipo, o problema, eu fui chamada de problema naquele momento [...]**

³³ De acordo com Protocolo Clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de hiv, sífilis e hepatites virais “Em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, o parto e a amamentação, o risco de transmissão vertical do HIV é reduzido a menos de 2%. No entanto, sem o adequado planejamento e seguimento está bem estabelecido que esse risco é de 15% a 45%. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 62),

Embora ambas as histórias relatadas nesse trecho pertençam a perspectiva da pessoa que vive com hiv e cuja infecção se deu no século XXI, elas são histórias marcadas pela diferença. Assumo com Patton (1990) que diferentes aspectos da identidade moldam a experiência de se viver com hiv ou aids, como as diferenças de classe social, raça, gênero e sexualidade. No entanto, há entre elas uma semelhança: as três mulheres que têm suas vozes registradas nesse espaço são pacientes crônicas (Kleinman, 1988).

Enquanto o dispositivo da aids no Brasil avançou segundo a ordem de um governo do corpo e da população, em que a sexualidade era aproximada do discurso da morte e os corpos eram objetos de luta e regularização médica, no dispositivo crônico, a doença adquiriu novos contornos e ganhou status de doença crônica. Pontuado de êxitos no que diz respeito às taxas de manutenção da vida das pessoas que vivem com hiv, o dispositivo funciona ancorado em discursos – como veremos adiante - sobre o “fazer viver”, enquanto os protocolos de saúde pública exigirão a diminuição da transmissibilidade segundo o imperativo da adesão ao tratamento depois da testagem.

Sob a égide dos deslocamentos e da cronicidade³⁴, esse *dispositivo crônico da aids* parte de uma redistribuição dos saberes e das formas de subjetividade; estamos diante, agora, de um dispositivo ao mesmo tempo povoado de um recrudescimento do controle biomédico, de produção de cisões necropolíticas e de produção de discursos e práticas tecnobiosubjetivas de resistência e de invenção (BUTTURI JUNIOR; LARA, 2021).

Começemos pela produção discursiva e as práticas que ele solicita. Acima, trazia enunciados que julgo ilustrar as práticas discursivas de vulnerabilidade, então vou a elas, primeiro: as três mulheres que têm suas práticas registradas aqui não julgavam estarem suscetíveis a um vírus pois não se enquadravam nos “grupos de risco” e às “práticas de risco”.

Ainda na década de 1990, Mann *et al.* (1993) já apontava que essa pretensa exclusão e a discriminação com base em raças, etnias, nacionalidades, religião, sexo ou práticas sexuais levavam a um aumento do risco da infecção pelo hiv. Aqueles discursos, centrados em recortes de homens gays de classe média, logo se tornariam insustentáveis pela própria prevalência da infecção, com a explosão da doença no continente africano e com a ascensão de um padrão heterossexual para as contaminações (MANN *et al.*, 1993).

Nesse ínterim, a transformação mais importante na maneira de inteligir o vírus e a doença talvez tenha sido o esforço de uma outra compreensão da epidemia pelo recurso

³⁴ Novamente, reitero que um texto similar ao que apresento nessa seção já foi publicado por mim em parceria com Butturi Junior. o texto encontra-se nas referências deste projeto.

conceitual de *vulnerabilidade*³⁵ (AYRES, 2003; PARKER, 2000), o qual representaria um importante deslocamento na produção de conhecimentos e na construção de intervenções mais dinâmicas e produtivas, as quais, segundo a ordem dos direitos humanos³⁶, exigiriam uma análise dos fatores que limitam a responsabilidade para a prevenção do hiv e consideram o adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos também coletivos e contextuais.

Essa viragem também traria reflexos na própria narratividade da doença e do vírus, uma vez que dissolveria a dimensão identitária e de pessoalidade (PASSOS; BARROS, 2009) atrelada às definições de grupo de risco, colocando em questão outras relações: estrutural, social, programática: “Muda-se a palavra, o conceito, mas muda-se sobretudo o modo de dizer: não mais falar ao indivíduo e do indivíduo, mas falar dos vetores do coletivo (vetores de gênero, vetores culturais, vetores socioeconômicos, das políticas de governo e públicas)” (PASSOS; BARROS, 2009, p. 154-155)

No texto de 1993, Mann *et al.* (1993) advogam a favor de uma repartição importante, para além dos denominadores humanos³⁷ da transmissão do hiv: há uma *vulnerabilidade individual*, composta por “[...] exemplos de precondições cognitivas, comportamentais e sociais” (MANN *et al.*, 1993, p. 279) e uma *vulnerabilidade coletiva*, então marcada sobretudo pelo IDH dos países.

Acerca dos denominadores humanos, se, do ponto de vista biológico, o risco de infecção durante relações sexuais sem uso de preservativos é duas a quatro vezes maior para as mulheres do que para os homens, a vulnerabilidade biológica das mulheres, como já frisaram Villela e Sanematsu (2003) só se torna importante, de fato, em função da sua vulnerabilidade social, que leva em consideração fatores como dificuldades de negociação do preservativo, baixa

³⁵ É importante destacar que Ayres (2018, p. 54) chama a atenção para as características constitutivas do quadro conceitual da vulnerabilidade, ser a dinamicidade e não uma estrutura conceitual que cristaliza a realidade. Para ele, o conceito tem como pressuposto “[...] a ideia de que a ciência e a técnica só podem ser entendidas como parte de processos de trabalho em saúde concretamente operados e, enquanto tal, parte do movimento social e político, com todas as suas forças atuando, inclusive, muitas vezes, [de formas] contraditórias. O quadro da vulnerabilidade tem [...] que estar permeável a essa sensibilidade de perceber quais são, a cada momento, os instrumentos de que se dispõe, do ponto de vista da ciência e da técnica, para intervir sobre a saúde, e o que eles, ao serem examinados criticamente, demonstram de perspectivas conservadoras e, ao contrário, também, de perspectivas que nos permitam pensar em reconstrução, em transformação social.

³⁶ Embora a discussão sobre Direitos Humanos seja oportuna, nessa tese não me ocuparei dela. Entretanto é mister destacar uma passagem de Lynn Hunt (2009, p. 19): “Os direitos humanos só se tornam significativos quando ganham conteúdo político. Não são os direitos de humanos num estado de natureza: são os direitos de humanos em sociedade. Não são apenas direitos humanos em oposição aos direitos divinos, ou direitos humanos em oposição aos direitos animais: são os direitos de humanos *vis-à-vis* uns aos outros. São, portanto, direitos garantidos no mundo político secular (mesmo que sejam chamados "sagrados"), e são direitos que requerem uma participação ativa daqueles que os detêm.”

³⁷ Descritos por ele como a suscetibilidade biológica à infecção e os modos de transmissão do vírus.

percepção de risco, dependência econômica e emocional das parcerias, comercialização do sexo e violência, dentre outros.

Se tomarmos a vulnerabilidade individual, naquilo que tange à transmissão vertical – temática dos enunciados que abrem esta seção –, Mann *et al.* (1993, p. 284) expõe que vulnerabilidade de um feto à infecção aumenta à medida que mãe biológica é soropositiva. A precondição comportamental para a diminuição dela seria a responsabilidade dos parceiros em relação a seus descendentes. Se Aparecida vê um possível feto como sujeito ao vírus, logo entende que sua responsabilidade é a esterilização. Algo semelhante é narrado por Mariana, que não amamenta o filho “pelo risco”.

Entretanto, não é possível assumir que as narrativas de minhas interlocutoras estão implicadas apenas as perspectivas do risco de contaminação, até porque elas são diferentes da de Taís. São outras séries que tornam possíveis e concretas histórias de maternidade tão distintas para aquelas que carregam o biomarcador de que trata essa tese. São os atravessamentos sociais, econômicos, políticos e subjetivos que não podem ser encerrados na perspectiva do risco e da responsabilização individual, mas dizem respeito às capacidades subjetivas e as possibilidades efetivas de agência e cuidado de si inscritas a partir das e nas táticas de intervenção que tem lugar nessas narrativas, nos limites das relações entre identidade e condições socioeconômicas (cf. FRASER, 1997; PARKER; CAMARGO JR., 2000), geográfico-políticas e racial-gendrada que se estabelecem como diferença na distribuição desigual das vulnerabilidades e, por consequência, das políticas de vida e de morte – de esterilização³⁸ ou não - relacionadas ao hiv. Esta tese reconhece, portanto, a existência de diferentes vulnerabilidades associadas as quais antecedem e podem favorecer a infecção pelo hiv e seu posterior manejo, como sublinha Parker (2000, p. 103)

Sem negar, de maneira alguma que todo ser humano seja biologicamente suscetível à infecção por HIV, ou que a transmissão realmente ocorra mediante atos comportamentais de indivíduos específicos, esse conceito expandido de fatores sociais que colocam alguns indivíduos e grupos em situações de maior vulnerabilidade permitiu-nos começar a perceber mais plenamente como a desigualdade e injustiça, o preconceito e a discriminação, a opressão, exploração e violência da sociedade aceleram a disseminação da epidemia [...]

³⁸ O protocolo que orienta as práticas biomédicas relacionadas a transmissão vertical e que perpassaria as precondições sociais para a diminuição da vulnerabilidade dessas mulheres, traz o seguinte trecho “O desejo de ter filhos deve ser discutido nos atendimentos, visando proporcionar às pessoas informações sobre as formas mais seguras de concepção e sobre os cuidados necessários durante a gestação, o parto e o puerpério, além de reforçar que o planejamento reprodutivo é um direito, assegurando a livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos. Para isso, é importante, ainda, que os serviços de saúde ofereçam às parcerias sexuais suporte à testagem e à revelação mútua, tanto a pessoas com estado sorológico conhecido como desconhecido em relação ao HIV (OMS, 2017).

Na esteira dos estudos etnográficos que pensam a relação de vulnerabilidades na contemporaneidade, Squire (2013) examina as convergências e os conflitos entre posições assumidas em relação ao hiv, seja no campo político ou no cotidiano. A primeira se materializa na forma de uma *governamentalidade naturalizante* que opera em torno de cidadãos vivendo com hiv na disponibilidade dos ARVs. Mesmo a partir de uma análise superficial dos avanços no tratamento e prevenção, os sinais da **naturalização** do hiv seriam numerosos: a crescente capacidade de gerenciamento da prevenção, bem como do tratamento do hiv, por meios médicos; a apresentação do vírus como uma condição de longo prazo, e não como uma doença, atingida com bons e precoces cuidados médicos; a disponibilidade dos ARVs, para todos em países de alta renda e que atingem mais de 50% daqueles que precisam deles em países de baixa e média renda, um número que cresce; o início precoce do tratamento como forma de preservar a saúde das pessoas vivendo com hiv; a redução da transmissão, a partir da indecibilidade da carga viral de pessoas vivendo com HIV que não fazem sexo seguro; os comportamentos que reduzem o risco de transmissão do hiv, especialmente o uso de preservativos, os quais tornaram-se uma parte da vida mais generalizada e naturalizada; e, por fim, o teste do hiv, cada vez mais uma parte regular dos cuidados de saúde em muitos países.

Uma avaliação otimista, portanto, das possibilidades atuais de prevenção e tratamento, particularmente aquelas decorrentes de novos desenvolvimentos biomédicos, a qual sugere que o hiv pode em breve deixar de ser uma emergência no mundo. Esse processo de **naturalização**, não pressupõe que o hiv e a aids deixarão de existir, mas que se tornarão uma parte regular e natural da ordem biossocial das coisas por meio de processos de medicalização, normalização social e mercantilização.

Um parêntese: no que tange ao cenário nacional, Parker (2015) também fala do “desaparecimento” da aids: engendrado por um dispositivo que cinde corpos e subjetividades – economicamente, genericamente, sexualmente, racialmente ou etnicamente marcados pela biopolítica. Para ele, o enfrentamento da epidemia do hiv ainda carece de um olhar diferencial sobre determinadas populações justamente porque houve uma modificação na distribuição da infecção, hoje racializada e marcada pela vulnerabilidade social.

A segunda posição sugere que lidar com o hiv continua difícil e está se tornando difícil de novas maneiras, ou seja, o hiv ainda carrega a marca de **expecionalidade**, ou **expecionalismo**³⁹: tanto uma emergência quanto uma condição diferente de outras emergências

³⁹ Para Squire (2013, p. 14), esse excepcionalismo do hiv tem sido alvo de extensas críticas e comentários: “[...] alguns sugerem que o progresso clínico, a crise financeira e o afastamento dos discursos de ajuda e dependência, para uma ênfase no comércio e investimento, significam que o hiv não pode ou não deve mais ser considerado

sociais e de saúde. De acordo com Squire (2013), a crise financeira global levou a um declínio das contribuições internacionais para a pandemia. Isso significa, por exemplo, reduções nos programas de apoio psicossocial e segurança alimentar. Além disso, os ARVs ainda estão disponíveis apenas para cerca de metade dos que deles necessitam, e o hiv continua sendo uma condição altamente estigmatizante.

Squire (2013) ainda trabalha com a ideia da **particularidade** de viver com hiv no dispositivo crônico. Essa posição sugere que viver com hiv, embora mais fácil do que costumava ser, ainda é "complicado". Medicamentos não funcionam perfeitamente, a saúde é incerta, a divulgação da condição de viver com hiv é repleta de tensões sociais e subjetivas. Assume-se, nessa perspectiva, que viver com o hiv pode ser uma questão de conviver com uma doença de longa duração que tem semelhanças com outras doenças semelhantes, ao mesmo tempo em que a doença tem muitas particularidades que também são específicas das posições sociais e históricas das pessoas dentro da pandemia.

Parker (2000) se distancia do argumento de que os piores exemplos de discriminação e violação dos direitos humanos das pessoas vivendo com hiv (que no início da epidemia faziam parte da vida cotidiana), parecem, no dispositivo crônico, estar sendo superados à medida que os sistemas legais e as estruturas sociais foram acionados para combater à epidemia, reafirmando os direitos básicos de todos os seres humanos. O autor aponta que as instituições do Estado e da sociedade civil se mobilizaram e desenvolveram programas para superar o que já foi chamado de “excepcionalismo da aids”; no entanto, distante da naturalização do hiv, ele também afirma que a epidemia

[...] se instala justamente na polarização crescente entre os ricos e os que vivem em situações de extrema pobreza, na exclusão de setores inteiros da sociedade e na integração perversa de outros [...], e com as formas de desigualdade social que aumentam cada vez mais e que parecem ser uma parte integral dos processos de globalização (juntamente com as políticas do chamado neoliberalismo). É neste contexto, que a epidemia de HIV/AIDS hoje prospera e cresce, em grande medida percebida – não porque seria impossível vê-la, mas porque nossa sociedade deixa de olhá-la.

Para Parker (2000), a vulnerabilidade ao hiv e à aids, na atualidade, tem sido entendida cada vez mais como conectada a questões de desigualdade e injustiças econômicas e sociais;

excepcional. outros autores preveem, [...], que elementos da excepcionalidade do hiv, se não o seu excepcionalismo, continuará, e terá de ser mantido em mente. alguns sugerem que aspectos do pensamento de 'excepcionalidade' do hiv, tais como internacionalismo, abertura, comprometimento e integração, podem ser estendidos de forma frutífera e sustentável a exigências mais amplas de saúde e outras necessidades em países de baixa e média renda a mudança das posições de excepcionalidade para excepcionalismo deve-se uma descrição das características excepcionais do hiv como invariantes, ou pelo menos relativamente estáveis, em contextos sociais e históricos e, portanto, exigindo respostas excepcionais estáveis em nível internacional, níveis nacional e local”.

essa análise forçaria o exame de dinâmicas de poder, seja no nível das relações sexuais e de gênero, seja no nível das estruturas e processos globais.

Aparecida e Mariana são exemplos de como essas desigualdades implicam em custos materiais e emocionais os quais nem mesmo uma resposta pública bem-sucedida seria capaz de compensar (COSTA-COUTO, 2007): as duas materializam a autopercepção do risco quando expostas à maternidade, seja pelo medo de Mariana, seja pelo redimensionamento de projetos pessoais de Aparecida. Essas dinâmicas dor e sofrimento que não são expurgadas com as novas tecnologias que regem a vida das duas, lembrando que não há atalhos para entender as multiplicidades dos discursos e das práticas por meio dos quais uma vida prolongada tecnologicamente é alcançada (BIEHL, 2010).

Nesse processo de modificações que dão lugar ao dispositivo crônico e aparecem nos enunciados das mulheres com quem conversei, é importante inventariar outros três enunciados: **o da adesão, o da indetectabilidade, e o da invisibilidade**. Os primeiros dizem respeito ao desenvolvimento da TARV – Terapia Antirretroviral. Conjunto de medicamentos capazes de conter a evolução do vírus hiv no corpo dos sujeitos, a TARV surgirá relacionada com a amplificação das estatísticas acerca da heterossexualização da aids, já não mais restrita aos “grupos de risco” – cuja marca é do desaparecimento factual, mas da permanência na memória discursiva da aids. A terapia, nessa feita, exige uma nova descrição da doença e dos corpos doentes, segundo o discurso da “cronicidade” e sustenta tecnologias de governo da população, marcadas por protocolos de teste e tratamento, com vistas a reduzir a transmissibilidade do vírus (BUTTURI JUNIOR, 2016): adensamento do governo biopolítico, de um lado, exigindo o controle da população e a contenção dos riscos; do outro, exigindo das pessoas que vivem com hiv um cuidado de si irrestrito. Essa cronicidade, não obstante, é a mesma que permite aos sujeitos entabular possibilidades de resistência e de politização das identidades dos grupos e sujeito afetados, recorrendo a políticas identitárias de pressão pública e garantia dos direitos civis.

O segundo tem emergência com a *Declaração da Suíça*, publicada em 2008 e cujos efeitos ainda permanecem em curso. Ali, no interior da biomedicina, assistia-se ao acontecimento de um deslocamento dos discursos sobre as pessoas que vivem com hiv. De um lado, um dispositivo de morte anterior, em que os sujeitos “aidéticos” eram tomados como perigosos e condenados ao silenciamento e à morte civil (DANIEL, 1989). Do outro lado, a declaração que sustentava, depois de ampla pesquisa, a impossibilidade de transmissão de hiv por pessoas em tratamento com ARVs exitoso, e a emergência dos chamados “indetectáveis”

(pessoas com carga viral indetectável e controlada, sob tratamento antirretroviral – pacientes crônicos, “zerados” e incapazes de transmitir o hiv):

“une personne séropositive ne souffrant d’aucune autre mst et suivant un traitement antirétroviral (tar) avec une virémie entièrement supprimée (condition désignée par «tar efficace» ci-après) ne transmet pas le vih par voie sexuelle, c’est-à-dire qu’elle ne transmet pas le virus par le biais de contacts sexuels” (VERNAZZA *et al.*, 2008, p. 165).

Dois anos depois da publicação da declaração, na XVIII Conferência Internacional de Aids, o médico suíço Bernard Hirschel insistiria que as novas tecnologias biomédicas seriam potencialmente mais eficazes do que abordagens de prevenção comportamental – o uso do preservativo, por exemplo. Essa viragem nos discursos faz parte daquilo que Giami e Perrey (2012, p. 357, tradução minha) nomeiam de postura biopolítica na luta contra a aids. Trata-se, para eles, de uma mudança radical nas estratégias de controle social sobre o corpo e da sexualidade:

Graças à disponibilidade de meios farmacêuticos e cirúrgicos, o "fator humano", que também inclui subjetividades e culturas e que parece ser o principal obstáculo à prevenção do HIV, está sendo colocado sob controle. As tecnologias biomédicas permitirão contornar os processos de modificação comportamental que até agora se mostraram difíceis de implementar..

Giami e Perrey (2012) assumem que enquanto a prevenção disciplinar – instaurada naquilo que nomeamos de dispositivo da aids – baseava-se na modificação voluntária dos comportamentos sexuais e das relações sexuais e no monitoramento dos comportamentos e práticas sexuais, a abordagem biomedicalizada, imperativa no dispositivo crônico, exigirá o monitoramento dos dispositivos de triagem, da realização de testes virológicos, das estratégias de prevenção medicalizadas para indivíduos hiv negativos e o tratamento precoce de indivíduos soropositivos.

O terceiro dos enunciados diz respeito ao que Biehl (2004) definiu como as *tecnologias de invisibilização*. Para o autor, diante das estratégias neoliberais de ampliação do acesso ao tratamento do hiv e da aids que tiveram lugar, no Brasil, a partir da década de noventa do século XX, uma parcela de corpos e subjetividades permaneceram invisíveis para as estatísticas de sucesso do sistema público de saúde e de distribuição da TARV. É o abandono dessas modalidades de vida, matáveis e precárias, uma das estratégias de diferenciação política do enfrentamento do hiv e da aids:

[...] um grande número de vítimas pobres e marginais de Aids está ausente das estatísticas epidemiológicas e dos cuidados de saúde e, com sem direitos aparentes, é permitido morrer em abandono. Essas pessoas vivem em ruas ou prédios abandonados, diante dos olhos do público. Em sua existência conturbada com a Aids, eles têm contato esporádico com serviços governamentais de testes e assistência médica ou com formas não governamentais de apoio, mas nenhum programa

específico de prevenção e tratamento os apoia. Sua experiência de morrer é simplesmente comum e encontra indiferença política e moral. A invisibilização da morte entre os mais pobres com AIDS é concomitante ao controle bem-sucedido da mortalidade, conforme articulado pelo novo paradigma biopolítico do Brasil. (BIEHL, 2004, p. 255, tradução minha)

A cisão racializante imposta no dispositivo crônico permitirá assim que perdurem efeitos de desaparecimento. De acordo com Biehl (2010), a própria rede de documentação da doença e dos doentes aparece em sua discursividade que separa os cidadãos dos não-cidadãos: processo tecno-político que separa “[...] os pobres dos pobres e os doentes dos doentes, os ‘inúteis’ segundo a lógica econômica são invisibilizados” (BIEHL, 2001, p.128).

Destarte, o que se assiste é uma diferença no esquadramento de certas populações: homossexuais, moradores de ruas e não-sujeitos permanecerão longe das estatísticas, vidas nuas na exceção biopolítica (AGAMBEN, 2010) da cronicidade, cuja morte e **o sofrimento não podem sequer se tornar memória**. De acordo com as pesquisas etnográficas de Biehl (2004) assistência médica especializada é prestada àqueles que se identificam como cidadãos da aids ou cidadãos biomédicos. Seria apenas essa parcela da realidade que apareceria nos relatórios epidemiológicos otimistas, mostrando uma diminuição da incidência da aids – ao menos no Estado da Bahia, local etnografado pelo autor. Já os indivíduos que não podem ser enquadrados nessa demanda planejada e dentro dessa concepção autosselecionada de saúde pública permanecem fora de qualquer registro oficial e não recebem intervenção. A maioria desses casos não registrados são pessoas identificadas como portadoras de aids somente quando estão morrendo, na primeira e última hospitalização. Enquanto isso, o atendimento a curto prazo desses pacientes marginais é geralmente relegado a instituições de caridade, demonstrando que

[...] o manejo da morte entre os mais pobres é concomitante ao controle bem-sucedido da mortalidade, conforme articulado pela nova biopolítica do Brasil. Aqui, deixar morrer é uma ação técnica e política, contígua ao poder científico, médico e pastoral que dá vida. (BIEHL, 2004, p. 262)

Esse processo é nomeado pelo antropólogo de morte social: os abandonados com aids são incluídos na ordem social através do ato de morrer; a invisibilidade é apenas mais um mecanismo de controle dos processos de vida.

Nesse dispositivo crônico da aids, ainda é preciso inventariar dois discursos fundamentais: o de sujeição total aos dispositivos biomédicos, responsáveis pela adesão irrestrita (sob pena de morte) à TARV, não obstante seus efeitos colaterais e a ausência de possibilidades de modificação no tratamento, levando-se em conta a economia política de um Estado cada vez menos disposto a arcar com os custos dos tratamentos de ponta (BIEHL, 2005, 2010); o da relação entre cronicidade, adesão e culpabilização, que funciona como tática de

responsabilização dos corpos (ainda) perversos – da ordem do discurso do pânico moral dos “contaminadores” ou dos “carimbadores” midiáticos, cuja injunção ao tratamento e ao cuidado é diretamente proporcional à possibilidade de cidadania.

Assim, o *dispositivo crônico da aids*, pontuado de êxitos no que diz respeito às taxas de manutenção da vida das pessoas que vivem com hiv, funciona ancorado em discursos sobre o “fazer viver”, enquanto os protocolos de saúde pública exigirão a diminuição da transmissibilidade segundo o imperativo da adesão ao tratamento depois da testagem.

Volto meus esforços agora à descrição das mesmas séries analisadas no dispositivo da aids: o discurso midiático, os discursos estatísticos e epidemiológicos nacionais, as novas formas de ativismo possibilitadas pelas novas tecnologias e as políticas públicas de saúde que tratam do hiv e da aids na contemporaneidade. Abro a exposição, dessa vez, com os discursos ativistas⁴⁰.

1.3.1 O ativismo em tempos de rede

Não obstante os êxitos de ONGs como a ABIA e o GAPA, Valle (2013) nota que na última década, com a redução de financiamentos e do suporte institucional para as ONGs, o esvaziamento de pessoal voluntário das entidades, inclusive aquelas institucionalmente fortes, haveria uma perspectiva de que a epidemia teria se “banalizado”, sugerindo um sentido de crise⁴¹ no ativismo em torno do hiv e da aids, aquilo que Fassin (2007, p. 13, tradução minha) nomeia de “anestesia política”: esse estado que nos tornaria insensíveis ao destino dos outros, principalmente por fazer com que esses outros pareçam incompreensíveis para nós, em um cenário em que nem comunidade nem reciprocidade são possíveis. Contra essa impossibilidade declarada ou presumida, o propósito do antropólogo – e o meu, nesse e em outros trabalhos – “[...] é afirmar o princípio da inteligibilidade e fornecer um meio para um tipo de entendimento no qual os outros sejam totalmente levados em consideração - um entendimento baseado em um senso de destino compartilhado”.

Entretanto, Motta (2020) afirma que, embora haja o esvaziamento institucional, é possível identificar múltiplas resistências sendo construídas, assim como o fortalecimento do

⁴⁰ Os próximos parágrafos também aparecem de forma semelhante em textos nos quais debati as novas formas de ativismo possibilitadas por novas tecnologias.

⁴¹ Acerca da “crise da aids”, ver Patton (2020). Nele, a autora coloca o nominalismo em xeque, argumentando que a ideia de crise - a afirmação racional de um tempo fora do tempo - faz um trabalho produtivo e redutor, considerando a relação entre o racismo e a gestão da “crise da aids”, com um foco particular naquilo que é deixado de fora na abstração da “crise” de lugares e pessoas reais.

diálogo e da reflexão acerca de formas de ampliar a articulação e o trabalho em conjunto com múltiplos movimentos sociais – indígenas, mulheres, os negros e negras, as pessoas LGBT. Narrando experiências do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase), o autor lembra que na contemporaneidade brasileira temas que perpassam a aids, como a sexualidade têm sido constantemente confrontados por conta de discursos heteronormativos, preconceituosos e pautados em um fundamentalismo religioso que regem o atual governo. Para Motta (2020), os encontros organizados pelos movimentos sociais ainda carregam a força das resistências e a possibilidade de construção de uma contranarrativa.

Tomemos, pois, esses deslocamentos do dispositivo crônico da aids e passemos aos discursos dos novos ativismos, principalmente aqueles instaurados pela internet. A partir dos estudos de Douglas e Crimp, em 1987, Cifor e McKinney (2020) assumem tanto a interseccionalidade quanto os discursos on-line como lugares para se inteligir a pandemia da aids. Para eles, a mídia digital é agora um espaço de tensionamento e de invisibilização:

A maneira como não falamos profundamente ou com frequência suficiente sobre a AIDS nos estudos digitais é parte de um processo estrutural maior de estigma e abandono do HIV - um processo cultural classificado, racializado e de gênero no contexto de uma epidemia contínua impulsionada por fatores estruturais opressões, da pobreza ao encarceramento e à xenofobia. (CIFOR; MCKINNEY, 2020, paginação irregular, tradução minha)

Vejamos, então: estamos diante de um problema duplo, que se refere ao esvaziamento das práticas ativistas tradicionais e à barreira, no caso da aids, de visibilização nas redes sociais. É nesses limites que a web 2.0 permitirá além de uma atualização da memória dos ativismos e da história do enfrentamento do hiv/aids, mudanças nas políticas e práticas relacionadas à saúde. Peterson *et al.* (2019) afirma que existe um movimento de "cidadania bio-digital": uma reconceituação do "ativismo" para refletir mais adequadamente o funcionamento da política e do poder na era digital, em que a agência dos cidadãos e as esperanças de tratamento são centrais. Para eles, essa forma de ativismo opera principalmente naqueles que se identificam com base em condições genéticas ou outras condições biologicamente definidas, os quais foram, doravante, capazes de construir comunidades e compartilhar narrativas de doença, tratamento e recuperação, além de atrair fundos e fazer lobby para pesquisas.

Nos anos noventa, isso que se denominou ciberativismo ganhava notoriedade e, no caso do ativismo em torno do hiv e da aids as prioridades estavam começando a mudar durante um período correspondente à crescente penetração da mídia digital, mas antes do advento das mídias sociais (PETERSON *et al.*, 2019). Se antes os sujeitos ligados aos movimentos ativistas buscavam inaugurar uma nova onda de lutas pela democratização nas ciências biomédicas e na

saúde – e, nas palavras de Epstein (1996) esses movimentos eram menos uma forma de resistência e mais uma forma para troca de informações e incentivo à mudança de comportamentos, sob a égide dos deslocamentos, como já apontei em outro texto (BUTTURI JUNIOR; LARA, 2021), as transformações da chamada web 2.0 e o desenvolvimento das mídias sociais - cuja capacidade de interação inflacionada, possibilitou novas formas de lutas, baseadas também nas experiências pessoais, locais e descentralizadas (DI FELICE, 2013) – deu lugar a novas formas de resistência que passaram a perfazer os discursos ativistas, principalmente aqueles que adensam novas formas de política e que têm lugar nas redes sociais, a partir das transformações tecnológicas – notadamente, os smartphones.

McKinney (2020), enfatiza que a interação via Internet foi imediata, pois relativamente barata para os produtores de conteúdo marginalizados acessarem em comparação com a transmissão ou impressão, acessível para amadores e fundamentalmente colaborativa, era uma tecnologia adequada para produzir e circular rapidamente informações sobre o hiv quando o acesso pelos canais tradicionais era precário, desigual e lento.

Em solo nacional, o boletim nº 64 de maio de 2019, da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA, 2019) trazia uma reflexão semelhante, sobre como a tecnologia e os novos recursos digitais podem servir aos fins políticos de que a resposta ao hiv carece, além de observações sobre como manter o comprometimento com mobilização social e política, em tempos em que doença passa por uma fase de naturalização (SQUIRE, 2013).

Já na introdução deste documento, as articulações em rede ganham destaque não apenas pelas formas de comunicação, mais ágeis, mas pela possibilidade de articulações outras no campo da luta por políticas e ações justas para o controle da epidemia, entre elas, a prevenção. Para Seffner (2019, p.8), que assina o primeiro texto do boletim, trata-se de uma estratégia interseccional:

A ordem pública contemporânea no Brasil está muito marcada pelo racismo, pela xenofobia, pela homofobia, pelo machismo e pelo sexismo. Todos estes ismos podem produzir vulnerabilidade à AIDS. As culturas juvenis podem encontrar na comunicação digital lugares para conversar sobre o racismo que sofrem, o preconceito homofóbico que lhes atinge, a violência machista ou sexista. E podem encontrar nesse diálogo elementos para prevenção à AIDS.

Se assistimos à nova expansão dessa modalidade ativista, em que “[...] a dimensão político-democrática desloca-se dos espaços tradicionais para as redes interativas digitais [...]” (DI FELICE, 2013, p.58), esse deslocamento e sua expansão são lidos por Borges Junior (2018) como um gesto, no sentido dado por Agamben: uma exibição corporal, uma estética de existência que requer uma nova modalidade de materialização no digital (uma “gestualidade

algorítmica” (BORGES JUNIOR, 2018, p.86) que evoca uma resistência e um deslocamento aberto.

Nesses discursos documentados pelas redes, é necessário atentar para a produção subjetiva dos ativistas que vivem com hiv. Como já demonstrei em outros escritos, percebo conjuntos agonísticos de associação e luta e que demandam pensar numa tenocvida e numa tecnosubjetividade. (BUTTURI JUNIOR; LARA, 2021). No caso desta tese, vale destacar a descentralização e o gesto – como vértice entre corpo e política, como borramento entre o si mesmo privado e o público – como marca tecnogenérica, cuja condição de possibilidade é justamente o descentramento das novas formas de política ativista que têm lugar com *a web 2.0* e que se adensam nas redes sociais a partir das transformações tecnológicas

No entanto, na agonística constitutiva dos processos tecnobiodiscursivos, é mister destacar que as mesmas tecnologias e plataformas digitais produzem, reproduzem e reificam o pânico moral e espalham desinformação, discriminação e violência (CIFOR; MCKINNEY, 2020): há os negacionistas da doença se reúnem online, fazendo circular discursos divergentes da ciência convencional, encorajando comportamentos de exposições desnecessárias e morte prematura (COLEMAN; CYPHER, 2020).

No entanto, essa postura não fica restrita às plataformas digitais. Novamente, para além da potência de ruptura, os discursos sobre o hiv e a aids estão inseridos num jogo polivalente de produção de modalidades de vida, sobretudo quando reinscritos nos discursos midiáticos. Passo brevemente a eles e ao modo como produzem o vírus, a doença e as PVHIV na contemporaneidade.

1.3.2 Mídia

Em novembro de 2011, Catarina Alencastro publicava no O Globo, uma das matérias que mencionavam a preocupação com o aumento de casos em rapazes gays: “Embora o percentual de casos entre jovens dessa faixa etária tenha diminuído em 12 anos, entre os homossexuais dessa faixa de idade, o percentual aumentou 10,1%.” A reportagem continuava com uma das falas do então ministro da saúde Alexandre Padilha, que atribuía o aumento dos casos entre os jovens gays “porque a geração deles não vivenciou o início da epidemia, nas décadas de 80 e 90, quando a face mais cruel da doença foi revelada”.

Figura 19: Aids ameaça nova geração.

O PAÍS

Aids ameaça nova geração

De 1998 a 2010 número de novos casos subiu no país, atingindo mais os jovens gays

Catrina Alencastro
catrina.alencastro@globo.com.br

Aids matou no ano passado 11.965 pessoas no Brasil. O número de novos casos aumentou em todo o país entre 1998 e 2010, menos na Região Sudeste. E a tendência de alta se manteve este ano no Norte e no Nordeste. Há 12 anos, a quantidade de novos registros de Aids no Norte foi de 729, uma taxa de 6,1 para cada 100 mil habitantes; em 2010, o número subiu para 3.274, elevando a taxa para 30,6 por cada 100 mil habitantes. O Ministério da Saúde ainda não fechou a taxa para 2011, mas já contabilizou 1.391 novos casos na região. No Nordeste, 3.020 novos casos foram registrados em 1998, e no ano passado o número caiu do que de dois: 6.702. A taxa no período subiu de 6,6 por 100 mil habitantes para 12,6.

Os dados divulgados no novo Boletim Epidemiológico Aids/DST mostram também que a incidência de infectados na população em geral se manteve estável no período, registrando até uma pequena queda, de 18,7 para 17,9 casos para cada 100 mil habitantes. A diminuição foi mais acentuada no Sul, onde a registrada no Sudeste, que concentra 56,4% de todos os infectados pelo HIV no país. No entanto, o número de casos caiu de 19.167 para 14.142 e a taxa, de 27,8 para 17,6 entre 1998 e 2010. O Sudeste também foi a única região a registrar redução no número de mortos.

Segundo o ministério, no Brasil o vírus atingiu 0,6% da população entre 15 e 49 anos. De 1980 a junho de 2011, 608.230 pessoas foram registradas com o vírus da Aids no país. O governo explica que o aumento da doença no Norte e no Nordeste se explica porque muitas pessoas a ser feitas em áreas onde antes não havia acesso ao diagnóstico e também porque muitas pessoas só procuram o serviço de saúde para fazer o exame quando começam a sentir os sintomas da doença, o que acontece em média dez anos após a infecção.

O ministério está mais preocupado, no entanto, com o aumento da contaminação entre garçons gays de 15 a 24 anos. Embora o percentual de casos entre jovens dessa faixa etária tenha diminuído em 12 anos, entre os homossexuais dessa faixa de idade, o percentual aumentou 10,1%. No ano passado, para cada 10 heterossexuais com essa idade contaminados, havia 16 homossexuais infectados pelo vírus da Aids. Para se ter uma ideia, em 1998, foram computados 364 casos de Aids entre jovens gays, o que representava 29,5% do total. E no ano passado, os casos saltaram para 514, 27% do total.

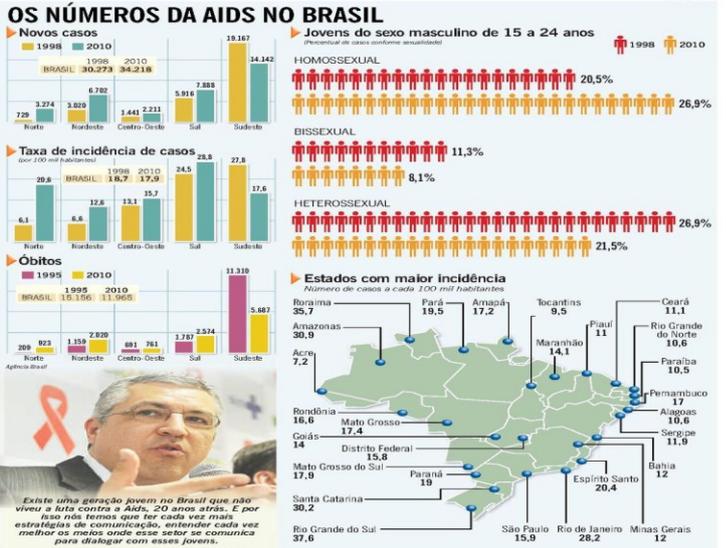
Campanha vai focar em gays e travestis

Diante dessa nova realidade, o governo decidiu focar nessa população a próxima campanha, que terá início na quinta-feira, Dia Mundial de Luta Contra o Aids. Para o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, o problema se intensificou entre os jovens gays, porque a geração deles não viveu o início da epidemia, mas descobriu a doença quando ela já estava avançada. Sua próxima campanha vai usar as redes sociais para divulgar os alertas.

— Existe uma geração jovem no Brasil que não viveu a luta contra a Aids, 20 anos atrás. E por isso não temos que ter cada vez mais estratégias de comunicação, de mudanças de atitude, entender cada vez melhor os meios onde esse setor se comunica para dialogar com esses jovens, porque a nossa população sabe que a melhor forma de prevenir o HIV é o uso seguro com o uso da camisinha, mas precisamos mudar a atitude dos nossos jovens. Nossa próxima campanha vai focar nos jovens gays e travestis — disse Padilha.

Para Mário Scheffer, presidente da Grupo País Vívida, a primeira organização especializada no assunto fundada no Brasil, o fato de os gays serem mais vulneráveis do que o restante da população não é novidade. Ele acusa o governo de ter abandonado esse grupo, ao não montar estratégias específicas para o público homossexual. Ele aponta que os jovens, em geral têm 11 vezes mais chance de pegar a doença do que os heterossexuais. Entretanto, nos locais de convivência não se vêem cartazes alertando para o problema do HIV. Independentemente de ser jovem, o homossexual é mais afetado por conta de uma cultura própria de práticas específicas. Eles são mais vulneráveis, nunca deixaram de ser. No momento que você fala que a Aids é um problema de todo mundo, diminui um pouco o estigma, mas joga o problema para debaixo do tapete — apontou Scheffer.

A boa notícia é que a transmissão vertical — quando a mãe passa a doença para o bebê — diminuiu consideravelmente de 1998 a 2010. Entre crianças com até cinco anos, o número de novos casos foi 40,7% menor. Há 12 anos eram 5,9 infecções para cada 100 mil crianças nessa faixa etária,



'Não temos o que comemorar'

Banalização da doença eleva incidência, avalia especialista

— SÃO PAULO. O distanciamento de uma realidade em que soropositivos morriam quase sem assistência, até meados dos anos 1990, e o desconhecimento sobre os cruéis efeitos colaterais do tratamento hoje disponível podem explicar o aumento do número de pessoas infectadas com Aids, especialmente entre jovens homossexuais. O diretor do Instituto Emílio Ribas, o infectologista David Lip, acredita que a nova geração banaliza a doença porque acredita que ela não mata.

A geração atual não viu o que aconteceu até o meio dos anos 1990, então banaliza a doença. Tem gente que acha que existe prevenção pós infecção. Mesmo os que adquiriram a infecção não vão morrer. Claro que há um tratamento, e as pessoas vivem com qualidade, mas os efeitos são adversos — diz Lip, que há cerca de 30 anos trata de pacientes com a doença.

Para ele, a incidência aumentou entre jovens homossexuais por três motivos: a colocação de prótese cardiovascular entre os pacientes — diz ele, lembrando que no Instituto Emílio Ribas o registro é de cada um paciente positivo a cada três dias. Lembrando já ter perdido amigos, pacientes e familiares, o médico lamenta a comemoração da redução do número de mortes. — Foram mais de 7 mil infecções em 2010 e mais de 34 milhões de jovens entre 15 e 24 anos morreram em todo o mundo. Não temos o que comemorar. (Tácio Freire)

Em São Paulo, HIV matou 9 pessoas por dia no ano passado

Cerca de cem mil infectados fazem atualmente tratamento contra a Aids no estado

SÃO PAULO. A Aids matou 8,6 pessoas por dia, em média, no estado de São Paulo em 2010. Entre 2000 e o ano passado, verificouse que a proporção de infecções entre homossexuais cresceu 52,4%, enquanto entre heterossexuais o aumento foi de 30,5%. Hoje, no entanto, queda de 73,2% entre usuários de drogas injetáveis. Os dados são do novo boletim de Secretaria Estadual de Saúde, divulgado ontem.

Há anos autoridades da área atestam que, ao mesmo tempo em que cai o número de mortes provocadas pela doença, aumenta a incidência de pessoas contaminadas com o vírus. Em 2010, a Aids matou 14.141 pessoas no estado — taxa de mortalidade de 7,6 mortes por cem mil habitantes. No ano anterior, o índice foi de 7,9. Em relação a 1995, quando a doença matou 7.789 pessoas, a taxa de mortalidade caiu 67%.

Ainda assim, as autoridades se mostram preocupadas com o aumento das infecções.

— Embora a epidemia tenha mudado seu perfil desde o seu início, ainda há forte constância de casos notificados entre homens que fazem sexo com homens, além de aumento proporcional de infecção entre os heterossexuais — diz Maria Clara Glória, coordenadora do Programa Estadual de DST/Aids.

Desde o início da epidemia, em 1980, até junho deste ano, foram registrados 212.271 casos de Aids em todo o estado, onde, hoje, cerca de cem mil pessoas fazem tratamento contra o mal.

Flávio Freire
flaviof@sp.gov.br

Fonte: ALENCASTRO (2011)

É importante apontar que os discursos sobre uma presumida banalização da aids por parte de jovens também aparece nos enunciados de 15 de maio de maio de 2019, na 13ª observação do grupo de apoio:

Mara falou novamente “tão achando que é fácil, que é só tomar o remédio e deu. Não é bem assim, o remédio é horrível, tem efeito, a gente se caga, perde o cabelo, tem que mostrar isso, que não tem médico, não é fácil”. S. concordou e disse que os “números mostram que os jovens estão senão mais infectados porque acham que é tudo fácil”

Além dos discursos acerca da assunção juvenil⁴² de uma trivialidade da doença que assume os contornos da cronicidade, a mídia impressa brasileira continua a divulgar em

⁴² Acerca da vulnerabilidade adolescente ao hiv e a aids ver FRANÇA JÚNIOR, et al (2008) e Calazans, G. (2000). Cultura adolescente e saúde: perspectivas para a investigação. Oliveira MC, organizador. Cultura, adolescência e

“reportagens especiais”, os supostos clubes do carimbo. A produção dos perigosos continua, dessa maneira, a perfazer o imaginário da aids, mesmo após 30 anos.

Figura 20: Grupo gay passa hiv de propósito.



Fonte: O Estado de São Paulo (capa), 22 de fevereiro de 2015.

Almeida e Almeida (2017), analisa diversas reportagens sobre a prática. Consoante a autora os textos atuais afirmam que o “clube do carimbo” seria formado por homens homossexuais também adeptos da prática de bareback, que consistiria em manter relações sexuais sem o uso de preservativos. Em uma das reportagens analisadas a afirmação do secretário da Justiça e da Defesa e Cidadania, Aloísio de Toledo César, exemplifica a produção desses sujeitos e suas práticas, as quais ele classifica como “ato aterrorizante”: “Entendo que a homossexualidade é uma opção pessoal que deve ser respeitada, mas não se pode admitir, em

saúde: Argentina, Brasil, México. Campinas: Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina, 44-97. Adolescência, juventude e vulnerabilidade ao HIV/Aids. In: **Adolescência e saúde 3**. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde, 2008. p. 170-177.

hipótese nenhuma, que pessoas de baixo nível moral se esforcem para transmitir o HIV a outras" (ALMEIDA; ALMEIDA, 2017, p.137).

A produção discursiva de sujeitos nefastos também teve emergência em alguns encontros, como no 14º, em 22 de maio de 2019: “O grupo falou também das pessoas que sabem do diagnóstico, não fazem tratamento e transmitem o vírus de propósito, os carimbadores. Mara e A. falaram que “essas pessoas não se importam, já que contraíram querem passar para os outros”.

Entretanto, de uma outra ordem, dessa vez da posituação dos sujeitos que vivem com hiv, alguns deles terão seus corpos estampadas em capas. Diferente dos retratos de Cazusa, os enunciados dizem respeito à manutenção da vida e às possibilidades de controle da infecção através das novas tecnologias farmacêuticas e à continuidade do preconceito, como nas duas matérias que seguem. A primeira explora a heterossexualização e a feminização da epidemia, enquanto a segunda explora a imagem de Gabriel Estrela, ativista que mantinha um canal no Youtube cujas postagens enfocavam os aspectos clínicos da doença, o tratamento e questões relacionados aos afetos.

Figura 21: HIV infecta mais grupo dos héteros.

Quarta-feira 5.3.2014

País

O GLOBO 3

AIDS NO BRASIL

HIV infecta mais grupo dos héteros

Eles representam 67,5% dos casos, sendo a maioria formada por mulheres

CLÉIDE CARVALHO
cldeid.carvalho@sp.oglobo.com.br
GUSTAVO URIBE
gou@oglobo.com.br

SÃO PAULO - Heterossexuais adultos representam a maior parcela nas novas notificações de infecção pelo vírus HIV. Em 2012, 67,5% dos casos informados pela rede de saúde pertenciam ao grupo de heterossexuais, sendo a maioria formada por mulheres, com 58,2%. O levantamento também mostra que a maior incidência de contaminação está na faixa de 30 a 40 anos, incluindo héteros e homossexuais. Os grupos vulneráveis, somados, responderam por um terço nas notificações. O Rio é o quarto estado com maior incidência de vírus: 28,7 por cem mil habitantes, acima da média nacional, que é de 20,2. A maior taxa do país está no Rio Grande do Sul, de 41,4, seguido por Santa Catarina (33,5) e Amazonas (29,2), segundo levantamento do sociólogo Rildo Jacobo Waiselfisz, com base nos dados do Ministério da Saúde.

— Fazer sexo sem preservativo é roleta-russa. Não se fala mais em grupo ou comportamento, mas em exposição de risco. A cada mil pessoas no Brasil, quatro a seis estão infectadas pelo HIV. Parece pouco, mas, quando se calcula pelo total da população, chegamos a cerca de um milhão de pessoas portadoras do vírus. E pelo menos um tempo delas ainda não sabe — afirma o infectologista Alexandre Barbosa, da Faculdade de Medicina da Unesp-Botucatu e membro da Sociedade Brasileira de Infectologia.

As pessoas que não fizeram o teste e não sabem se são portadoras do vírus podem variar de 150 mil, número usado pelo governo, a 300 mil. Os heterossexuais que se descobriram recentemente portadores do HIV compõem uma espécie de retrato da evolução da epidemia no país. Eles foram contaminados cinco, dez anos atrás. Como nunca se perceberam vulneráveis, a descoberta ocorre por acaso.

Silvia Almeida, de 50 anos, descobriu que o marido era portador do vírus em 1994. Os dois estavam casados há 10 anos e tinham dois filhos. O sinal vermelho surgiu quando ele teve tuberculose: — Foi um choque, a gente tinha uma casal feliz e com filhos. Na época, falava-se muito de grupo de risco e nós não éramos grupo de risco.

Quatro meses depois, Silvia fez o teste e descobriu que era portadora do HIV. Para ela, ter contraído o vírus parecia certeza, já que o casal não usava preservativo. O teste feito no filho do casal, na época com apenas 1 ano, deu negativo.

Silvia acha provável que o marido tenha sido infectado em uma relação extraconjugal ou antes do casamento, uma vez que o vírus pode permanecer incubado por

O pico de mortes por Aids no mundo, com 2,5 milhões de óbitos, ocorreu em 2005. Em 2012, os óbitos somaram 1,7 milhão. Segundo Barbosa, a redução das mortes ocorreu depois que os medicamentos se tornaram disponíveis nos países da África. Atualmente, a cada ano cerca de três milhões se descobrem portadoras do vírus. O saldo é de cerca de 35 milhões de pessoas convivendo com HIV. A epidemia é considerada estabilizada.

Com bancos de sangue sob controle, transmissão vertical (gestante/bebê) reduzida e casos residuais de contaminação por uso de droga injetável, a transmissão do HIV nas relações sexuais concentra as atenções. Para identificar os portadores, o Ministério da Saúde aumentou o número de testes distribuídos de 8,8 milhões em 2013 para 10 milhões este ano.

— Quem tem vida sexual ativa e nunca fez teste, é melhor fazer — diz Barbosa, secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Apesar do grande número de heterossexuais contaminados, a principal preocupação do ministério hoje é com a leva de jovens que tem contraído o HIV. Recém-iniciados na vida sexual, eles não viveram o período em que contraíam o vírus significava uma sentença de morte.

— Os jovens estão se contaminando agora, em tempo real. Ele se sente imune. É impulsivo e tende a tomar menos cuidado — explica Barbosa.

Segundo o secretário, outro indicador importante é a velocidade de transmissão, que tem sido maior em alguns grupos populacionais vulneráveis, como jovens gays, homens e mulheres profissionais do sexo e travestis. Rio e Rio Grande do Sul estão entre os estados que passaram a receber unidades móveis de saúde, para que os testes sejam realizados em locais de balada ou em pontos de encontro desses grupos.

No Rio, o superintendente de Vigilância Epidemiológica e Ambiental da Secretaria estadual de Saúde, Alexandre Chiappe, reconheceu que o atual patamar de incidência do vírus HIV no estado é alto e lembrou que, no período de maior difusão do vírus no país, o Rio foi um dos estados mais afetados. Segundo ele, a trajetória de queda iniciada há 15 anos foi interrompida, e a taxa de incidência estabilizou há 5 anos.

— Vamos aos lugares onde eles estão. Muitos não procuram os serviços de saúde, seja porque trabalham à noite e dormem de dia, como prostitutas e travestis, ou pelo estigma — diz Barbosa. Em São Paulo, o número de jovens entre 20 e 24 anos que contraíram HIV cresceu 29% entre 2007 e 2012: de 489 para 631 casos. Artur Kalkhman, coordenador adjunto do Programa DST/Aids, afirmou que o foco se voltou novamente para a



Luta. Silvia Almeida descobriu que era portadora do vírus em 1994, perdeu o marido e hoje coordena projetos de prevenção



Por acaso. M.E. soube que tinha HIV em 1990, quando ia ser operada

Rio Grande do Sul tem dobro da incidência média nacional

No município de Alvorada, taxa é de 103,3 infectados por cem mil habitantes

SÃO PAULO - Aos 38 anos, A. C. é portador do HIV há 11 anos. Descobriu quando a mulher, grávida do primeiro filho, fez os primeiros exames gestacionais e soube que era portadora do vírus. Submetido ao teste, A. C. tinha carga viral mais alta que a dela. Durante um ano e meio, conseguiram viver juntos. A criança, um menino, nasceu com toxoplasmose congênita, doença associada ao vírus. Mesmo sem querer, a mulher engravidou novamente. O segundo filho, hoje com 9 anos,

92,5. O Rio Grande do Sul tem o dobro da incidência média nacional. Segundo Barbosa, secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, não há explicação para a situação. Em dezembro passado, foi fechado acordo com universidades para que as pesquisas sejam aceleradas.

— Não sabemos as causas. Há várias hipóteses, mas nada certa. O Rio Grande do Sul já teve, no passado, alto uso de droga injetável. Há ainda a questão cultural: seria o homem machista, de não querer usar preservativo? — diz Barbosa.

Normita Bonaldo, responsável pelo programa DST/Aids de Alvorada, afirmou que o enfrentamento do problema se dá em

Vulneráveis socialmente e biologicamente

Análise

Mulheres são mais suscetíveis à infecção pelo vírus da Aids

ROBERTA JANSEN
roberta.jansen@oglobo.com.br

A vulnerabilidade de feminina à epidemia de Aids se explica por questões biológicas e, sobretudo, sociais. O problema é recorrente em várias partes do mundo.

Na relação sexual heterossexual, dada a fisiologia feminina, é mais fácil a mulher se infectar do que o homem. A anatomia da vagina, por si, é mais suscetível a infecções em geral. Além disso, o sêmen de um homem contaminado apresenta uma grande concentração viral (muito maior que a dos fluidos vaginais, por exemplo), facilitando ainda mais a contaminação.

Para esse problema, no entanto, existe uma solução muito simples e barata: a camisinha. A barreira física criada pelo preservativo praticamente zera qualquer chance de contaminação. Portanto, o maior problema não é biológico, alertam especialistas, mas, sim, social.

— O aumento de casos entre mulheres não é uma tendência nova — constata o diretor adjunto do Programa de Aids das Nações Unidas (Unaid), Luiz Loures. — As mulheres, e sobretudo as mulheres jovens, têm dificuldades de sobreviver nesta sociedade, por conta da violência e da

Fonte: CARVALHO; URIBE (2014)

Figura 22: Eu vivo com hiv (Capa Revista Galileu).



Fonte: GALILEU (2017)

Nesse ponto, julgo crucial trazer novamente os apontamentos de meu encontro com o grupo de apoio em 15 de maio de 2019:

Uma das últimas notícias mostrava uma imagem de 3 pessoas que conviviam com o hiv há muito tempo. Mara pediu a palavra e disse: “bem bonito colocar gente rica nessas reportagens, gente que têm médico, que têm remédio bom. Quero ver ir na [sic] favela e ver se as pessoas vivem assim mesmo. Isso não é a realidade” (Notas de campo, 13ª observação, 15 de maio de 2019).

As falas de Mara vão ao encontro da publicação de Constança Tatsch (2021) para O Globo. Em uma matéria especial que tratava dos quarenta anos da epidemia, a jornalista trazia falas do sociólogo Alexandre Grangeiro, o qual destacava que nunca foi possível utilizar tantas opções terapêuticas e de prevenção, mas mesmo assim as pessoas seguem se infectando e morrendo: embora os medicamentos estejam disponíveis no SUS, uma parcela da população começa a se tratar tardiamente ou não se beneficia deles, ou porque não sabe ser portadora do vírus ou porque não consegue aderir ao tratamento.

Outrossim, conceito de vulnerabilidade passa a figurar nos títulos e no corpo das matérias publicadas, estabelecendo uma luta sobre os dizeres e as práticas das PVHIV. Nessa disposição, os discursos sobre o hiv e a aids revelam um intrincado jogo entre as condições de legibilidade e de repetição, por um lado, e as possibilidades de criação de gestos e de resistências (FOUCAULT, 2009; AGAMBEN, 2007), por outro

Poderia defender a hipótese de que a produção de resistências que estes discursos instauram é daquela ordem que Butler (1997) descrevia em *Excitable Speech*: se todo discurso carrega uma força de ruptura, se todo discurso só existe sob a condição da falha e situacionalidade, o corpo e a subjetividade produzidos na injúria – na exceção, na morte e na racialização do dispositivo crônico da aids – se instauram na temporalidade aberta dos atos de fala que implicaria a possibilidade de uma contra-fala, uma espécie de resposta. A lacuna que separa o ato de fala de seus efeitos futuros teria implicações não irrelevantes no que tange à resistência: a reinvenção, as recontextualizações, os deslocamentos (LARA, 2020), como percebe-se na última imagem que trago à baila, em que emergem os grupos vulneráveis à infecção:

Figura 23: Quarenta anos de epidemia.

Nos 40 anos da epidemia da Aids, alto índice de HIV entre vulneráveis dificulta fim da doença no Brasil

ONU estabeleceu metas para a erradicação da doença no país

Constança Tatsch

16/06/2021 - 04:30 / Atualizado em 16/06/2021 - 14:29

SÃO PAULO — Quarenta anos depois do primeiro caso confirmado de Aids, o número significativo de pessoas com HIV entre populações vulneráveis e jovens é o principal entrave, dizem especialistas, para o Brasil cumprir duas metas definidas pela ONU para derrotar de vez a pandemia. Uma delas é a eliminação, até 2030, de casos da doença que já matou, de acordo com o Ministério da Saúde, 349.784 brasileiros até 2019. A outra, definida no começo do mês, é a de que cinco anos antes, ou seja, em 2025, 95% da população esteja ciente de seu status sorológico, sob tratamento antirretroviral, e com a carga viral zerada. O desafio não é pequeno.

Fonte: TATSCH (2021)

1.3.3 Os discursos estatísticos

Como o título da matéria que trata dos quarenta anos da epidemia evidencia os discursos estatísticos e epidemiológicos, recorro agora a eles, notadamente aos dados do primeiro e do último boletins epidemiológicos divulgados pelo Ministério da Saúde⁴³ no site do Departamento de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. Antes, um parêntese para lembrar o que Ian Hacking (1991, p. 181, tradução minha) diz sobre eles:

A estatística não é uma ciência humana, mas sua influência sobre essas ciências tem sido imensa. [...] ela tem ajudado a determinar a forma das leis sobre a sociedade e o caráter dos fatos sociais. Tem gerado conceitos e classificações dentro das ciências humanas. Além disso, a estatística criou, no mínimo, uma grande máquina burocrática.

Nos discursos documentados no boletim de 2015, seguindo uma série história que compara a evolução da epidemia com os dados disponíveis desde 1980, a taxa de detecção por 100.000 habitantes caiu para menos de 20 casos naquele ano, passando a ser a menor taxa de detecção em 12 anos. Além disso, verifica-se que a taxa de transmissão vertical caiu ainda mais, fato que segundo o documento reiteraria o sucesso crescente da estratégia de trabalho junto ao serviço de pré-natal na identificação e acompanhamento correto de mães que vivem com hiv (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Entre as Unidades da Federação, cinco apresentavam taxa de detecção de hiv em gestantes superior à taxa nacional em 2014 e entre elas estava o estado de Santa Catarina.

Naquele ano, as taxas de mortalidade relacionadas às complicações por aids, ainda que equilibradas nacionalmente, mostram que em alguns estados brasileiros as taxas foram menores, o que contribuiu para a redução da mortalidade no país. Além disso, o boletim registrava que a epidemia se concentrava em populações-chave que respondiam pela maioria

⁴³ Em 2015, o Ministério da Saúde passou a divulgar versões online dos boletins.

de novos casos de infecção, como gays e homens que fazem sexo com homens, travestis e transexuais, pessoas que usam drogas e profissionais do sexo.

No que tange à distribuição por sexo, o documento informa que a partir de 2009, observou-se uma redução nos casos de aids em mulheres e aumento nos casos em homens, refletindo na razão de sexos, que passou a ser de 19 casos de aids em homens para cada 10 casos em mulheres em 2014. A razão de sexos apresenta diferenças regionais importantes e de faixa etária importantes. Nas regiões Sudeste e Centro-Oeste há um predomínio de homens em comparação com as demais regiões. Por sua vez, nas regiões Norte e Nordeste a razão de sexos é em média de 19 casos em homens para cada 10 casos em mulheres, enquanto na região Sul há uma participação maior das mulheres nos casos de aids, sendo a razão de sexos de 16 homens para cada 10 mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Quando se comparam as faixas etárias

[..] observa-se que, à medida que aumenta a idade, a razão de sexos diminui, indicando que há uma participação maior das mulheres nas faixas etárias de maior idade. Em 2014, a razão de sexos nas faixas etárias de 20 a 29 e de 30 a 39 anos foi de 25 e 20 casos em homens para cada 10 casos em mulheres, respectivamente, com tendência de aumento nos últimos dez anos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 12)

O Boletim epidemiológico de 2015 ainda ressalta que comparando-se os casos de aids segundo raça/cor por sexo, observa-se que entre os pretos a proporção de homens é inferior à de mulheres: em 2014, 9,8% dos casos de aids notificados no Sinan em homens foram entre pretos, enquanto nas mulheres esse percentual foi de 11,9%. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p.) Quando se observam os índices de mortalidade, o documento enfatiza que somente entre pretos a diferença entre os sexos é expressiva, mostrando que a proporção de óbitos em mulheres pretas é maior que a de óbitos em homens: “Em 2014, 14,0% dos óbitos ocorreram em homens pretos, enquanto essa taxa foi de 15,7% em mulheres pretas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 19).

Esses dados já eram discutidos por pesquisadores do Instituto Patrícia Galvão mais de dez anos antes, embora ainda sem referência às questões ligadas à raça. Consoante o Dossiê Mulheres com HIV/AIDS, produzido pela instituição em 2003,

A sobrecarga de trabalho com que a maioria das mulheres convive, em especial as que têm HIV – pois devem cuidar de si e também de outro/s, aliada à sua freqüente [sic] condição de pobreza, discriminação, isolamento social e falta de conhecimento e acesso a serviços, tem sido apontada como uma importante razão para a maior taxa de mortalidade das mulheres com AIDS em relação aos homens [...]

Ademais, o mesmo documento explicitava que na faixa etária de 13 a 19 anos, a epidemia já era maior entre as meninas. Um dos motivos que justificariam esses dados seria o fato de que o início de sua vida sexual das meninas dar-se em geral com homens mais velhos e

consequentemente mais expostos aos riscos de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis. Todavia, também não são descartadas pelos pesquisadores a hipótese de violência em alguns casos, a falta de informações efetivas sobre como se prevenir e o desequilíbrio de poder para negociar a prevenção. (dossiê, 2003, p. 5)

Voltando ao boletim epidemiológico de 2015, é importante destacar que a abordagem de tratamento biomédico ganha destaque no documento daquele ano, o que não se repete, pelo menos nos documentos posteriores. No capítulo dois, intitulado Cascata 2014, há a referência ao TASP e o documento informa que “[...] o monitoramento clínico das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) é, atualmente, uma das mais importantes ferramentas para o acompanhamento dos avanços e esforços necessários para a melhoria da atenção às PVHA.” Ainda na introdução do capítulo há o reconhecimento da meta 90-90-90 e alguns dados estatísticos em relação a ela são apresentados:

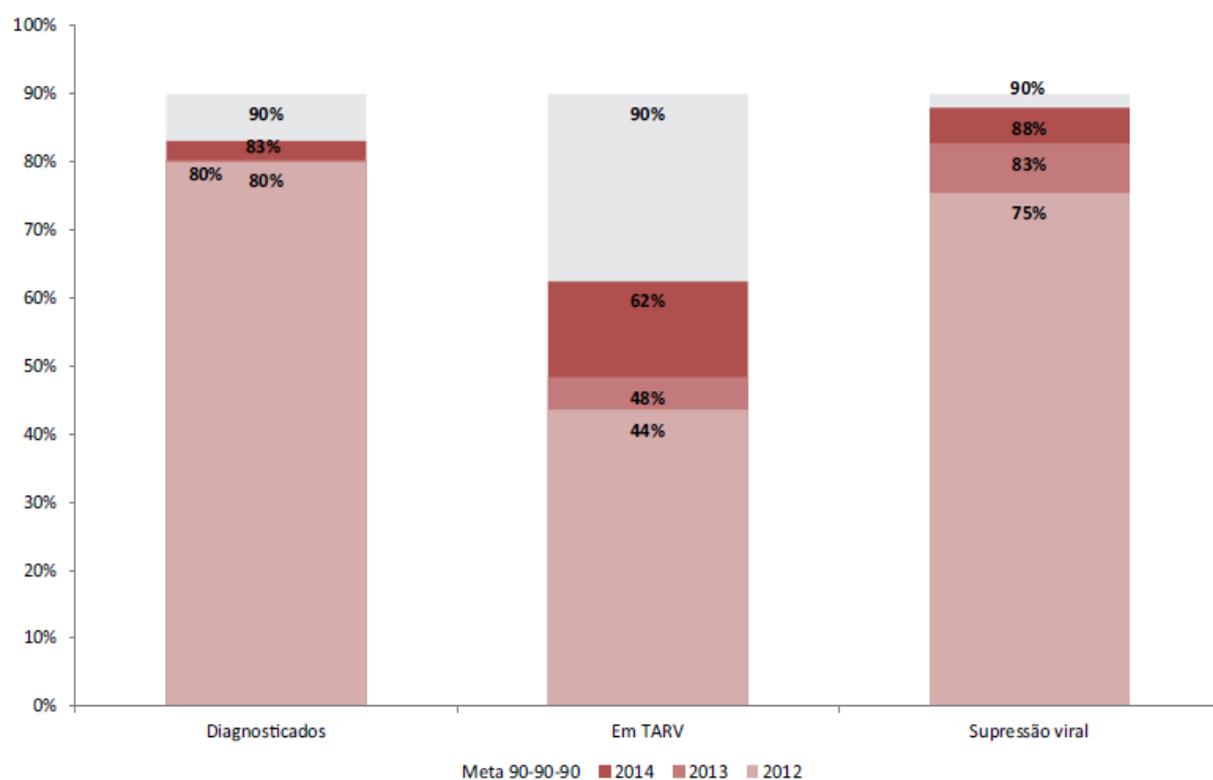
No Brasil, o progresso em relação às metas 90-90-90 vem sendo monitorado periodicamente, o que é indispensável para se conhecerem os esforços necessários a fim de maximizar os efeitos das intervenções e nortear as ações para conter o avanço da epidemia de HIV/aids (NOSYK et al., 2013).

Estima-se que, ao fim de 2014, aproximadamente 781 mil indivíduos viviam com HIV/aids no Brasil, representando uma taxa de prevalência de HIV de 0,39%. Dessas PVHA, 83% (649 mil) haviam sido diagnosticadas. Aproximadamente 80% destas foram vinculadas ao serviço de saúde em algum momento depois do diagnóstico; no entanto, apenas 66% continuavam retidas nesses serviços.

Mais da metade (52%) das PVHA estavam em TARV (405 mil), sendo que 46% (356 mil) delas apresentavam supressão viral pelo menos seis meses após o início da TARV. Considerando-se apenas PVHA em TARV, a proporção de supressão viral atinge aproximadamente 88%. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 91)

Figura 24: Tendências temporais de cuidados contínuos.

Gráfico 18. Tendências temporais na cascata de cuidado contínuo do Brasil, 2012-2014.



Fonte: Ministério da Saúde (2015)

Entretanto, há no documento a assunção de que o país ainda enfrenta desafios no combate à epidemia: 130 mil indivíduos não conhecem seu diagnóstico e quase um terço das PVHA vinculadas ao serviço público continuavam sem acesso TARV.

Uma última consideração acerca do boletim de 2015 diz respeito ao chamado “gap de tratamento” – as pessoas que eram elegíveis para a TARV de acordo com os protocolos clínicos vigentes, mas que ainda não haviam iniciado o tratamento -: embora tenha havido uma redução de 9% entre 2009 e 2015, quando se analisavam essas proporções por gênero, as mulheres apresentavam um “gap” de 27% naquele ano.

Nos discursos documentados em 2020, observa-se – não sem espanto, já que convivemos com o hiv há quarenta anos e ainda não conseguimos sequer fazer um registro que seja fidedigno da realidade do país – que a subnotificação é uma questão central, visto que permanecem desconhecidas informações importantes no âmbito da epidemiologia, tais como número total de casos, comportamentos e vulnerabilidades, entre outros. Além disso, o documento sublinha que a ausência dos registros compromete a racionalização do sistema para o fornecimento contínuo de medicamentos e as ações prioritárias as populações mais

vulneráveis. Na esteira da falta de informações epidemiológicas, os enunciados daquele ano ainda reforçam que

Embora se observe uma diminuição dos casos de aids em quase todo o país, principalmente nos últimos anos, cabe ressaltar que parte dessa redução pode estar relacionada a identificação de problemas de transferência de dados entre as esferas de gestão do SUS, o que pode acarretar diferença no total de casos entre as bases de dados municipal, estadual e federal de HIV/aids. O declínio no número de casos também pode decorrer de uma demora na notificação e alimentação das bases de dados do Sinan, devido a mobilização local dos profissionais de saúde ocasionada pela pandemia de covid-19. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020, p. 8)

O documento aponta que a taxa de detecção de aids vem caindo no Brasil nos últimos anos: em 2011, foi de 22,2 casos por 100 mil habitantes; em 2015, de 20,1; em 2017, passou para 18,6; e em 2019, chegou a 17,8 casos por 100 mil habitantes. Em 2019, quando analisada a mortalidade por unidades da federação, 11 delas apresentaram coeficiente superior ao nacional, que foi de 4,1 óbitos por 100 mil habitantes: Rio Grande do Sul (7,6), Rio de Janeiro (7,1), Amazonas (6,4), Amapá (5,8), Roraima (5,8), Maranhão (5,7), Mato Grosso do Sul (5,3), Santa Catarina (4,7), Mato Grosso (4,4) e Pernambuco (4,4). A região Sul também concentra uma maior proporção de mulheres no total de casos de aids: a razão de sexos foi de 18 homens para cada dez mulheres.

Com relação a raça/cor autodeclarada, entre os casos registrados no Sinan entre 2007 a junho de 2020, 40,1% ocorreram entre brancos e 50,7% entre negros (pretos e pardos, sendo as proporções estratificadas 10,7% e 40,0%, respectivamente). No sexo masculino, 41,7% dos casos ocorreram entre brancos e 49,2% entre negros (pretos, 9,8% e pardos, 39,4%); entre as mulheres, 36,6% dos casos se deram entre brancas e 54,3% entre negras (pretas, 12,9% e pardas, 41,4%).

Quando se observam as especificidades do gênero feminino, o boletim aponta que desde 2000, a faixa etária entre 20 e 24 anos e a que apresenta o maior número de casos de gestantes infectadas pelo HIV (27,6%). Segundo a escolaridade, observa-se que o maior percentual das gestantes infectadas com hiv não possuía o ensino fundamental II completo. Quanto a raça/cor autodeclarada, há um predomínio de casos entre gestantes pardas, seguidas de brancas; em 2019, esses grupos representaram 49,5% e 32,2% dos casos, respectivamente, e as gestantes pretas correspondiam a 13,7% naquele ano.

Quando analisados outros documentos estatísticos e epidemiológicos, como o documento publicado pelo projeto Cidadã PositHIVa, com 354 mulheres que viviam hiv ou aids, usuárias de serviços públicos de saúde em diversas cidades do país, contata-se que a maior parte delas estava na faixa de 20 a 40 anos, sem parceiro fixo (68%),

[...] com renda mensal de R\$ 100 a 200 (60%) e escolaridade até o primeiro grau (65%). Das entrevistadas, cerca de 70% tinham entre um a três filhos; destas, 54 declararam ter filhos com HIV, enquanto 34 desconheciam o status sorológico deles. [...] Em relação à oferta e à qualidade de tratamento, 19% afirmaram que o atendimento médico recebido era ruim; 25% não recebiam qualquer tipo de atendimento psicológico, 40% não tinham acesso a assistência odontológica e 53% não recebiam atendimento em nutrição. (VILLELA; SANEMATSU, 2003, p. 11 - 12)

Esses indicadores apontam tanto para a pauperização – visualizada nos indicadores de escolaridade e enegrecimento da epidemia no país, indicadores que andam de mãos dadas já que como sinalizam Villela e Sanematsu (2003, p. 7) “no Brasil a pobreza tem cor: é negra”.

Se concentrarmos nossa atenção na questão da vulnerabilidade social, os dados acima indicam a natureza perversa provocadas pelos modelos específicos de desenvolvimento econômico, como já assinalou Parker (2000). Consoante o autor, embora a tarefa de transformar a crescente percepção das raízes político-econômicas e socioculturais da vulnerabilidade ao hiv e a aids em programas e políticas específicas para a prevenção e controle da epidemia, o país teria dado passos importantes no sentido de reduzir essa vulnerabilidade, principalmente a partir de um deslocamento inédito de atenção aos programas educativos baseados na capacitação coletiva e mobilização comunitária, cruciais para esforços mais dinâmicos e inovadores.

Entretanto, a implicação de tais intervenções locais continua, segundo Parker (2000) relativamente limitada uma vez que há incapacidade de situar a questão da sexualidade dentro de uma estrutura mais ampla dos direitos humanos, que possa servir de base a uma prática transformada de saúde pública em relação à sexualidade e a saúde sexual.

Exemplo dessa incapacidade são, como bem retrata Butturi Junior (2016) as várias inclinações morais que têm, atualmente no Brasil, se materializado nos discursos das políticas públicas e modificado práticas. Antes de me ater a essa série, é mister destacar que esses discursos são tratados, nesse texto, como conjuntos de acontecimentos discursivos efetivos a partir da sua materialidade e na relação de coexistência, dispersão, recorte e acumulação (FOUCAULT, 2014).

Portanto, se anteriormente destaquei enunciados midiáticos, estatísticos e aqueles que tiveram emergência nos encontros do GAPA que tratavam do crescimento da infecção em jovens, o debate centra-se agora nos documentos das políticas públicas, os quais serão expandidos no capítulo três.

1.3.4 As políticas públicas

Abro a exposição com a cena de lançamento da Semana Nacional de Prevenção à Gravidez Precoce – instituída pela lei nº 13.798, de 3 de janeiro de 2019 (BRASIL, 2019). Defendida pela ministra Damares Alves e pelo ministro da Saúde da época, Luiz Henrique Mandetta, a iniciativa se apoiava numa intervenção comportamental das políticas públicas para adolescentes, a partir do discurso da abstinência sexual materializado na hashtag #tudotemseutempo (BUTTURI JUNIOR; CAMOZZATO, 2021).

Retomo um trecho de entrevista da ministra à BBC News Brasil em 18 de dezembro de 2019:

BBC News Brasil - Dados recentes mostram que os jovens usam menos camisinha do que no passado, aumentando o risco de infecções sexuais. A senhora acha que é papel da educação sexual ensinar sobre a camisinha? Se não, quem deve fazê-lo? Como diminuir a incidência dessas doenças?

Alves - Olha, o preservativo tem que ser usado. Eu nunca vou falar de liberação sexual para jovem porque eu tenho outra posição em relação a isso, mas se o jovem está tendo relação sexual, ele precisa se prevenir e ele precisa ser consciente e ele precisa ser orientado. Não tem como eu dizer 'não vai transar mais'. Eu gostaria que a **abstinência fosse também um método** a ser discutido em sala de aula. Eu gostaria muito de conversar sobre isso com os jovens.

BBC News Brasil - Sobre casar virgens? Alves - Já existem programas assim no Brasil de, por exemplo, "decidi esperar". Existem alguns projetos no Brasil mais para retardar o início da relação sexual. Inclusive são citados estudos que falam que **se eu retardo um ano o início da relação sexual dessa menina, eu posso salvar a vida dela. Porque nesse um ano ela pode ter se relacionado com alguém com HIV**, por exemplo. É trabalhar a maturidade, é trabalhar o afeto.

BBC News Brasil - E qual seria, então, na sua visão, a idade ideal para o início da relação sexual?

Alves - É tão difícil falar. O fato é que estamos vivendo uma erotização precoce, muito forte no Brasil. Há uma apelação, muito grande. Por exemplo, os bailes funks. A gente tem imagens de **meninas de 13 anos que chegam a ficar com oito em uma única noite**. É complicado. **Aí, ela vai ao baile funk, fica com oito e de manhã toma a pílula do dia seguinte**. E aí essa pílula ainda é um remédio muito novo no mercado. Por que não pensarmos num novo momento, a menina se guardar. (CARMO, 2019. <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-48479429>)

Meu interesse pelo discurso de Damares se dá pela série de efeitos que ele engendra, principalmente àquelas ligadas às formas de subjetivação das pessoas que vivem com hiv, as quais indicam a recuperação de uma memória de inimigos públicos, delinquentes e anormais (BUTTURI JUNIOR; CAMOZZATO, 2021).

No campo das políticas públicas, é necessário destacar que algumas viragens importantes acontecem a partir de 2010, principalmente no que tange a novas estratégias e tecnologias de prevenção. O modelo mais recente de prevenção adotado no país é denominado de “prevenção combinada do HIV” e foi publicado em um documento do Ministério da Saúde,

intitulado *Prevenção Combinada do HIV*, em 2017. O documento propõe que a prevenção combinada é uma

[...] estratégia de prevenção que faz uso combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações que levem em consideração suas necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus. (BRASIL, 2017, p. 18)

As intervenções biomédicas a que se refere o documento tratam da aplicação de estratégias para evitar diferentes possibilidades de infecção e/ou transmissão do vírus. Essas estratégias dividem-se em dois grupos: o primeiro refere-se às intervenções biomédicas clássicas, que empregam, entre outras estratégias, métodos de barreira física ao vírus, sendo o principal exemplo o uso de preservativos; o segundo grupo é aquele ligado à utilização de ARVs com o objetivo de limitar a capacidade do hiv de infectar outros indivíduos. É a marca da indetectabilidade buscada pela intervenção biomédica.

Há ainda três estratégias biomédicas que compõem a prevenção combinada. As duas primeiras referem-se à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e à Profilaxia Pós-Exposição (PEP): distintas pelo momento em que a medida de prevenção é adotada (antes ou depois do evento de exposição ao vírus) e pelo tempo de ingestão da medicação (a PrEP é de uso contínuo e a PEP tem prescrição de 28 dias). É importante lembrar que a PEP, utilizada nos casos de exposição sexual consentida – foi aprovada pelo Consenso Terapêutico em 2008, mas sua implementação só começou a se dar, de forma lenta e com significativa resistência, em 2010. Nos casos de exposição não consentida ou por exposição ocupacional, o tratamento já era utilizado. Já a PrEP foi reconhecida em 2012 como uma tecnologia de prevenção no cenário internacional e sua incorporação no âmbito do SUS se deu a partir de 2017 (CALAZAN, 2019).

Dean (2015, p. 236), aponta que de forma análoga ao desenvolvimento farmacêutico de hormônios sintéticos que levaram à pílula anticoncepcional e a uma reorganização massiva da sexualidade no pós-guerra, em que o biopoder estendeu seu alcance dentro do corpo por meio de drogas que regulam a sexualidade, a PrEP também pode ser lida à luz do relato de Preciado (2013) sobre o surgimento do "farmacopoder", que permitiria compreender como as recomendações recentes dessas estratégias derivam genealogicamente de um momento histórico que realmente precede a aids: “[...] In both cases, the switch from treatment to prevention occurred within a context of intensified political struggle around women’s and gay men’s sexuality”.

A terceira estratégia biomédica é conhecida como “Tratamento para todas as Pessoas” (TTP), derivação adotada pelo Ministério da Saúde com base na sigla “TasP” (*Treatment as*

Prevention – tratamento como prevenção), que consiste no uso regular de ARVs pelas pessoas que vivem com hiv, com redução significativa da transmissão do vírus pelas pessoas infectadas em tratamento antirretroviral regular (BRASIL, 2017). É a marca da indetectabilidade buscada pela intervenção biomédica.

Por sua vez, as abordagens comportamentais referem-se às intervenções cujo foco está no comportamento dos indivíduos como forma de evitar situações de risco. O objetivo dessas intervenções é oferecer um conjunto amplo de informações e conhecimentos, de maneira a tornar os indivíduos aptos a desenvolver estratégias de enfrentamento ao hiv e a aids que possam melhorar sua capacidade de gerir os diferentes graus de risco a que estariam expostos. Já as intervenções estruturais buscam mudar as causas ou estruturas centrais que afetam os riscos e as vulnerabilidades ao hiv, reconhecendo fatores e características sociais, culturais, políticas e econômicas que criam ou potencializam vulnerabilidades de determinadas pessoas ou segmentos sociais ao vírus.

Embora o modelo de prevenção combinada proposto pelo Ministério da Saúde integre as abordagens comportamentais e estruturais, a pesquisa de campo realizada nesse estudo já mostra que essas abordagens nem sempre estão presentes seja no discurso dos especialistas – como nas falas do médico que participou de uma das regiões do grupo de apoio, como descrevo no próximo capítulo – seja nas estratégias adotadas pela própria instituição, embora com outros contornos e outras táticas, na instauração de uma agenda de atividades, que recorriam mais a meta de testar sujeitos e tratar aqueles faziam parte do grupo.

De acordo com Butturi Junior (2020, p. 254)

como política pública e estratégia biopolítica, o testar e tratar evoca não apenas o direito à saúde universal, definido pela constituição, mas implica o soropositivo com a responsabilidade de gestão de sua saúde e de uma injunção à adesão como forma de prevenção. as diretrizes de tratamento do hiv/aids atuais estabelecem um exame de carga viral semestral para as pessoas soropositivas, que quantifica a presença do vírus no sangue. um tratamento exitoso é aquele no qual o hiv é suprimido até os níveis de indetectabilidade – o que, por consequência, indica a manutenção do funcionamento do sistema imunológico. quando em TARV eficiente, o sujeito passa à condição de “indetectável” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a).

O autor (2020, p. 254) assume que no interior do dispositivo crônico da aids, as séries indetectabilidade e intransmissibilidade aparecem combinadas nas políticas públicas: “O indetectável-zerado é uma forma de subjetividade cujo funcionamento é o vértice entre o cuidado de si, os imperativos da saúde biomédica e as implicações dos discursos do risco”

No Brasil, a série discursiva acerca dos indetectáveis que alimenta algumas das políticas públicas – certamente, as mais progressistas – que passam a contar com a descrição da pessoa que vive com hiv de uma perspectiva de posituação, como na Nota Informativa 02/2017/CRT-

PE-DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2017), cujo assunto é “Indetectável igual a Intransmissível” e cujo enunciado central desfaz a relação entre infecção pelo hiv e risco, sob a égide das pesquisas biomédicas (devidamente sob o escrutínio da *adesão*): “A pessoa vivendo com HIV/aids com carga viral indetectável há pelo menos seis meses e boa adesão ao tratamento tem um risco insignificante de transmitir o vírus pela via sexual”.

Os efeitos da *Declaração da Suíça* e da TARV podem ser lidos, todavia, em sua polivalência, relacionados a estratégias distintas de governo e de produção de subjetividades para as pessoas que vivem com hiv: primeiro, na modalidade de um poder sobre a vida, que pretende *fazer viver* (FOUCAULT, 2010) e permite aos sujeitos a existência de acordo com os parâmetros da normalidade médica; em contrapartida, seguindo Pelúcio e Miskolci (2009), tais discursos permaneceriam fundamentados na exigência da responsabilização e na consequente disciplinarização.

Dito de outro modo, se por um lado atenta-se para a possibilidade de novos enunciados, menos estigmatizados, sobre aqueles que vivem com hiv, também se exige desses sujeitos a medicalização imperativa, novo biomarcador do dispositivo crônico. Assim, mesmo vivenciando o momento pós-aids⁴⁴, o dispositivo crônico carrega no bojo memórias de racialização e de *sorofobia*, além de se pautar em estratégias de governo dos sujeitos específicos – as práticas “mais vulneráveis” e os sujeitos que delas tomam parte – em que têm lugar a biomedicina e a na construção de uma bioescese farmacológica da ordem do controle, que redundam num processo de sidadanização. (BUTTURI JUNIOR; LARA, 2021). Esses discursos sobre as PVHIV, segundo a ordem da indetectabilidade – permitem, digamos, a aparição dos “zerados” para além das novas táticas de prevenção e de contenção dos riscos, onde aparece a chamada “prevenção combinada”, que passa pela PeP, pela PrEP e pelo uso de preservativos (BUTTURI JÚNIOR; LARA, 2021).

Com apontou Biehl (2011), e com essa consideração encerro este capítulo, percebo que a abordagem “testar e tratar” é a norma estabelecida nesse dispositivo crônico da aids, a partir de leitura dos dados coletados em campo, como veremos nos capítulos três e quatro. Entretanto, essa pharmaceuticalização da saúde pública é o que tem possibilitado que os sujeitos dessa pesquisa continuem vivos, mesmo com todas as precariedades que carregam essas vidas, e continuem participando de espaços de solidariedade.

⁴⁴ Pelúcio e Miskolci (2009) definem o momento pós-aids como o período em que a eficácia do tratamento somada a campanhas que procuram minimizar o preconceito, disseminaram a percepção de que a aids não é uma doença que aflige apenas condutas sexuais dissidentes.

A partir dessa perspectiva, são esses espaços, as práticas e os regimes de verdade que operam na conformação das formas de subjetivação das PVHIV e que participaram desse estudo aquilo que pretendo resgatar no próximo capítulo. Situadas no nível das práticas discursivas instauradas, engendradas e modificadas no interior de um dispositivo territorial, as análises que busco empreender nas próximas páginas tratam também de pensar nas relações sociais – estratégicas e agonísticas - que as PVHIV estabeleciam nos encontros do grupo de apoio, entre si, com a instituição – e suas práticas, no limite normalizadoras, como descreverei adiante - e com as pessoas que a representavam. Se trata, portanto, de pensar nas formas de inteligibilidade possibilitadas pelos dispositivos e nas práticas de si a partir da experiência de se viver com hiv enquanto relações de condição, inseridas igualmente em estratégias e relações de poder. Desse modo, o capítulo busca evidenciar como os arranjos locais e suas micropolíticas (PASSOS; BARROS, 2015) operam tanto na emergência narrativa do hiv e da aids em Florianópolis, quanto nas experiências das PVHIV na contemporaneidade.

2 NO CAMPO DAS NARRATIVAS E DAS (HETERO)TOPOLOGIAS⁴⁵

A Ilha de Santa Catarina é um autêntico e vivo relicário da cultura popular tradicional re florida. [Esta foi] colonizada, a partir do ano de 1748 [até 1756], por colonos açorianos que habitavam aquelas ilhotas que vivem bem lá em riba da careca do oceano, açoitados diariamente pelas ondas bravias encarneiradas do mar e pelas bocas infernais de vulcões seculares que vomitam fogo e gemem furor incontido sobre as pobres populações [do Arquipélago dos Açores]. Seu povo é mesclado, inteligente, audacioso, de espírito arguto e, sobretudo, religioso e arraigado em credences mitológicas. (CASCAES, 2015, p. 21)

Eu tô assim, gostando tanto de Florianópolis por outras coisas assim, por essa função de estar morando na praia, que é um lugar que eu adoro. (Virgínia)

Esse capítulo trata do espaço territorial, mas também do espaço simbólico no qual produzem-se as narrativas e as vivências das mulheres entrevistadas nesse estudo. A noção de espacialidade será tratada aqui como fez Boechat (2017, p. 14): “[...] caracterizada pela sua dimensão física, mas que abrange também outras esferas, como a social e a política, redundando num campo de forças que pode inclusive reger a compreensão das práticas discursivas”.

A partir desse entendimento, vou aos enunciados acima destacados: Franklin Cascaes e Virgínia descrevem Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina. Se ele, a partir de jogos literários, aponta para a colonização, para o povo da famosa ilha da magia, e para as bruxas que habitam a cidade, Virgínia, recém-chegada à ilha, retrata as belezas naturais e seus parques que, em sua narrativa, oferecem a possibilidade de anonimato quanto a sorologia, ausente na cidade em que residia antes, como ela expõe em um dos trechos da entrevista: “[...] as pessoas que eu convivo ali, não surge esse assunto “ah, eu tenho hiv”, eu tô ali como uma *peessoa normal*. Mais uma na multidão, isso me faz bem.” É sobre o contraespaço (FOUCAULT, 2013), que lhe oferece a possibilidade de transgressão às formas de objetivação a que fora condicionada anteriormente, que trata esse capítulo.

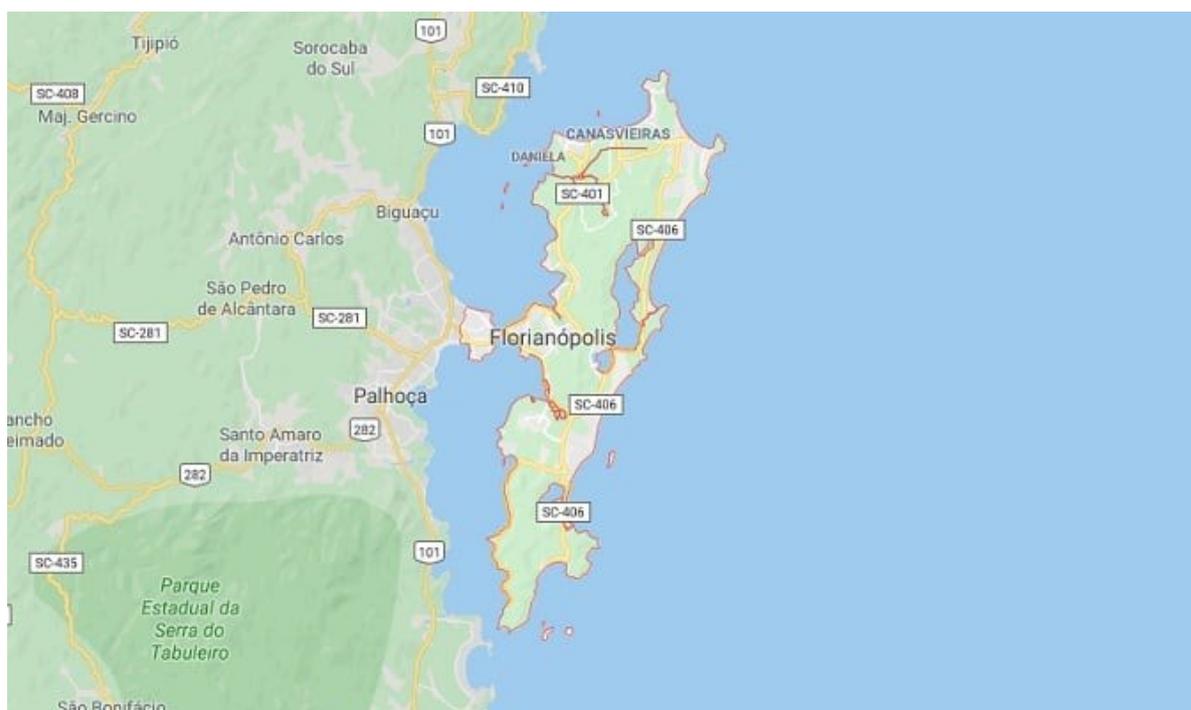
De antemão, preciso esclarecer que, ao contrário de Franklin Cascais, não reconheço esse lugar como mágico e povoado de seres extraordinários, mas entendo que, como Foucault (2013), nele há reverberação dos outros espaços uns nos outros e, contudo, há possibilidade de descontinuidades e rupturas, como observo nas falas de Virgínia.

⁴⁵ Algumas das páginas desse capítulo foram escritas a partir das observações de Mota (2021) tecidas na banca de qualificação desta tese. Meu olhar desprevenido na primeira versão do texto deixou de mencionar os regimes de verdade que se estabelecem pelos dispositivos territoriais (FOUCAULT, 2014) que capturavam, irremediavelmente, as PVHIV inseridas nesse estudo. O objetivo delas é, portanto, trazer à lume essas problematizações e suas implicações na produção de si.

Antes de inquirir as séries que podem apontar para uma configuração singular da aids e do hiv em Florianópolis, apresento os discursos sobre a cidade, que não serão interpretados como estáticos, mas sim, como [...] perceptíveis dentro de limites resultantes de padrão de singularidade social, política, econômica e cultural, que estão de acordo com uma conjuntura histórica” (BOECHAT, 2017, p.14).

Florianópolis situa-se no litoral catarinense, e conta com uma área territorial de 674,844 km² que se divide em uma parte insular (ilha de Santa Catarina) e outra parte continental incorporada ao município em 1927, com a construção da ponte pênsil Hercílio Luz. Com uma população estimada em 508.826 pessoas (IBGE, 2020), o índice de desenvolvimento humano (IDH) da cidade é de 0.847, o maior entre as cidades do estado e o terceiro maior do país.

Figura 25: Mapa de Florianópolis.



Fonte: Google Maps (2021).

Dividida entre os sexos, a população da cidade teria em 2010 – último censo realizado no país - 203.047 homens e 218.193 mulheres. Quanto à raça, a população da cidade seria majoritariamente branca – 357.029 pessoas – seguida pelos pardos (42.279), pretos (18.789), amarelos (2.013) e indígenas (902 pessoas). A maior parte da população da cidade se dizia pertencente à religião Católica Apostólica Romana (267.618 pessoas), seguidos pelos evangélicos (54.720)

No que tange às condições de trabalho e renda, em 2018, o salário médio mensal era de 4.8 salários mínimos e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 63.9%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 1 de 295 e 1 de 295, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 13 de 5570 e 19 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 24.6% da população nessas condições, o que o colocava na posição 209 de 295 dentre as cidades do estado e na posição 5328 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2021).

De acordo com Bastiani e Padilha (2012), no final da década de 80 do século XX, a cidade experimentou um grande crescimento econômico, turístico e cultural, incentivado pela divulgação na mídia nacional da qualidade de vida, ocasionando um processo migratório interno e externo: pessoas oriundas de várias cidades do estado e de outras localidades das regiões sul e sudeste, migraram para Florianópolis em busca de emprego e de qualidade de vida. Entretanto, de acordo com os autores, nas Áreas de Interesse Social (AIS) se fixaram pessoas com condição social, econômica, política e cultural precária, propensas a vulnerabilidade econômica e social, bem como a condições que poderiam anteceder e favorecer à exposição ao hiv.

Nessa conjuntura, entram em cena questões como desigualdade, violência e deslocamentos humanos e sua relação com a epidemia, que, consoante Fassin (2007) não são apenas as causas da propagação da doença e os motivos para que ela tenha se espalhado de forma tão desigual, mas são também uma descrição das condições e provações que as PVHIV vivenciam concretamente.

Depois desse rápido enquadramento acerca da cidade e de seus habitantes, será necessário, nas seções que compõe esse capítulo, apresentar aos leitores uma breve história sobre como a narrativa da aids e do hiv se insere nessa topologia que é entendida como

O espaço no qual vivemos, pelo qual somos atraídos para fora de nós mesmos, no qual decorre precisamente a erosão de nossa vida, de nosso tempo, de nossa história, esse espaço que nos corrói e nos sulca é também em si mesmo um espaço heterogêneo. Dito de outra forma, **não vivemos em uma espécie de vazio, no interior do qual se poderiam situar os indivíduos e as coisas.** Não vivemos no interior de um vazio que se encheria de cores com diferentes reflexos. **Vivemos no interior de um conjunto de relações que definem posicionamentos irreduzíveis uns aos outros e absolutamente impossíveis de ser sobrepostos.** (FOUCAULT, 2009, p. 414)

Depois disso, percorro os enunciados da contemporaneidade e trago à lume as narrativas produzidas durante as seções do grupo de apoio, a partir de três regularidades discursivas. Com essa estrutura, pretendo evidenciar como os sujeitos, enquanto categoria analítica, se

constituem, sobretudo, em relação uns com os outros, ou como melhor já fez Fassin (2007), meu objetivo também será vincular passado e presente às narrativas e às situações e interações do grupo de apoio, primeiro procurando apreender as configurações sociais que sustentam-nas, depois tentando demonstrar como elas são incorporadas aos itinerários e vidas, na negociação entre as formas de intervenção e os modos de subjetivação daquelas pessoas com as quais convivi durante vinte e três quartas-feiras. Essa perspectiva analítica se constrói também a partir de Biehl (2011) que acredita que a microanálise pode nos ajudar a compreender o presente e as pessoas não apenas territorializados pela história, mas criadores de novos sistemas de inteligibilidade e ação que vêm com conjuntos específicos de possibilidades e limites.

2.1 AS MULHERES E O “CONTO DA AIDS” EM FLORIANÓPOLIS – O INÍCIO DA EPIDEMIA

Figura 26: Caso de Aids em Florianópolis preocupa os surfistas.

FOLHA DE S. PAULO Sexta-feira, 30 de outubro de 1987 ESPORTES A. 22

Caso de Aids em Florianópolis preocupa os surfistas

LUCIANO BORGES

Preservar a imagem do surfe como um esporte de grande aventura e reduzir a chance para a transmissão sexual durante a disputa dos surfistas. Essas foram as duas razões invocadas que os surfistas cariocas e paulistas participaram do 1º Tour e Country Brasileiro, última etapa do torneio, que está sendo disputada em Florianópolis (100 km ao norte de São Paulo). O grupo de surfistas de São Paulo, liderado por Pedro Müller, está sendo acompanhado pela Aids que estava disposta a passar a doença ao maior número de pessoas. Entre os possíveis vítimas estavam os surfistas que participaram do 2º Hang Loose Pro Circuit, etapa seguinte do Circuito Mundial, realizado em setembro no litoral de Santa Catarina.

O fato tem provocado reações de medo e algumas brincadeiras. Não é raro encontrar competidores conversando sobre o assunto. "A galera tem comentado o assunto, mas não sei de ninguém que tenha tomado como notícia lá em Florianópolis", disse o carioca Dada Figueiredo, 29.

A mudança de comportamento já foi notada por alguns garçons que atendem os surfistas. "Eu sei que os surfistas têm se mudado", afirmam eles, "mas não sei se isso é devido que chegou o Surferman. No dia de competição instalado na praia de Itaipava, as mulheres que ocorrem frequentemente escarlatas. Se antes, alguns surfistas que eram tímidos para sair na praia, agora é só conversa sem outro motivo. Eles estão mais profissionais", diz o jornalista Ariane Krolling, 23, que é de Florianópolis e vive no meio há três anos. "Eles ficam me seguindo, dizendo que vão trazer e virar para a praia", afirma.

O paulista Neno do Tumbão, 27, também usou o exemplo do jornal como notícia. É um dos surfistas que mais brinca com o tema. "Dizem que o carioca Pedro Müller, 21, preferem evitar o assunto. "Para falar a verdade, só peço ajuda. Não tramo há um bom tempo, mas não publiquei", pediu o líder de "racking" brasileiro que briga pelo título.

Sil também quer preservar seu certificador de que não corre risco. O carioca Renato Pardo, 27, enviou-se com uma garota durante o Hang Loose e só ficou tranquilo depois de ter sido informado sobre o comportamento da ex-parceira sexual: "Ela não é portadora. Estou tranquilo", disse. Pardo não toma as precauções recomendadas pelos médicos, como a de usar preservativos. Neno Rodolfo

Em São Paulo, há um grupo de surfistas que participavam das rodas promovidas pelo caso.

Márcia, presa sob a acusação de roubar roupas e móveis do algum apartamento de edifício Heliópolis, onde morava há um mês com o casal João e Rosângela, afirmou a polícia que o casal sabia ter contraiu a Aids e estava contaminando outras pessoas. Em depoimento à polícia, os acusados confirmaram a contaminação e a compra de cocaína.

Uma possibilidade do Crispimento de Márcia ser verdadeiro tira de surfe a imagem de "paradeiro de gênio que brinca com a vida", como descreve D'Orsey. Para Ricardo Bócio, presidente da Associação Brasileira de Surfe Profissional, esta é mais uma tentativa de atribuir uma versão negativa ao esporte.

A partir de hoje começa a fase homem a homem da última etapa do Circuito Brasileiro de Surfe Profissional. Os surfistas serão divididos por duplas em dezessete baterias de vinte minutos cada, no sistema eliminatório. O regulamento para essa disputa é o mesmo adotado pela Associação de Surfe Profissional para o torneio Competição Mundial, e permite a cada competidor escolher um parceiro de sua equipe para a etapa seguinte. Quem perder deixa a competição.

Em Florianópolis, há um grupo de surfistas que participavam das rodas promovidas pelo caso.

Márcia, presa sob a acusação de roubar roupas e móveis do algum apartamento de edifício Heliópolis, onde morava há um mês com o casal João e Rosângela, afirmou a polícia que o casal sabia ter contraiu a Aids e estava contaminando outras pessoas. Em depoimento à polícia, os acusados confirmaram a contaminação e a compra de cocaína.

Uma possibilidade do Crispimento de Márcia ser verdadeiro tira de surfe a imagem de "paradeiro de gênio que brinca com a vida", como descreve D'Orsey. Para Ricardo Bócio, presidente da Associação Brasileira de Surfe Profissional, esta é mais uma tentativa de atribuir uma versão negativa ao esporte.

A partir de hoje começa a fase homem a homem da última etapa do Circuito Brasileiro de Surfe Profissional. Os surfistas serão divididos por duplas em dezessete baterias de vinte minutos cada, no sistema eliminatório. O regulamento para essa disputa é o mesmo adotado pela Associação de Surfe Profissional para o torneio Competição Mundial, e permite a cada competidor escolher um parceiro de sua equipe para a etapa seguinte. Quem perder deixa a competição.

Fonte: Borges, L. Folha de São Paulo, 30 de outubro de 1987

O secretário municipal do Turismo, André Schmitt, apavorou-se com a possibilidade de a cidade tornar-se uma região estigmatizada pelos viajantes, “Estamos diante de uma situação perigosa” disse o secretário em uma de suas entrevistas. (Viagens de alto risco. Revista *Veja*, 28 out. 1987, saúde, p. 102 e 103.)

Nesta seção, ganha destaque o papel da memória (Pechêux, 1999) e os modos pelos quais a aids enquanto acontecimento irrompe em Florianópolis e é inscrita nas narrativas das minhas interlocutoras e interlocutores. Para esse propósito, aproprio-me dos postulados pecheutianos acerca da memória, concebida não como esfera plana, mas como espaço móvel, de disjunções, deslocamentos e desdobramentos e trago à lume matérias jornalísticas, e alguns enunciados produzidos nos encontros do GAPA. É a leitura desses documentos/monumentos que possibilitará, nesta tese, vincular a noção de memória ao conceito de enunciado, uma vez que são as discursivizações, corporificadas em enunciados, que possibilitariam o exercício do domínio de memória (DA SILVA JUNIOR; DA SILVA, 2021). Julgo que os arquivos jornalísticos, por sua circulação social, podem ser exemplos ilustres das regularidades discursivas em torno da aids na cidade e, por isso, abro a discussão com eles.

Antes, porém um parêntese. Entenderei com Thompson (1998, p. 25) que a profusão de discursiva sobre a aids, assim como os discursos sobre a sexualidade e a regulação dos corpos, têm diferentes implicações morais em conflito. Não é de surpreender, portanto, que a mídia de massa reflita esses conflitos e os amplifique, muitas vezes dando origem a um efeito em espiral que resulta naquilo que denomina de "pânico moral". Em Florianópolis, não haveria de ser diferente. O que resta a esse capítulo, é, portanto, descrever inicialmente essas séries e alguns de seus atravessamentos nas narrativas daquelas e daqueles com quem dialogo. Depois, pensar em seus deslocamentos e táticas de resistência.

Em 1986, o primeiro caso de aids foi notificado em Florianópolis. Um ano depois, um jornal local noticiava:

Florianópolis acordou, na última quarta-feira, perplexa com a constatação de que, sob sua face provinciana, escondiam-se os males das metrópoles modernas. Viu em letras da imprensa o que talvez já soubesse, mas recusava-se a expor: os vários jovens, de todas as camadas sociais, que estão envolvidos com o comércio e o consumo de drogas. E mais, a contaminação, pela AIDS, de um número ainda não definido deles (O ESTADO, 24 out. 1987, nº 22.149, opinião *apud* AMORIN, 2009, p. 63)

Destaco que os operadores de localização de natureza geográfica (FAUSTO NETO, 1999) serão encontrados na maioria dos textos analisados nesta tese; na passagem acima essa operação enunciativa não serve apenas para descrever uma história, mas lhe dá um grau de inteligibilidade que se ancora no pânico e nas pautas morais, como o consumo de drogas.

A trama que assustava os surfistas e os manézinhos⁴⁶ contaria com três figuras emblemáticas da afecção e **elas eram mulheres**, como descreveu Amorin (2019). Para além de uma existência viral imperceptível, são as corporeidades de três mulheres que apresentam a aids

⁴⁶ Manézinho refere-se à alcunha dada àqueles que nasceram Florianópolis.

à ilha: Márcia, Rosângela e Patrícia. A primeira, uma jovem de dezoito anos que, ao ser interrogada pela polícia após uma acusação de roubo, teria contado aos policiais que a amiga Rosângela era fundadora de um grupo – posteriormente conhecido como a gangue da aids – comprometido em contaminar o maior número de pessoas, por meio de seringas, em sessões de consumo de cocaína, que aconteciam no Condomínio Europa, no bairro Trindade. Patrícia, colega de trabalho de Márcia era quem havia lhe apresentado Rosângela e seu companheiro, Dedinho. Após assegurar que Rosângela e Dedinho seriam “aidéticos”, Márcia contou aos policiais que havia compartilhado seringas com o grupo, que se reunia nos apartamentos do edifício Helsing durante várias noites por semana, antes de saber do compromisso de casal de amigos (AMORIN, 2009).

A história ganhou destaque em muitas publicações municipais; algumas chegavam ao extremo de publicar fotos do rosto de Márcia e páginas de seu diário em uma espécie de folhetim: a cada dia, uma página era impressa e ao final da publicação a mensagem “Continua amanhã”, prometia revelações ainda mais perturbadoras sobre as mulheres que participavam da suposta gangue, também acusadas de transmitir o vírus a “homens ilustres” da cidade através de relações sexuais pagas. A cada edição, os jornais contribuía na formação daquelas que seriam os sujeitos perversos, de conduta moral desviante, que carregavam o estigma tanto pelo uso substâncias ilícitas, quanto pelas posturas sexuais reprováveis, inclusive ao descrever como as garotas agiam na praia da Joaquina no Campeonato de surf Hang Loose Pró Contest provocando e de seduzindo os atletas (AMORIM, 2009).

Até mesmo aqueles jornais que poderiam ser considerados mais progressistas, como o Jornal Zero, Jornal laboratório editado por acadêmicos do Curso de Jornalismo da Universidade Federal de Santa Catarina, divulgava matérias que reiteravam o medo que assolava a “face provinciana” de Florianópolis. Destaco apenas duas delas⁴⁷:

⁴⁷ Resgato um trecho de *Inventing Aids*, de Cindy Patton (1990, p. 31, tradução minha) no qual, ao se referir as práticas interpretativas dos discursos midiáticos, ela afirma: “Relações claras entre consumo de mídia e atitudes ou comportamentos individuais ou sociais são difíceis de quantificar porque o uso e a interpretação da mídia estão embutidos em redes sociais complexas. Assim, é fundamental compreender as práticas interpretativas individuais e grupais das pessoas para as quais a “informação” da mídia é dirigida.”

Figura 27: Sida: a freguesia dos motéis sumiu.

SIDA

A Freguesia dos motéis sumiu

Luis Carlos Ferrari

No chamado "baixo mundo" de Florianópolis caiu como uma bomba o estardalhaço feito pela grande imprensa sobre um suposto pacto feito entre doentes adictivos para espalhar o vírus. O movimento dos hotéis e dormitórios que recebem casais caiu quase à metade e muitas prostitutas e homossexuais abandonaram a atividade.

O Hotel Levi, na Rua Bento Gonçalves, 01, é um prédio antigo de dois andares que aluga quartos para casais, a Cz\$ 300,00 o pernoite. No local também se hospedam pessoas de passagem pela cidade, menos mulheres desacompanhadas, a não ser que estejam chegando de viagem. Na recepção, duas poltronas de vultouro púido, muitas folhagens, dois quadros e um crucifixo. Ao lado de um calendário tipo folhinha, o mural que ostenta, junto ao alvará da polícia, uma certidão do Departamento Autônomo de Saúde Pública autorizando o estabelecimento a funcionar como "dormitório". Atrás de uma mesinha onde estão apenas um bloco para controle de hospedagem e um cinzeiro, Domingos Joaquim Marques, cunhado da proprietária, nas horas de folga ajuda na recepção, e garante que o movimento continua normal.

Na saída, entretanto, um vendedor de cosméticos que se hospedara por uma noite no hotel e acompanhou uma parte da conversa confidencia: "Isso aqui é a maior espelunca que eu já vi". E isso que ele trabalha autônomo e frequentemente se hospeda em hotéis baratos para economizar. "E só dá bicha", completa ele, indo embora.

Nas ruas é quase imperceptível essa retração. Na Francisco Tolentino as mulheres do bar Bem Bolado continuam a mexer com os homens que passam e os vigilantes dos Móveis Silva e Pivel Veículos não dispensaram suas "namoradas" ocasionais. Na Conselheiro Mafra ainda há muitas prostitutas no "trottoir", disputando os raros clientes.

E a recepcionista do Dormitório Estevão, uma mulher de mais ou menos 35 anos, loira, de óculos, que faz as revelações mais significativas. Ela diz que o movimento de casais caiu em torno de 50% nos últimos tempos, uma queda que já ocorria há uns três meses mas se acentuou muito nas últimas semanas. O próprio dormitório tratou de tomar alguns cuidados, como selecionar as mulheres e trocar sempre os lençóis, para evitar algum comentário que poria fim de vez ao negócio já cambaleante. As "meninas" também estão tratando de se cuidar: as que ainda não deixaram a "vida fácil" só transam com camisinha e reduziram muito seus parceiros.

A exemplo do que acontece na Conselheiro Mafra, a procura pelos travestis da Praça XV também caiu à metade. Volnei, que preferiu ser "Luana", conta que muitos homossexuais abandonaram a praça, com medo da doença. Ela tem seus parceiros quase somente entre homens casados, também homossexuais, e só usa camisinha quando o companheiro pedir. Os travestis, um dos chamados grupos de risco, são os que mais sofrem discriminação. Frequentemente eles são hostilizados e "xingados de AIDS", revela Luana.

Na Universidade a preocupação com os parceiros

Daniel Paim

No meio universitário, o caso da AIDS em Florianópolis repercutiu de maneira amena. Sem discursos inflamados, nem medidas radicais de profilaxia. A convivência continua a mesma. Na UFSC não foi registrado nenhum caso de contaminação, pelo menos até o baixamento dessa edição...

Em princípio, ninguém se considera integrante de qualquer dos grupos de risco. Essa posição, parece, é pró-forma: é inexpressivo o número de pessoas que já "ousaram" fazer exame de sangue. Cautela todos prometem, mas o nível de desinformação ainda é elevado.

"Até há uma semana eu via a AIDS como uma coisa dos grandes centros, tipo São Paulo", foi o comentário de S., 24 anos, de Letras. Ela não se considera pertencente aos grupos de risco. Afinal, "eu não me aplico e nem cheiro porque não me adapto com a coisa. Mas o meu companheiro dá as suas cheiradinhas... Tudo bem... Agora, de repente, ele cheira... bebe, pinta uma mina... fica mais fácil a coisa acontecer. Eu vou selecionar mais os meus companheiros."

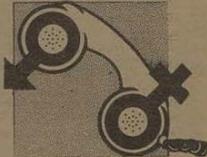
"Não transar mais! Essa a minha decisão até ter certeza de mim. Que não estou contaminada" — B., 24 anos, das Ciências Sociais. Ela se considera de risco: "mantenho relações sexuais com várias pessoas, sem questionar o parceiro. Difícil saber qual dos que transei era portador".

Os homens pensam diferente. São lacônicos. As respostas transmitem aparente segurança. Com pequenas variações, todos afirmam: "não participo de nenhum dos grupos de risco." Deve ser a associação apressada entre AIDS e homossexualismo. Ninguém quer dar margem a insinuações... Os cuidados serão tomados. Haverá restrições nos contatos sexuais: "a gente tem que saber com quem anda. Ter certeza!" — é a opinião de Z., 19 anos, da Computação. Mas a frequência dos contatos deverá ser mantida.

"Discuto o conceito de grupo de risco porque é muito estigmatizante e não traduz a realidade endêmica da doença", é o que afirma T., 24 anos, da Psicologia. Ela entrou em pânico. Chegou "condenar à balança" alguns dos seus companheiros sexuais. T. acha "muito sem imaginação morrer de AIDS. Romântico, ainda, é morrer de tuberculose como antigamente os poetas morriam..."

Romântico ou não, o certo é que as primeiras mudanças de comportamento já começaram a se cristalizar. A moral vitoriana está de volta. Com força total. A fidelidade, que até há pouco não importava muito, voltou a ser exigida. Passou a ser uma questão de vida ou de morte. Como comentou S., "tenho que lutar pela minha sobrevivência. Não quero entrar em pânico, mas quero me manter saudável!"

O debate sobre a "Síndrome da Imuno-Deficiência Auto-adquirida" passou a ser assunto obrigatório. Em especial na Universidade, onde vinte mil pessoas entre alunos, funcionários e professores, convivem diariamente.




Márcia, tudo começou com ela

NOV - 87 ZERO P5

Acervo: Biblioteca Pública de Santa Catarina

Fonte: Ferrari, L. (1987)

Figura 28: A aids explodiu.

A AIDS explodiu. Pacto de morte e sensacionalismo se misturaram na intenção de esclarecer o leitor. E até a Polícia se encarregou de aumentar a confusão.

AIDS

Delegado do DEIC entra no conto da Aids e quer publicidade

Marques Casara

Uma garota complicada, que segundo a irmã tinha o hábito de assustar a família com mentiras sobre sua saúde e que na última visita ao Rio Grande do Sul apareceu em casa com uma perna enfiada e um olho pintado de roxo, fingindo um acidente, foi o pivô de uma história policial em Florianópolis com repercussão nacional.

Márcia Regina Correia, 24, de faltar algumas roupas do seu apartamento, o 821 do edifício Hebraque, no condomínio Europa, na Trindade. Ela contou à polícia que Rosângela e seu marido João Machado, o Dedinho, portadores do vírus da Aids, fazem parte de um "pacto de morte" com a finalidade de transmitir a doença deliberadamente para um grande número de pessoas. Segundo Márcia, esta contaminação seria realizada com a utilização da mesma seringa na aplicação de cocaína e através de relações sexuais com várias pessoas.

Essa mistura de Aids, cocaína e possibilidade de morte fez o delegado Elói Gonçalves de Azevedo se imaginar no lugar de onde nunca quis sair: os jornais. Márcia disse não saber da doença do casal no princípio, e declarou ter compartilhado da mesma seringa, apesar de um primeiro exame não ter constatado a presença do vírus no seu organismo. Tampouco no de Patrícia de Oliveira, moradora do apartamento 841 do mesmo prédio, que também foi acusada de participar do pacto, ou no exame de "Patinha", que morava com ela e também participava das "sesões".

O delegado Elói Gonçalves de Azevedo, titular do Departamento Estadual de Investigações Criminais (DEIC) acreditou no "pacto de morte". Declarou que suas investigações são baseadas em depoimentos de vítimas e que cerca de 60 pessoas estariam envolvidas e provavelmente contaminadas pelo consumo de cocaína no apartamento, além de que 600 pessoas no Estado seriam vítimas do pacto". Afirmou também que João e Rosângela poderiam ser indiciados por homicídio no artigo 121 do Código Penal e também no 131, que pune a propagação deliberada de moléstia grave.

Criança Problemática

Colocando a posição de Elói como irresponsável e inconsequente, um dos advogados do casal, Nestor Lodetti, disse que o delegado "embarrou numa história de criança problemática", defendendo a posição de que "ele utilizou o caso para se autopromover sem medir consequências, como é de seu feitio". De fato, o delegado Elói tem pouca coisa na mão: dos cinco envolvidos diretamente nas "sesões" do edifício Hebraque, somente dois apresentaram resultado positivo. Se de cinco Elói errou três, imaginem de 600.

Sem provas concretas sobre as denúncias, Nestor prevê uma ação contra o delegado Elói e também contra "certos meios de comunicação que usam o caso de forma sensacionalista, apenas com objetivos lucrativos".

Luis Carlos dos Santos, defensor de tóxicos do DEIC, confirma a inexistência de provas: "Temos apenas testemunhas". Mas se diz convencido do "pacto de morte" e da negligência consciente do casal em oferecer as seringas contaminadas, não tomando o mínimo de cuidado e procurando se isolar dos demais membros do grupo.

Luis Carlos considerou que a atitude de Elói, apesar de impulsiva, não quis criar pânico. Disse ainda que a posição do chefe do DEIC foi dar um "grito de alerta" para a população. Falando do espírito impulsivo do delegado, Luis Carlos lembrou um caso de tráfico de cocaína, quando foi preso um homem em 8ª ameaça que recebia a droga do Mato Grosso e fazia a distribuição para Rajaj, Balneário Camboriá e Florianópolis. O delegado de tóxicos tinha a intenção de manter o caso em sigilo, para chegar nos "caras quentes", pedindo que nada fosse divulgado. Mas Elói, segundo ele, "falou demais para os jornais e a quadrilha se antecipa, tornando mínimas as esperanças de desbaratar o grupo". Luis Carlos confessou não concordar com o procedimento de seu colega.

Até agora a polícia continua na esteira zero com relação ao "pacto de morte". Sem provas e sem testemunhagens sólidas as páginas de jornais com fotos de Elói (fazendo e acontecendo sem comprovar coisa alguma.

Dauro Veras

Já passou o tempo do bicho-capaio. Indistintamente, os temores deste final de século são outros. "Vá dormir, menino, senão eu chamo um adístico pra te pegar", quem sabe esta fórmula já não está sendo usada pelas mãos sábidas e desinformadas, com a intenção de amedrontar seus filhos? Uma versão moderna de conto infantil poderia ser assim: "Era uma vez um monstro adístico chamado Casão, que tinha o sangue azul e omitilante... Exagero? Bom, talvez o terror não seja ainda tão grande. O fato é que ele corresponde de forma diretamente proporcional à falta de esclarecimento.

Com o aparecimento do vírus HIV, muitos hábitos têm mudado, e verificados certo retrocesso em relação à revolução sexual. Uma pesquisa acertada comprovava, por exemplo, que monogamia voltou a ser prática comum, assim como uma discriminação maior dos homossexuais. "Até dentro de si ao cabeteiro", disse um entrevistado. E o homem, como estão vendo isso tudo?

Um deles sintetiza: "Antes eu era passivo, agora sou reflexivo".

Até mesmo os presos estão transando mesmo, conforme constatou o diretor da Prisão Central de Florianópolis, promotor José Darcy Pereira Soares: "Temos três apartamentos para os encontros íntimos dos detentos com suas companheiras, mas em certos fins de semana, só um está ocupado". Um dos fatores que leva a isso é o regulamento rígido, que exige exames médicos e uma série de outros requisitos. Mesmo assim, é baixo o número de requerentes a serem o benefício. Dos 280 presos, apenas 10 tiveram encontros íntimos em setembro. Em agosto, o número foi nove, em julho, 15. Medo? Sim, também lá dentro. Há alguns meses, a mulher de um detento morreu de Aids, e a moçada não quer arriscar a-toa.

A arcaica e desconfortável camisinha de vírus voltou agora com força total. Alguns chegam à paranoia de usar uma em cima da outra, pra prevenir. Rubens Chaves Vargas do curso de Jornalismo, descreve seu drama: "Quando fui ao ENECOM (Encontro Nacional de Estudantes de Comunicação) de Piracaba, minha mãe queria que eu levasse camisinha. Não levei, porque sou a favor do atirio".

Nem tudo é retrocesso. Grande parte das pessoas envolvidas demonstraram estar encarando a masturbação de forma muito mais aberta, livre de culpas. Os homens descobriram que ela não faz crescer cabelo na mão, e as mulheres viram que não fara o dietro, não cria bigode nem faz as unhas caírem. Masturbação a dois, então... é a moda da temporada.

Outra vantagem dessa onda toda é que, mais que nunca, o tema sexo virou assunto do dia para todas as faixas etárias. Hoje já há crianças falando de sexo oral enquanto chupam mamadeira, de-líciadas com o mistério do termo novo.

Em meio a tanto pânico e sensacionalismo, sempre há espaço para boas doses de irreverência. Um comediante catibeteiro homossexual da cidade descreve seu desespero com a situação: "Foi de jejum há tanto tempo, que de vez em quando tenho que botar uma bolinha de natafina pra evitar o mofo".

Fala também sobre a frequência de relações sexuais: "Agora tô igual a bina: transo três vezes por ano e ainda morro de rir".

Mudança de comportamento

Pacto provoca restrições e abstinência sexual

P4 **ZERO** **NOV - 87**

Acervo: Biblioteca Pública de Santa Catarina

Fonte: Casara (1987)

Na seara desses acontecimentos e na modalidade da memória, encontramos a narrativa de Lu, uma de minhas entrevistadas, que nos remete à história da aids e do hiv na ilha, permeada pelas narrativas sensacionalistas que instauravam o pânico e a culpabilização de sujeitos nos períodos de emergência da doença na cidade e que eram provocadas especialmente pela mídia local, com reflexos nos grandes veículos de comunicação do país, como a Revista Veja e o jornal Folha de São Paulo:

[...] na época que eu era bem nova, eu pegava onda e a galera do surf sempre fazia comentários “**ah, oh, aquele lá tá aidético, aquele lá tomava pancadão, acabou, tá lá com o bichinho.** (Lu)

Já em um dos encontros do grupo, esse regime de verdade instaurado pela imprensa local é exemplo de como os sujeitos da pesquisa se constituem como culpados pela soroconversão porque se submeteram ao risco perverso (SONTAG, 1989), ao mesmo tempo em que indicam aqueles que seriam mais perigosos do que eles, pois transmitem o hiv propositalmente:

S2 falou novamente sobre quem tem a patologia há pouco tempo e disse que o principal medo “dos novatos” é o medo da morte, na fala dele: “se não se cuidou por que tem medo de morrer agora? A gente não se cuidou!”. (Nota de campo XX)

O grupo falou também das pessoas que sabem do diagnóstico, não fazem o tratamento e transmitem o vírus de propósito, os *carimbadores*. Mara e A. falaram que “essas pessoas não se importam, já que contraíram querem passar para os outros”. (Nota de campo XX, 22 de maio de 2019)

O ano de 1987, além de trazer à tona o pânico discursivo também faz emergir as políticas voltadas à prevenção da aids que passaram a agir com maior atenção na cidade; é necessário, pois “entender como os sistemas de poder, ao mesmo tempo, inibem e permitem que as comunidades se organizem em torno da aids” (PATTON, 1987, p. 02), tema que pretendo elencar nas linhas abaixo.

Nas sendas das resistências, naquele ano, foi criado o GAPA Florianópolis, que se firmou como uma ONG que agia com autonomia e acompanhava as políticas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (AMORIN, 2009). Sob a direção de Rui Iwersen, a instituição passou a discutir ações para lidar com aqueles que à época viviam com aids e, por meio de trabalhos voluntários de psicólogos, buscava meios de auxiliar os doentes. De acordo com Amorin (2009), acerca do acontecimento sensacionalista criado pela mídia local sobre o pacto da morte, o GAPA não se manifestou, justamente pelo perfil institucional baseado em propagar medidas preventivas e exercer uma atuação a favor da proteção dos sujeitos.

Objeto fundamental desta tese, apresento então o Grupo de Apoio a Prevenção à Aids (GAPA) de Florianópolis: a instituição fundada em 06 de agosto de 1987, conforme ata, tem como finalidades:

Lutar social e ideológica e legalmente, pelo estabelecimento de uma Política de Saúde Pública ligada ao HIV/AIDS/IST's, hepatites virais e doenças relacionadas à AIDS, objetivando a melhoria da qualidade de vida de seus usuários no estado de Santa Catarina e em especial na Grande Florianópolis;

Desenvolver ações conjuntas e convênios com entidades públicas, civis ou privadas visando os objetivos da instituição;

Prestar auxílio em serviço social, psicológico, jurídico, político (não partidário) e técnico-científicos aos portadores e seus familiares, particularmente no

Estado de Santa Catarina [...], com vistas a elaborar e implementar projetos específicos contemplados pelo universo temático do HIV/AIDS/DST, Hepatites Virais e doenças associadas à Aids;

Fundada nas dependências do Hospital Nereu Ramos, a criação do GAPA foi mais o resultado das ações de profissionais ligados à área da saúde, do que o desejo de sujeitos que viviam com a doença naquele momento, como apontam as entrevistas realizadas por Maliska (2012, p. 135) e as assinaturas da ata de fundação da instituição, que destaco na sequência:

Naquela época, basicamente, éramos dois médicos do Hospital Nereu Ramos e eu, na questão institucional. E, ao mesmo tempo, nós e mais alguns voluntários, começamos a nos reunir, em 1987, dentro do Hospital Nereu Ramos, junto com Assistentes Sociais, Enfermeiras. Eu me lembro de algumas pessoas do Hospital Nereu Ramos que foram importantíssimas na criação do GAPA e que fizeram como eu, elas trabalhavam numa ONG, o GAPA, e dentro do Hospital Nereu Ramos e eu, aqui, na Prefeitura; trabalhávamos dentro de uma estrutura não-governamental e governamental. Então foi em 87 que criamos o GAPA (M1). (MALISKA, 2012, p. 135)

Figura 29: Ata de Fundação do Gapa, página 1.

Registro de Títulos e Documentos/Passagem Jurídica
 Oficial: Iole Luz Faria
 Oficial Maior: Maria Faria de Souza
 Rua Vidal Ramos, 33 - 100 CEP 88010-200 Foz de Iguaçu
 Protocolado sob o nº 158845 no Livro A-15
 Registrado sob o nº 153399 no fls 246 no Livro B-248
 Florianópolis, 19/12/2009
 E: R\$ 15,00 S: R\$ 0,40
 T: R\$ 12,40 O Oficial

Luciene Rosa Duarte
 Escrevente

REG. CIVIL DO J. C. E. PESSOAS JURÍDICAS
 1ª SUB. DISTRITO
 Iole Luz Faria
 Oficial
 153399/2009P.O.S.

Ata da Assembleia Geral Extraordinária de Formação do Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS de Florianópolis - Gapa - Florianópolis

As seis e seis do mês de agosto de um mil, novecentos e oitenta e sete, reuniram-se os interessados em criar o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS - Gapa, no auditório do Hospital Nereu Ramos, em Florianópolis, para tratar da aprovação de estatuto e eleição da Diretoria. O primeiro assunto levantado por Rui Swasen, foi a definição do Grupo, constante nos Estatutos em seus artigos primeiro e segundo. Em seguida discutiu-se a finalidade do Grupo, em seu artigo segundo, e os direitos e deveres dos sócios nos artigos sétimo e oitavo. Em terceiro lugar discutiu-se sobre a composição da Diretoria e as atribuições específicas de cada membro, nos artigos décimo segundo, décimo terceiro, décimo quarto e décimo quinto. Por último, discutiu-se sobre o Conselho Deliberativo nos artigos décimo sétimo e décimo oitavo. Após as discussões, foi considerado aprovado o Estatuto do Gapa, e passamos à eleição da Diretoria e do Conselho Deliberativo. Por consenso e por unanimidade ficaram assim constituídos a Diretoria e o Conselho Deliberativo: Diretoria: Presidente - Rui Martins Swasen; Vice-Presidente: Estina H.S. Mauelles; Secretário Geral: Alexandre Maia Rodrigues; Secretário de Organização: Lúcia Suzgilda Rühl Gomes; Tesoureiro: Helena O. Laima Pires. Conselho Deliberativo: Paula Roberto de Almeida; Olívia Ruth Donald Spicigo; Sônia Zete. Foi aprovada a constituição do Grupo, formados por três comissões: Apoio, Prevenção e Avaliações. Discutimos então o artigo décimo sexto, que determina o trabalho e o legado dos coordenadores destas Comissões com a Diretoria. Os presentes, abaixo assinados, são considerados Sócios Fundadores do Gapa - Florianópolis, de acordo com o item um

Certidão
 Verifica e dou fé, na forma do artigo 394 do código de processo civil, que o presente documento é fotocópia.

Fonte: Arquivos do GAPA/SC.

Figura 30: Ata de fundação do Gapa, página 2.

CARTÓRIO LUZ

Autônomo e Estabelecido por escritura pública de 19/02/2000
representação de seu titular, inscrita em matrícula nº 101
representação com o nº 101/2000, de que consta:

Florianópolis 19 DEZ 2000

Alzir Francisco Mangue Pinheiro
Escritor Notarial

REG. CIVIL DE DOU. E PESSOAS
1º SUB. DISTRITO - 20ª Fica. - Florianópolis - SC
1º. Sub. Dist. - 20ª Fica. - Florianópolis - SC
Nº ADR 93153

do grupo quinto, com a presença de Helosa Helena S. Ramon,
que na ocasião representava o Coordenador da Comissão sobre
SIDA da Comissão Interinstitucional de Saúde - CIS. Não houve
do mais nenhum assunto a tratar, manifestou seu contente-
mento em pr. resolução o senhor Paulo Roberto de Almeida
e com isso demos por encerrada a sessão e o registro
que vem por mim assinada e pelos demais membros da
Diretoria desta Florianópolis em de agosto de mil novecentos
e oitenta e sete

vença
cento
pal
da 6
na
Paulo
sentu
valde
detali
O don
de Co
tituic
tado
na
o de
sobre
contu
sistem
ment
saud
a
quem

CARTÓRIO LUZ
Rua Deodoro, nº 103 - Florianópolis/SC
Responso por Helena Carla
Carla Peres

Helena Carla Peres - Presidente
CPF 443924029

Detina M. Miellas - Vice-Presidente
CPF 498242309-44

Lia Teresinha Rühl Gomes - Secretária Geral
CPF 572504709-91

Clina R.D. Spricigo - Secretária de Organização
CPF 001.872.169-91

Helena Carla Peres - Secretária
CPF 643333359-53

CERTIDÃO
Certifico e dou fé, na forma do artigo
384 do código de processo civil, que c
esta é fotocópia.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DO LITIGANTE DE SAÚDE CIVIL
TIT. UNIC. F. 2000
64192700

Isabela

- 1- Helosa Helena S. Ramon (Assistente Social - DASP - representando se porge da Comissão Interinstitucional de Saúde)
- 2- Raquel Ruth Quadros - voluntária
- 3- Lúcia J. Braga da Silva Jardi - Assistente Social - H.N.R.
- 4- Detina H. S. Miellas - Enfermeira - H.N.R.
- 5- Sônia Roberto - Assistente Social H.N.R.
- 6- Beatrice Kowalski - Prontuário social - H.E.M.O.S.C.
- 7- Paul Martins Lussan - Médico - Sec. da Saúde e Des. Social
- 8- Paulo Roberto de Almeida - Médico - P.M.F. - P.R.F.
- 9- Helosa Helena Palm Soares - acad. de Enfermagem
- 0- Maria F. Braga - representante do Centro Acadêmico de Enfermagem
- 1- Helena Carla Peres
- 2- Alexandra Lusa Rodrigues - voluntária
- 3- Clina Ruth Donald Spricigo - Enfermeira H.N.R. - Spricigo
- 4- Lia Teresinha Rühl Gomes - voluntária

Fonte: Arquivos do GAPA/SC

As assinaturas do documento dizem respeito aos papéis sociais daqueles sujeitos que, no final da década de 1980, fundavam o GAPA: assistentes sociais, médicos, enfermeiros e voluntários. Patton (1990, p. 51, grifos meus), sobre essa constituição, afirma:

The emerging social roles within the industry were each believed to possess unique forms of knowledge – the “experts” knew about the virus and treatment, the “person living with Aids” knew about suffering and death, the “volunteer” knew about the courage of the human spirit. In fact, **the social role categories which defined how to be an expert, or volunteer, or people living with HIV/Aids rarely corresponded with the lived, multiple experiences of the epidemic**; Aids knowledge formations tended to silence people speaking or of character.

Para além dos discursos dos documentos apresentados, é interessante notar que algumas participantes dessa pesquisa retratam o início da instituição na cidade e como aquele momento era marcado pelo medo da morte e pelo pânico daqueles sujeitos. Registro abaixo as falas de Jenifer e Lu, que deixam entrever, nas suas descrições do GAPA aquilo que Foucault (2009, p. 470) descreve como as *heterotopias do desvio*, aquelas “[...] nas quais se localizam indivíduos cujo comportamento desvia em relação à média ou à norma exigida”.

J: Bom, eu tive dois momentos no Gapa. Eu tive o primeiro momento em 90 e foi quando a dona, a dona, presidente do Gapa na época, que marcou médico pra mim, me acolheu, que conversou comigo, me deixou mais tranquila. Assim, que, né?!, que fez tudo pra eu ficar mais tranquila, né?!. E o, daí, naquele momento ali, eu tava, sei lá, anestesiada, não tava né?!, e aqui tinham muitas pessoas debilitada, já assim, numa fase bem crítica, e olhei aquilo tudo, me assustou, assim, **“Meu Deus, eu vou ficar desse jeito”** aí eu vim só até pegar o remédio, pega o remédio, ir ao médico, **e depois não vim mais**. Aí depois quando eu vim, eu vim acho, [inaudível] nem sei, tava passando aqui, entrei, **aí já tinha outras pessoas** que já tavam fazendo tratamento, que que já, já era tudo, **a gente diz que a gente é tudo igual, né?!**, aí bom, **o hiv não vai me deixar daquele jeito**.

E: Sim, na primeira vez a senhora se assustou e não voltou mais.

J: Não voltei.

E: Sim, Lu, e quando tu entrou no GAPA, né, tu disse que tá aqui há 16 anos, né, que você teve contato com outras pessoas que vivem com hiv, algo mudou na sua rotina diária? Se sim, o que que mudou?

L: Sim, sim porque eu conheci mulheres, homens, casais, que naquela época eram 40 e poucas pessoas que participavam do grupo. Hoje em dia, não tem tanta gente participando do grupo. **Eram quarenta e poucas participando do grupo, aquela sala ficava lotada, faltava cadeira para sentar**.

Lu também me contou em um momento posterior à gravação que o Gapa costumava receber pessoas que haviam sido abandonadas pela família e estavam morrendo. Essas encontravam abrigo e alimentação na instituição e muitas vezes acabavam falecendo ali mesmo.

O acontecimento histórico e discursivo do Gapa solicita que pensemos nas dinâmicas de gênero relacionadas ao hiv em Florianópolis, intimamente relacionadas a questões de classe social, como apontam os enunciados acima. De acordo com Bastiani e Padilha (2012), na

primeira década (1986–1995), e no início da epidemia em Florianópolis, observou-se maior proporção de pessoas com hiv nos grupos de status socioeconômico denominado alto e médio alto, com mais anos de estudo e melhores ocupações laborais. Com o passar dos anos, foram os indivíduos com poucos anos de estudo e Status Socioeconômico Ocupacional médio baixo e baixo, que compunham grupos menos favorecidos e com menor escolaridade, os mais afetados pela aids – o que parece corroborar com a literatura sobre o aparecimento da aids no Brasil (GALVÃO, 2000, PARKER, 1994, 2000, DANIEL; PARKER, 2018).

Ainda consoante as autoras, entre o sexo feminino (categoria usada pelas autoras) a infecção pelo hiv predominou nas categorias de exposição heterossexual e UDI e a maior parte das mulheres pertencia a classe econômica média baixa. Na segunda década (1996–2006), as autoras observaram que entre mulheres que viviam com hiv em Florianópolis/SC, as categorias de exposição permanecem as mesmas, no entanto, a classe econômica da maioria passa a ser a baixa, resultado que, segundo elas, sinalizaria a vulnerabilidade potencial em subgrupos de mulheres com baixa/nenhuma escolaridade, que exerciam atividades laborais de baixa remuneração.

Em relação às políticas públicas, recorro ao trabalho de Maliska (2012), na tentativa de apresentar apenas um panorama geral de como a narrativa se inscreve nesse espaço geográfico. Segundo a autora, algumas ações foram implantadas no estado de Santa Catarina visando o controle da epidemia, a exemplo do Programa de Controle de Aids, criado em 1985, e, mais tarde, a Comissão Interinstitucional de Controle da Aids, criada em 1987. Maliska (2012, p. 129) destaca que

[...] a nível [sic] municipal, ainda não havia nenhuma mobilização oficial a respeito da aids, a não ser iniciativas pessoais e pontuais, a exemplo de um profissional médico que vinha acompanhando o movimento da epidemia e passou a realizar um trabalho preventivo na mídia e nas escolas, procurando esclarecer do que se tratava esta doença.

Embora a Secretaria Municipal de Saúde do município desenvolvesse ações relacionadas à aids, Maliska (2012) e seus interlocutores argumentam que elas eram pontuais, voltadas a prevenção e esclarecimento da população, na tentativa de reduzir o pânico que se instaurava na cidade. Abaixo, destaco um dos excertos da tese de Maliska (2012, p. 130):

Tinha-se que esclarecer, informar a população e informar com realismo, porque tinha muita mitificação, muita coisa que nós tínhamos que lutar contra. [...] No primeiro ano, em 87 eu registrei: foram 63 palestras, a gente chamava de palestras, mas na realidade eram informações, a pedido de escolas municipais e estaduais do município. [...] Eu me lembro que eu estava em um debate no Santinho, e tinha um caso de aids no bairro, no Santinho, lá nos Ingleses, e por causa de um caso a comunidade solicitou uma reunião conosco e nós fizemos a reunião dentro de uma escola, que não coube todo mundo; as pessoas estavam do lado de fora e nas janelas ouvindo o que a gente tinha a dizer (M1).

São essas articulações que trato enquanto regimes de verdade na série *aids/hiv e Florianópolis*, as quais apontam que, ao falar de si, minhas interlocutoras também são afetadas pelos discursos que emergem em outros lugares e em outras temporalidades, que condicionam as suas experiências e problematizações acerca de si mesmas (BUTLER, 2015) e habitam seus processos subjetivos.

Contudo, é preciso reconhecer que elas, as articulações, não esgotam os muitos circuitos, táticas, mecanismos e efeitos com que esses regimes se estabeleceram, antes são apenas alguns dos fios que caracterizariam a dimensão moral e a consequente regulação dos corpos soropositivos na cidade, dado que, como já apontou Weeks (1985), na época em que emergem os discursos de descoberta da aids, três vertentes principais perpassavam as mudanças morais e sexuais: uma secularização parcial das atitudes morais, uma liberalização das crenças e comportamentos populares e uma maior prontidão para aceitar a diversidade sexual. A aids e seus discursos, nessa conjuntura, seriam usados para questionar cada um deles e para justificar um retorno ao "comportamento moral normal". Isso posto, na próxima seção, trato dos conjuntos de acontecimentos discursivos que tratam da doença e das PVHIV em Florianópolis na contemporaneidade.

2.2 A SOROPOSITIVIDADE EM FLORIANÓPOLIS

Como afirmei no início desse capítulo, nestas páginas me ocupo do dispositivo territorial que açambarca os sujeitos dessa pesquisa e os regimes de verdade que ele instaura. Nessa esteira analítica, pontuei acima que o GAPA, na época de sua formação, poderia ser entendido como uma *heterotopia do desvio*, na qual se encontravam sujeitos racializados e vulneráveis.

Entretanto, ao contrário de Foucault (2009) que estuda as heterotopias em sua sincronia, farei nessa seção um percurso diferente. Interessa-me pensar nos dispositivos territoriais – a cidade de Florianópolis – e a heterotopia que o GAPA representa, em sua diacronia, apontando para as rupturas e continuidades que se estabelecem nesses espaços no interior do dispositivo crônico da aids, uma vez que “[...] essas heterotopias podem assumir, e assumem sempre, formas extraordinariamente variadas, e talvez não haja, em toda a superfície do globo ou em toda a história do mundo, uma única forma de heterotopia que tenha permanecido constante” (FOUCAULT, 2013, p. 21)

Se, na década de 1980, os noticiários instauravam o pânico e a culpabilização de sujeitos, quase três décadas depois, algumas das mídias impressas da cidade continuam a reiterar aquelas narrativas, como percebemos no enunciado abaixo, publicado no jornal Diário

Catarinense, em 25 de maio de 2017. A publicação dizia respeito ao projeto de lei de autoria de Pompeo de Mattos, na época deputado federal pelo Rio Grande do Sul, que tinha como intuito criminalizar a “transmissão intencional” do hiv. Como se percebe, o mito dos carimbadores é constantemente atualizado.

Figura 31: PL quer tornar crime hediondo transmissão intencional de HIV.



Fonte: Minozzo (2017)

A reportagem dá destaque as formas como países da América Latina e da Europa tratam da questão, além de trazer uma entrevista com Pompeo de Mattos, que afirma: “Em São Paulo e no Rio de Janeiro teve notícia de gente com aids sendo paga para fazer programa com outras para passar (a doença). **Eu tenho o cuidado para não fazer da exceção a lei**” (MINOZZO, 2017, grifos meus).

Além da entrevista com Pompeo, a matéria ainda traz o subtítulo *Novo medicamento contra o vírus será oferecido pelo SUS*. Nele, há menção à incorporação da Profilaxia pré-exposição (PrEP) pelo SUS, os investimentos com a compra do Truvada e as populações-chave que seriam beneficiadas pelo programa: “casais em que um é soropositivo e o outro não e também em profissionais do sexo e homens que se relacionam com outros homens”. Interessante pontuar que a reportagem enfatiza que Ricardo Barros, na época ministro da saúde, havia feito esse anúncio no dia anterior, mas o que dá título à matéria é um Projeto de lei de 2015, ou seja, interessa mais enquadrar o hiv pelos discursos criminalizantes.

Quando se atenta para o boletim epidemiológico hiv/aids da cidade naquele ano, os discursos do documento tratam de enfatizar que “[...] a cobertura diagnóstica tem sua interpretação fragilizada pela ausência de estudos de prevalência para a população geral de

Florianópolis” (Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – SES-SC, 2017, p. 3) e que, em virtude disso, o município adota os critérios estabelecidos para contabilizar o número de sujeitos que viveriam com hiv/aids na cidade, qual seja, um percentual de subdiagnóstico de 13%, Nessa conta, viveriam com hiv/aids na cidade 7884 pessoas.

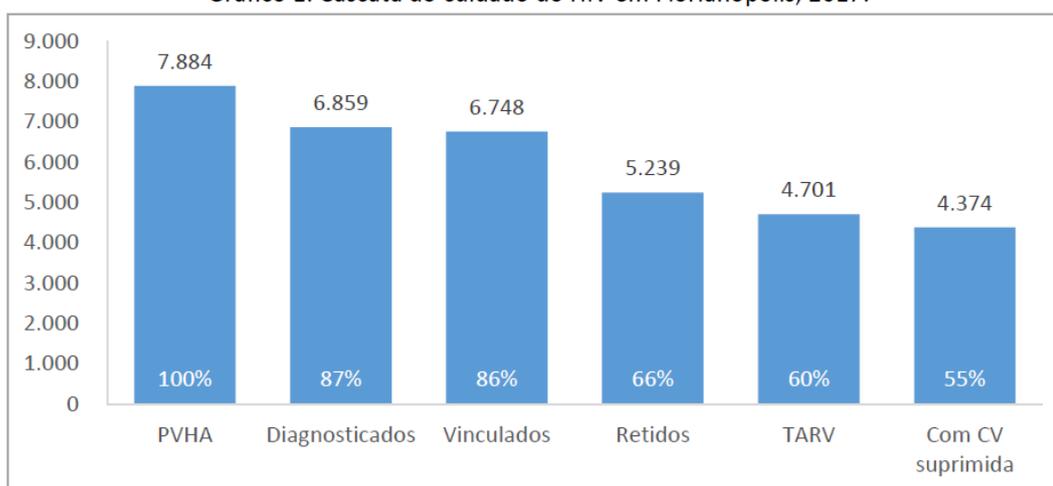
No documento ainda há o relato sobre o acompanhamento médico⁴⁸ desses sujeitos.

Trago abaixo um excerto que trata desses índices e o gráfico apresentado:

Há 21,4% de pessoas diagnosticadas não retidas no cuidado, ou seja, não recebendo adequada assistência, o que seria fundamental para se alcançar resultados satisfatórios na última coluna. O uso de TARV é a principal intervenção comprovadamente eficaz na redução da morbidade e mortalidade das PVHA, mas 31,4% da população diagnosticada não está em tratamento. A adesão ao tratamento é um dos principais nós no controle da epidemia e um forte desafio a ser enfrentado também por Florianópolis. (Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – SES-SC, 2017, p. 3, 2017)

Figura 32: Cascata do cuidado do HIV em Florianópolis, 2017.

Gráfico 1. Cascata do cuidado do HIV em Florianópolis, 2017.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – SES-SC, 2017

⁴⁸ Acerca dos cuidados médicos dedicados às PVHIV em Florianópolis Carvalho *et al.* (2020, p. 8-9, grifos meus) nos apresentam uma pesquisa interessante e que traduz as políticas adotadas pelo município. De acordo com os autores: “[...] o atendimento ofertado a pvhiv pela rede municipal de saúde de Florianópolis (SC) historicamente era centrado nos médicos especialistas em infectologia na atenção secundária à saúde, destacando que os encaminhamentos já eram 100% regulados e priorizados conforme a situação clínica dos pacientes. Entretanto, desde o ano de 2016, o processo de trabalho dos especialistas do município tem sido reorganizado e otimizado por meio do aumento dos canais de comunicação para interconsultas com profissionais das equipes de saúde da família das unidades básicas de saúde e atualização de protocolos clínicos de acesso e de fluxos da rede, de forma que os profissionais da APS assumissem gradativamente, conforme sua capacidade técnica, o manejo clínico dessas pessoas. [...] Verificou-se que o número de atendimentos a PVHIV na APS em Florianópolis nos anos de 2016, 2017 e 2018, aumentou significativamente quando comparado com os anos anteriores. paralelamente a esse aumento, o qual reflete diretamente o acesso aos cuidados para as PVHIV no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, o trabalho registrou a grande redução no número de encaminhamentos para a atenção especializada em relação ao número de atendimentos específicos às PVHIV entre 2014 e 2018. Adicionalmente, a estratégia de prescrição de TARV nas unidades básicas de saúde foi relatada por todos os 105 médicos entrevistados.

Quando observadas as características sociodemográficas, os homens continuavam representando a maioria dos casos (67,0%), sendo a incidência no sexo masculino 2,5 vezes maior que no sexo feminino. Além disso, os enunciados do documento apontam que “[...] os acometidos com HIV/AIDS possuem um nível de escolaridade inferior ao perfil da população geral. A faixa etária com maior concentração de casos é a dos adultos jovens (20-49 anos), com 81,9% dos casos [...] Entre os casos relatados como provável modo de transmissão a via sexual (n: 4.948), **68,3% declararam relação heterossexual.**” (Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – SES-SC, 2017, p. 3, 2017, p. 5, grifos meus) – note-se que o discurso estatístico dá conta da presença da heterossexualidade, ainda que as estratégias se voltem a prostitutas e a homossexuais.

Quase um ano após a publicação do Diário Catarinense, em junho de 2018, em conjunto com o governo de Santa Catarina e outros 11 municípios que fazem parte da cooperação interfederativa para resposta à situação do hiv/aids⁴⁹, o governo do município assinou a Declaração de Paris, comprometendo-se a acelerar os esforços locais para alcançar o fim da epidemia de aids até 2030.

Já em 2019, os esforços para a testagem e para a diminuição do subdiagnóstico aliam-se ao projeto “A Hora É Agora – Testar nos Deixa Mais Fortes⁵⁰”, que tinha como intuito ampliar o acesso a jovens gays e de outros homens que fazem sexo com homens (HSH) à testagem anti-hiv. Através de um aplicativo, era possível solicitar um kit de testagem e retirá-lo no Terminal Rodoviário da cidade – essa outra heterotopia de passagem, como diria Foucault (2009) - ou solicitar a entrega via correios.

Os trabalhos desenvolvidos pelo GAPA seguem nessa linha e vão priorizar a testagem, como se percebe nos enunciados abaixo⁵¹, nos quais há o registro de uma nova postura institucional. Se no dispositivo da aids, o GAPA possibilitava a criação de redes de

⁴⁹ Os municípios que fazem parte da cooperação interfederativa para resposta à situação do hiv/aids são Florianópolis, São José, Palhoça, Itajaí, Balneário Camboriú, Joinville, Blumenau, Brusque, Chapecó, Lages, Criciúma e Jaraguá do Sul.

⁵⁰ No site do projeto, encontra-se a seguinte descrição: “a hora é agora” (AHA) foi lançado em dezembro de 2014, no município de Curitiba (paraná), com o objetivo de responder a uma necessidade de ampliação do acesso à testagem e tratamento para populações-chave de homens que fazem sexo com homens (HSH) em que a epidemia do hiv estava crescendo. Este projeto faz parte de um acordo de cooperação entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Fundação para o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde (Fiotec) e os Centros de Controle e Prevenção de doenças dos Estados Unidos da América (CDC), com recursos do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para alívio da aids (PEPFAR). <https://www.ahoraehagora.org/o-projeto/>

⁵¹ Nessa seção, não me ocuparei de discutir as especificidades do tecnôgênero *post do instagram*, e as práticas que ele solicita, embora utilize essas postagens como exemplos daquilo que discuto sobre as práticas institucionais mais contemporâneas. Esse movimento foi traçado no capítulo um desta tese e julgo que não seja necessário retomá-lo aqui.

solidariedade e reconhecimento, a instituição alinha-se agora às posturas governamentais locais, em uma espécie de deslocamento que aponta para as séries de esvaziamento daquelas redes como apontou S1 nos excertos que citei anteriormente.

Figura 33: Postagem GAPA SC de 01 de julho de 2019.



Fonte: @gapahivsc (2019)

Figura 34: Postagem GAPA SC de 03 de setembro de 2021.



Fonte: @gapahivsc (2021)

Antes de finalizar essa seção, pontuo que embora o GAPA, enquanto instituição, tenha focalizado suas práticas na testagem e na vinculação dos sujeitos que vivem com hiv na capital do estado, durante a pesquisa de campo e no período que compreende a pandemia ocasionada pela COVID-19, notei esforços para possibilitar um espaço de diálogo e troca entre as PVHIV, mas que sempre eram mediados por profissionais ligados de alguma forma à área da saúde: psicólogos, assistentes sociais. Essa não parecia ser uma reivindicação dos sujeitos afetados pelo hiv, embora haja algumas documentações da importância do GAPA naquelas vidas, como narra Aparecida:

A: Aí eu liguei, eu procurei no Google, GAPA, aí encontrei o número, eu liguei, a [nome] da recepção que pegou e me falou assim: “as reuniões são às quartas-feiras às duas da tarde, todas as quartas-feiras. Aí eu vou, aí na mesma semana eu fui, foi na segunda, na quarta já vim, aí eu cheguei aqui, **eu fui abraçada sabe?!, se não fosse o GAPA para mim, nesse assim nessa chegada eu não se, e eu fui abraçada**, eu cheguei aqui, eu fiquei umas quatro sessões sem abrir a boca eu só chorava, só chorava. Na primeira reunião mesmo, eu lembro assim eu tava bem agasalhada, tava frio, minha cara inchada, eu só chorava. Eu só dei meu nome lá fora na [nome], e eu peguei entrei aí eu lembro que a M. pegou, perguntou no começo da reunião pra gente dar o depoimento assim, quando chegou na minha vez, não saia som da minha boca, sabe?!, é só fazia gestos com a cabeça, de não, só não. **Aí eu lembro que a M. que é uma frequentante [sic] também, ela me abraçou assim “não gente, ela não vai falar, primeiro momento a gente não consegue, então deixa ela só ouvir”**. Aí eu fiquei vindo umas três vezes, quatro, assim sem falar, só ouvia, sabe?!, aí depois eu fui me soltando e depois eu me soltei para falar, né! Você já reparou que eu falo igual [inaudível.. Quando eu quero falar, eu falo, também quando eu tô azeda, não adianta. **Então o GAPA assim, se não fosse o grupo aqui, é minha família, a**

família que eu tenho aqui. Mas também é só isso, eu saio daqui e acabou. Eu saio aquela porta fora e acabou. Eu me sinto sozinha de novo.

Na próxima seção, amplio as discussões acerca desse espaço e das relações que estabeleci no interior daquela heterotopia, além de apontar para as regularidades discursivas que emergiam no grupo de Apoio.

2.3 NÃO SOMOS COBAIAS – AS REGULARIDADES DISCURSIVAS DO GRUPO DE APOIO

Figura 35: Entrada do GAPA Florianópolis



Fonte: Autora (2019)

Nos parágrafos a seguir, retomo as cenas dos meus primeiros encontros com o Grupo de apoio do GAPA na tentativa de, para além de situar o leitor na geografia de que trata esse capítulo, notar a regularidade de alguns enunciados que serão analisados em suas miudezas, a seguir, embora entenda com Foucault (2017c. p) que “[...] uma certa forma de regularidade caracteriza, pois, um conjunto de enunciados, sem que seja necessário – ou possível – estabelecer uma diferença entre o que seria novo e o que não seria”. Os enunciados que emergiram nesses encontros são entendidos aqui no sentido de acontecimento:

[...] que nem a língua nem o sentido podem esgotar inteiramente. Trata-se de um acontecimento estranho, por certo: inicialmente porque está ligado, de um lado, a um gesto de escrita ou à articulação de uma palavra, mas por outro abre para si mesmo uma existência remanescente no campo de uma memória, ou na materialidade dos manuscritos, dos livros e de qualquer forma de registro; em seguida, porque é único como todo o acontecimento, mas está aberto à repetição à transformação, à reativação;

finalmente, **porque está ligado não apenas a situações que o provocam, e a consequência por ele ocasionadas, mas, ao mesmo tempo, e segundo uma modalidade inteiramente diferente, a enunciados que o precedem e o seguem.** (FOUCAULT, 2017c, p. 35)

Desse modo, o que procurava observar nesses encontros era como apareciam determinados enunciados e não outros em seu lugar (FOUCAULT, 2017c) e que formas de subjetivação eles deixavam entrever. Apresento alguns deles na sequência. Antes, contudo, narro minhas primeiras percepções daquele grupo.

Foi em 17 de novembro de 2018 que conheci o grupo, depois de conversar com o presidente da instituição e com a psicóloga que o acompanhava. Antes que a pesquisa iniciasse, os participantes queriam ouvir os motivos que me levavam ao grupo visto que o estudo tinha como foco às mulheres. “Por que você quer vir ao grupo se a pesquisa é com mulheres?”, era a indagação repetida em diversos momentos de nosso primeiro contato. “Eu também quero participar, se colocar uma peruca eu posso?”, questionava-me S.1⁵². Apresentei slides, falei brevemente sobre meus interesses e como as observações e as entrevistas ocorreriam. R. e An. falaram que não queriam mais ser cobaias, que pesquisadores e alunos vinham ao grupo colocavam-lhes aparelhos durante dias e depois não traziam os resultados das pesquisas. Disseram-me que pensariam durante a semana e que responderiam no próximo encontro se eu poderia ou não realizar a pesquisa no GAPA.

De imediato, reconheci que o campo se apresentaria de forma muito mais difícil do que eu esperava e que os termos e os percursos que traçaria a partir dali não dependiam apenas de meu esforço em acessar aqueles sujeitos. Colocava-se o problema da descrição: Se, como afirma Foucault (2013) durante muito tempo a individualidade qualquer permanecera abaixo do limite da descrição e ser olhado, observado, seguido dia a dia por uma escrita ininterrupta era um privilégio, as novas descritibilidades – características das ciências humanas – não seriam mais um processo de heroificação, mas de objetivação e sujeição. A vida cuidadosamente registrada de alguns tipos de sujeito, nessas novas descritibilidades que ele descreve, embora partissem de uma função política da escrita, seriam técnicas de poder totalmente diversas, porquanto o enquadramento disciplinar estrito (FOUCAULT, 2013). De algum modo, ainda, eu estaria corroborando a série de disciplinarização e de esquadramento daquelas mulheres e de seus corpos, numa espécie de panóptico: com a preocupação da observação individualizante, da caracterização e da organização analítica daquelas subjetividades, perpassadas também pela tecnologia confessional.

⁵² Os nomes dos homens que participam do grupo foram substituídos somente pela inicial do primeiro nome e, no caso de nomes repetidos, são marcados por números, conforme a data em que eu os conhecia.

Se a pesquisa por si carregava essa falha, era necessário que se assumissem: (1) as disjunções entre as narrativas e suas leituras; (2) as relações de poder dentro das quais produzem-se as narrativas e as análises propostas nesta tese; (3) a transitividade e as consequentes co-construções daqueles discursos, mediados e (às vezes) incitados pela minha presença; (4) os lapsos e as fissuras que envolvem os relatos da experiência e (5) o potencial coercitivo das narrativas, já que como afirma Butler (2005 *apud* SQUIRE, 2013) uma autonarrativa é uma resposta implícita à questão “o que você fez?” (SQUIRE, 2013).

A ambivalência que perpassa essa investigação, portanto, exigiria que se pensassem em negociações: não era apenas um termo de confidencialidade que elas e eles me exigiam, era a certeza de que a pesquisa iria de alguma forma contribuir positivamente com as suas vidas, certeza essa que eu não podia assegurar. De certa forma, era a passividade que eu esperava encontrar e o que se colocou naquele dezessete de novembro foi a agência de sujeitos que não aceitariam esse tipo de violência já imposta anteriormente por outros pesquisadores, num gesto de resistência não como lugar da *Grande Recusa*:

Mas sim resistências, no plural, que são casos únicos: possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrastadas, violentas, irreconciliáveis, prontas ao compromisso, interessadas ou fadadas ao sacrifício; por definição, não podem existir a não ser no campo estratégico das relações de poder. (FOUCAULT, 2017a, p. 104)

Uma semana depois, recebi a mensagem de M.. O grupo autorizava a minha participação nos encontros. Em 16 de janeiro de 2019, iniciei as observações.

Na sala em que acontecem os encontros, um novo mural com fotos lembrava momentos de descontração. Encontrei fotos de festas e “selfies”, que me avisaram que para além do grupo e das discussões traçadas ali, eram para as redes de afeto que eu também deveria estar atenta. Alguns participantes, como A., chegaram cedo e prepararam o café. Sentei-me em uma das cadeiras do lado esquerdo da sala, que seria depois meu lugar de escolha e aguardei o início das atividades.

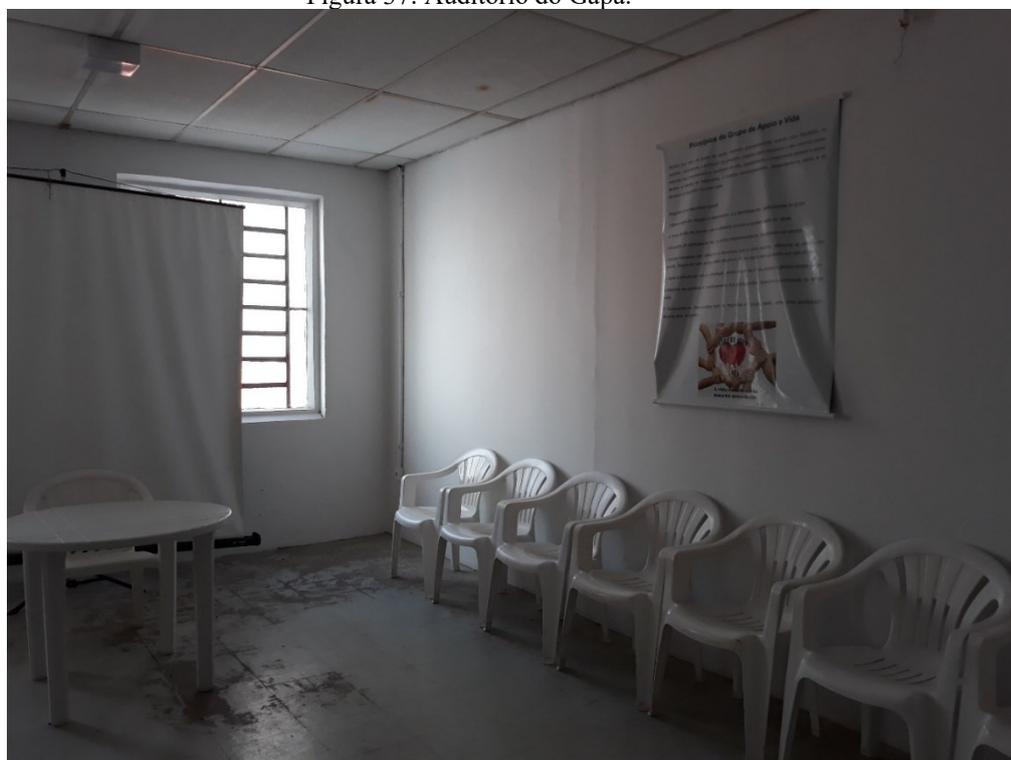
As reuniões do grupo aconteciam em uma espécie de auditório, onde algumas cadeiras brancas e plásticas formavam, então, um semicírculo. Em uma das paredes havia um mural de Romero Britto, assim como em outros ambientes que compõem a estrutura física da instituição. Em contraste com a parede colorida, as demais três paredes da sala conservavam a sobriedade do branco e o chão carregava as marcas de uma pintura malsucedida que incomodava alguns participantes – o tema da renovação e embelezamento da sala foi retomado em vários encontros.

Figura 36: Auditório do Gapa.



Fonte: Autora (2019)

Figura 37: Auditório do Gapa.



Fonte: Autora (2019)

Primeira reunião do grupo. Duas horas e dez minutos. Calor de janeiro. Os participantes se abraçavam e se beijavam, a reunião iniciou com uma discussão de cunho político. O governo Bolsonaro acabara de assumir a presidência do país e alguns participantes mostravam-se preocupados com declarações antigas do presidente acerca das pessoas que vivem com hiv⁵³ e dos tratamentos até então disponibilizados gratuitamente pelo serviço público de saúde do país. Outros estavam contentes com o resultado das eleições e acreditam que o novo presidente poderia ser bom, melhor que os antigos – em uma referência aos anos em que o Partido dos Trabalhadores esteve na presidência. A discussão tomou outros rumos quando falaram da falta de médicos infectologistas: “Quando a data da consulta chega, os exames já perderam a validade” – afirmava A. Falaram dos médicos e centros de saúde preferidos.

É interessante observar as formas de cuidado de si que se estabelecem nesse momento. Antes, resgato a acepção que lhe dá Foucault (2013, p. 58, grifos meus):

[...] o princípio do cuidado de si adquiriu um alcance bem geral: o preceito segundo o qual convém ocupar-se consigo mesmo é, em todo caso, um imperativo que circula entre numerosas doutrinas diferentes, ele também tomou a forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas; ele constituiu, assim, uma **prática social**, dando lugar a **relações interindividuais**, a **trocãs e comunicações** e até mesmo a **instituições**; ele proporcionou, enfim, um certo modo de conhecimento e elaboração de um saber.

Se as práticas do cuidado de si envolvem a elaboração de saberes e formas específicas de entender as relações sociais, falar dos médicos e dos centros de saúde preferidos, embora pareça uma banalidade, adquire outros contornos quando se estabelecem às ligações com as políticas de saúde do município: em Florianópolis, a pessoa vivendo com hiv pode escolher o posto de saúde que quer ser atendida, o que em tese busca respeitar sua privacidade. A partir da experiência do outro com o atendimento médico, os sujeitos que não encontram o que procuram nos postos aos quais estariam vinculados antes do diagnóstico poderiam vincular-se àqueles citados como “melhores” pelos demais participantes do grupo. Se, como afirma a notícia publicada no site da prefeitura da cidade em 30/11/2018, dias após nosso primeiro encontro,

⁵³ Em uma entrevista durante o programa televisivo *Custe o que custar* (CQC), da emissora Bandeirantes, em 2010, Jair Bolsonaro, questionado sobre o uso da camisinha, após declaração do Vaticano - na qual o papa Bento XVI afirmava que o uso do preservativo era moralmente justificável em alguns casos, como a prevenção da aids - Bolsonaro, na época deputado federal, enuncia: “[...] **Usar políticas públicas, dinheiro do povo aqui pra tratar essa gente, depois que contrai a doença nesses atos [...] Tem que atender realmente quem num caso infortúnio contrai uma doença ou está mal de saúde, não pra pessoa que vive tomando pico na veia ou vive na vida mundana. Depois vai querer cobrar do poder público tratamento que é caro nessa área aí**”. Já a cargo da presidência do país, em 05 de fevereiro de 2020, Jair, em conversa com a imprensa, e defendendo a proposta de Damares Alves, ministra da mulher, família e direitos humanos, sobre a abstinência sexual declarou “uma pessoa com hiv, além do problema sério para ela, é uma despesa para todos aqui no brasil”. A declaração do presidente teve repercussão nacional e várias entidades e pessoas que vivem com hiv criticaram suas falas.

quando do lançamento das ações da campanha *Dezembro Vermelho*, estar vinculado ao sistema de saúde ampliaria as possibilidades de cuidado biomédico daqueles sujeitos, é da ordem da subversão que os participantes do Gapa se utilizam do preceito.

A campanha daquele ano tinha como slogan *Eu me amo, eu me testo* e a injunção aos cuidados médicos e a adesão a TARV ficava ainda explícita a partir do **Projeto vinculadores**: há alguns meses funcionava um serviço no qual enfermeiros entravam em contato com pessoas vivendo com hiv que abandonaram o tratamento para ofertar uma consulta e vinculação com um médico de família e um enfermeiro num centro de saúde de sua escolha. Eram outros vínculos que possibilitavam a criação de formas de cuidado diferentes; tratarei deles adiante, na seção 2.3.3.

A reunião estava prestes a encerrar. Apresentei os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos, e fiz a leitura em voz alta com todos os participantes, que iniciaram seu preenchimento. Mara se recusou a assinar.

Naquele dia, novamente sentia que a recusa em se deixar acessar faria parte desse texto, no entanto, ainda não compreendia – ou não queria compreender – os motivos daquelas posições. Conversamos novamente, e nesse momento outros participantes e a psicóloga, me ajudaram na tarefa. Eles explicaram que já havíamos conversado, repetiram alguns dos objetivos da pesquisa e que ela era confidencial. Mara acabou assinando o termo enquanto eu recolhia os demais documentos preenchidos e agradecia a participação de todos. Quando me entregou seu documento, ela enfatizou que eu poderia observar as reuniões, mas ela não participaria das entrevistas. Apenas depois percebi que, para Mara, o hiv ainda não fazia parte do processo de naturalização de que tratam as teorias exploradas nessa tese: “muitas vezes a vontade de fazer audível a voz do outro pode esbarrar no desejo de não dizer. No campo da dor e do sofrimento excessivo, a tentativa de fazer ouvir a voz do outro se debate com a vontade de calar-se e também com a impossibilidade de dizer” (PEREIRA, 2004, p. 33)

A reunião se encerrou e fui convidada por M., psicóloga do grupo, a fazer os testes rápidos de hiv, sífilis e hepatites B e C. Embora não tenha sentido aquela atitude como coercitiva, mas mais pedagógica, no sentido de me mostrar como o Gapa funcionava, respondi a ficha de anamnese com medo, pensando que não deveria ter aceito fazer os testes naquele ambiente, uma vez que os resultados poderiam influenciar a pesquisa. Fui levada a uma sala e começamos a testagem com algumas gotas de sangue. Era a segunda vez que realizava testes para doenças sexualmente transmissíveis. A primeira havia sido somente há dois anos. Nunca mais havia repetido os testes. Nesse período, embora fizesse anualmente os exames de detecção de câncer de colo do útero, nenhum ginecologista havia solicitado exames para doenças

sexualmente transmissíveis, embora eu fosse sexualmente ativa. Eu tinha 31 anos, havia realizado 9 exames de rastreamento de câncer e um exame de hiv.

Os resultados saíam em vinte minutos e, durante esse tempo, falamos sobre a pesquisa, sobre a minha vida, sobre a vida dela. Os meus resultados estavam prontos. Minha primeira testagem rápida. A pesquisa começara depois de dois anos e antes de me ocupar dela, julgo necessário apontar que a aids e o hiv, embora tema da pesquisa, pareciam distantes de mim, por minha própria produção subjetiva e, em decorrência das categorias que marcam minha existência e me constituem: mulher, branca, heterossexual – e supostamente “não-infectável”. A história que eu conhecia da aids antes de realizar o meu primeiro ELISA (ensaio imunoabsorvente ligado a enzimas) e antes dessa pesquisa era outra e eu não fazia parte dela. Em nenhum momento antes do meu primeiro “elisa” eu havia pensado em aids, em hiv, na vulnerabilidade do meu corpo – precário como todos os outros. Havia algo que supostamente me tornava imune e não era uma condição orgânica especial, mas aquele complexo dispositivo da memória (PECHEUX, 1999) que me afastava das representações da doença.

Lembro do meu primeiro teste, o resultado foi impresso na minha frente e pela primeira vez eu pensei no hiv como uma possibilidade efetiva. Depois de quatro anos trabalhando nesse texto, consigo reconhecer a resistência de Mara e de tantas outras que não quiseram participar dessa construção. Acessar alguns lugares subjetivos continua sendo uma violência.

Em outras vinte e três quartas-feiras, minhas tardes seriam ocupadas pelas reuniões.

No segundo encontro, outro dispositivo de cisão entre mim e eles foi introduzido ao convívio: o teste de fluído oral. Naquele dia, o grupo passaria por uma espécie de treinamento para o uso do teste rápido de detecção do vírus. Antes de descrever esse caráter formador e pedagógico de algumas reuniões, relembro a cena, uma das mais importantes da relação que estabeleceríamos a partir dali, em mais um processo de negociação da minha presença naquele espaço.

Foi S.1, que solicitou meu gesto de reciprocidade logo no início da reunião: eu fazia a pesquisa e era necessário participar dos testes e compartilhar a minha vida e os meus resultados com o grupo⁵⁴, em uma espécie de direito adquirido quando da assinatura dos termos. Dessa vez, embora ele falasse gentilmente, me senti mais coagida a realizar o procedimento, mas

⁵⁴ Mais um indício de que o GAPA funcionava como uma heterotopia do desvio. Ao descrever as heterotopias, Foucault (2009, p.420, grifos meus) aponta alguns dos seus princípios. Tomo aqui o quinto deles: “As heterotopias supõem sempre um sistema de abertura e fechamento que, simultaneamente, as isola e as torna penetráveis. Em geral, não se chega a um posicionamento heterotópico como a um moinho. Ou se é obrigado, como é o caso da caserna, o caso da prisão, **ou é preciso se submeter a ritos e purificações. Só se pode entrar com uma certa permissão e depois que se cumpriu um certo número de gestos.**”

acreditei que talvez a estratégia de me mostrar mais participativa diminuísse as resistências do grupo. Se a testagem fazia parte das práticas de autocuidado daqueles sujeitos, interpreto a injunção a minha testagem para pertencer ao grupo como um movimento de revolta, nos termos foucaultianos, que não consiste tanto em destruir os elementos de poder quanto em apoderar-se deles e colocá-los em funcionamento (FOUCAULT, 2015, p. 29). Neste caso, era o funcionamento de nossa relação que estava em jogo.

Foram a plataforma, os coletores de amostras de fluido oral, os frascos para diluição das amostras, com dosador e tampa, um frasco com solução-tampão de corrida, os suportes de testes hiv, o manual de instrução do teste, a ficha de anamnese preenchida novamente momentos antes que marcam o meu lugar, mas além dos dispositivos materiais, foram as linhas do resultado que me distanciariam da experiência de Aparecida, que me considerou “uma sortuda” e repetia que tinha inveja do meu resultado. Mais do que meu rosto, meu corpo e minha presença, foram as linhas que apareceram na plataforma, no dia 23 de janeiro de 2019, que determinaram boa parte do percurso da pesquisa - até o enunciado proferido por A. em nosso último encontro: nem parecia mais que eu não fazia parte do grupo, porque eu já fazia parte *mesmo* não vivendo com hiv, “o que era muito bom”. De alguma maneira, em uma espécie de reconhecimento da precaridade (e aqui, penso em Butler (2015)), ele não desejava que eu vivesse com hiv.

Nas seções a seguir, debruço-me sobre aquilo que enunciei no início desse capítulo, as regularidades estratégicas na rede de enunciados e práticas do Grupo de Apoio, quais sejam: i) o funcionamento do silêncio acerca das práticas afetivas e sexuais; ii) a assunção de uma nova forma de subjetivação – os indetectáveis; e iii) a prática pedagógica que se estabelecia naquele espaço. Antes, é mister destacar que as narrativas recuperadas nessas páginas e suas interpretações partem daquilo que diz Fassin (2007, p. 175, tradução minha, grifos meus) sobre os sujeitos e os corpos, que não são apenas a presença física imediata de um indivíduo no mundo, mas os lugares onde o passado deixou sua marca “Ou melhor, o corpo é uma presença para si e para o mundo, inserida numa história ao mesmo tempo individual e coletiva: **a trajetória de uma vida e a experiência de um grupo.**”

2.3.1 Um sexo relutante

Ainda naquele 23 de janeiro, enquanto aguardávamos os resultados dos testes rápidos, a ficha de anamnese era discutida. A questão do sexo oral⁵⁵ foi motivo de discussão e risos: seria necessário adotar o preservativo na prática, já que essa medida era sinônimo de “*chupar bala com papel*”? Aparecida sugeriu o uso de um “chocolate que derretia em contato com a boca para não sentir o gosto do preservativo” e sua fala foi complementada pela psicóloga que acompanhava o grupo: *o preservativo era fundamental, já que além do hiv, prevenia outras ISTs.*

A cena enunciativa a que recorro nesta seção funciona menos como uma descrição do que se pretende realista e mais como uma *evocação sintomática* (PEREIRA, 2004) da primeira regularidade discursiva que observava naqueles encontros: a raridade enunciativa das discussões ligadas à sexualidade daqueles sujeitos adultos – e seus efeitos. Esse efeito de raridade poderia ser índice daquilo que Dean (2015, p. 235) já discutia acerca dos sujeitos que vivem com hiv:

A relutância em discutir a sexualidade como algo diferente do comportamento essencialmente racional é surpreendente. Essa relutância perpetua um clima no qual as atividades sexuais que não aparecem como expressões de interesse próprio individual tendem a ser patologizadas (DEAN, 2015, p. 235)

Entretanto, para analisar os efeitos desse funcionamento que se organiza a partir do silêncio, é necessário dar um passo atrás antes de entender-uma parcela de suas complexidades, reservando-me a impossibilidade de exaurir essa problemática nas linhas que seguem. O que se busca é, antes, entender os processos de constituição do eu sob a égide do controle e da regulação daqueles corpos, dos quais se exigia um constante cuidado – via medicalização, principalmente –, mas que relegava à ordem do privado parte substancial daquelas vidas. A ênfase nesse aspecto é necessária nessa investigação porque a questão do erotismo e das práticas sexuais parecia se tornar imprópria num grupo de sujeitos com hiv e aids e, por isso, é necessário pensar nessas práticas em que o silêncio se constrói e as falas são impossibilitadas ou interrompidas (PEREIRA, 2004).

Ou, melhor, pensar nas práticas discursivas que não se efetivam a menos que os discursos sobre o sexo e a sexualidade fossem produzidos em tom confessional ou perpassados pelas pedagogias do corpo. Pensarei nessas duas dinâmicas de produção discursiva como

⁵⁵ Parker (1991, p.194) explica que na cultura sexual brasileira, “[...] as possibilidades eróticas da língua e da boca estão intimamente ligadas à noção de sacanagem: à ideia de práticas sexuais que fogem às regras da vida convencional e que são excitantes na proporção em que são inscritas pelas proibições”

modalidades do poder pastoral, que como ensina Foucault (2008) concretiza-se pela renúncia da vontade e pela obediência integral e, do qual, “[...] *ainda não nos libertamos*⁵⁶” (FOUCAULT, 2008, p. 197). Esse movimento parte da assunção de que os sujeitos são permeados por governamentalidades externas (FOUCAULT, 2016) na constituição de si. Essa modalidade, logicamente, não esgota o processo de subjetivação, mas, no caso da pesquisa em tela, precisa ser levada em conta.

Começamos resgatando a análise do poder pastoral de que trata o filósofo francês. É no curso de 1977-1978, *Segurança, território e população*, que a problematização da governamentalidade emerge a partir de uma nova ênfase: a análise genealógica, que tratará de pensar nas tecnologias de poder que se estabelecem não pelo ponto de vista das funções institucionais, mas nas estratégias e táticas movediças que se mobilizam na constituição dos sujeitos e na produção de verdades (CANDIOTTO, 2008). Ele então pergunta-se: [...] essas tecnologias gerais de poder que procuramos reconstituir passando fora da instituição, será que afinal elas não estão na dependência de uma instituição global, de uma instituição totalizante, que é precisamente o Estado? (FOUCAULT, 2008, p. 159) e continua

[...] será que é possível repor o Estado moderno numa tecnologia de poder que teria possibilitado suas mutações, seu desenvolvimento, seu funcionamento? Será que se pode falar de algo como uma “governamentalidade” que seria para o Estado o que as técnicas de segregação eram para a psiquiatria [...] o que a biopolítica era para as instituições médicas?” (FOUCAULT, 2008, p. 162)

A partir dessas indagações, Michel Foucault tratará de pensar *governo* sob a forma da ideia e organização de um poder do tipo pastoral, primeiro, e, depois, sob a forma da direção da consciência e das almas. O poder pastoral, não seria um poder que se exerceria sobre um território, mas sobre uma multiplicidade em movimento, fundamentalmente benfazejo, se manifestaria no zelo, na dedicação e na aplicação infinita e, por fim, seria um poder do tipo individualizante: “É um poder que guia para um objetivo e serve de intermediário rumo a esse objetivo. É, portanto, um poder finalizado sobre aqueles mesmos sobre os quais se exerce” (FOUCAULT, 2008, p. 173).

⁵⁶ Um adendo curioso: em uma das reuniões do grupo, recebi da psicóloga que os acompanhava alguns materiais que ela havia ganhado em um evento relacionado ao hiv. Um dos livros intitulava-se *Tratamento como prevenção: contribuições da Pastoral da Aids*. Em um dos textos escritos por Dom Eugênio Rixen, bispo católico, intitulado *A pastoral como caminho de santidade*, encontramos esse excerto em a referência é a encíclica do Papa Francisco *Gaudete et Exsultante*: “Ainda na parte introdutória do documento, o Papa lembra o pensamento de Edith Stein: “Na noite mais escura, surgem os **maiores profetas** e os **santos**” (n.8). Pareceu-me importante retomar essa passagem, pois temos, entre nós, várias pessoas que vivem com o vírus da Aids. Muitas pessoas passaram, por noites escuras. **Ao passar pela ‘noite’ se tornaram grandes profetas** da Pastoral da Aids, que não falam em teoria, **mas da própria vida e da própria existência**” e continua ao se referir à culpa pela infecção “Temos aqui vários exemplos de pessoas que reencontram uma nova maneira de viver depois que descobriram a infecção e que hoje são engajados e comprometidos com a pastoral” (BERNARDI; BERNARDI, 2019, grifos meus).

Ao analisar as características da governamentalização na pastoral cristã, Candiotta (2008, p. 96) destaca que “[...] o governo pastoral cristão é uma estratégia de poder singular, porque desloca temas comuns da magistratura grega e da condução judaica, tais como a salvação, a lei e a verdade”. Interessa-me aqui os temas da lei e da verdade. Quanto ao primeiro, a pastoral cristã prescindiria “[...] do modelo grego do respeito às normas em virtude da convicção racional ou do padrão judaico da correta observância dos mandamentos, deslocando-se para a rede de *obediência integral*, cujo efeito é a “*sujeição da individualidade*” (CANDIOTTO, 2008, p. 96, grifos meus); no segundo, o poder pastoral privilegiaria “[...] a idéia [sic] de que o ensinamento precisa estar acompanhado da direção de consciência e da conseqüente [sic] “produção de uma verdade interior” (CANDIOTTO, 2008, p. 96).

A respeito dessa obediência integral, naquilo que tange às práticas sexuais dos participantes do GAPA, é mister destacar novamente a fala de Aparecida: ela era uma das mulheres que dizia seguir à risca todos os protocolos preconizados tanto pela medicina - naquilo que se refere aos regimes farmacológicos e à busca incessante pela indetectabilidade – quanto pelos discursos institucionais da adesão às práticas sexuais seguras e a adoção do preservativo até mesmo no sexo oral. Vale ressaltar que em nenhum dos encontros de que participei problematizou-se a dificuldade de adesão às práticas preventivas relacionadas às outras ISTs a que aqueles sujeitos poderiam estar vulneráveis, muito menos as complexas dinâmicas que envolviam os fatores sociais, econômicos e de gênero que poderiam implicar em práticas “não seguras”, de acordo com os parâmetros institucionais e as normas do dispositivo crônico da aids. Ao contrário, apenas enfatizava-se a necessidade do uso do preservativo a partir de frases injuntivas. Tecnologia de poder, portanto, que parece articular obediência, responsabilidade, renúncia e abstinência como elementos para a salvação neste mundo.

O exercício dessas práticas perpassava as falas da maioria dos participantes e dos responsáveis pelo gerenciamento daqueles corpos. Retomo Candiotta (2008, p. 100), que explica essa relação:

A obediência é também integral porque quem exerce o ofício de pastor não se limita a conduzir o rebanho; ele precisa ser obediente para exercer tal função, razão pela qual deve aceitar o cargo para o qual foi ordenado. Alguém só pode ser qualificado para ser pastor se não recusar as funções que lhe são designadas, uma vez que a recusa representaria a prioridade da vontade própria. É necessário renunciar à recusa. Segue-se a constituição de uma rede de obediência pela reciprocidade servidão-serviço, da qual decorre a individualização. Esta, por sua vez, deixa de ser pensada como afirmação do eu, sendo antes caracterizada pela sujeição incessante da vontade própria.

Vê-se, portanto, que essas tecnologias instauram regimes de obediência contínuos, exaustivos e permanentes. Se nas linhas acima falei da relação do pastorado com a lei, recupero

agora sua relação com a verdade, a qual, de acordo com Foucault (2008, p. 238) pode se inscrever em uma tarefa de ensino integral. Em um primeiro lugar, essa incumbência será tomada pela modulação cotidiana dos comportamentos, “[...] por uma observação, uma vigilância, uma direção exercida a cada instante e da maneira menos descontínua possível, sobre a conduta integral [...]. A vida cotidiana deve ser efetivamente assumida e observada.” Depois, o segundo aspecto que particulariza o pastorado na questão da verdade é a direção da consciência (FOUCAULT, 2008, p. 239).

Nesse regime, consoante Candiotto (2008, p.102), a individualização ocorre “[...] pela obrigação do indivíduo de aceitar certo número de deveres, de consentir com decisões autoritárias em matéria de verdade, de crer em certas coisas - e não apenas crer nelas, mas ainda mostrar que ele crê nelas”. Entretanto, a peculiaridade da genealogia foucaultiana consistiria na identificação de um segundo regime de verdade: “[...] naquelas práticas que versam sobre a exploração dos segredos individuais, cujo objetivo é a extração de verdades interiores e escondidas na alma”, ou seja, a prática confessional que articularia os temas da lei e da verdade.

Enquanto prática de governo, a confissão não será mais percebida por Foucault como prática de objetivação – tal como fez em *História da Loucura*; ao contrário, será tomada enquanto prática de subjetivação “[...] por meio da qual o sujeito autentica em si mesmo, e por si mesmo, as verdades de seu próprio discurso” (AVELINO, 2017). Sustenta, dessa forma que, no Ocidente, a confissão é

[...] uma das técnicas mais altamente valorizadas para produzir a verdade. [...] A confissão difundiu amplamente seus efeitos: na justiça, na medicina, na pedagogia, nas relações familiares, nas relações amorosas, na esfera mais cotidiana e nos ritos mais solenes; confessam-se os crimes, os pecados, os pensamentos e os desejos, confessam-se passado e sonhos, confessa-se a infância; confessam-se as próprias doenças e misérias; emprega-se a maior exatidão para dizer o mais difícil de ser dito; confessa-se em público, em particular, aos pais, aos educadores, ao médico, àqueles a quem se ama; fazem-se a si próprios, no prazer e na dor, confissões impossíveis de confiar a outrem, com o que se produzem livros. Confessa-se – ou se é forçado a confessar. (FOUCAULT, 2017a, p. 66)

Às transformações e disseminações dos procedimentos da confissão, Foucault (2017a) incluirá as formas que ela toma - interrogatórios, consultas, narrativas autobiográficas – e as novas maneiras que essa forma discursiva incide sobre os domínios da vida cotidiana. Incluo aqui, a participação dos sujeitos em grupos de apoio como o grupo de apoio do GAPA, em que a confissão é necessária para adentrar ao espaço e participar das reuniões: é preciso que se confesse hiv+ ou que, ao menos, se fale da soropositividade de alguém próximo. Além disso, a cada novo ingresso no grupo, a pessoa é interpelada a falar de si de um modo que beira o

completo apagamento de qualquer informação que possa ser acionada em uma tentativa de reconhecimento.

No longo excerto abaixo, faço um parêntese para destacar a última reunião do grupo, um dos momentos em que a irupção discursiva ganhava tons confessionais com a chegada de dois novos participantes. Embora não diretamente ligada às questões que venho debatendo nessa seção, entendo ser esse um espaço propício para sua apresentação:

31/07/2019. 23ª observação: A reunião iniciou às 14 horas com a apresentação de dois novos integrantes: um homem e uma mulher. A mulher falou que se mudou recentemente para Florianópolis e procurou o grupo porque tem se sentido muito mal em virtude de ter que sair do emprego como [referência ao emprego] em uma cidade do sul do país, onde trabalhou por 28 anos, em razão do preconceito – ela havia contado que vivia com hiv. O homem estava acompanhado de sua irmã, uma enfermeira, que lhe indicou o grupo. **Ele estava muito assustado.** Os integrantes mais antigos deram boas-vindas aos dois e falaram que eles não precisam se preocupar e que *se fizessem o tratamento direito* não morreriam de aids. Se. lembrou o momento de seu diagnóstico e de como demorou a fazer o tratamento, pois segundo ele, utilizava muitas drogas. R. falou dos efeitos colaterais dos medicamentos, das alucinações que teve nos primeiros quinze dias de uso e de como quase morreu pois descobriu quando já estava com aids, com a imunidade, medida pelo CD4 em 01. O integrante novo pediu explicações sobre o CD4 e o CD8. Os demais explicaram. A. também lembrou o momento de seu diagnóstico, de ser chamado a outra sala, onde estava uma psicóloga que lhe deu o resultado, há dezessete anos. **Ele contou que lembrava dos quadros de anjo na sala e como pensou que morreria.** R. falou novamente e disse que chegou a pesar 40 kg. A mulher nova no grupo falou que desconfiou dos resultados e que nunca imaginou que teria hiv. [...] A conversa voltou-se para a elaboração de um folder informativo sobre hiv e aids e a cada termo, os participantes explicavam os termos que faziam referência ao homem recém-chegado ao grupo (CD4, CD8, indetectável, sorodiferente). Eles também falaram sobre o sigilo médico.

Embora permeado por narrativas autobiográficas, como se percebe, mesmo a incorporação de outros sujeitos naquele grupo parece se dar pela perspectiva da obediência e da responsabilidade pregada pelos “mais antigos”: era preciso aderir ao tratamento de forma eficaz, embora surgissem efeitos colaterais, abdicar do uso de drogas recreativas, manter-se em contato com outros sujeitos em condições semelhantes para se informar e, principalmente, manter o sigilo. Nem mesmo a presença espectral da morte, materializada nos anjos do quadro em que A. se deteve no momento do diagnóstico, parecem trazer à discussão questões ligadas à vida íntima de cada um deles. O grupo não faz perguntas ligadas à vida pessoal e familiar daqueles sujeitos, às preferências sexuais, ao trabalho, ao lazer.

Parecia-me que parte importante daquelas vidas, que chegavam ali em um momento de extrema vulnerabilidade, era suplantada pela racionalidade da administração dos medicamentos, pelas informações científicas que precisavam ser repassadas, pela marcação – ainda - da presença da mortalidade, mesmo em uma configuração em que a doença, como afirma Dean (2011, p. 75, tradução minha) agora é uma sentença cujo fim permanece desconhecido e

cujo significado, portanto, permanece radicalmente ambíguo. Se estabelecia, desse modo, uma espécie de atrofia do processo narrativo (PEREIRA, 2004) e uma gestão solitária (POLLAK, 1990) daquelas subjetividades em termos de afeto. Talvez as experiências do medo, do sofrimento e da dor ainda insurgiam em um campo que aniquilava a linguagem e as possibilidades de constituir vínculos.

Encerro esse parêntese.

No intento de resgatar as *práticas do silêncio*, volto a Foucault que incorpora outra modalidade de produção da verdade aos seus estudos: a discursividade científica. “Mudança dos sujeitos e das estratégias de vigilância e controle, que passam de uma pastoral e confissão cristãs para uma moralização da subjetividade enredada dos discursos dos médicos, psicólogos e reformadores da alma via corpo”, como afirma Butturi Junior (2012, p. 141).

É preciso, nesse ponto, retomar a tese de Weeks (1993) acerca da *complexidade dos regimes de regulação sexual* na compreensão da aids. Se assumirmos com ele que a aids instaura dois elementos chaves que dizem respeito a essa regulação, a *regulamentação formal* do comportamento sexual por meio da igreja e do Estado e as *formas menos formais* de regulação por meio dos discursos da medicina, sexologia, saúde pública e higiene social, as dinâmicas que se estabeleciam no grupo de apoio parecem mais pautadas nessas formas menos formais, mas não menos insidiosas sob aquelas vidas, cujo resgate parece reativar memórias daqueles que, por serem contagiosos, estariam fadados a serem pacientes ideais, adeptos apenas e exclusivamente do “sexo seguro”, em uma espécie de imposição da hiper-responsabilidade não apenas sobre seus corpos, mas pelos corpos de suas parcerias.

Retomo a cena que abre essa seção para observar que embora a maioria dos participantes daquela tarde parecesse concordar com o desconforto causado pelo preservativo na prática sexual oral, além de Aparecida, nenhum outro participante manifestou-se e a discussão que parecia estar se estabelecendo, foi suplantada pela continuação da leitura dos itens da ficha de anamnese para a testagem rápida. A primeira pergunta se insinua: por que a discussão da ficha era mais importante que o estabelecimento de um diálogo sobre as práticas sexuais daqueles sujeitos? Talvez, Foucault (2010, p. 180) nos ajude quando afirma que “Existe uma política sistemática e obrigatória de screening, de rastreamento de doenças na população, que não responde a qualquer demanda do doente”. Dada a incidência com que o GAPA realizava testagem nas ruas de Florianópolis, a ideia do treinamento e da capacitação para esse trabalho, poderia parecer mesmo mais propícia.

Uma semana após a irrupção breve daquelas vozes titubeantes sobre práticas sexuais, uma nova figura adentrava aquele espaço: o infectologista. Recuperarei adiante os fragmentos

desse encontro; nesse ponto do texto faço menção ao episódio apenas para dar a ver a ambivalência com que se constroem aqueles encontros: ao mesmo tempo em que se busca capacitar aos sujeitos para que possam cuidar de si, criar outras redes de apoio e discutir sua própria condição à luz dos direitos, as práticas que se estabelecem ali – pedagógicas, na maioria das vezes – tratam de uma história de silenciamentos.

Se a *Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids* em dois de seus itens assegura que “I - Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, sobre a aids.” e “XI- Toda pessoa com hiv/aids tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania.”, outra questão se colocava: porque o infectologista, na qualidade de autoridade, em nenhum momento interpelou Mara na resposta que ela dava à pergunta – capciosa naquele grupo – sobre quais os métodos mais eficazes no combate às ISTs? A objetivação do paciente de que trata a prática médica parece passar pelos processos de assexualização daqueles sujeitos. Para não obliterar aquelas narrativas, retomo algumas notas de campo:

R. (o médico infectologista) disse que responderia, mas que antes gostaria de falar da PREP (profilaxia pré-exposição) e da PEP (profilaxia pós-exposição) e explicar cada uma delas. Ao iniciar sua explicação, perguntou aos participantes quais eram os métodos mais eficazes no combate das ISTs. Um participante respondeu que era a camisinha, **Mara falou que era ficar abstinência e fez uma declaração: desde que soube que vivia com hiv – há mais ou menos dois anos – não havia mais tido relações sexuais.** Outro participante disse que a mídia tinha papel fundamental na prevenção. O médico então esclareceu a diferença entre as duas [a PREP e a PEP] alternativas disponíveis na prevenção do hiv.

Ao mesmo tempo em que os discursos sobre essas práticas eram suplantados pelos discursos da culpa e da irresponsabilidade no período que compreende o início e o término das sessões, numa espécie de coerção sutil e ininterrupta (FOUCAULT, 2017a) dos próprios pares, observei em uma ocasião que os participantes conversavam – entre si e paralelamente à reunião – sobre os aplicativos de relacionamento para PVHIV. Em 22 de maio daquele ano, antes da reunião do grupo iniciar, R. e S. discutiam sobre o aplicativo *Radar*. O participante H. pediu ajuda para fazer o download em seu celular, assim poderia conversar com mulheres que viviam com hiv e que “seriam do mesmo time”. Mara, adentrou na discussão e pediu para anotar o nome do aplicativo, assim ela poderia “se divertir um pouco”. Alguns meses depois, o assunto voltaria a ser tema das discussões e S. diria sobre esses aplicativos: “são bons, porque assim as pessoas já sabem com quem se relacionam e não precisam guardar segredos” (NOTAS DE CAMPO, 18ª OBSERVAÇÃO).

Se no espaço temporal que compreendia os encontros do grupo, era necessário manter o sigilo sobre as relações afetivas que aqueles sujeitos estabeleciam para manter-se afastados

dos discursos moralizantes de seus pares, como aqueles proferidos por S2 em 06 de fevereiro de 2019, “se não se cuidou por que tem medo de morrer agora?”, o espaço de tempo anterior ao início da sessão oferecia a possibilidade de compartilhar outras redes de acolhimento mas que também levassem em conta aquelas condições biomédicas a que estavam submetidos, como se essa fosse a verdade que precisava ser sublinhada em cada e qualquer troca, obliterando outras possibilidades de constituições subjetivas.

Entendo ser necessário ainda apontar a emergência daquilo que chamarei de *discursos ilícitos* ou de *discursos transgressivos* no interior daquele grupo, aqueles que diziam sobre a recusa da adoção de práticas sexuais “mais seguras”. São apenas duas aparições, proferidas por um homem, em um único encontro, cujo resgate se dá a seguir. A citação extensa se justifica para que se entenda como os discursos moralizantes do grupo se estabeleciam:

22/05/2019 – 14ª observação – A psicóloga chegou e iniciou sua fala contando sobre o congresso de aids em que esteve presente e comentou sobre uma mulher, casada há sete anos e que ainda não contou para o esposo que é soropositiva [...]. A psicóloga pediu o que o grupo pensava sobre o assunto e os participantes deram suas opiniões: A. disse que nunca iria admitir conviver com alguém que não lhe contasse e que provavelmente iria “sair batendo”, já que ele acredita que **mesmo estando indetectável, ainda assim pode oferecer risco para a outra pessoa**. Ele contou sobre um relacionamento que teve e quando foi transar com a parceira contou ser soropositivo e ela lhe respondeu que **“gostava do perigo** e que a relação sexual seria melhor ainda”. H. contou que recentemente sua ex-parceira havia descoberto que ele vivia com hiv em uma viagem que os dois faziam, quando um de seus amigos “deixou escapar” que ele era soropositivo. H. contou que no início do relacionamento sua ex-parceira havia lhe perguntado e ele negou. Ela chegou a buscar informações e participou de alguns encontros do grupo, mas, de acordo com ele, “seu psicológico não aguentou” e ela terminou o relacionamento. H. disse que não julgava porque não sabe se não faria a mesma coisa. [...] H. **disse que não usava camisinha em nenhuma relação, porque não havia se acostumado**. [...] o grupo falou também das pessoas que sabem o diagnóstico, **não fazem tratamento e transmitem o vírus de propósito**. [...] Aparecida e Mara falaram que essas pessoas não se importam, “já que contraíram, querem passar para os outros”

Como se nota, alguns sujeitos do grupo ainda não tratam os riscos de transmissão sexual como insignificantes, mesmo com a carga viral suprimida pelo uso da TARV, apesar de seu conhecimento sobre os discursos científicos acerca da indetectabilidade e de almejam esse “status biológico”. Parece-me que essa operação discursiva funciona como tática de responsabilização dos corpos (ainda) perversos – da ordem do discurso do pânico moral que a maioria daqueles sujeitos vivenciou nos primeiros anos do diagnóstico, em que qualquer relação sexual implicaria o perigo, como lembra A, e a violência, caso o “segredo” fosse revelado, violência que parece ainda operar, se não fisicamente, na solidão a que são constante impedidos, como lembra H. Tem-se, portanto, uma pista para que os discursos sobre as práticas sexuais não emergissem no grupo: eles ainda eram – mesmo na possibilidade da indetectabilidade – sujeitos abjetos e contaminantes.

Por fim, é pertinente destacar que o discurso da culpabilização, que vem seguido da fala de H., é manifestado por duas mulheres, que resgatam a memória dos “contaminadores”. Em nenhum momento, H. falou sobre indetectabilidade ou não, mas, mesmo assim, Aparecida e Mara numa espécie de sentença, proferem “*essas pessoas não se importam!*”. H. poderia ser a conformação da posição subjetiva daquelas mulheres, vítimas de outros sujeitos masculinos, que assim como H. não se importaram.

2.3.2 A assunção de uma nova forma de subjetivação – indetectáveis?

Herbet Daniel narrava, na década de 1990, a ingestão do primeiro AZT: “Diante da primeira pílula oblonga, vestida com sua faixa azul escuro; ergui um brinde. Sozinho na cozinha, disse-me: eis aqui o princípio do fim. E pensei, na minha arena, gladiador fatalista: *morituri salutant...*” (DANIEL, 1990, p. 30). A narrativa segue e Daniel chama atenção para o caráter inaugural daquela pílula, uma “droga terminal”, a qual, “[...] sob o discurso extremamente piedoso do “mal menor” ou “necessário””, teria como “[...] objetivo central **captar o doente dentro de uma rede de poderes** que instituiu uma verdadeira ditadura da terapêutica”. (DANIEL, 1990, p. 31, grifos meus).

Quase três décadas depois da narrativa de Daniel, outra narrativa ligada a essa mesma captura emerge no grupo de apoio: no dia 06 de fevereiro de 2019, no início da reunião do grupo, Aparecida chegou à sala visivelmente aflita. Chorava muito e logo revelou o motivo: o *doluteglavir* havia acabado e ela recorreu ao GAPA, à procura de algum participante do grupo que ingerisse a mesma droga e pudesse lhe repassar a medicação para aquele dia. Nenhum deles possuía a pílula redonda e amarela naquele espaço e ela verbalizou seu medo de falhar a medicação em um único dia. Iria até a UPA, que ficava ao lado da instituição, para tentar conseguir o medicamento e disse que, no estado de angústia em que estava, não conseguiria ficar para aquele encontro.

Nos relatos que trago e nos elos que eles parecem carregar naquilo que diz respeito a um regime farmacobiopolítico – mesmo que suas enunciações tenham se dado a certa distância cronológica - tanto o AZT como o Doluteglavir funcionam como táticas de captura da vida soropositiva, entretanto, o AZT, enquanto droga terminal, dirá respeito a finitude da vida de Daniel; o Doluteglavir à possibilidade de vida de Aparecida.

Como temos argumentado, essas táticas de captura produziriam uma bioascese hermenêutica de si (BUTTURI JUNIOR; LARA, 2021), de forma similar ao que apontava Preciado (2008) sobre a pílula anticoncepcional. Na forma de um *panopticon* ingerível, exige-

se novas estratégias de governo fármaco-médico da vida soropositiva e solicita-se novas formas de subjetividade, segundo a ordem da indetectabilidade, das quais Butturi Junior (2019, p. 175, grifos meus) dirá que “[...] sugerem um corpo e uma subjetividade híbridos, **intoxicados como condição da própria manutenção da vida**”.

São essas novas formas de subjetividade que me interessam nessa seção. Pensarei, portanto, na tendência recorrente dos sujeitos do grupo em verbalizar que eram indetectáveis - essas *verdades biotecnológicas* sobre si -, a partir de duas leituras que se completam: a primeira, enquanto “[...] uma tecnologia de subjetivação reivindicada e reclamada” (CAPONI, 2019, p. 176); a segunda, por meio de uma leitura biopolítica e suas intervenções tecnológicas.

Tal como propõem Caponi (2019) e Butturi Junior (2019), cabe a essa seção perguntar (1) pelos modos como esses regime de verdades operam, “[...] já não como eixo articulador do governo dos outros” (CAPONI, 2019, p. 183), mas sim como forma de estabelecer o governo sobre si mesmo, fixando identidades nas quais se é reconhecido e, (2) “[...] como num regime técnico-biopolítico de cisão entre modalidades de vida [...] e segundo uma manutenção da vida e um tensionamento em relação aos dispositivos de biomédicos, generificantes e racializados [...]” (BUTTURI JUNIOR, 2019, p. 279).

Para tanto, recorro inicialmente a alguns dos cursos de Foucault – notadamente aqueles da década de 1980 – nos quais ele procurava compreender os vértices entre as tecnologias de governo, os processos de veridicção e as tecnologias de subjetivação e indagava como se formavam tipos de práticas que implicariam a existência e o desenvolvimento de discursos verdadeiros e [...] como a relação com nós mesmos [...] se vê afetada, modificada, transformada, estruturada pela existência desse discurso verdadeiro e dos efeitos que induz, pelas obrigações que impõem e pelas promessas que sugere ou formula. (FOUCAULT, 2016, p. 13)

À essa relação entre os regimes de verdade e o governo que exercemos sobre nós mesmos a partir da existência deles, Foucault tratará de pensar em uma *hermenêutica de si* inventada pelo cristianismo⁵⁷ e que comportaria um modo de obrigação da verdade ligado à obrigação moral de todo sujeito moderno de conhecer a si mesmo:

[...] em el cristianismo [...] vemos aparecer una obligación de verdade que es la obligación no de creer en un dogma, no una verdad en forma de acto de fe, sino una obligación de verdad que adopta **la forma de la necesaria exploración de sí mismo, el necesario descubrimiento de una verdad en sí, la obligación fundamental de decir esta verdad.** (FOUCAULT, 2014, p. 181-182, grifos meus)

⁵⁷Em *Obrar mal, decir la verdad*, Foucault (2014, p. 168) dirá que: “Puede decirse que la hermenéutica de sí es una invención del cristianismo. Lo que inventó el cristianismo no es em modo alguno el desprecio por el cuerpo, no es em modo alguno el sentido del pecado. Lo que invento el cristianismo, lo que introdujo, creo, en la cultura antigua, es el principio de veridicción de sí mediante una hermenéutica del pensamiento”.

Ao introduzir esse princípio de veridicção de si mediante à obrigação de conhecer-se, Foucault (2014), argumentará que a prática da *exagoreusis*, a confissão permanente de si mesmo, adentra a cultura ocidental com uma dimensão importante e polivalente, cujos efeitos podem ser notados em diversas esferas: religiosa, filosófica, jurídica. A prática, que não se realiza segundo a modalidade da memória, mas como forma de controle permanente e indissociável da verbalização, introduzirá, no âmbito jurídico, a noção de sujeito confessante, “[...] que demostró ser en realidad un personaje muy gravoso, pues era indispensable para el funcionamiento de la maquinaria penal” (FOUCAULT, 2014, p. 218).

Foucault (2014, p. 242) notará que nos anos finais do século XIX, a partir das transformações históricas da hermenêutica de si instauradas pelas práticas judiciais, o aparecimento de uma hermenêutica do sujeito “[...] lastrada o cargada, que tenía por instrumento y por método principios de desciframiento tanto más cercanos a los principios de análisis de un texto debe permitir arraigar los comportamientos de un sujeto en un conjunto significativo” e, partir daí questionará quais as experiências podemos fazer de nós mesmos a partir do momento em que há alguém que diz “[...] este aqui é louco, você está doente [...]” (FOUCAULT, 2016, p. 15); ainda, qual a experiência fazemos de nós mesmos a partir do momento em que temos a obrigação de ligarmo-nos a esse discurso de verdade, seja para aceitá-lo, seja para produzi-lo como verdadeiro, a partir da organização dos discursos de confissão (FOUCAULT, 2016, p. 26).

O filósofo estava a refletir, portanto, sobre a constituição do si mesmo diante do governo dos outros e das possibilidades de autogoverno⁵⁸ - uma agonística constante nas narrativas desta tese. Nesse debate sobre as técnicas de exame de si e de confissão entabulado por Foucault, Leme (2012) sugere que haveria duas modalidades de subjetivação, de acordo com as técnicas distintas de relacionamento e exame de si e que ainda permeariam as relações do sujeito com a verdade e os dispositivos contemporâneos: a primeira diz respeito à verdade como objetificação e autoidentidade disciplinar; a segunda, à verdade que é uma dobra sobre si, uma atividade abismal em direção a outras práticas de si mesmo, da ordem da desobediência ativa.

Instrumento fundamental da hermenêutica do sujeito, o dizer-verdadeiro se vinculará às práticas do sujeito, que, por conseguinte, tornam-se uma espécie de relação social e a constituição de uma relação de si consigo mesmo vem atrelar-se às relações com o outro. O eixo principal dessa categoria que Foucault (2010, p. 373) definirá de *áskesis*, será justamente

⁵⁸ No curso *A hermenêutica do sujeito*, Foucault (2010, p. 225) dirá “[...] a reflexão sobre a noção de governo, penso eu, não pode deixar de passar, teórica e praticamente pelo âmbito de um sujeito que seria definido pela relação de si para consigo.

“[...] a prática dos discursos verdadeiros, sua ativação, não simplesmente na memória [...], mas ativação na própria atividade do sujeito, isto é, tornando-o sujeito ativo de discursos verdadeiros.” Essa prática, entretanto, seria uma alternativa à disciplina: “[...] Ela representa uma saída aos impasses apresentados pela sua analítica do poder, a qual localizava os pontos de resistência aos dispositivos disciplinares no corpo e nos prazeres (ORTEGA, 2005, paginação irregular).

Se, desde os estudos da antropologia até os estudos foucaultianos (ou, na intersecção entre eles) apresenta-se uma topologia em que a subjetividade soropositiva se constrói segundo estratégias de resistência (FOUCAULT, 2017a) ou de desobediência ativa como argumenta Leme (2012), é necessário que se analisem as irrupções discursivas que constituiriam as práticas de si no interior do Grupo de Apoio.

Para isso, volto à Butler (2015) e à sua leitura foucaultiana das narrativas de si. Ela afirma que o regime de verdade governa a subjetivação e que, quando nos voltamos sobre ele para engendrar narrativas sobre nós mesmos, fazemos um movimento de questionar, a um só tempo, o regime de verdade e nossa condição ontológica. A crítica foucaultiana inauguraria, desse modo, duas questões em relação à narrativa de si: quais normas nos governam, como é possível não nos reconhecermos nelas e, ainda, qual o espaço de aparição e produção desse eu dessubjetivado, que acaba de refletir sobre a normatização. Segundo ela, “[...] essa abertura põe em questão os limites dos regimes de verdade estabelecidos e, com isso, pôr em risco o si-mesmo torna-se sinal de virtude” (BUTLER, 2015, p. 38-39).

No caso das narrativas que exploro, trata-se de um jogo entre a docilização de si e a criação de resistências no interior dos dispositivos da aids, dos dispositivos territoriais e seus jogos de verdade e o que eles implicam para os sujeitos do grupo, como pretendo demonstrar a seguir. Nesse ponto, é necessário resgatar Ortega (2005) que dirá que enquanto nas ascetes da Antiguidade o sujeito almejado pelas práticas de si representava um desafio aos modos de existência prescritos, uma forma de resistência cultural, encontramos na maioria das práticas modernas de bioascese “[...] uma vontade de uniformidade, de adaptação à norma e de constituição de modos de existência conformistas e egoístas, visando a procura da saúde e do corpo perfeito”. Essas práticas produziram os regimes de biossocialidade,

“[...] uma forma de sociabilidade apolítica constituída por grupos de interesses privados, não mais reunidos segundo critérios de agrupamento tradicional como raça, classe, estamento, orientação política, como acontecia na biopolítica clássica, mas segundo critérios de saúde, performances corporais, **doenças específicas**, longevidade, etc. (ORTEGA, 2005, paginação irregular, grifos meus).

As práticas de bioescase reproduziriam as regras da biossocialidade, enfatizando os procedimentos corporais, médicos e higiênicos na construção das subjetividades. Isso é marcado em vários encontros do grupo do apoio. Em um deles, houve a discussão sobre a medicação que cada participante utilizava, o que corrobora com a discussão que iniciei na abertura dessa seção. Cito esses e outros registros que ilustram essas práticas nas linhas a seguir:

06 de fevereiro de 2019. 4ª observação. A conversa voltou-se então para os medicamentos e a maioria dos participantes falou dos remédios que utiliza ou já utilizou (AZT, Efavirenz, Doluteglavir, Tenofovir, Lamivudina)

10 de abril de 2019. 11ª observação. Aparecida e S. narraram experiências menos traumáticas, em que os medicamentos não causaram efeitos colaterais e o diagnóstico foi rápido.

15 de maio de 2019. 13ª observação. Mara falou novamente “tão achando que é fácil, que é só tomar o remédio e deu. Não é bem assim, o remédio é horrível, tem efeito, a gente se caga, perde o cabelo. Tinha que mostrar isso, que não tem médico e não que é fácil”.

Esses discursos e práticas constituem aqueles sujeitos, portanto, como parceiros da biomedicina em um empreendimento normalizado de sobrevivência (SQUIRE, 2013) e, na medida do possível, na esperança de uma vida saudável, feliz e produtiva, ao mesmo tempo em que condicionam responsabilidades de autocuidado normalizadoras em áreas onde a perícia médica e a leiga se sobrepõem (BUTTURI JUNIOR; LARA, 2021).

A par desses discursos esperançosos, dessa *vida saudável*, surgem os enunciados sobre a indetectabilidade naquele grupo, como uma outra chave interpretativa da subjetividade. Antes de me deter a eles, trago a nota explicativa da UNAIDS, sobre a indetectabilidade, publicada em 2018, um ano antes de nossos encontros:

Vinte anos de evidências demonstram que o tratamento do HIV é altamente eficaz na redução da transmissão do vírus. Agora, a evidência é clara: quando uma pessoa vivendo com HIV alcança a carga viral indetectável, o vírus deixa de ser transmitido em relações sexuais. [...] Globamente, 47% [...] das pessoas vivendo com HIV tem carga viral indetectável. (UNAIDS, 2018, p. 2)

Não obstante os regimes de verdade ligados à ciência – a Declaração da Suíça, por exemplo, já citada nesse texto – que reiteradamente asseguram que aos sujeitos com acesso ao tratamento, sob a tutela da TARV que passa a ser administrada para todas as pessoas com hiv independente da contagem das células CD4, não mais se imputaria o risco de transmissão do vírus por via sexual, os participantes do grupo, embora imersos nesses esquemas de inteligibilidade parecem assumir essa nova forma de subjetivação almejada e prescrita a partir de certas suspeitas, como deixam entrever os enunciados abaixo:

06 de fevereiro de 2019. 4ª observação. [...] O grupo ainda comentou sobre como e se falar para os parceiros que eles eram soropositivos. A. disse que acha **fundamental**

expor sua condição mesmo estando indetectável, pois nenhum método é 100% seguro. R. disse que **não acredita nesse negócio de indetectável e que sempre é possível transmitir o vírus.**

10 de abril de 2019. 11ª observação. A. disse que se os encontros são casuais não vê necessidade sobre sua sorologia, mas acredita que ser importante contar caso o relacionamento avance, pois **ele não quer assumir o risco sozinho, mesmo estando indetectável.**

03 de julho de 2019. 20ª observação. Todos os participantes daquele dia tinham a mesma opinião sobre manter ou não o sigilo. **Eles, por acreditarem que mesmo estando indetectáveis, podem colocar outras pessoas em risco,** acreditam que quando se trata de um relacionamento que indica que vai ficar sério, o melhor é contar sobre a sorologia.

A adesão à TARV e o prolongamento da tecnológico da vida já foram discutidos por outros autores; retomo-os de forma breve. Biehl (2011) fala da farmacutilização da assistência médica e de como as abordagens do tipo “bala mágica” – a entrega de tecnologias de saúde dirigidas a uma doença específica apesar da miríade de fatores societários, políticos e econômicos que influenciam a saúde –, cada vez mais, se tornam a norma no âmbito da saúde global, o que garantiria mais acesso ao medicamento, mas também exemplificaria as deficiências à assistência de saúde, como é possível visualizar a partir do aumento do número de morte por aids de novas infecções pelo hiv entre os mais destituídos. Para o autor (2009), essa nova economia política de produtos farmacêuticos retrata a passagem do estatal para o individual em que se tem mais acesso a medicamentos e menos prevenção.

Defendo, portanto, que há uma relação entre medicalização e produção social e subjetiva. Nesse escopo, Squire (2013, p. 70-71) irá argumentar que a cidadania medicalizada do hiv é um exemplo emblemático da cidadania biológica descrita por Foucault. Para a autora, essa cidadania fundada no biopoder deu origem a um aparato global de educação, comportamento 'mais seguro', autocuidado e ativismo em torno do hiv:

It is thanks to this apparatus that people living with HIV are regulated into being particular kinds of adhering medical subjects in order to have treatment. The apparatus's marketised framework also gives the triaging or rationing of treatment, and early treatment for prevention purposes, an inherent rationale in terms of the cost-effectiveness of such interventions. General rather than HIV-related health, and population rather than individual health, are other current lines of argument and practise within HIV bio-politics.

Na mesma esteira, Butturi Junior (2019a, p. 645) lê os enunciados da adesão farmacológica a partir do paradigma tecnobiopolítico do ciborgue de Haraway:

[...] é da ordem do cálculo-contagem, como uma ferramenta neoliberal (FOUCAULT, 2008) de controle o otimização do que vive; insubua-se na fronteira entre a poluição “a combater” e o corpo “saudável”. Como operação microrbiológica, ainda, esse antirretrovital (ARV), eu diria, solicita ao sujeito uma relação direta, obsedante e ascética diante das tecnologias biomédicas de controle. Dito de outro modo, a

condição de viver com hiv e de ser sujeito só se efetiva com a adesão à tecnologia de codificação de Tivicay – e de outros ARVs.

Para o autor, os medicamentos utilizados na supressão do hiv funcionam como um “panopticon comestível”, que, no limite, “[...] indicariam os caminhos pelos quais, pelo corpo e no vértice com a tecnologia, os sujeitos soropositivos são controlados, esquadrinhos, assujeitados e racializados (BUTTURI JUNIOR, 2019a, p. 646).

A hipótese que defendo nesta tese é a de que embora aqueles sujeitos estejam imersos da rede de enunciados científicos que retira de si à imputação ao risco, são os regimes de verdade anteriores à TARV que operam na conformação de seus corpos e subjetividades e que são reiterados cotidianamente seja pelos discursos midiáticos – como a matéria sobre a criminalização da transmissão intencional do vírus –, pelas construções discursivas que se estabeleciam entre eles e pelas práticas de injunção ao tratamento e ao uso de preservativos, preconizadas pelos discursos institucionais do GAPA. Como aponta Bennet (2018) a paranoia subjacente ao medo do hiv, ainda aparece como um elemento persistente da epidemia, mesmo depois das tecnologias que permitem suprimir a carga viral.

O que se apresenta são as estratégias de suspeição daqueles sujeitos frente aos discursos da ciência e da medicina, naquilo que Butturi Junior e Camozzato (2021) chamam de forma fantasmática do risco e da exceção. Se há a oscilação entre a esperança na medicina e as palavras de ceticismo pronunciadas por eles e elas, aqueles enunciados parecem emergir, no interior no dispositivo territorial, como advertências contra uma falsa expectativa que visa evitar que notícias revolucionárias – como as da indecibilidade – e que permitam uma gestão do corpo e dos afetos de maneira mais frouxa e autônoma. Como lembra Bennet (2018) essa heurística crítica do cidadão crônico reconhece as múltiplas questões biopolíticas, incluindo a individualização simultânea do risco e a medicalização dos corpos, a invenção incontrolável do prazer e a projeção – ainda - de corpos “de risco” à espreita da polis. Há, pois, modalidades de sujeito e de vidas que continuam sendo produzidas e se produzem como risco e são essas modalidades que emergem nos discursos que trouxe acima.

Regimes de verdades, portanto, que podem conduzir a existências múltiplas e plurais, mas que ao mesmo tempo permanecem induzindo à manutenção de sujeitos abjetos, a quem o risco – de contaminar, de morte, de criminalização⁵⁹ – permanece sempre lá. Formas de

⁵⁹ De acordo com documento elaborado pela UNAIDS em 2019 e que tratava da discriminação, pelo menos 68 países têm leis que criminalizam o sigilo, exposição ou transmissão do hiv. Além disso, os discursos documentados apontam que 19 países já aplicaram outras disposições penais em casos semelhantes.

subjetivação, portanto, que se constituem de processos dolorosos, lentos e contínuos de “[...] se considerar abjeto e de naturalizar em si o contágio.” (PEREIRA, 2004, p. 134).

Antes de encerrar essa seção, retomo algumas cenas produzidas por aquelas que, tendo a vida em risco, se produzem a partir de surgir linhas de fuga, talvez mínimas, mas por vezes eficazes (BUTTURI JUNIOR, 2019). São duas mulheres, Maria e Jenifer, que se produzem em outras práticas e parecem encabeçar a lista dos desviantes, como diria Ortega (2005, paginação irregular, grifos meus). Elas seriam o epítome do que o autor caracteriza como os novos desviantes:

A mulher que não se vigia nem se controla faz parte dos novos desviantes, novos estultos, inábeis de cuidar de si. Constroem-se assim as bioidentidades dos indivíduos responsáveis e ao mesmo tempo dos desviantes por oposição e reprovação. **Aquele que não procura uma existência livre de riscos torna-se um novo desviante, caracterizado como um indivíduo irresponsável**, inapto para cuidar de si, que fornece maus exemplos, eleva os custos do sistema de saúde, e como consequência [sic], não cumpre com seus deveres de cidadão autônomo e responsável.

Jenifer raramente participa do grupo e só comparece às festividades, como a festa junina e a festa de Natal; mais tarde, em nossa entrevista ela dirá que os esquemas preconizados pela instituição, como a busca pela indetectabilidade e o uso constante da medicação não fazem parte de sua rotina. Voltarei a ela mais tarde (ver capítulo quatro).

Já Maria, uma senhora de mais de setenta anos, encena perigosamente outra forma de cuidado de si, rechaçando e resistindo à normalização, como pode-se notar na nota de campo a seguir:

13 de fevereiro de 2019. 5ª observação. [...] Maria falou que não estava os remédios pois sempre esquecia. Ela havia agendado consulta, mas relatou que não contaria ao médico, pois sabia que ele iria xingá-la. Ela também disse **“Pra morrer tem que parar de tomar o remédio, se não, não morre nunca”**

Prática de si, portanto, que enfrenta a morte e que pode ser lida em sua ambiguidade: negação da vida ou liberdade de um sujeito que reflete de formas diversas sobre a normalização dos dispositivos de captura. Maria talvez inaugure “topologias diversas de experimentação de si” (BUTTURI JUNIOR; CAMOZZATO, 2021), a partir daquele “corpo utópico” no qual o poder não apenas inscreve suas marcas, mas aquilo que permite que ela escape ao poder e estabeleça uma outra forma de relação crítica consigo mesma, que “[...] não é da ordem do conforto, não é agradável, ela se relaciona com a morte” (LAVAL, 2018, p. 122). Reside em Maria o desejo de viver de outro modo, de uma experiência de transformação que implique, nas palavras de Foucault, poder dizer “[...] eu prefiro meu fim” (FOUCAULT, 1979 *apud* LAVAL, 2018, p. 122).

2.3.3 Prática pedagógica/técnica

A última seção que compõe esse capítulo tem o objetivo de descrever mais uma das séries ao longo das quais teci a análise das formas de subjetivação das PVHIV daquele grupo. Ao passo que as seções precedentes deram destaque aos regimes de regulação sexual, as práticas confessionais e as formas pelas quais elas incidiam sob o par objetivação/subjetivação, constituindo aqueles sujeitos (1) por uma espécie de moralidade que silenciava-os e (2) a partir da bioacese que implicava a medicalização, nessa etapa resgato aquelas formas que Rose (1999, p. 13, tradução minha, grifos meus) chamará de *técnicas* e que dirão acerca daquilo “[...] que os sujeitos devem fazer a si mesmos, as práticas, os regimes pelos quais devem atuar sobre si mesmos para se **reformular** ou se **aperfeiçoar**, a fim de se **tornarem autônomos, livres, realizados**”.

Antes, convém lembrar que a genealogia foucaultiana torna densa essa constitutividade entre práticas de liberdade e poder a que se refere Rose, pois assume uma incitação recíproca de poder e resistência, legando à subjetividade um papel tático de modificações microfísicas no interior dos dispositivos (LARA, 2015). Acerca dessa relação agonística, Foucault (2004, p. 265-266) dirá

Sempre desconfiei um pouco do tema geral da liberação uma vez que, se não o tratarmos com um certo número de precauções e dentro de certos limites, corre-se o risco de remeter à idéia [sic] de que existe uma natureza ou uma essência humana que após certo número de processos históricos, econômicos e sociais, foi mascarada, alienada ou aprisionada em mecanismos e por mecanismos de repressão. Segundo essa hipótese, basta romper os ferrolhos repressivos para que o homem se reconcilie consigo mesmo, reencontre sua natureza ou retome contato com sua origem e restaure uma relação plena e positiva consigo mesmo. [...] **É por isso que insisto sobretudo em práticas de liberdade**, mais do que nos processos de liberação, que mais uma vez têm seu lugar, mas que não me parecem poder, por eles próprios, definir todas as formas de liberdade.

Ao tratar da tríade dispositivo/subjetivação/liberdade, Weinmann (2006) ressalta que essa tensão de nunca acabar provoca uma luta na produção das subjetividades:

É porque há forças no sentido do seu assujeitamento que a subjetividade resiste e toma a si própria como objeto de elaboração. Entretanto, nesse movimento não se funda a si mesma, nem descreve a verdade inalienável do seu ser, contrapondo-se às identidades impostas pelos dispositivos em que se insere. Nessas práticas de liberdade, **é ainda em relação a critérios de verdade historicamente estabelecidos que o sujeito constitui-se** [...] (WEINMANN, 2006, p.18, grifos meus)

No caso dos sujeitos dessa tese, conforme apresentados nesta seção, trata-se, portanto de inquirir sobre as tecnologias de produção de si mesmo e sua relação com as práticas pedagógicas que se estabeleciam nas reuniões do GAPA. Foi em 16 de janeiro, no primeiro encontro com o grupo, que fiquei a par de como as reuniões daquele ano seriam conduzidas: a

partir de discussões e sugestões tecidas no ano anterior. Ao contrário de ser um espaço de depoimentos e trocas pessoais, como eu havia imaginado, os encontros do grupo partiriam de atividades organizadas com profissionais da área da saúde, psicólogos e dos próprios participantes que desejassem *compartilhar conhecimentos*. Embora eu não soubesse qual havia sido a demanda do ano anterior, a psicóloga que conduzia a reunião naquele dia avisou que nem todos os profissionais contatados conseguiriam participar, mas apresentou um calendário prévio com algumas participações externas: um médico infectologista, uma psicóloga, uma profissional de educação física. Reitero que como não havia acessado os encontros anteriores, formular uma hipótese acerca dessa escolha é uma impossibilidade, entretanto, parecia tratar-se, portanto, de conduzi-los e conduzir-se em termos de corpo e de alma e exercer uma espécie de tutela daqueles sujeitos através dos conhecimentos especializados.

No decorrer daqueles 24 encontros, os profissionais passaram pelo grupo em momentos alternados, mas antes de retomar alguns enunciados produzidos naquelas situações, volto minha atenção a S2, que costumava identificar-se como o “*vovô da patologia*”. Eram dele os enunciados proferidos sobre a culpa e o medo da morte que assolou boa parte daquele grupo na década de 1990. S2 era um senhor, tinha por volta de sessenta anos e sua experiência com o hiv e com a aids iam além de uma experiência corporal e biológica como ele narra em 23 de janeiro:

23 de janeiro de 2019. 2ª observação. [...] S2, um antigo participante do grupo retornou as atividades e quis conversar comigo. Enquanto assinava o termo, esse senhor, na faixa dos sessenta anos, **me mostrou os certificados de cursos de capacitação sobre hiv que ele trazia em uma bolsa** e lembrou sua participação quando coordenador do grupo “**Quando eu coordenava, coloquei aqui mais de cinquenta pessoas**”. S2 se referia aos anos 1990, quando o grupo era maior.

O gesto de carregar e enfaticamente resgatar os certificados quando se dirige a mim pode ser lido como a ânsia de S2 de ocupar uma posição de sujeito diferente dos demais participantes do grupo – os *novatos da patologia*, como ele classifica-os – que se efetuará a partir de conhecimentos reconhecidos pelos certificados.

Para além de atestarem seus conhecimentos, os certificados de S2 dariam a ele inclusive o direito de enfatizar que as informações repassadas pelo médico infectologista que viria ao grupo na semana seguinte não eram novas: direito privilegiado do sujeito da fala (Foucault, 1996, p. 09), interdição que, quando unida as demais que permeavam aquele espaço, revela grades complexas em constante modificação:

4ª observação. 06 de fevereiro de 2019. [...] Um participante falou que o profissional não trouxe nada de novo, mas que mesmo gostou da palestra. Nesse momento, S2 interrompeu e disse que isso era normal, porque para os **vovôs da patologia** “não havia novidades no discurso médico”. **Ele também se colocou a disposição dos “novatos” do grupo para dúvidas sobre o hiv e a aids.**

As tecnologias e práticas de si naquele espaço ganhavam contornos pedagógicos e os participantes mais velhos e que há mais tempo conviviam com o vírus costumavam exercer funções de coordenação do grupo, como menciona S2. Essas articulações específicas entre gerações pareciam dar significados muito diferentes àquelas experiências, principalmente se pensadas a partir do conceito de “trabalho do tempo”, forjado por Das (1999). Não obstante, *se colocar à disposição* dirá respeito à conversa sobre os regimes de controle da medicação, das visitas periódicas aos médicos, da necessidade de se manter ativo e de participar do grupo, às formas de cuidado de si - que como ensina Foucault (2004, p. 271) implicam “[...] também a relação com o outro, um guia, um conselheiro, de um amigo, de alguém que lhe diga a verdade.”- Nas palavras de Zamboni (2015), “[...] parece que toda experiência com o hiv é, em alguma medida, medicalizada (e medicamentalizada)” e as formas discursivas adotadas por eles e elas faz parte dos regimes de verdade da biomedicina.

Contato, portanto, entre as tecnologias de poder e as tecnologias de si que constituem aqueles sujeitos e suas relações, também estratégicas e agonísticas, como observo nas notas de campo que registra a 8ª observação, em 06 de março de 2019:

Eles então discutiram sobre o número de participantes nas reuniões e **A. falou que era preferível que viessem poucas pessoas, mas que fossem comprometidas com o grupo** do que muitas pessoas que só sabiam vir até o GAPA “para chorar, para se lamentar, **usar o hiv de bengala**”. R. concordou e disse que no passado eles não pareciam um grupo, mas vários grupos: “cada um ficava num grupinho: as prostitutas, os travestis, os gays, os héteros” e ninguém conversava.

É possível enxergar nesse trecho o processo ambíguo que pretendo trazer à lume: se de um lado, existia uma ética do cuidado (GILLIGAN, 2003), que se baseava na ligação com os outros, na responsabilidade pelas relações e pregava a não violência – com os soropositivos e com demais sujeitos envolvidos em suas práticas afetivas e sexuais, como mostrei acima –, de outro há ainda uma espécie de criminalização tanto daqueles que não seguem o tratamento quanto daqueles que utilizam a marca bioidentitária para apenas “se lamentar”. Se antes era a fatalidade da doença que permitia o choro e a angústia, na presença da cronicidade e da superação daquela morte anunciada, os participantes mais velhos induzem a produção de discursos menos vitimistas, mas nem por isso menos culpabilizantes, enfatizando que a instituição não deve ser espaço para “usar o hiv de bengala”. Processo de recriação, não obstante as ambiguidades que venho descrevendo, tanto daquelas formas com as quais se reconheceram no momento do diagnóstico e entrelaçadas à dor – talvez indizíveis neles e para eles e por isso, suas tentativas de suplantá-las nos demais processos discursivos daqueles e daquelas que

tentavam trazer à discussão ao grupo – quanto da própria instituição na qual se inseriam e suas funções menos assistencialistas.

Interessante também observar que os marcadores da diferença que aparecem na nota acima são o retrato do grupo que continua a frequentar as reuniões: não havia a presença de travestis, nem pessoas transexuais, a maioria dos participantes era branca, na faixa dos quarenta anos, trabalhadores de indústrias, autônomos, aposentados e desempregados. Pouco se falava sobre orientação sexual, mas a divisão entre heterossexuais e homossexuais permanecia. Esse pouco que se falava sobre a vida privada é o fio que liga àqueles sujeitos à formação das subjetividades técnicas, como falava Rose (1999).

Nesse ínterim, resgato a emergência dos especialistas naquele espaço. Esses não dizem respeito apenas a pessoas externas ao GAPA, mas também a apresentações de alguns participantes que buscavam compartilhar experiências de vida ligadas a conhecimentos técnicos com o grupo. Apresento-as através de recortes de algumas notas de campo:

27 de fevereiro de 2019. 7ª observação. A reunião iniciou com a psicóloga enfatizando que quem “comandaria” a apresentação da semana seriam A. e L. (estagiária de assistência social) e que eles falariam sobre ervas medicinais. [...] **A. iniciou sua fala dizendo que apresentaria aos participantes do grupo algumas ervas medicinais que ele cultiva em sua casa e que podem auxiliá-los com o hiv. Também enfatizou que nenhuma planta, até hoje, pode curar o hiv e que por isso todos deveriam ficar atentos quando pessoas oferecessem tratamentos que supostamente curariam a doença.**

03 de abril de 2019. 10ª observação. [...] o encontro teria a presença de uma educadora física. [...] ela apresentou dados sobre atividades e exercícios físicos e seus efeitos em diversos órgãos. A educadora também mencionou a importância do exercício físico para a melhora da imunidade e das relações sociais. [...] **Maria – que havia se recusado a participar das atividades físicas propostas naquela tarde – disse que o médico afirmou que atividades intensas poderiam prejudicar sua saúde** após um episódio em que depois de uma aula de Muay Thai ela passou mal e teve que ir ao hospital.

08 de maio de 2019. 12ª observação. [...] Conforme programado, R. falaria sobre etiqueta a mesa, pois trabalhara longos anos com organização de eventos. [...] R. pediu um canetão e fez um desenho dos principais talheres utilizados em jantares formais. Falou sobre cada um e explicou as diversas formas que a comida pode ser servida. R. utilizou a organização da mesa como uma metáfora: “não adianta ter uma mesa bem-organizada, bonita, se a gente não senta, não para pra degustar a comida. Assim é também com é com a vida. A gente precisa parar e olhar nos olhos dos outros, conversar, esquecer o celular. **R. falou sobre o hiv. Disse que contraiu o vírus num descuido, numa bobagem, porque não havia se cuidado e agora precisava se cuidar.**

05 de junho de 2019. 16ª observação. Apenas 3 participantes estavam presentes, duas mulheres e um homem. **A estagiária de psicologia propôs uma atividade** em que os participantes deveriam selecionar palavras dispostas em uma mesa e falar sobre seus sentimentos acerca delas. Mara falou sobre as palavras suicídio e depressão. Disse que acreditava que todas as pessoas que sofrem de depressão pensam em suicídio. **A psicóloga explicou que nem sempre isso ocorre.** [...]

O que está sendo dito nos longos excertos acima e de forma bastante explícita é que a constituição daqueles sujeitos é perpassada por regimes de inteligibilidade muito maiores que a história de um vírus. Nas palavras de Biehl e Moran-Thomas (2009, p. 268, tradução minha), as narrativas de uma “[...] invasão de novas tecnologias médicas em ambientes urbanos pobres e o destino dos laços sociais no modo dominante de subjetivação de hoje a serviço da ciência médica e do capitalismo”. Embora as considerações dos antropólogos digam respeito às ciências médicas, julgo-as adequadas nessa interpretação pois todos os enunciados diziam respeito a formas de tornar os corpos mais saudáveis, mais ativos e felizes, através de intervenções mais ou menos invasivas e terapêuticas, a formas biopolíticas de estar no mundo (FASSIN, LE MARCIS, LETHATA, 2008) portanto.

O que se obliterava nesses encontros produzidos para aperfeiçoar aquelas vidas eram os espaços significativos de reconhecimento da dor, que mesmo a ideia e a certeza da cronicidade não conseguiam abrandar. Eles, entretanto, escapavam e se deixavam entrever nos meus encontros com aqueles sujeitos em outros espaços temporais e territoriais. Os caminhos que estabeleci com S1, nessa feita, são exemplares dessa trajetória de silenciamentos e não-ditos que insistem em ser fazer audíveis e, pelo compromisso ético que carrega essa tese, é com eles que encerro essa seção:

20 de fevereiro de 2019. 6ª observação. A mesma psicóloga da semana anterior voltou ao encontro. A proposta era ler uma história e depois discuti-la.[...] Sai do GAPA acompanhada de S1. Ele me contou que havia faltado aos encontros anteriores porque estava fazendo exames e na semana anterior um amigo havia falecido por ter utilizado muita cocaína. Relatou estar “longe das drogas” há muito tempo e falou também que **não gosta da psicóloga que estava trabalhando com eles nessas duas semanas pois ela não os deixa falar e o GAPA era o lugar para eles falarem sobre a vida deles.** Nos despedimos perto do terminal de ônibus da cidade.

15 de maio de 2019. 13ª observação: [...] Estávamos na sala apenas eu e a estagiária de psicologia. Depois de dois meses, S1 retornou ao grupo. Ele narrou porque havia se afastado: sua namorada havia falecido após uma série de infecções não controladas pelos médicos. Segundo S1, ela passou 78 dias no hospital, 50 deles na UTI e teve várias complicações (SARS, meningite, insuficiência renal). Além do quadro de saúde, os filhos a abandonaram e ela estava muito triste. [...] S1 comentou que não conhecia os pais dela e os conheceu apenas no hospital, quando contou que era hiv+. Os pais disseram que **ele havia matado a filha deles e que era o culpado**, mesmo com a médica afirmando que havia feito os testes e ela não era soropositiva.

Além do sofrimento que tanto queria narrar, é da ordem de uma memória contida (ZAMBONI, 2015) e de regimes e dispositivos que permanecem marcando-os como culpados, que leio as narrativas de S1. Entretanto, destaco justamente a capacidade de recriação desses dispositivos – territoriais, da aids e do hiv – e do binômio sujeição/subjetivação a partir das resistências ao espraiamento e a ingerência biomédica daquelas vidas, que embora

normatizadas e disciplinadas continuam ofertando aos sujeitos outras formas de constituição, miúdas e, por vezes eficazes, a par da ambivalência da sujeição que implicará tanto em um sujeito que surge como *efeito* de um poder quanto “[...] *condição de possibilidade* de uma forma de ação radicalmente condicionada” (BUTLER, 2019, p.23).

“[N] uma época em que contar a própria vida se tornou uma forma normalizada de estar no mundo” (FASSIN; LE MARCIS; LETHATA, 2008, p. 234, tradução minha), a interpretação do gesto de rejeitar a psicóloga que não os *deixava falar*, talvez seja mais profícua se recuperarmos as fronteiras entre a singularidade, a afirmação de si e o assujeitamento: Si desejava engendrar outras formas de socialização e singularização dos sofrimentos e da própria vida, tal qual ela se apresentava. Esses arranjos excediam qualquer determinação *daquela psicóloga* e se estabeleciam em outros lugares, alterando os efeitos das mediações coercitivas a que estavam fadados já que participavam do grupo. As formas de desejo – de falar sobre o sofrimento, de ter relações sexuais e não aderir à medicação – encontravam lacunas e espreitavam os dispositivos.

Em *De espaços outros*, Michel Foucault (2013, p. 114) notará as distâncias entre os espaços de *dentro* e de *fora*. Dirá ele, acerca do primeiro:

[...] não vivemos em um espaço homogêneo e vazio; mas, ao contrário, em um espaço que é todo carregado de qualidades, um espaço que é talvez também assombrado por fantasmas. O espaço de nossa percepção primeira, o de nossos devaneios, o de nossas paixões, detém em si qualidades que são como intrínsecas; é um espaço leve, etéreo, transparente ou, então, é um espaço obscuro, caótico, saturado: é um espaço do alto, um espaço dos cimos ou é, ao contrário, um espaço de baixo, um espaço da lama; é um espaço que pode ser corrente como a água viva; é um espaço que pode ser fixado, imobilizado como a pedra ou como o cristal.

Naquilo que diz respeito a esse outro espaço, o de *fora*, os lugares reais e efetivos presentes em toda sociedade, que ele dirá que certas alocações “têm a curiosa propriedade de estar em relação com todas as demais”. Nesse capítulo, busquei nos enunciados sobre o GAPA e aqueles produzidos no GAPA, entre esse lugar de fora – heterotopia, como tratei, e os lugares de dentro – a formação das subjetividades. Como vemos, os dois se constituem pelas disputas sempre presentes: às vezes, espaços carregados de qualidades; outras, de fantasmas.

3 AS BIO(POLÍTICAS) DA VIDA COM HIV

Objetivo estratégico

C.3 Tomar iniciativas que, levando em conta o gênero, façam face às enfermidades sexualmente transmissíveis, HIV/Aids, e outras questões de saúde sexual e reprodutiva.

Medidas que devem ser adotadas

108. Medidas que os governos, os organismos internacionais, inclusive organizações pertinentes das Nações Unidas, os doadores bilaterais e multilaterais e as organizações não governamentais devem adotar:

a) Garantir a participação das mulheres, em particular as infectadas com o vírus HIV/Aids ou outras enfermidades sexualmente transmissíveis ou afetadas pela pandemia do HIV/Aids, em todas as decisões relativas ao desenvolvimento, à aplicação, à supervisão e à avaliação das políticas e dos programas sobre o HIV/Aids e outras enfermidades sexualmente transmissíveis; (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 1995, p. 185)

Entrevistadora: vamos lá então, você conhece as políticas públicas de saúde para as mulheres que vivem com HIV?

Mara: Falar as coisas que a gente tem direito, até falam, mas quando a gente vai naquela CRAS, naquelas coisas toda pra tentar ter, aí eles falam um monte de coisa. No final, tu não tens direito a nada.

Entrevistadora: Não consegue então ter os direitos garantidos no Cras, nesses centros?

Mara: Nada, nada. Eu fui lá para esse negócio de passe livre, essas coisas, para poder ir a médica essas coisas todas assim mas em [referência à cidade] não tem, isso não existe lá aí eles fazem a renda per capita das pessoas que moram dentro da tua casa. Aí se filho trabalha, se mãe trabalha, e se isso, aquilo, aí junta tudo junto, você já não tem direito a nada.

Quer se trate da medicina, do exercício do poder soberano do Estado, da guerra ou da economia, uma tese geral domina a análise foucaultiana do biopoder: o controle da sociedade sobre os indivíduos não se efetua apenas pela consciência ou pela ideologia, mas também no corpo e com o corpo. Na modernidade, a vida biológica dos homens não é somente um dado que se possa reprimir, reclamar para si, mas um objeto a ser **produzido e administrado**, alvo da biologização, da normalização biológica (CASTRO, 2012), afetado assim também pelos processos inerentes da vida, como a produção discursiva das doenças (PELBART, 2011).

Os dois enunciados que trago à baila já nesse início tratam tanto da relação que minhas interlocutoras estabeleciam com os discursos das políticas públicas que diziam respeito às suas condições biológicas e à manutenção da própria vida, quanto dos discursos de estabelecimento dessas mesmas políticas. Se no capítulo anterior tratei de estabelecer a relação entre os modos de objetivação e subjetivação a partir dos dispositivos da aids, a tarefa empreendida aqui trata de pensar nas relações (precárias⁶⁰) com as políticas que açambarcam suas vidas.

⁶⁰ Por relações precárias, entendo com Butler (2018, p. 18) que “a condição precária não é simplesmente uma verdade existencial – cada um de nós pode se ver sujeito a privação, dano, doença, debilitação ou morte em decorrência de eventos ou processos fora do nosso controle. Todos nós desconhecemos e estamos expostos ao que

Embora a escrita saia das especificidades de um contexto micro de análise para retornar às macroestruturas, esse movimento não é aleatório e justifico-o entendendo que “[...] nem as micro nem as macroestruturas são níveis de análise independentes, elas interagem umas com as outras em todos os momentos, apesar da conveniência e às vezes do luxo duvidoso de examinar apenas um ou outro nível de análise” (CICOUREL, 1981, *apud* FASSIN, 2015, p. 7). Nesse sentido, não há motivos para que essa separação realizada à nível textual seja interpretada como uma desarticulação do texto, já que continuo tratando dos regimes de verdade que operam na constituição daquelas vidas e suas experiências com o vírus.

Nesse ínterim, o objetivo desse capítulo *será problematizar as políticas públicas de saúde, tanto nacionais quanto municipais que se referem à mulher e suas relações com a aids e com o hiv, questionando-as enquanto práticas concretas de governo que produzem discursos de normatização dos comportamentos e da produção de modos de objetivação e subjetivação específicos*. Se as políticas públicas podem “[...] conformar o modo que indivíduos constroem a si mesmos como sujeitos” (SHORE; WRIGHT, 1997, p. 4), neste texto, elas serão interpretadas como os discursos das práticas da biopolítica e da governamentalidade, na tentativa de verificar o modo como atingem e configuram as formas de objetivação/subjetivação das mulheres dessa pesquisa e como podem ser usadas e propagadas a fim de que elas identifiquem a si mesmas.

Essa análise dos discursos dos documentos, estará circunscrita no âmbito daquilo que se entende por políticas públicas, no que diz respeito à saúde das mulheres, especificamente à questão do hiv e da aids. Entendidos como práticas concretas de governamentalidade, os discursos das políticas públicas de saúde da mulher aparecem neste texto uma vez que eles forjam determinadas práticas, demarcando e articulando campos e posições de sujeito (DE MEDEIROS; DE FÁTIMA GUARESCHI, 2009). Dessa forma, meu intento é também descrever as possibilidades de acontecimento desses discursos, suas condições de emergência e as formas de objetivação/subjetivação do sujeito-mulher que daí decorrem, já que os discursos são práticas na medida em que formam os objetos de que falam, constituem sujeitos e corpos, formas de existência (FOUCAULT, 2017a). Além disso, essa etapa visa resgatar, na contramão do capítulo anterior, as formas pelas quais não mais as cenas de interpelação, mas os discursos escritos, burocráticos são eficazes e produtivos, embora circulem sem voz ou assinatura (BUTLER, 2019).

pode acontecer, e a nossa falta de conhecimento é um sinal de que não controlamos, de que não podemos controlar todas as condições que constituem a nossa vida.

No que tange a análise documental, é mister resgatar o modo de investigação foucaultiano que tratará de compreender como é possível ao sujeito constituinte ser, ao mesmo tempo, oferecido como objeto de saber, por meio de formas de racionalidade e mediante condições históricas: abandono, portanto, do sujeito trans-histórico que terá como exigência outro modo de fazer história, “[...] segundo o qual o privilégio tradicional do tempo cederá diante da valorização do espaço; a razão histórica cara à dialética será dobrada pela noção de fim da história; a unidade discursiva da obra será fragmentada pela ausência de obra” (CANDIOTTO, 2007, p. 04). Para Candiotto (2007), essas ênfases somente matizam a incessante tentativa do filósofo em se deslocar lateralmente em relação à unidade do sujeito e à continuidade da história.

Assim, se antes via-se no documento algo dado, pronto, factual, é preciso agora que os documentos sejam questionados e assumam a forma de monumentos. Em *A arqueologia do saber*, Foucault (2017c) estabelece que a história mudou sua posição acerca dos documentos: sua tarefa não é interpretá-lo, nem determinar se ele diz a verdade e qual é seu valor expressivo, “[...] mas sim trabalhá-lo no interior e elaborá-lo: ela o organiza, recorta-o, distribui-o, ordena-o, reparte-o em níveis, estabelece séries, distingue o que é pertinente do que não é, delimita elementos, define unidades, descreve relações” (FOUCAULT, 2017c, p. 07).

Ao indagar quais seriam os documentos/monumentos que constituíram o *corpus* de suas análises, Foucault (2017c) responde que seriam os discursos seu objeto principal e que, ao tomá-los como objeto, haveria consequências (1) na crítica do documento; (2) na noção da descontinuidade, em um movimento em favor da história geral em detrimento de uma história global; e haveria, também, (3) mudança de procedimentos metodológicos.

Isso posto, partirei de alguns documentos oficiais de políticas públicas de saúde para as mulheres, para elaborar uma espécie de abordagem discursivo/antropológica do Estado a partir dos conceitos foucaultianos de governamentalidade e biopolítica e entendendo com ele que “[...] Vivemos num regime em que uma das finalidades da intervenção estatal é o cuidado do corpo, a saúde corporal, a relação entre as doenças e a saúde” (FOUCAULT, 2010, p. 171). Para isso, inicio resgatando os conceitos teóricos e metodológicos que embasam as análises, as quais se apresentam na sequência em ordem cronológica, macro e microtopológica.

3.1 A BIOPOLÍTICA

Na noite de 30 de novembro de 1991, anterior ao Dia Mundial de Combate à Aids, o presidente Collor, emitiria um pronunciamento em cadeia nacional de rádio e tv:

Minha gente,

Como pai de dois adolescentes e como Presidente da República, cumpro um dever inadiável em alertar a Nação e de liderar uma ampla campanha ampla, objetiva e corajosa de combate à Aids. O Governo, consciente da sua obrigação moral e dever cívico, precisa agir rapidamente, combatendo a epidemia em várias frentes.

Assim, estamos iniciando uma nova fase de trabalho em prevenção e assistência.

Já existe um amplo programa de distribuição de medicamentos, incluindo o AZT, que está sendo implementado pelo Ministério da Saúde.

Mas o principal papel do Governo é o de ajudar a prevenir a doença.

Estou determinado a constituição de uma Comissão Nacional de Aids, presidida pelo senhor Edson Arantes do Nascimento, o Pelé, que vai procurar mobilizar a sociedade para essa importante missão de combate à epidemia.

O Ministério da Saúde já está implantando um grande programa de descentralização do combate à doença, com a criação de programas municipais em 3.000 cidades brasileiras.

Em nome de um dever moral e cívico, como se lê, o discurso aponta que seria dever do Estado implantar um programa de combate à aids que mobilizasse **a sociedade** a partir de estratégias de prevenção e assistência. Inserido no âmbito das políticas públicas, o discurso do presidente pode ser interpretado também no interior dos processos que marcam a “estatização do biológico” e, assim, do “biopoder”. Nessa possibilidade analítica, quais inovações técnicas e subjetivas, a formulação de “um grande programa” de aids poderia apontar? Não se trata de uma resposta na forma do êxito, mas sim de uma problematização de seus efeitos – como gostaria Michel Foucault. Descrevo, pois, as táticas que operam de forma difusa para produzir e reproduzir sujeitos e que caracterizam os mecanismos biopolíticos e sua uma gama de modos de subjetivação, a fim de compreender seu impacto nos processos de vida, resultando em novas formas de identidade (LEMKE, 2010).

Bröckling, Krasmann e Lemke (2010)⁶¹ afirmam que em meados da década de 1970, a análise empreendida por Foucault e concebida sob os termos de uma microfísica do poder apresentava duas ressalvas: 1. o acento analítico até então recaía principalmente sobre o corpo individual e sua formação disciplinar, não se considerando processos de subjetivação mais abrangentes e 2. aquele tipo de análise do poder não pôde fazer jus ao duplo caráter desse processo como prática de subjugação e forma de autoconstituição. Parecia necessário ao filósofo, então, analisar o papel estratégico do Estado na organização histórica das relações de poder a partir da expansão de seu aparato analítico, com vistas a dar conta tanto dos processos de subjetivação quanto de formação do Estado.

⁶¹ Collier (2011, p. 246) segue na mesma direção dos autores e em sua leitura “[...] o tratamento inicial de Foucault, em 1976, com respeito ao Estado e ao governo político é marcado por um estilo diagnóstico que enfatiza a sistematicidade, a coerência funcional e o escopo totalizante das formas de poder [...] Em contraste, as conferências de 1978 e 1979 utilizam uma abordagem ‘topológica’ que proporciona uma análise muito mais flexível das configurações em que as formas de poder tomam forma e funcionam.

Conceito direcionador dessa mudança, a *governamentalidade* introduziria uma nova dimensão em sua análise de poder, permitindo-lhe dar conta de um objetivo duplo:

[...] **fazer a crítica necessária das concepções correntes de “poder”** (mais ou menos confusamente pensado como um sistema unitário, organizado em torno de um centro que ao mesmo tempo é sua origem e que é levado por sua dinâmica interna a estender-se sempre); ao contrário, **analisá-lo como uma esfera de relações estratégicas** entre indivíduos ou grupos - relações que têm como foco de interesse a conduta do outro ou dos outros e que, dependendo do caso, dependendo do quadro institucional em que se desenvolvem, dependendo do grupo social, dependendo da época, recorrem a técnicas diversas. (FOUCAULT, 2016, p. 268, grifos meus)

A noção de governamentalidade foucaultiana é fundamental nesta tese, pois contribui sobremaneira para problematizar os modos pelos quais se constituiu no âmbito do estado moderno novos mecanismos de vigilância, controle e intervenção do Estado sobre a vida das populações, fruto de novas estratégias entre o Estado, a economia política e os dispositivos de seguridade. Além disso, dentro desse quadro que examina os processos de formação do estado moderno, Bröckling, Krasmann e Lemke (2010, p.2) mostram que essa problemática se dá em estreita conexão com àquelas referentes ao desenvolvimento e a mudança das formas de subjetivação: “[...] a “governamentalização do Estado” investigada nas palestras é simultaneamente uma “história do sujeito”.

Entendendo que Foucault (1982, p. 124) não define o poder do estado moderno como uma estrutura centralizada, mas como uma “[...] combinação tão complexa de técnicas de individualização e de procedimentos totalizadores”, descrevo o problema da governamentalidade.

Foucault (2008, p. 118) ensina que entre os séculos XVI e XVIII a Europa passava por um processo de assunção das “artes de governo”. Interessado na temática do governo como uma atividade ou prática, e nas artes do governo como formas de saber em que consistia essa atividade e como ela poderia ser realizada (GORDON, 1991), ele afirmará que

Claro, nunca faltaram, tanto na Idade Média como na Antigüidade [sic] greco-romana, desses tratados que se apresentavam como conselhos ao príncipe quanto à maneira de se conduzir, de exercer o poder, de se fazer aceitar ou respeitar pelos súditos; conselhos para amar a Deus, obedecer a Deus, introduzir na cidade dos homens a lei de Deus, etc. Mas, creio que o que é notável, a partir do século XVI e em todo esse período que vai, grosso modo, do meado do século XVI ao fim do século XVIII, vemos desenvolver-se, florescer toda uma considerável série de tratados que já não se oferecem como conselhos ao príncipe, mas que, entre o conselho ao príncipe e o tratado da ciência da política, se apresentam como artes de governar.

De modo geral, a problemática das artes de governo teria relação com questões bastante diferentes daquelas da Antiguidade sob múltiplos aspectos, como o problema do governo de si mesmo, o problema do governo das crianças, problemática central da pedagogia, que aparece e

se desenvolve no século XVI, entre outros, que se situariam na convergência de dois processos: a instauração dos grandes Estados territoriais, administrativos, coloniais e o processo, inteiramente diverso, mas que se relaciona com o primeiro, que questiona o modo como se quer ser espiritualmente dirigido para alcançar a salvação, instaurados pela Reforma e Contra-Reforma. Movimentos, portanto, de concentração estatal e de dispersão e dissidência religiosa que, no seu encontro “[...] instaurariam o problema de “[...] como ser governado, por quem, até que ponto, com que fim, por que métodos”. É uma problemática geral do governo em geral” (FOUCAULT, 2008, p. 118).

Entretanto, o estudo da literatura da época fará com que Foucault (2008) note que essas artes, que começavam a ser formuladas no século XVI, também seriam bloqueadas naquele século por outras razões como a primazia do problema da soberania, como questão teórica e princípio de organização política e pela ideia de economia, que na época ainda se referia apenas a um pequeno conjunto constituído pela família e pela casa.

Posteriormente, alguns processos gerais como expansão demográfica do século XVII, ligada à abundância monetária e por sua vez ao aumento da produção agrícola pintariam o quadro geral em que ocorreria o desbloqueio da arte de governar, da governamentalidade, como dirá. Conexão, portanto, com a emergência do problema da população em um processo sutil que, “[...] quando reconstituído no detalhe, mostra que a ciência do governo, a centralização da economia em outra coisa que não a família e o problema da população estão ligados” (FOUCAULT, 2017d, p. 423).

A governamentalidade, entendida como

[...] o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer esta forma bastante específica e complexa de poder, que tem por alvo a população, por forma principal de saber a economia política e por instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança. (FOUCAULT, 2008, p. 143)

seria a maneira pela qual o poder do Estado é vitalizado. Diferente da soberania⁶², a governamentalidade emergiria como característica da modernidade tardia (BUTLER, 2020) e que teria sua gênese no pastorado cristão, como assegura em *Segurança, território, população*:

⁶² Embora possa dar a entender nesse trecho que a governamentalidade é uma forma de poder posterior a soberania, a passagem não deve ser lida dessa forma e por isso valho-me tanto de Foucault (2008, p. 143) quando assegura: “[...] as coisas não devem de forma nenhuma ser compreendidas como a substituição de uma sociedade de soberania por uma sociedade de disciplina, e mais tarde de uma sociedade de disciplina por uma sociedade, digamos, de governo. Temos, de fato, um triângulo – soberania, disciplina e gestão governamental -, uma gestão governamental cujo alvo principal é a população e cujos mecanismos essenciais são os dispositivos de segurança”, quanto de Butler (2020, p.77) que indica a leitura que desejo: “Mesmo quando Foucault apresentou um relato de governamentalidade que emergiu como consequência da desvitalização da soberania, ele pôs em questão a cronologia, insistindo que as duas formas de poder poderiam existir simultaneamente [...]. Do seu ponto de vista,

Parece-me que o pastorado esboça, constitui o prelúdio do que chamei de governamentalidade, tal como essa vai se desenvolver a partir do século XVI. **Ele preludia a governamentalidade de duas maneiras. Pelos procedimentos próprios do pastorado, [...], de não fazer agir pura e simplesmente o princípio da salvação, o princípio da lei e o princípio da verdade, por todas as espécies de diagonais que instauram sob a lei, sob a salvação, sob a verdade, outros tipos de relações. [...]** E preludia também a governamentalidade pela constituição tão específica de um sujeito, de um sujeito cujos méritos são identificados de maneira analítica, de um sujeito que é sujeitado em redes contínuas de obediência, de um sujeito que é subjetivado pela extração de verdade que lhe é imposta” (FOUCAULT, 2008, p. 243, grifos meus)

A análise do governo de Foucault baseia-se, assim, segundo Bröckling, Krasmann e Lemke (2010, p. 3) no pressuposto de que as técnicas pastorais acabaram por produzir formas de subjetivação a partir das quais emerge o Estado moderno e a sociedade capitalista: “[...] A qualidade particular dessa forma de governo especificamente moderna – de seres humanos em vez de “almas” conservaria os objetivos anteriores de felicidade, salvação e bem-estar são agora secularizados e rearticulados no quadro da problemática “política” do Estado”.

Operando por “[...] meio de políticas e departamentos, por meio de instituições burocráticas, por meio da lei, quando a lei é entendida como um “conjunto de táticas”, e por meio das formas de poder do Estado, embora não exclusivamente” (BUTLER, 2020, p. 75), ela permitiria não apenas a modificação do foco – a família passa a ser lida a partir da população, mas exigiria que todas as ações tenham por fim a vida da população. Para Foucault (2008), a Economia Política passaria a existir justamente como um dispositivo de saber-poder cujos saberes e cálculos estariam voltados para essa população.

No quadro dessa genealogia da governamentalidade, Foucault examina três formas de governo em particular: *a razão de Estado, a polícia e o liberalismo*⁶³. Quanto à primeira, dirá que emergia um interesse particular em se pensar o como se governa e como se governa:

[...] em que medida quem exerce o poder soberano deve encarregar-se agora de tarefas novas e específicas, que são as do governo dos homens? **Dois problemas de imediato: primeiro, de acordo com que racionalidade, que cálculo, que tipo de pensamento será possível governar os homens no âmbito da soberania?** Problema do tipo de racionalidade, portanto. **Em segundo lugar, problema do domínio e dos objetos: o que, especificamente, deve ser objeto desse governo dos homens, que não é o da Igreja, que não é o do pastorado religioso, que não é de ordem privada, mas que é da incumbência e da aleada do soberano e do soberano político?** Pois bem, hoje eu gostaria de lhes falar da primeira questão, a saber, do problema da racionalidade. **Ou seja: de acordo com que racionalidade o soberano deve governar?** E para falar em latim, vocês sabem que gosto de falar latim, direi: por

o que não é possível é prever qual forma essa coexistência tomaria nas atuais circunstâncias, ou seja, que a soberania, sob condições emergenciais em que o estado de direito é suspenso, ressurgiria no contexto da governamentalidade como a vingança de um anacronismo que se recusa a morrer.”

⁶³ Bröckling, Krasmann e Lemke (2010, p. 4, tradução minha) apontam que “[...] essas racionalidades governamentais não marcam, em sua maioria, etapas históricas no caminho para uma contínua “modernização” do estado; em vez disso, a diferença e a descontinuidade entre uma série de tecnologias de poder – lei, disciplina, técnicas de segurança – estão no centro da análise de Foucault.

contraste com a *ratio pastoralis*, qual deve ser a *ratio gubernatoria*? Bem, então, a razão governamental [está em questão] (FOUCAULT, 2008, p. 311, grifos meus).

O desenvolvimento dessa razão de Estado seria correlato do ocaso da soberania e marcaria a emergência da noção de Estados soberanos e concorrentes entre si: “[...] ela se abre para um tempo indefinido em que os Estados têm de lutar uns contra os outros para assegurar sua sobrevivência” (FOUCAULT, 2008, p. 491). A narrativa histórica que se estabelece então é da emergência um modelo de governo preocupado em seguir existindo e que, para isso, coloca no centro de suas preocupações dois grandes conjuntos de saber e tecnologia políticos: uma *tecnologia diplomático-militar*, que têm como função garantir e desenvolver as forças do Estado por um sistema de alianças e pela organização de um aparelho armado; e a *polícia*, entendida como um conjunto dos meios necessários para fazer crescer as forças do Estado.

Por fim, a *racionalidade liberal* e seu desdobramento neoliberal, que introduziu uma racionalidade de governo desconhecido daqueles da noções medievais “[...] a partir da centralidade do mercado como preocupação e, a partir dela, formas específicas de gestão a vida que podem ser pensadas ainda hoje” (VOLKART, 2019, p. 44). Foucault (2008, p. 229) esclarece que o que procura

[...] não se trata de uma "interpretação" do liberalismo que se pretendesse exaustiva, mas de um plano de análise possível da "razão governamental", isto é, dos tipos de racionalidade que são postos em ação nos procedimentos pelos quais a conduta dos homens e conduzida por meio de uma administração estatal.

Uma racionalidade do Estado, portanto, que atende aos desígnios da *biopolítica*, entendida como um conjunto de discursos, estratégias e práticas que se voltam tanto para o *corpo individual*, em formas disciplinares, quanto para o *corpo social*, em forma de regulamentação da população (FOUCAULT, 2010). A junção entre uma anatomopolítica do corpo individual e de uma biopolítica da espécie (FOUCAULT, 2010) exige a modificação das técnicas e dos objetos do poder-saber. Não apenas a disciplinas do sujeito, mas o problema da economia e do governo do povo. Dessa forma, assegura Foucault (2008b, p. 439)

O que deveria ser estudado agora e a maneira como os problemas específicos da vida e da população foram postos no interior de uma tecnologia de governo que, sem ter sempre sido liberal, longe disso, não parou de ser acossada desde o fim do século XVIII pela questão do liberalismo.

Note-se que, a par dessa série de deslocamentos, Foucault (2009, p. 159) já fazia notar o papel da sexualidade: e sua conformação com os processos de subjetivação: “O sexo é o acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida da espécie”. Como afirmei no capítulo um, o dispositivo da sexualidade emergia em conjunto com suas primeiras análises sobre a biopolítica e assim, lemos em *A vontade de saber* que

Por volta do século XVIII nasce uma incitação política, econômica, técnica a falar do sexo. E não tanto sob a forma de uma teoria geral da sexualidade mas sob a forma de análise, de contabilidade, de classificação e de especificação através de pesquisas quantitativas ou causais. Levar “em conta” o sexo, formular sobre ele um discurso que não seja unicamente o da moral, mas da racionalidade [...] O sexo não se julga apenas, administra-se. Sobreleva-se ao poder público; exige procedimentos de gestão. (FOUCAULT, 2017a, p. 26-27)

Este governo sobre a espécie, baseado no cálculo e na estatística, é um *poder sobre a vida*. Conforme Foucault, a governamentalização do Estado estaria intimamente relacionada à desqualificação da morte, expulsa dos limites do poder. Se o poder soberano era caracterizado por sua capacidade de fazer morrer, o Estado biopolítico e suas técnicas de governo reúnem dispositivos de segurança, cuja função é fazer viver.

No interior dessas modificações, a saúde e a doença vão ter seus sentidos recompostos. Todavia, o problema da morte permanecerá em aberto: como permanecer excluindo tirando a vida numa sociedade em que a morte aparece como um limite? Para Foucault (2010), a resposta reside nos racismos de Estado, na produção de certas formas de subjetividade “matáveis”: anormais, perigosos, degenerados. Em nome da segurança da população, novas tecnologias de manutenção da saúde e da expulsão – “[...] *a morte política, a expulsão, a rejeição, etc*” (FOUCAULT, 2010, p. 216, grifos meu) – da vida “biologicamente inferior”. O que Foucault (2010, p. 215) chama de “cesura biológica”, no interior dos dispositivos biopolíticos de governo, é o que se entende pelo racismo e pelo adensamento da problemática da raça nos séculos XVIII e XIX: “A raça, o racismo, é a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização”. Assim, Foucault defende que a biopolítica seja uma questão de governamentalidade, a qual, no âmbito da razão liberal, se articularam saberes e técnicas totalizantes e, ao mesmo tempo, de penetração em práticas cotidianas (VOLKART, 2019).

Nesse íterim, suas leituras contemporâneas tratam de discutir as potências da biopolítica, na forma da ambiguidade que lhe constitui, do cuidado da população e da otimização da vida, por meio do controle, da vigilância, da regulamentação, da normatividade e da medicalização da vida. Lemke (2010) propõe que essas leituras possam ser divididas em dois esquemas: o primeiro teria vez na filosofia e na teoria social e política, questionando como funciona a biopolítica e que contraforças ela mobiliza, além de procurar traçar uma distinção histórica e analiticamente das formas “clássicas” de representação e articulação política. Já a segunda linha de recepção teria como ponto de partida a sociologia da ciência e tecnologia, a história da ciência e da medicina e a antropologia cultural, juntamente com a teoria feminista e os estudos de gênero e seu principal interesse seria a análise de como o corpo vivo passa a ser entendido como um texto legível e regravável a partir do desenvolvimento da biopolítica.

Acerca da primeira linha de recepção e em correlação com estudos de Foucault sobre os racismos de Estado, Agamben (2010, p.169) trata de uma leitura da biopolítica segundo o paradigma do campo – “[...] o espaço desta absoluta impossibilidade de decidir entre fato e direito, entre norma e aplicação, entre exceção e regra [...] –, cuja genealogia remonta à Antiguidade. O italiano faz notar que o biopoder elege o homem vivente como o sujeito político. Na contemporaneidade, porém, se adensa a separação entre as modalidades de vida. Assim, se os gregos postulavam uma diferença entre a *zoé* e a *bíos*, o paradigma do campo captura o vivente em *zoé* (a vida natural), vida nua e *homo sacer*, numa exclusão que passa a incluir aqueles sujeitos cujo estatuto de cidadania poderia lograr o espaço da *bíos* (a vida própria do cidadão).

Se a modernidade, para Agamben (2010, p.171), marca-se pelo *paradigma do campo* como definidor do político, a vida biológica, nos moldes da *zoé* grega, torna-se um assunto estratégico para o governo e para os Estados. Disciplinar os corpos individuais e regular o corpo da população são táticas que dizem respeito à produção dos dispositivos de segurança e, no limite, à anfíbolia da problemática do “povo”, que aparece como questão fundamental. Agamben (2010, p.173) observa que é justamente no povo a ser protegido que reside a ambiguidade fulcral: uma exclusão de certas modalidades de vida biológica (dir-se-ia, uma racialização) e uma assunção de certos grupos. Como “fratura fundamental”, o povo guarda no bojo tanto a exceção da vida nua quanto a promessa da cidadania e da pertença à ordem da *bíos*.

Hardt e Negri (2001, p. 43-44), por sua vez, pensando na transformação da biopolítica na pós-modernidade, entenderão que o biopoder se refere a uma “[...] forma de poder que regula a vida social por dentro, acompanhando, interpretando-a, absorvendo-a e a rearticulando”. Enquanto nas análises microfísicas, a disciplinaridade fixava os indivíduos dentro de instituições e não lograva êxito em consumi-los no ritmo das práticas de socialização, quando o poder se torna inteiramente biopolítico, “[...] se estende pelas profundezas da consciência e dos corpos da população – e ao mesmo tempo através da totalidade das relações sociais”. Deslocando seu olhar de uma dinâmica global em que a população é objetivada, os autores buscam notar como ela é tomada não só pelos Estados-nação e suas políticas públicas, mas por instituições heterogêneas e seus sistemas de comunicação que

[...] não apenas organizam a produção em uma nova escala e impõem uma nova estrutura adequada ao espaço global, mas também tornam imanente sua justificação. **O poder, enquanto produz, organiza; enquanto organiza, fala e se expressa como autoridade. A linguagem, à medida que comunica, produz mercadorias, mas, além disso, cria subjetividades, põe umas em relação às outras, e ordena-as.** (HARDT; NEGRI, 2001, p. 52).

Naquilo que diz respeito ao segundo esquema de inteligibilidade da biopolítica, Didier Fassin (2006, 2010) propõe uma ampliação do estudo acerca da biopolítica, não nos moldes foucaultianos, já que Foucault estaria mais interessado nas práticas sociais que são exercidas sobre os corpos e populações e têm influência no curso das vidas individuais e histórias coletivas, produzindo sujeitos e não no governo da vida em si⁶⁴, distanciando-se de outros dois autores preocupados com a temática: Georges Canguilhem e Hannah Arendt. Esses teriam elencado a vida no centro de seus trabalhos; o primeiro, a partir de uma reflexão epistemológica, concentrando todos os seus esforços na materialidade da vida, isto é, o organismo vivo e o que o conecta com a experiência da vida – a ciência do viver -, enquanto Arendt, a partir de uma teoria moral, faz uma análise crítica do "processo vital" como o motor da história – a política dos vivos .

Fassin (2006) propõe então a adição aos dois ramos do estudo da biopolítica de Foucault - o poder e o sujeito - um terceiro termo: a vida. Essa problematização partiria então de reatar a tensão inaugural entre zoé e bios, entre a vida nua e a vida social, já que os dois conceitos estariam no cerne da biopolítica contemporânea, na qual são redefinidos permanentemente, como apontou Agamben (2002). É nesse enquadramento que Fassin (2006) expõe as pesquisas que desenvolveu com estrangeiros na França e sobre a epidemia de AIDS na África do Sul, investigações situadas nas fronteiras da vida nua e da vida social, dos vivos e de experiência vivida, onde a biologia encontra a política. De acordo com o autor, essas pesquisas envolvem uma orientação que ele denomina de moral:

[...] eu chamarei de moral no sentido de não definir normas e valores, delimitando o bem e o maligno, o justo e o iníquo, a verdade e a mentira, mas para examinar como constituem, em um determinado contexto histórico e geográfico, essas normas e valores, essas linhas divisórias entre o bem e o mal, o certo e o errado, a verdade e a mentira (FASSIN, 2006. p. 40, tradução minha).

Em consonância com o pensamento de Michel Foucault e na tentativa de ampliá-lo, Fassin (2006) expõe as perguntas que norteiam suas pesquisas: Quais são as normas e valores subjacentes à política da vida nas sociedades contemporâneas? Como elas informam a produção e a renovação da categoria de humanidade como constituída no século XVIII, tanto como uma

⁶⁴ Fassin (2006) destaca que embora Foucault não estivesse preocupado com a política da vida, uma exceção aparece no curso *Em defesa da sociedade*. Neste ciclo de conferências em torno da temática da guerra das raças, Foucault entrelaça a questão biológica e a questão política, mostrando como, por um breve momento, “[...] a biopolítica toma para si o direito à violência, eugenia e genocídio, à biologia de racismo e política do nazismo, exclusão e extermínio do outro com base na naturalização de sua diferença no mundo ocidental [...], em outras palavras, a inscrição de zoé no coração da bios” (FASSIN, 2006, p. 38-39, tradução minha). Para o autor (2002), assim como Foucault problematizou o poder, seria necessário (re)problematizar o conceito de biopolítica.

espécie (um coletivo biológico compartilhando mesmas características) e como um sujeito de direitos (reconhecimento político de uma pertença comum no mundo)? Para esse intento, o autor assegura ainda que a reabilitação de uma reflexão moral em seus trabalhos não significa a renúncia de uma análise política, mas pelo contrário, a primeira completaria e enriqueceria a segunda.

Mostrando como a questão da vida (e das estatísticas) sempre é ligada, de algum modo, a questões morais e também como essa mesma questão nunca pode ser pensada separadamente da questão da desigualdade, ele afirma que são escolhas coletivas que determinam em grande parte o que será a vida dos vivos e reitera que ao invés do biopoder, que é um poder na/da vida, o estudo das sociedades contemporâneas nos convida a considerar a biolegitimidade, que é a legitimidade da vida, ou seja, o reconhecimento da vida biológica e como ela é formada, regulamentada e normalizada e açambarcada por economias morais e políticas.

Por sua vez, Butler (2016) faz notar a relação entre a biopolítica e a precariedade de gênero, que relaciona a ontologia ao corpo. A filósofa norte-americana interroga a produção normativa das ontologias, cujo resultado é uma separação entre espécies de vida e modalidades de sujeito: “há ‘sujeitos’ que não são exatamente reconhecíveis como sujeitos e há ‘vidas’ que dificilmente – ou, melhor dizendo, nunca – são reconhecidas como vidas.” (BUTLER, 2016, p.17). Apontando que o reconhecimento é uma prática normativa, Butler (2016) descreve a condição contingente e precária dos sujeitos no mundo e, a partir daí, advoga a respeito da produção de diferenças no interior da contingência: há vidas, generificadas e racializadas, sobre as quais incide uma maximização da precariedade como estratégia de governo e de violência. A autora faz emergir a série de cisões que permitem a existência de vidas passíveis de luto e outras que normativamente são excluídas – do debate público, das normas de reconhecimento.

A biopolítica designaria então apenas um setor limitado de todo o campo das práticas refletidas de governo e em seu sentido estrito seria a racionalização das práticas de um determinado tipo de relação de poder, aquela que se estabelece entre Estado e população e que se refere a fenômenos imanentes à população, como a saúde e a higiene. De acordo com Castro (2012), a formação do biopoder torna possível a reintrodução das noções de raça e de guerra de raça com um novo sentido, especificamente biológico, que determinará a aparição do racismo moderno, biológico e de Estado – em outras palavras, o direito soberano de poder matar justifica-se e passa a ser exercido biologicamente, no corpo e na vida.

Dessa perspectiva, Caponi (2004) assinala que, pela primeira vez na história, o biológico ingressa no registro da política: a vida passa a entrar no espaço do controle de saber e da intervenção do poder. O sujeito, na qualidade de sujeito de direitos, passa a ocupar um segundo

plano em relação à preocupação política por maximizar o vigor e a saúde das populações. Diante dos riscos, cabe ao governo mensurar, esquadrihar, medir e alinhar as possibilidades de garantir a segurança, separando as espécies, as modalidades de sujeito e seu potencial mais ou menos perigoso. Com o biopoder, há uma importância crescente da norma em seu relacionamento com a lei, pois é preciso definir e redefinir o normal em contraposição àquilo que se lhe opõe, a figura dos anormais, incorporada logo à categoria de degeneração que se inscreve nas margens do jurídico.

Se entendemos os dispositivos de governo biopolíticos e suas estratégias racializantes de manutenção da vida da população e a centralidade da saúde na produção da segurança, a rede de discursos sobre a aids e o hiv deve ser lida não apenas sob o viés legal-jurídico, mas de acordo com estratégias polivalentes e ubíquas, como se propõe esta tese. Cabe, pois, descrever o funcionamento dos discursos das políticas públicas que tratam do hiv e da aids e que materializam uma forma específica de governo sobre a vida.

3.2 (BIO)POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER

As políticas públicas de saúde da mulher servirão nesta tese para elaborar uma espécie de abordagem discursivo/antropológica do Estado a partir dos conceitos foucaultianos de governamentalidade e biopolítica, uma vez que O *Nascimento da biopolítica* (2008b, p. 4-5), o filósofo francês apresenta a opção metodológica adotada em seus empreendimentos: ao invés de partir dos universais (soberanos, Estado, sociedade civil), “[...] para deles deduzir fenômenos concretos [...], partir dessas práticas concretas e, de certo modo, passar os universais pela grade dessas práticas”. Entenderei as políticas analisadas aqui enquanto discursos, uma vez que, como já apontou De Fátima Guareschi (2008, p. 13),

[...] a saúde da mulher torna-se um discurso na medida em que existe dentro de uma ordem discursiva, ocupa uma posição estratégica, figura com certo status, permite dizer o que é da ordem do verdadeiro e do falso e, mais do que isso, se apresenta hoje como uma forma de produção de sujeitos. Nessa lógica, falar em saúde da mulher é falar de um tipo de experiência em que verdade, política e subjetividade estão em jogo.

Assim, entendidas como discursos que incidem sobre a vida de mulheres e determinam não apenas o seu modo de viver, como também a experiência que fazem de si mesmas (DE FÁTIMA GUARESCHI, 2008), apresento um quadro geral das políticas públicas de saúde do Brasil, embora, não me ocupe de traçar um histórico dessas políticas públicas consolidadas desde a Constituição Federal de 1988 no Sistema Único de Saúde.

Da perspectiva da governamentalidade que adoto, as políticas de saúde têm se mostrado intrinsecamente relacionadas ao contínuo médico-jurídico descrito por Foucault (2008), estabelecido na rede de saberes e práticas que tanto prescrevem o cuidado com o corpo biológico quanto engendram modalidades de captura desse corpo sob o viés político, jurídico e social. A medicina, dessa perspectiva, passa a fazer parte de um saber ampliado, moral e, no limite, autoritário, não restrito à suposta objetividade da doença e do doente: “[...] a saúde é o objeto de uma verdadeira luta política” (FOUCAULT, 2010a, p. 170). Da ordem da biopolítica, as políticas públicas atuam e produzem efeitos no corpo individual e no corpo populacional e as respostas que dão oferecem tanto a possibilidade de controle quanto de eficácia no enfrentamento de vários problemas da ordem do governo.

Ressalto que as políticas públicas são definidas como respostas do Estado a problemas que emergem na sociedade – como dispositivos, portanto – e são consolidadas em conjuntos de diretrizes que explicitam o posicionamento político do Estado frente a problemas de interesse público (FERRAZ; KRAICZYK, 2010). Nesse escopo, as políticas públicas de saúde, de acordo com Ferraz e Kraiczuk (2010) “[...] têm por função definir a resposta do Estado às necessidades de saúde da população, visando a ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em nível individual e coletivo”. Nesse cenário, resgato os discursos materializados em dois documentos: o primeiro, da década de 1980 que é tido como marco na implantação nas políticas de saúde da mulher no país, o *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher*; o segundo, elaborado vinte anos mais tarde, que transforma o Programa em uma *Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher*. Uma vez que as seções seguintes tratarão de pensar nas políticas públicas que se referem especificamente a aids e ao hiv, nos parágrafos abaixo, meu foco de análise recairá sobre os enunciados que deixem entrever as possibilidades de correlação entre a doença e as mulheres.

No Brasil, a política de saúde pública está consolidada desde a Constituição Federal de 1988 no Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios a universalidade e a equidade no acesso aos serviços e ações de saúde e a integralidade da atenção, operacionalizando-se pelas diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização do cuidado e de participação da comunidade. Dessa forma, o SUS é o produto da luta do movimento da reforma sanitária brasileiro e estabelece a saúde como um direito universal, sendo dever do Estado prover o acesso à saúde a todos os cidadãos e cidadãs. O desafio colocado ao SUS, portanto, era de que a política de saúde se construísse e se implementasse na perspectiva do acesso universal, reconhecendo as desigualdades existentes no interior da sociedade e criando respostas para minimizá-las (FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

Quando se trata das políticas de saúde da mulher no país, a literatura especializada aponta que uma preocupação específica foi incorporada às políticas nacionais durante o século XX, mas essa incorporação era limitada e tinha como foco principal as demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas de saúde elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970 baseavam-se apenas na especificidade biológica da mulher e no seu papel social de mãe, responsável pela educação e cuidado com os filhos e demais familiares⁶⁵.

Isso posto, apresento um apanhado sobre as principais políticas nacionais de saúde para as mulheres, a partir da década de 1980, uma vez que, como aponta De Souza Phillipi (2010, p. 125),

O Movimento da Reforma Sanitária, na década de 80, surge com força através dos movimentos sociais e dos movimentos feministas reivindicando a saúde da mulher sem fragmentação e não reducionista, denunciando as desigualdades nas condições de vida e nas relações de gênero, apontando as dificuldades associadas à sexualidade e à saúde reprodutiva, anticoncepção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis – DST/Aids e ainda a sobrecarga do trabalho feminino. Essas desigualdades e condições de vida se refletem na saúde da mulher.

Sublinho, no entanto, que os deslocamentos e transformações apresentados não são pensados como progressos ou melhorias, mas como discursos que podem ser ditos, têm emergência em determinadas épocas (Foucault, 2017a). Nesse sentido, desde o final dos anos 1970, ocorreram importantes transformações nas relações entre Estado e sociedade no Brasil, sob impacto de dois condicionantes principais: a democratização e a crise fiscal. As mudanças que se processaram a partir de então foram construídas com a participação de diversos atores e podem ser marcadas por dois momentos: a democratização dos processos decisórios e dos resultados das políticas públicas, reivindicando-se a ampliação do leque de atores envolvidos nas decisões; e a inclusão de novos segmentos da população brasileira entre os beneficiários das políticas públicas (FARAH, 2004).

Foi a partir dos anos 1980, com a criação do *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher* (PAISM), que se inaugurou uma outra perspectiva nacional referente à saúde da mulher. Nessa direção, o PAISM teve sua emergência ligada aos movimentos organizados de mulheres que, na época, ganhavam destaque nas esferas do poder público e que “[...] passaram a colocar a questão da sexualidade feminina em outros termos, deslocando o eixo da discussão para situar a anticoncepção no contexto da saúde reprodutiva, como um direito das mulheres”

⁶⁵ Acerca desses programas, ver Silva (2021). A autora, ao analisar os discursos documentados das políticas públicas brasileiras de saúde para mulheres de 1920 a 2019, nota que eles se direcionam para os direitos reprodutivos e as contracepções e ora podem ser positivados pela visibilidade que dão às mulheres e a seus direitos, ora são lidos como discursos médicos-científicos-jurídicos que respondem a estratégias de uma governamentalidade biopolítica e que produzem modos normativos de subjetivação.

(NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 654). Pinto (2003, p. 84) lembra que na década de 1980 a luta feminista em relação à questão da saúde foi fundamental em dois níveis: “[...] na criação de grupos que buscavam formas alternativas de atendimento à mulher e na implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) [...]”

Sob impacto do movimento feminista e dos movimentos sociais urbanos de temas específicos à vivência das mulheres, o PAISM foi resultado da convergência de interesses e concepções do movimento sanitário e do movimento feminista, irradiando-se dentro da rede de serviços de saúde como um novo pensar e agir sobre a questão da saúde da mulher. Medeiros e De Fátima Guareschi (2009, p. 39) apontam que “[...] o documento representa um marco histórico nas políticas públicas, em que a integralidade passa a ser vista como resultado de uma atitude ética e técnica dos profissionais e de uma adequação da estrutura dos serviços de saúde”. O programa ampliaria a concepção até então hegemônica de “saúde da mulher”, restrita à atenção ao pré-natal e ao parto e construiu uma proposta de atenção à saúde que tomasse as mulheres na sua condição de cidadãs, portadoras de múltiplas necessidades de saúde, às quais o Estado deveria responder (FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

Produzido a partir de outro documento, *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática* (BRASIL, 1984), o qual priorizava a

[...] assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; **o controle das doenças transmitidas sexualmente**, do câncer cérvico-uterino e mamário, e **a assistência para concepção e contracepção** (BRASIL, 1984, p. 6, grifos meus).

Lida como mudança positiva na qualidade das políticas de saúde da mulher no país (DE MEDEIROS; DE FÁTIMA GUARESCHI, 2009), a inclusão dos discursos de contracepção no documento partia do entendimento da mulher como sujeito ativo no cuidado de sua saúde. Sob essa perspectiva, o PAISM romperia com o enfoque central dos programas de saúde materno infantil anteriores, que visavam a intervir sobre os corpos das mulheres-mães, assegurando que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades de reprodução social, com enfoque nos direitos reprodutivos das mulheres, como nota-se no enunciado abaixo:

A estratégia de assistência integral à saúde da mulher constitui importante instrumento do anseio comum das correntes envolvidas no debate do controverso tema do planejamento familiar - o direito de todos os segmentos da sociedade à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham como indivíduos ou como casais. Para que esse direito possa ser efetivamente exercido, é necessário que os indivíduos tenham conhecimento das possibilidades de influir no ritmo da procriação e tenham acesso às informações e aos meios para que possam intervir, se assim o desejarem, para separar o exercício da sexualidade da função reprodutiva e, em conseqüência [sic], exercer na plenitude o planejamento de sua prole, objetivo complexo, porém, de alcance possível com a implantação e firme execução da proposta de assistência

integral à saúde da mulher e o apoio desejado de todos os segmentos da sociedade. (BRASIL, 1984, p.15).

De Fátima Guareschi (2008, p. 58) aponta que o PAISM teve emergência como o primeiro programa de saúde pública para mulheres que trouxe consigo “[...] uma divisão importante de opiniões: como algo que permite a legitimação do direito de escolha das mulheres em relação à vivência da sua sexualidade (direitos reprodutivos) e como fonte de dúvidas quanto ao seu uso para o controle de natalidade”. A autora também argumenta que o PAISM materializa o movimento social no qual estava inserido:

[...] ele não apenas acontece em função do movimento social, mas também passa a descrever o objeto mulher como o próprio feminismo – além de propor o sujeito do feminismo [...] Isso quer dizer que as práticas em saúde não são uma benesse social, mas uma formação histórica que precisa responder a uma urgência: é uma estratégia política que precisa dar conta das necessidades do sujeito do movimento feminista e do mundo do trabalho e que produz uma racionalidade naquele tempo-espaço. Nesse caso, a saúde é um conjunto de práticas discursivas e não-discursivas que se constituem em certa formação histórica (DE FÁTIMA GUARESCHI, 2008, p. 58).

Além de considerar aspectos relativos à dimensão “procriativa”, a proposta de assistência integral à saúde da mulher anunciada pelo PAISM incluía

[...] ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres. (BRASIL, 1984 *apud* BRASIL, 2004, p.17, grifos meus).

e em seu documento base, mecanismos positivos (FOUCAULT, 2014) portanto. Entre os principais problemas de saúde identificados na população feminina, se materializavam registros sobre infecções sexualmente transmissíveis⁶⁶:

- **Outro problema, que surge com frequência [sic] cada vez maior, está relacionado às doenças sexualmente transmitidas**_ A experiência clínica em diversas regiões do Brasil revela um aumento progressivo de infecções gonocócicas e da sífilis. Com frequência [sic] semelhante, aparecem também a condilomatose e a tricomoníase. Esta última, embora menos grave, afeta em torno de 10 % das mulheres sexualmente ativas (11). (BRASIL, 1984, p. 11, grifos meus).

- **No grupo de mulheres adolescentes, fatores como a alta incidência de doenças sexualmente transmitidas**, a gravidez antes dos 15 anos de idade e a ocorrência de óbitos por causas obstétricas diretas indicam a necessidade de ações de saúde mais abrangentes, **capazes de acompanhar as mudanças de comportamento ocorridas na sociedade brasileira nos últimos anos.** (BRASIL, 1984, p. 12, grifos meus).

⁶⁶ Assim como em Butturi Junior e Lara (2018), continuarei a usar IST ao invés de DST quando retomo os enunciados dos documentos de acordo com minha voz enunciativa. Acreditamos que, ao utilizar a nomenclatura IST – infecções sexualmente transmissíveis – não apenas nos filiamos às discussões contemporâneas como colocamos em suspensão a própria discursividade da doença que o termo DST traz no bojo.

Entre as ações necessárias para acompanhar essas mudanças, a proposta do documento, açambarcaria principalmente à assistência clínico-ginecológica, a qual deveria adotar um “[...] conjunto de procedimentos, aplicáveis indistintamente a todos os elementos do grupo feminino, independentemente do exercício da atividade sexual, prévia ou atual, e da fase da vida reprodutiva” (BRASIL, 1984, p. 18). Entre eles, pregava-se que em todos os contatos das mulheres com os serviços de saúde, seriam ofertadas informações sobre o exercício da sexualidade, a “[...] prevenção de doenças sexualmente transmitidas, do câncer cérvico-uterino e de mama, bem como a melhoria dos hábitos higiênicos e dietéticos.” (BRASIL, 1984, p. 18).

Nesse ponto, abro outro parêntese e volto às pesquisas de campo que versavam sobre a sexualidade da mulher brasileira nos anos 1980 para interpretar os enunciados do documento. Muraro (1983), é quem publica os primeiros trabalhos ligados à sexualidade da mulher brasileira no Brasil pós-64, evidenciando que naquela época a maioria das instituições de cunho político de mulheres, havia sido reprimida e uma única instituição que ainda guardava alguma representatividade era o Conselho nacional de Mulheres⁶⁷. Naquela época, afirma Muraro (1983, p. 13-14)

O que se sabia dos movimentos feministas que emergiam nos países industrializados, a partir de meados da década de sessenta, era muito pouco. O que se divulgava pela grande imprensa eram estereótipos, produzidos pelas classes no poder nesses países, de que as mulheres se organizavam contra os homens, queimavam sutiãs, começavam a praticar o lesbianismo ou, então, eram um bando de “machonas” ou mal amadas, etc.

No entanto, teria sido nesse mesmo contexto nacional, que explodiria em termos de opinião pública, “o problema da mulher”, em 1971. A televisão, revistas, jornais envolveram-se no debate do feminismo e os meios de comunicação nacionais não deixavam de trazer continuamente vários “problemas” da sexualidade da mulher em suas manchetes (MURARO, 1983). Conseqüentemente, é mister assumir a luta discursiva que se estabelecia no país na década de 1970: se a abertura da década anterior possibilitou maiores liberdades para determinados grupos e inclusive a multiplicação de debates relativos a questões que envolviam as mulheres, ao mesmo tempo, as discussões eram cerceadas tanto pelo regime ditatorial e a censura, quanto pelas reações do público frente aos temas abordados na mídia nacional.

Nesse quadro, Muraro (1983) questionava: O que é a sexualidade feminina e como age o dispositivo da sexualidade no Brasil em relação ao homem e a mulher? A tarefa empreendia

⁶⁷ O conselho era presidido por Romy Medeiros da Fonseca, que em 1962 elaborou a lei 4121, a qual mudava a condição da mulher casada no Brasil, antes vista como incapaz de realizar determinadas atividades. A lei, teria papel na emancipação da mulher ao permitir, por exemplo, que ela pudesse tornar-se economicamente ativa sem necessitar da autorização do marido, e pudesse ter direito sobre a guarda dos filhos em caso de separação.

em 1982 pela autora, mostra que a sexualidade das mulheres brasileiras aparecia menos centrada sobre os órgãos sexuais que a dos homens. Quando questionadas sobre a melhor vida, se a do homem ou a da mulher, em todas as classes analisadas, as mulheres responderam que era a do homem e citaram os motivos: a liberdade, a mobilidade e o prazer sexual que eles sentiam.

Já em *O espelho de Vênus: identidade social e sexual da mulher*, publicado em 1981, há o relato de 53 mulheres de diferentes níveis socioeconômicos, com idades entre 10 e 84 anos residentes na região metropolitana do Rio de Janeiro. Fruto das experiências de um grupo de reflexão feminista – o grupo CERES, o trabalho buscava “[...] registrar as vivências de mulheres de diferentes origens e gerações, de tal maneira que todas nós pudéssemos ver-nos neste espelho, recuperando a nossa imagem” (ALVES *et al.*, 1981, p. 16)

A partir dos relatos coletados, as autoras discutem os modos adotados por aquelas mulheres para sobreviver, que ora recorriam a estratégias de passividade, ora de desconhecimento e medo, embora muitas mulheres que participaram do estudo dirigissem suas vidas e tomassem iniciativa no que tange à vida sexual, ou seja, um jogo de táticas que situa a contradição daquilo que seria ser mulher. Para as autoras isso se dá em função dos discursos patriarcais que localizam a mulher na posição de objeto

Na relação de poder entre os sexos, ela adota o discurso masculino e através dele se descreve, se atribui, se avalia. Ao mesmo tempo, esse discurso dominante é retraduzido, modificado, através da experiência cotidiana da dominação. A mulher constrói assim uma fala própria. Em muitas das entrevistas podemos constatar que quando uma mulher fala de si mesma, de seu corpo ou de sua vida, o que ela enfatiza é um processo no qual participa sempre na qualidade de “vítima”, “paciente”, “receptora”, ou “espectadora”. (ALVES *et al.*, 1981, p. 314)

Acompanhando as narrativas sobre as práticas sexuais das mulheres da pesquisa, o que se constata é que aquelas que assumiam o próprio desejo rompiam com o padrão de comportamento esperado da mulher naquela época e se autointitulavam como desviantes, malucas, “atiradas”. Eram essas as mulheres que também percebiam os mecanismos discursivos que pretendiam encaixar as mulheres em modelos de comportamento rígidos e que delimitavam o que era permissível em suas práticas sexuais. Essas mulheres passavam a “assumir uma certa condescendência, uma certa superioridade para com a fraqueza do companheiro”.

Quanto às estratégias de desconhecimento e negação do saber sobre a sexualidade, as autoras evidenciam que

Moldar a identidade pelo desconhecimento é uma estratégia de sobrevivência no sentido de cumprir o modelo de pureza que a nossa cultura traça para a mulher. **Se o saber é uma forma de exercício de poder pela qual o indivíduo traduz e se apropria do mundo, saber que não deve saber é também uma forma de**

apropriação condizente com a posição subordinada da mulher. (ALVES *et al.*, 1981, p. 328, grifos meus)

Outra estratégia referida na pesquisa é o silêncio sobre a sexualidade, mas não um silêncio enquanto ausência do discurso e sim como uma forma específica, que transmite modelos do “ser mulher” que tem seus alicerces em um paradoxo: o silêncio é acionado para manter a sexualidade da mulher exo-referida, seu corpo é alardeado e visibilizado enquanto objeto de desejo do homem e a estratégia do silêncio, utilizada como mecanismo de poder é apenas aparentemente rompida pelo alardeamento e sexualização do corpo, na medida em que essa proliferação discursiva emerge apenas para enfatizar a condição de objeto desse corpo.

É nessa trama instaurada pelos dispositivos de gênero e sexualidade da mulher – embora eles não sejam suficientes para dar conta da complexidade dos mecanismos - e suas estratégias, tal como elas se apresentam no início dos anos 1980, que os discursos das políticas públicas que destaco se apresentam e deixam a possibilidade de se pensar em estratégias biopolíticas de efeitos práticos (como as práticas pedagógicas, traduzidas pelos documentos como *ações educativas*) em que o saber médico incidirá sobre os corpos, *independentemente do exercício da atividade sexual, prévia ou atual* a partir de estratégias de normalização, as quais, resgatam inclusive os conceitos de limpeza e higiene – “*bem como a melhoria dos hábitos higiênicos*” - exortações morais sobre a saúde, “[...] que insistem na limpeza como requisito para gozar de boa saúde, ou seja, para poder trabalhar a fim de que os filhos sobrevivam e, por sua vez, assegurem o trabalho social e a produção. A limpeza é a obrigação de garantir uma boa saúde ao indivíduo e àqueles que o rodeiam” (FOUCAULT, 2010, p.169). Como ensina Foucault (FOUCAULT, 2010a, p. 183, grifos meus), os discursos documentados pelo PAISM e que orientam a prática médica deixam entrever traços em que essa prática parece se dedicar “[...] a outros campos que não as doenças e **segundo um sistema de relações que não é dirigido pela demanda do doente**”.

Entretanto, o resgate das pesquisas de Muraro (1983) e Alves *et. al* (1981), lembra que os mecanismos do tipo estatal – nesse caso os documentos das políticas públicas – não podem ser lidos como origem ou ponto de acumulação dessas estratégias, mas que antes remetem sua condição de possibilidade a outros tantos campos políticos de que fazem parte (FOUCAULT, 2014), entre eles, destaco a partidarização e a institucionalização do movimento feminista no Brasil (PINTO, 2003), o qual, no país, além de debater as solicitações contra a ditadura militar e pela redemocratização, propusera debates sobre a sexualidade, o direito ao prazer e ao aborto (DUARTE, 2019). Além disso, Pinto (2003) lembra que ao lado de posições mais políticas,

identificadas partidariamente, firmaram-se no país grupos autônomos organizados em torno de duas temáticas específicas, como a violência e a saúde. Acerca da segunda temática, dirá:

Um tema particularmente sensível e controverso devido à sua abrangência e às relações com o Estado que ele implica. Além de temas tradicionais como os cuidados com a maternidade e com a prevenção do câncer, a questão da saúde da mulher pressupunha outros temas que envolviam controvérsias e preconceitos: planejamento familiar, sexualidade e aborto. (PINTO, 2003, p.83)

Nesse processo, os discursos contidos no PAISM podem ser lidos como “[...] uma das mais bem-sucedidas intervenções de um movimento social organizado na esfera das políticas públicas” mas que “[...] a longo prazo deixou de ser uma política pública abrangente, se restringindo a experiências pontuais” (PINTO, 2003, p. 84-85).

Antes de me ater às transformações discursivas do documento em 2004 e seus efeitos, resgato brevemente alguns enunciados produzidos no âmbito da IV Conferência Mundial sobre a Mulher de Pequim, em 1995. Esse movimento é necessário, uma vez que na conferência três importantes modificações têm emergência discursiva: o conceito de gênero, a noção de empoderamento e o enfoque da transversalidade, que delineariam novas estratégias de abordagem nas políticas públicas também no Brasil, além da assunção de uma terminologia ligada aos direitos sexuais, em que “[...] a possibilidade de livre decisão sobre a sexualidade e a reprodução apareceram enfatizados e incluídos em uma preocupação mais ampla de combate à discriminação e à violência cometida contra mulheres e meninas”. (VIANNA; LACERDA, 2004, p. 28).

Na apresentação do documento, Viotti (1995) afirma que

O Brasil teve participação ativa na Conferência de Pequim e em seu seguimento. A participação brasileira beneficiou-se de intenso diálogo entre Governo e sociedade civil, assim como de interação construtiva com os demais Poderes do Estado, em especial parlamentares e representantes de conselhos estaduais e municipais sobre a condição feminina. A forte articulação com o movimento de mulheres, estabelecida desde então, tornou-se elemento essencial à formulação das políticas públicas no Brasil, que hoje incorporam a perspectiva de gênero de forma transversal, e não mais em ações pontuais.

Acerca a transversalidade de gênero, os discursos documentados na apresentação de Viotti (1995, p. 149) enfatizam que o conceito “[...] busca assegurar que a perspectiva de gênero passe efetivamente a integrar as políticas públicas em todas as esferas de atuação governamental”. Barbosa (2005, p. 5), dirá que ele representa uma “[...] matriz que permite orientar uma nova visão de competências e responsabilização dos agentes públicos em relação à superação das assimetrias de gênero, nas e entre as distintas esferas do governo”. No campo das políticas de saúde voltadas à mulher, Farah (2004) mostra que o conceito aparece nas

[...] tentativas de superação das políticas centradas exclusivamente em programas de saúde materno- infantil ampliando a agenda de gênero para “todas as etapas da vida da mulher, incluindo cuidados com a saúde mental e ocupacional, ações voltadas ao controle das DST, prevenção do câncer e na área do planejamento familiar” (FARAH, 2004, p.57).

No documento, terão irrupção também os discursos sobre a aids e o hiv e sua relação com as mulheres, notadamente no capítulo dois, item 37 do documento, que trata de descrever o contexto mundial:

37. No início de 1995, o número total de casos da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) era de 4,5 milhões, segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS). Estima-se que 19,5 milhões de homens, mulheres e crianças tenham sido infectados, desde que foi diagnosticado pela primeira vez o vírus da imunodeficiência humana (HIV), e outros 20 milhões estarão infectados até o final do decênio, de acordo com as projeções. **Para as mulheres, as possibilidades de novos casos de infecção são o dobro das que existem para os homens. O número de mulheres infectadas nas primeiras etapas da epidemia da Aids não era elevado; atualmente, no entanto, se aproxima de uns 8 milhões. As jovens e adolescentes são as mais vulneráveis. A estimativa para o ano 2000 é de que haverá mais de 13 milhões de mulheres infectadas e de que milhões morrerão de enfermidades relacionadas com a Aids.** Ademais, estima-se que todos os anos são produzidos cerca de 250 milhões de novos casos de enfermidades transmitidas por relações sexuais. **A taxa de transmissão destas enfermidades, inclusive de HIV/Aids, aumenta num ritmo alarmante entre mulheres e meninas,** especialmente nos países em desenvolvimento. (BRASIL, 1984, P. , GRIFOS MEUS)

Se no capítulo descritivo da situação mundial, a ênfase do documento recaia sobre os discursos estatísticos, no capítulo IV serão lidas as articulações entre a doença e os conceitos de gênero, de transversalidade de gênero e empoderamento, como destaque no longo excerto abaixo:

98. O HIV/Aids e outras enfermidades transmissíveis por contato sexual, cujo contágio é, por vezes, conseqüência [sic] **da violência sexual, têm efeitos devastadores na saúde das mulheres, em particular das adolescentes e jovens. As mulheres nem sempre têm o poder necessário para insistir na adoção de práticas sexuais livres de riscos e têm acesso reduzido à informação e aos serviços de prevenção e tratamento.** As mulheres, que representam a metade de todos os adultos que contraem o vírus HIV/Aids e outras enfermidades sexualmente transmissíveis, **têm enfatizado o fato de que sua vulnerabilidade social e as relações de poder desiguais entre mulheres e homens constituem obstáculos para a prática de sexo livre de risco,** em seus esforços para reduzir a propagação de enfermidades sexualmente transmissíveis. As conseqüências [sic] do HIV/Aids afetam não só a saúde das mulheres, mas também sua função materna, seus cuidados a outras pessoas e a sua contribuição para o sustento econômico da família. **É preciso examinar com uma perspectiva de gênero os efeitos do HIV/Aids e outras enfermidades sexualmente transmissíveis e seu impacto sobre a sociedade, o desenvolvimento e a saúde.** (PEQUIM, 1995, p. 179, grifos meus)

Indo adiante, o documento estabelece os objetivos estratégicos que deveriam ser adotados por governos e organismos internacionais, entre eles (1) a criação de leis contra as práticas socioculturais que possam contribuir para a suscetibilidade das mulheres ao hiv; (2) a

formulação de políticas e práticas de apoio e não discriminatórias; (3) o desenvolvimento de programas e estratégias que tenham em conta o gênero; (4) a garantia por meio do acesso à atenção primária de saúde aos programas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

Embora pautados nos conceitos referidos acima, entretanto, alguns discursos presentes nos objetivos do documento ainda parecem circunscrever as práticas sexuais das mulheres e suas formas de subjetividade a imperativos morais:

n) apoiar programas que levem em conta que o maior risco para as mulheres de contrair o vírus HIV está relacionado com um **comportamento de alto risco**, o que inclui o uso de substâncias intravenosas e **o comportamento sexual não protegido, irresponsável**, e sob influência de drogas, e tomar medidas preventivas apropriadas. (PEQUIM, 1995, p. 187, grifos meus)

Como se percebe, os discursos do documento apontam a preocupação com a prevenção que deveria incluir “informação e orientação sobre uma **conduta sexual responsável**” como compromissos a serem assumidos. Como já argumentei em outro texto, volta-se, portanto “[...] a positividade paradoxal da biopolítica, que faz viver e produz corpos mais eficazes e saudáveis, mas, ao mesmo tempo, captura-os e exige, como contrapartida, gestos de resistência, em diferentes instâncias da vida política (BUTURRI JUNIOR; LARA, 2018, p. 648) e

Essa precarização de certas modalidades de vida, de suas práticas e de seus discursos funciona como uma espécie de fracasso constitutivo das declarações e dos acordos internacionais [...], cuja tendência permanece ser a de recrudescimento da ambiguidade já anunciada por Michel Foucault entre uma política da vida e uma tanatopolítica racializada (BUTURI JUNIOR; LARA, 2018, p. 658).

Nesse jogo agonístico que venho descrevendo, em 2004, vinte anos após a consolidação do PAISM, o Ministério da Saúde transformaria o programa em uma política de saúde⁶⁸ e as práticas de saúde passariam a ser orientadas pelos dois documentos. Além disso, propunha-se um plano de ação previsto para o período de 2003 a 2007.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher elaborada em parceria com setores da sociedade, como o movimento de mulheres, o movimento negro, o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional, refletiria o compromisso do governo com

[...] a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. **Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a**

⁶⁸ Segundo Bernardes (2005, *apud* de Fátima Guareschi, 2008, p. 24), “[...] a diferença entre política e programa diz respeito a uma forma epistemológica e uma forma substantiva. as políticas são diretrizes do sistema de saúde, enquanto que os programas são modos de operacionalizar essas diretrizes. neste nosso caso, o programa é anterior à conformação do sistema único de saúde, e as diretrizes que ele operacionaliza estariam ligadas ao movimento de instituição desse campo de saúde da mulher e do próprio SUS”.

promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. **Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids** e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004, p. 5, grifos meus)

Nesse momento, é possível perceber que a saúde da mulher serve para esquadrihar o campo da saúde e torná-lo um campo de especialidade: “[...] não se trata mais de uma higiene social coletiva, mas de uma higiene especialista; é para os grupos que as políticas em saúde se voltam. A saúde da mulher cria, no campo da saúde, múltiplas formas de objetivação, ou seja, cria os grupos/identidades” (DE FÁTIMA GUARESCHI, 2008, p. 43). Nos objetivos do documento, vemos esses grupos em formação: as mães, as mulheres que abortam, as mulheres que vivem com hiv, as mulheres portadoras de doenças crônicas.

No tocante às questões de gênero, A PNAISM propõe que elas devem ser determinantes na formulação das políticas públicas de saúde, no entanto, a ideia de subjetividade aparece ainda relacionada a um sujeito universal, essencializado e uno, reafirmando identidades biologicistas (DE FÁTIMA GUARESCHI, 2008), como destaque no enunciado abaixo, que trata de “problemas” relacionados à sexualidade e, na mesma esteira, à maternidade, como se esse par não pudesse ser dissolvido:

Também no caso dos problemas de saúde associados ao exercício da sexualidade, **as mulheres estão particularmente afetadas e, pela particularidade biológica, têm como complicação a transmissão vertical de doenças** como a sífilis e o **vírus HIV**, a mortalidade materna e os problemas de morbidade ainda pouco estudados (BRASIL, 2004, p. 25, grifos meus)

Além disso, é fundamental entender que a perspectiva de gênero passa a figurar como constituinte de uma política de saúde para mulheres que, ao mesmo tempo em que demarca e identifica quem são essas mulheres, ajuda a conferir identidade de cidadã e captura-as (DE FÁTIMA GUARESCHI, 2008).

Quando se atenta para os discursos que tematizam a aids e o hiv, os discursos documentados tratam de estabelecer que

Diferentemente dos primeiros cinco anos da epidemia do HIV/aids, quando a população homossexual/bissexual masculina constituía quase que a totalidade dos casos, observa-se nos últimos dez anos uma mudança na dinâmica da epidemia, acometendo no Brasil e no mundo a população heterossexual. (BRASIL, 2004, p. 35)

Entretanto, sublinho que a emergência dos discursos que ligam as mulheres ao vírus e a doença ainda não é capaz de invalidar a tecitura discursiva e suas práticas correlatas que subsumia as subjetividades soropositivas às práticas de risco, como a própria política assegura:

Na grande maioria dos casos, as mulheres recebem o diagnóstico de infecção pelo HIV tardiamente (quando do adoecimento de seu parceiro ou de seu filho infectado verticalmente), tendo em vista que uma **parcela importante de profissionais de saúde ainda tem referenciais num conceito ultrapassado de “grupos de risco”, e não as situa num quadro de vulnerabilidade.** (BRASIL, 2004, p.37)

Um adendo aos discursos dos documentos precisa ser feito e para isso, recorro aos discursos não hegemônicos, aqueles produzidos pelas minhas interlocutoras, mas que como notar-se-á, são atravessados pelas linhas centrais dessas políticas (e suas práticas como se verá). Luiza, nas falas entrecortadas em que narra o momento do diagnóstico e as relações médicas que o regime de cuidados com a saúde demanda, reproduz as falas médicas e a relação de que tratei acima:

E: Tá, entendi. E qual, como que tu acha que a concepção do teu médico sobre as pessoas que vivem com hiv? desse infectologista, você acha que tem algum preconceito alguma coisa assim ou não?

L: Não, ele não, ele é bem de boa assim. Ele, ele só disse que, que “como é que tu pegou isso? Se”, ele fala assim, né:, **“o, querida, como é que tu pegou? Tu não é uma pessoa que vive, que, não bebe, tu não é uma mulher que tinha”, né?!”,** aconteceu, né?!, Eu me separei, me envolvi com uma pessoa e peguei, mas ele não, em nenhum momento ele foi preconceituoso, não, não.

Volto aos discursos dos documentos e sua ligação, dessa vez com a cronicidade da vida com hiv. De acordo com a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*, “Com a disponibilidade de anti-retrovirais (ARV) para o HIV, possibilitando o controle dessa infecção, a história natural da doença mudou nos últimos anos, caracterizando-se pelo crescente aumento de sobrevivência dos portadores do HIV e diminuição dos casos de aids”. (BRASIL, 2004, p. 37). No documento, também há menção a saúde da mulher lésbica e ao hiv e a aids: “Para as mulheres lésbicas profissionais do sexo, um problema que se coloca é a vulnerabilidade pela exposição às DST e aids” (BRASIL, 2004, p. 49), contudo essa emergência é pautada pelas relações heterossexuais que elas estabeleceriam enquanto profissionais do sexo.

Por fim, resgato um trecho do documento em que a escolha de palavras permanece produzindo a alteridade das mulheres que vivem com hiv: “Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, **inclusive** para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST: – fortalecer a atenção básica no cuidado com a mulher; – ampliar o acesso e qualificar a atenção clínico- ginecológica na rede sus. (BRASIL, 2004, p.69).

A esse caráter que parece incontornável, porque ao mesmo tempo em que desidentifica

os sujeitos, assume outros modos de codificá-los, emergem os discursos de Beatriz, que embora também sob a égide biopolítica, tratam de reivindicar, a partir de suas condições, o direito a saúde:

E: Tá, e você acredita que essas políticas de saúde, elas são eficazes?

B: **Tem muito que melhorar ainda, tem muito a melhorar. A relação, na questão da saúde das mulheres, a gente tem muito que, digamos assim, como que eu posso achar a palavra, é correr atrás**, porque é difícil, as unidades básicas de saúde tem que ser, ter mais investimentos, porque as mulheres são mais que procuram mais na área da saúde em relação à sua questão ginecológica, né?!, psicológica, isso aí tá faltando bastante.

Um parêntese deve ser aberto aqui para evidenciar a timidez e a resistência dos movimentos feministas em incorporar a sua agenda de trabalho às questões relativas à aids e ao hiv na época do acontecimento da Política Nacional. Em um cenário internacional, Treichler e Warren (1998) pontuam que o movimento não assumiu a causa da aids mesmo depois que a transmissão heterossexual se tornou a fonte de infecção que mais crescia nas mulheres. Para elas, a partir desse domínio especial do feminismo – homens heterossexuais e seu poder sobre as mulheres – poderia, com alguma justificativa, ter sido evocado, contudo “[...] o silêncio e a ambivalência permaneceram o *status quo* operativo para o feminismo” (TREICHLER; WARREN, 1998, p. 87, tradução minha). Em âmbito nacional, Barbosa (1996) tratava dessa ausência, enfatizando que “[...] a manutenção do distanciamento alimenta a fantasia de estar imune ao risco” e que as mudanças comportamentais impostas pela aids levaram o movimento a repensar suas principais bandeiras de luta, entre elas a ampliação das opções contraceptivas.

Nas próximas seções, busco perscrutar as políticas de saúde que se produzem tendo a aids e o hiv como motes e também o Plano Municipal de Políticas para as Mulheres.

3.3 A POLÍTICA NACIONAL DE HIV/AIDS⁶⁹ E OS DISCURSOS PREVENTIVOS⁷⁰

No primeiro capítulo desta tese, descrevi a emergência, em meados dos anos 1980, do *Programa Nacional de Aids*, o qual estabelecia as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia da aids, embora ainda em um período incipiente de possibilidades terapêuticas (BARROS, 2018). Na década seguinte, fora eleito o primeiro governo federal de forma direta através do voto popular após o período da ditadura militar, o qual, segundo Barros (2018, p. 124), foi “[...] marcado pela política neoliberal de redução do Estado, embasada numa reforma econômica e administrativa com importante corte de gastos públicos, o que implicou em grandes entraves para o avanço da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde”.

Entretanto, também nessa década, a partir da efetiva definição de dispositivos legais para a implantação do SUS e novas alternativas de medicamentos antirretrovirais (BARROS, 2018), a Política Nacional de Aids se consolidaria – também a partir de outros discursos, como aqueles ligados aos direitos humanos. Vianna e Lacerda (2004, p. 33-34) destacam que a pandemia da aids se configurou como o primeiro grande problema de saúde pública a ser administrado em consonância com o modelo dos direitos humanos, ou seja, devendo respeitar opções individuais e singularidades culturais e lidar com a saúde como direito:

Foi o modelo ético-normativo dos direitos humanos que possibilitou que iniciativas visando ao constrangimento individual – como testagem obrigatória – fossem, por exemplo, consideradas inconstitucionais no Brasil, ao mesmo tempo em que o atendimento público, via sistema único de saúde, fosse garantido como um direito direitos humanos e AIDS, entre eles “a escolha de um padrão moral que oriente as intervenções, podendo ser compartilhado por pessoas de moralidades diferentes”; o acesso efetivo aos avanços para tratamento e diagnóstico da AIDS; a socialização do tratamento e a “emancipação” do doente, para que esse tenha uma participação ativa no tratamento.

⁶⁹ Embora nesse estudo tenha privilegiado me ater aos discursos documentados na Política Nacional de Aids, cabe destacar que a primeira política de prevenção governamental de caráter mais estruturado foi o projeto PREVINA, estabelecido em 1989 pelo Governo Federal. Segundo Calasans (2021, p. 10), o projeto “[...] tinha como objetivo desenvolver ações de prevenção voltadas a profissionais do sexo (prostitutas, travestis e michês), homossexuais masculinos, usuários de drogas Injetáveis e internos do sistema prisional. Fundamentava-se na estratégia de educação entre pares (*peer education*) em que membros dos próprios grupos – os Multiplicadores – eram formados para desenvolver ações educativas sobre prevenção da infecção pelo hiv (Teixeira, 1997; Galvão, 2000). Tratava-se de uma iniciativa federal centralizada no projeto, mas executada por diversas organizações e governos locais. O projeto previna contribuiu para a inserção de mais um ator e sua rede articuladora ao campo: as prostitutas e as associações de profissionais do sexo (Galvão, 2000). É notável, neste sentido, o papel da epidemia de aids em dar visibilidade a grupos cujas identidades são marcadas pela sexualidade dissidente da normatividade hegemônica, como foi o caso dos homossexuais e de trabalhadores sexuais, mas também grupos marcados por marginalização, estigma e discriminação, como se incluem também os usuários de drogas”.

⁷⁰ Pelúcio (2007, p. 138) defende a tese de que há, em vigor no Brasil, um “modelo oficial preventivo para HIV/aids”, definido pela autora como “[...] o conjunto de procedimentos e da linha teórica e metodológica adotado pelo Programa Nacional de Aids, que se baseia, por sua vez, em discursos formulados no plano internacional e que, ao ser encampado em nível nacional, vem sofrendo adaptações regionais”.

Para além da produção discursiva, a década também seria marcada pelas viragens tecnológicas que se dão com início da distribuição dos medicamentos AZT, pentamidina e ganciclovir pelo Ministério da Saúde em 1991 e pelas posteriores atualizações possibilitadas pelo Acordo de Empréstimo do Governo Brasileiro com o Banco Mundial. Encontradas nos projetos Aids I (1994-1998) e Aids II (1998-2002), essas atualizações permitiriam “[...] o avanço na implementação de ações de prevenção e tratamento e de redes alternativas assistenciais, além de fomentar uma ampla participação da sociedade civil” (BRASIL, 1999, p. 09) e colocariam desafios no que se refere as propostas de integração e articulação em níveis intersetoriais da área governamental e não-governamental, não ligados apenas aos setores da saúde (BRASIL, 1999).

No âmbito do Aids I, outra importante viragem emerge: a Lei 9.313/96, que estabelece a distribuição gratuita dos medicamentos aos sujeitos que viviam/vivem com hiv/aids:

Figura 38: Lei 9.313/96



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 9.313, DE 13 DE NOVEMBRO DE 1996.

Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os portadores do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e doentes de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde, toda a medicação necessária a seu tratamento.

§ 1º O Poder Executivo, através do Ministério da Saúde, padronizará os medicamentos a serem utilizados em cada estágio evolutivo da infecção e da doença, com vistas a orientar a aquisição dos mesmos pelos gestores do Sistema Único de Saúde.

§ 2º A padronização de terapias deverá ser revista e republicada anualmente, ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos no mercado.

Art. 2º As despesas decorrentes da implementação desta Lei serão financiadas com recursos do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme regulamento.

Art.3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 13 de novembro de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Carlos Seixas

Fonte: BRASIL. Lei 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm

Nesse quadro, os discursos do Programa Nacional de Aids têm sua materialização no documento **Política Nacional de DST/Aids: Princípios e Diretrizes**⁷¹, do qual me ocuparei nos próximos parágrafos. Como o objetivo de sistematizar as diretrizes que norteiam as ações do Programa, aquelas focadas nos sujeitos dizem respeito à “[...] **promoção à saúde**; da **proteção dos direitos** fundamentais das pessoas com HIV/aids; da **prevenção** da transmissão das DST, do HIV/aids e do uso indevido de drogas; do diagnóstico, do tratamento e da assistência às pessoas portadoras de DST/HIV/aids;” (BRASIL, 1999, p. 5, grifos meus) e têm como base os fundamentos do SUS: a integralidade, a universalidade, a equidade, a descentralização e o controle social.

Essas diretrizes são organizadas no documento em três componentes – *Promoção, Proteção e Prevenção; Diagnóstico e Assistência; e Desenvolvimento Institucional e Gestão* - que se articulariam entre si para responder aos objetivos do programa:

1. reduzir a incidência de infecção pelo HIV/aids e por outras DST;
2. ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência - melhorando sua qualidade -, no que se refere ao HIV/aids;
3. fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e da aids.

Os objetivos específicos que se desdobram são:

1. promover a adoção de práticas seguras em relação as DST;
2. promover a garantia dos direitos fundamentais das pessoas atingidas direta ou indiretamente pelo HIV/aids;
3. aprimorar o sistema de vigilância epidemiológica das DST e do HIV/aids;
4. promover o acesso das pessoas com infecção pelo HIV e portadores de DST à assistência de qualidade;
5. reduzir a morbi-mortalidade decorrente das DST e da infecção pelo HIV;
6. assegurar a qualidade do sistema de diagnóstico laboratorial das DST e da infecção pelo HIV;
7. promover a adoção de práticas seguras relacionadas à transmissão sexual e parenteral do HIV;
8. promover a articulação com outros setores governamentais e da sociedade civil para o estabelecimento e fortalecimento de políticas públicas nas áreas de DST/aids e de prevenção do uso indevido de drogas. (BRASIL, 1999, p. 11)

Nessa seção, me deterei aos enunciados do componente 1 por acreditar que neles há maior materialização da ligação da política com os processos de objetivação dos sujeitos, entendendo também que ao partir de determinadas categorizações – principalmente àquelas ligadas aos discursos epidemiológicos – esses enunciados contribuem aos obstáculos de acesso

⁷¹ Embora entenda a pertinência de relacionar os discursos do documento ao contexto sócio-histórico de sua emergência, não me deterei a essa relação, visto que ela já foi traçada por outros autores, como Barros (2018), que analisa a conjuntura política e principais fatos históricos relacionados aos campos científico, burocrático, ao espaço militante e à imprensa com relação à implantação da Política Nacional de controle do hiv/aids no Brasil, no período de 1981-2001.

a direitos e recursos de determinados sujeitos. Lutas, portanto, que como apontaram Sidel e Vidal (1997) são travadas tanto por meio de discursos quanto em atividades extra discursivas.

Nesse sentido, é necessário apontar que na introdução do documento são lidos os enunciados sobre mudanças no perfil epidemiológico da doença no país: “A tendência atual no Brasil é caracterizada pela **feminização, pauperização, heterossexualização** e interiorização” (BRASIL, 1999, p. 7, grifos meus). Esses enunciados, emergem também na seção *Justificativa*, em que há enunciados sobre uma divisão do curso da epidemia no país e a assunção dos sujeitos que seriam afetados em cada uma de suas “fases”: a primeira, “[...] caracterizada por transmissão, principalmente em **homens que fazem sexo com homens**, e por um nível de escolaridade alto”; a segunda “[...] caracterizada pelo incremento da transmissão em usuários de drogas injetáveis e por uma maior disseminação entre as **pessoas que têm prática heterossexual**”; e a terceira “[...] quando se acentua uma maior disseminação entre os heterossexuais, principalmente **mulheres** [...]” (BRASIL, 1999, p. 10).

É notável, portanto, que os discursos só adquirem materialidade na forma de Política Pública a partir do registro de casos heterossexuais. As práticas sexuais aqui colocadas em discurso, como diria Foucault (2017a), funcionam como mecanismos positivos, geradores e multiplicadores de estratégias biopolíticas de intervenção através de deslocamentos e reversões táticas instaurados sob a rubrica do conceito de vulnerabilidade e não mais de grupos de risco, embora as recomendações colocadas em discurso pela política ainda dividam as práticas sexuais em seguras ou não seguras (como lemos no objetivo específico 01), que parecem dizer respeito a um regime dos corpos reguláveis. Parker e Aggleton (2001, p. 34), dirão que o funcionamento desses programas dirigidos para a população em geral e que não incluíam homens homossexuais e bissexuais nas estratégias de intervenção para as populações de alto risco se deram

[...] por razões de que incluir homens homossexuais (em uma época quando a transmissão homossexual do HIV era a forma mais comum de transmissão no país) os sujeitaria potencialmente ao estigma e à discriminação – este raciocínio levou os ativistas da AIDS a sugerir que o *não fornecimento* de serviços de prevenção era na realidade a verdadeira expressão de estigma e discriminação.

Dito isso, vou ao primeiro componente da política, *Promoção, Proteção e Prevenção*, que será estruturado principalmente a partir dos conceitos de ***promoção da saúde e prevenção do risco***, em que o primeiro é tido como “[...] parte integrante e substantiva de todo **processo de desenvolvimento econômico** e social com equidade” (BRASIL, 1999, p. 14). Nesse ponto, percebe-se aquilo que Foucault (2010a, p. 188) enunciava quando tratava da crise da medicina: “Atualmente, a medicina encontra a economia por outra via. Não simplesmente porque é capaz

de reproduzir a força de trabalho, mas porque pode produzir diretamente riqueza, na medida em que a saúde constitui objeto de desejo para uns e de lucro para outros”. Entre as estratégias pertinentes à promoção da saúde, que contemplariam três níveis está aquela ligada à sexualidade: “preparar **a sexualidade plena e responsável**, oferecendo subsídios para a avaliação de situações de **maior exposição** ou de **menor chance de proteção à infecção**; (BRASIL, 1999, p. 9).

Embora seja um truísmo afirmar que as práticas sexuais são alvo de regulação e controle e que nas sociedades modernas esses processos se intensificaram (FOUCAULT, 2017a), Amuchástegui (2006) lembra que o par *sexualidade e saúde*, têm se relacionado cada vez mais nas sociedades ocidentais, graças à tendência geral à medicalização do corpo e de seus prazeres. Uma das associações mais modernas desses conceitos, segundo ela, enfocou o termo "saúde sexual". Frequentemente usado por governos e organizações da sociedade civil, a definição de uma sexualidade verdadeiramente 'saudável' seria pautada nos termos da heterossexualidade monogâmica, como se evidencia na Política quando o tema da *prevenção*, aparece centrado no preservativo como o “[...] principal insumo de prevenção para a redução das taxas de infecção pelo HIV” (BRASIL, 1999, p. 21)

Pelúcio (2007a, p. 24) lembra que embora a política tivesse a preocupação de incluir nas suas propostas e reflexões sobre cidadania sexual, questões relativas à raça/etnia, gênero e orientação sexual, o par *saúde sexual e reprodutiva* persistia nos discursos dos documentos, evidenciando que mesmo com uma conotação eventualmente específica e diferenciada para determinadas clientelas, o modelo preventivo do Programa se caracterizava por (1) assumir “[...] valores normativos universalizantes, que não são necessariamente compatíveis nem com a lógica social que preside a organização das chamadas “populações-alvo”, nem com os valores diferenciais que lhes servem de base” e (2) por uma racionalidade técnica a qual implicaria na escolha de

[...] meios mais apropriados para se atingir um determinado objetivo, decidindo entre alternativas de ação tidas como eficientes, pois baseadas nesta calculabilidade, anulando-se a subjetividade dos agentes e minimizando os efeitos dos determinantes culturais que interferem nas decisões. (PELÚCIO, 2007a, p. 24)

Argumento que esses meios de que trata a autora, são enunciados na Política como

- **uso do preservativo, concomitante com estratégias de redução de risco de infecção, entre elas a redução do número de parceiros, de parceiros concomitantes e o adiamento da primeira relação sexual entre os jovens, nas relações sexuais com penetração.** Vale destacar que **o preservativo associa-se a todas essas estratégias e deve-se inserir no contexto do comportamento sexual de homens e mulheres**, levando em conta as condições desiguais de gênero e de poder que existem nas relações sociais e individuais. (BRASIL, 1999, p. 21, grifos meus)

Perlongher já notava em 1987 que as campanhas como a da aids exigiriam como pré-requisito que tudo que dissesse a respeito à sexualidade passasse a ser dito, mostrado, exibido, assumido – “*A operação transcende o sigilo branco dos hospitais e torna-se espetáculo. Ponto limite do dispositivo: transformar o antes proscrito em espetáculo*” (PERLONGHER, 1987, p. 75) -. A partir dessa viragem se poderia diagnosticar e regulamentar. Nota-se que se fala em diagnosticar e regulamentar os comportamentos e não mais de curar. Esses discursos de regulação dirão respeito, nos documentos da política, “a redução do número de parceiros”, “o uso de preservativo”, o “adiamento da primeira relação sexual”, àquilo que Perlongher (1987, p. 79) dizia ser a medicalização do sexo, aos esquemas normativos do discurso médico que introduzem novas formas de inteligir a sexualidade e suas práticas - “[...] o que antes era gozo, na populosa intimidade da orgia, é logo projetado nos slides como bandeira de perigo” - e introduzir nelas “a presença transparente da lei”, “a fina película de látex entre os órgãos lascivos” (PERLONGHER, 1987, p.75-76).

Além do preservativo e suas formas de intervenção, digamos mais corporais, o conceito de gênero, no documento é tido como um modelo de intervenção em que a teoria de gênero é lida também a partir da heterossexualidade:

[...] parte das teorias estruturais e constitui um sistema complexo de relações pessoais e sociais de dominação e poder. **Este modelo se baseia no pressuposto de que as relações entre homens e mulheres codificam, delimitam e demarcam as desigualdades de status, poder e recursos materiais.** Portanto representam relações que determinam a situação e a posição em relação ao risco e à vulnerabilidade. (BRASIL, 1999, p. 17).

Outro modelo de intervenção reiterado no documento é o *empowerment*: “[...] processo segundo o qual pessoas mais vulneráveis trabalham juntas para ampliar seu controle sobre os fatores que determinam sua saúde e suas vidas (BRASIL, 1999, p. 17). Esse processo que também implicaria a politização dos sujeitos é descrito por Pelúcio (2007a) como uma estratégia de controle, centrada na responsabilização dos sujeitos diante das questões de saúde, que ela chama de “SIDAdanização”, em que, a partir da aids, as pessoas devem construir uma bioidentidade política. Relação, portanto, dos discursos documentados pela Política Nacional de aids e das práticas de bioacese que descrevi no capítulo dois, mas que como já lembrou Perlongher (1987) continuam enfrentando uma incontornável resistência: o desejo.

Por fim, antes de me ater aos discursos documentados pelo Plano de Feminização da Epidemia, é necessário apontar que no âmbito do conhecimento contingente das políticas públicas que tomam suas vidas e as produzem, as mulheres que participam desse estudo

desconhecem parte fundamental daquele documento que, de forma efetiva, poderia resguardar seus direitos. O componente 1 é finalizado com o resgate da legislação nacional que se aplicaria nos campos de educação, trabalho e previdência, benefícios fiscais, assistência social e normas penais e penitenciárias. No campo da educação, há menção à Portaria Interministerial nº 796 de maio de 1992, a qual assegura:

Os Ministros de Estado da Saúde e Educação, no uso de suas atribuições, dispõem sobre a irregularidade da realização de testes sorológicos compulsórios de alunos, professores e/ou funcionários, bem como a divulgação de diagnóstico da infecção pelo HIV ou Aids de qualquer membro da comunidade escolar ou a manutenção de classes ou escolas especiais para pessoas infectadas pelo HIV. (BRASIL, 1999, p. 31).

Na entrevista com Virgínia entretanto vê-se que os discursos instaurados pelas portarias e pelas políticas não se efetivam:

Entrevistadora: Tá, e você acredita que as políticas públicas de saúde onde elas são eficazes?

Virgínia: Eu acho que sim, eu acho que sim. **Porque se é público é uma coisa que tá ao alcance de todos, né?!, então seja ela pras pessoas com hiv ou não.** Assim como eu ia no posto de saúde antes de ter hiv e lia lá o cartaz “Proteja-se!” ou “hiv se pega assim, não se pega assim” ,eu acredito que hoje em dia, no posto que eu vou de saúde, eu não vejo mais nenhum cartaz.

[...]

V: Já. Eu já saí dali, eu já fui direto no SAE. E eu cheguei lá era umas 11:15, o SAE fechava 11:30. E aí eu entrei chorando, né, com os exames na mão. Eu olho lá no SAE, eu conhecia todo mundo. Mãe de ex aluno porque eu dei sempre na mesma escola. [...] Só que eu tive a infelicidade de naquele dia ir na escola e conversar com a minha diretora e contar. E aí ela espalhou né! E ela espalhou e aí aconteceu aquela situação que eu contei, **que eu terminei o ano dando aula, mas não comecei o outro dando aula, elas me tiraram.**

E: Sim.

V: Então foi, foi assim que aconteceu eu fui acolhida no SAE, mas eu fui já excluída na escola.

3.4 O PLANO DE FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA

Na seção anterior, procurei atentar para os discursos preventivos presentes na Política Nacional de Aids e seus imperativos, os quais, embora pautados nos conceitos de gênero e empoderamento, foram traduzidos no uso do preservativo e acabaram por inviabilizar outras emergências discursivas que levassem em conta os diferentes grupos que reclamavam a prevenção (CALAZANS, 2021). Contudo, quase uma década depois, veríamos o acontecimento de outras políticas de prevenção as quais conclamavam as especificidades no combate a doença, entre elas o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis, e o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia da Aids e outras DST (BRASIL, 2007). Nessa seção, procuro descrever as modificações que, na distensão microfísica de uma

biopolítica menor, aparecem no documento que trata da feminização⁷² da epidemia. Passemos a ele.

Lançado em março de 2007, em conjunto com as comemorações ao Dia Internacional da Mulher, o *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras DST* tratava-se de uma construção conjunta do Ministério da Saúde, articulado à Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e definiria uma política intersetorial para o enfrentamento da epidemia de aids e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis entre as mulheres a partir de uma resposta integrada para a redução dos contextos de vulnerabilidade.

Já na introdução do documento, noto a complexificação da abordagem do próprio conceito de saúde, que tende a açambarcar enunciados de atenção e cuidado integral das mulheres em detrimento de um caráter estritamente biomédico com que funcionava a Política Nacional:

O enfrentamento da feminização da epidemia exige que os esforços se concentrem na **redução dos fatores de ordem social, individual e programática** que implicam a limitação de acesso à informação, aos insumos de prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento. Essas limitações, **somadas aos aspectos socioculturais relacionados às desigualdades de gênero**, se constituem como os principais desafios para a implantação do Plano. (BRASIL, 2007, p. 8, grifos meus)

A discursividade do Plano também parte de uma redistribuição de dizibilidades que tratam da desigualdade de gênero. Se na Política Nacional elas eram lidas apenas como reações desiguais entre homens e mulheres, no Plano, elas serão consideradas a partir de sete eixos, quais sejam: a inexistência ou insuficiência das políticas públicas que efetivem os direitos humanos das mulheres; a persistência de um olhar sobre a saúde das mulheres com um enfoque meramente reprodutivo; a falta de acesso a serviços de saúde que promovam a efetivação de seus direitos sexuais e reprodutivos; a falta de acesso à educação; a persistência de padrões culturais e religiosos que interferem negativamente na adoção de medidas preventivas; a menor empregabilidade feminina, a ocupação das posições mais precárias pelas mulheres e nos setores informais da economia; e a violência doméstica e sexual.

Pode-se notar, portanto, que o Plano amplia as áreas de atuação, num esforço de amplificar a distribuição dos direitos universais e de contemplar as especificidades identitárias e variadas que a categoria “mulher” coloca em pauta. Nesse sentido, aparece a materialização do objetivo geral “Enfrentar a feminização da epidemia do HIV/aids e outras DST por meio da

⁷² Necessário pontuar que o termo “feminização” é postulado teoricamente pelos discursos epidemiológicos, dos quais tratei no capítulo um.

redução das vulnerabilidades que atingem as mulheres, estabelecendo políticas de prevenção, promoção e **atenção integral**” (BRASIL, 2007, p. 23, grifos meus).

Na ordem da integralidade, os discursos sobre a sexualidade feminina no documento tratam de pontuar que ela permanece relegada ao silêncio. O que a princípio parece apontar para discussões que levem em conta a possibilidade de experiências sexuais seguras e da ordem do desejo, são materializadas novamente pelo par saúde sexual e reprodutiva, como se observa nos enunciados acerca das ações estratégicas que deveriam ser adotadas, principalmente àquelas ligadas às doenças sexualmente transmissíveis e os problemas ocasionados aos fetos e recém-nascidos e não às mulheres:

Hoje, acredita-se que as DST estão entre as principais causas relacionadas com **abortos espontâneos, natimortos, partos prematuros, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal**, gravidez ectópica, infertilidades, bem como ao câncer de colo de útero. [...]

A prevalência de sífilis em gestantes no Brasil é de 1,6%, sendo esperado um total de aproximadamente 12.000 casos de sífilis congênita, por ano, que poderiam ser evitados, visto ser um agravo curável a custos baixíssimos, evitando-se, assim, **internações desnecessárias para o recém-nascido**, isso sem dimensionarmos o sofrimento materno diante desse processo.

Nessa área, são importantes as ações no campo da atenção básica com ênfase no controle das DST e eliminação da sífilis congênita, no acesso ao diagnóstico precoce da sífilis e do HIV, na prevenção ao câncer de colo de útero e no aperfeiçoamento do sistema de informação. (BRASIL, 2007, p.14, grifos meus)

O documento em questão não trata de práticas sexuais, o que pode ser entendido como índice que regulação proposta seja das práticas sexuais que escapam à proposta do sexo monogâmico, procriativo, heterossexual e autorizado (PELÚCIO, 2009), ou ao que se refere Foucault em *História da sexualidade 1*, quando diz que muito mais do que um mecanismo negativo de exclusão ou de rejeição, trata-se da colocação em funcionamento de uma rede sutil de discursos, saberes, prazeres e poderes que não trata de afastar a sexualidade considerada promíscua para alguma região obscura e inacessível mas, pelo contrário, de processos que o disseminam na superfície das coisas e dos corpos, que o excitam, manifestam-no, fazem-no falar, implantam-no no real e lhe ordenam dizer a verdade: “[...] todo um cintilar visível do sexual refletido na multiplicidade dos discursos, na obstinação dos poderes e na conjugação do saber com o prazer” (FOUCAULT, 2017a, p. 81-82)

A integralidade também dirá respeito *ao enfrentamento à violência* - e sua ligação com a saúde e a ampliação da infecção pelo hiv -, *ao reconhecimento da vulnerabilidade atrelada a raça* - “[...] mulheres índias e negras se encontram em desvantagem no enfrentamento da epidemia, à medida que se confrontam com estigma, preconceito e racismo” (BRASIL, 2007, p.15) - *a vulnerabilidade econômica* - “[...] o enfrentamento da pobreza entre as mulheres é condição *sine qua non* para o controle da epidemia (BRASIL, 2007, p. 17) -, *a faixa etária* -

“[...] destaca-se o cenário em que vivem as mulheres jovens, pois muitas ainda são privadas de acesso à educação formal [...]. Muitas ainda encontram dificuldades de diálogo e de negociação de práticas seguras [...], muitas são vítimas de violência sexual dentro da própria casa” (BRASIL, 2007, p. 16) - e *ao uso de drogas* – “Estudos mostram que mulheres que fazem uso de drogas injetáveis e que participam de “rodas de pico” o fazem em desvantagem em relação aos homens, em geral, são as últimas a receberem as seringas e as agulhas para se “picarem” (BRASIL, 2007, p. 18)”.

Ainda sob o escopo da integralidade, se materializam os enunciados sobre estigma e violação de direitos humanos que orientam uma das diretrizes do documento: “[...] Reduzir o estigma ao HIV/aids e a discriminação em relação às mulheres em situação de vulnerabilidade” (BRASIL, 2007, p. 23), deslocamento positivo portanto, já que na Política Nacional ainda não havia menção a quaisquer implicações do conceito de estigma e suas relações com os processos de subjetivação instaurados pelo acontecimento da doença. No documento, estigma se constitui “Como uma das mais significativas formas de violência e violação dos direitos humanos das mulheres no Brasil. Para a superação da epidemia da aids, o enfrentamento do estigma tem sido fundamental para a redução das vulnerabilidades” (BRASIL, 2007, p. 18).

Esses deslocamentos que venho apontando – e suas operações no interior dos dispositivos – serão ainda mais notados na versão revisada do Plano. Publicada em 2009, a edição seria o resultado de

[...] esforços coletivos de debate e construção participativa ao longo de 2007 e 2008 e pretende contribuir efetivamente para a alteração dos contextos de vulnerabilidade que tornam as mulheres mais susceptíveis à infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis e ao adoecimento. (BRASIL, 2009, p. 8)

A partir da “[...] escuta de movimentos sociais envolvidos no diálogo entre governo e sociedade” (BRASIL, 2009, p. 44) e a pluralidade de suas demandas, a versão revisada trataria de incluir agendas⁷³ afirmativas - Nessa versão, a instauração das agendas seria instaurada pelo reconhecimento de que segmentos específicos da população mereceriam ter suas demandas visibilizadas. Esses segmentos incluiriam *as mulheres vivendo com hiv/aids, as mulheres prostitutas, as mulheres que vivenciam a transexualidade, e as mulheres lésbicas, bissexuais e MSM (mulheres que fazem sexo com mulheres)*. Antes de me ater as formas de subjetivação que cada uma dessas delimitações possibilitaria, é imperativo lembrar Butler (2018) e seu *Corpos em Aliança*. Nele, é sugerido que quando determinados corpos têm emergência na cena pública,

⁷³ A fase de definição de “agendas”, caracteriza-se pela percepção de problemas existentes que merecem governamental.

[...] eles estariam exercitando um direito plural e performativo de aparecer, um direito que afirma e instaura o corpo no meio do campo político e que, em sua função expressiva e significativa, transmite uma exigência corpórea por um conjunto mais suportável de condições econômicas, sociais e políticas, não mais afetadas pelas formas induzidas de condição precária.

Embora a autora trate das situações públicas que implicam a presença física do corpo, desloca sua leitura para os discursos dos documentos e a presença de registro dessas outras formas de vida. Nesse sentido, uma das leituras possíveis que a instauração das agendas no Plano possibilita é que os movimentos sociais ligados às condições das mulheres e sua relação com aids que até então, como destaquei acima, mantinham-se a certa distância, tenham tomado a reivindicação de uma política pública que assegurasse os direitos das mulheres com hiv como uma de suas pautas. A materialização desses enunciados também pode ser lida como um apelo político daqueles sujeitos e “sua luta contra a precariedade [...] exibindo o seu valor e a sua liberdade na própria manifestação” (BUTLER, 2018, p. 16).

Entretanto, não se trata aqui de assumir essas emergências discursivas como a instauração de um momento mais auspicioso na luta contra a doença e sua relação com as mulheres – haja visto inclusive a urgência dos discursos neoliberais e os discursos de desmonte da política nacional de aids que se instauram pelo Decreto 9.795 de 19 de maio de 2019, o qual modifica a estrutura do Ministério da Saúde. Por meio do decreto, o Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais passou a se chamar “Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis”. Como assegura Butler (2018, p. 44), ainda que “[...] o reconhecimento pareça ser uma condição da vida vivível, ele pode servir ao propósito do escrutínio, da vigilância e da normatização”. É mister, portanto, que se atente para esses enunciados.

Acerca do primeiro, *mulheres vivendo com hiv/aids*, o que se lê são as formas de subjetivação instauradas por discursos de anonimato e culpabilização:

Relatos de mulheres que vivem com HIV referem-se à vivência de sua **culpabilização em relação a soropositividade**, manifestada pela sociedade em suas diferentes relações sociais e interpessoais [...] Há a ausência de mecanismos de esclarecimentos de dúvidas e mitos relacionados a viver com HIV/aids, o que, na grande maioria das vezes, reforça **a necessidade do anonimato para as mulheres vivendo com HIV/aids**, e traduzem o contexto de estigmatização e discriminação pelas quais essas mulheres passam no seu dia a dia.

Esse mesmo anonimato e os diferentes aspectos que compõem os contextos de vulnerabilidades vivenciados pelas mulheres vivendo com HIV/aids também provocam uma maior fragilidade na participação do movimento social na formulação, monitoramento e avaliação de programas, planos ou políticas públicas de promoção, defesa ou efetivação de seus direitos. (BRASIL, 2007, p. 44- 45, grifos meus).

Quando se trata das *mulheres prostitutas*, o primeiro enunciado trata de instaurar as práticas de risco que se estabelecem com a sanção dos relacionamentos amorosos e partir do desejo do outro: “[...] Estudos com prostitutas têm demonstrado que o uso inconsistente de preservativos nesses grupos está relacionado à vida sexual com parceiros estáveis não clientes (namorado, marido, companheiro)” (BRASIL, 2007, p. 47). Dessa forma, as ações estratégicas que terão como alvo esse grupo partiriam de critérios abertos de *problematização* que açambarcam tanto as questões relativas a negociação do preservativo nas relações com não clientes - “[...] a utilização de preservativos com parceiros fixos, entre casais, problematização das questões associadas à decisão centrada em quem tem mais poder na relação” (BRASIL, 2007, p. 49) - ao estabelecimento e reconhecimento da prostituição como profissão – “nesse campo, uma primeira e importante conquista foi obtida em 2002, com a inclusão da categoria “profissionais do sexo”, na Classificação Brasileira de Ocupações CBO [...]” (BRASIL, 2007, p. 47). Cabe mencionar ainda os discursos de exclusão que se referem a essa parcela da população, principalmente àqueles relativos à saúde e segurança pública:

No campo da saúde, atitudes de estigma por parte dos profissionais dessa área, as limitações de horário, abordagem fragmentada são problemas estruturais que impactam no acesso e na atenção integral.

Tais atitudes estigmatizadoras não são prerrogativa dos profissionais da saúde, sendo também reproduzidas por profissionais de programas sociais e de segurança pública, redundando em uma intolerância na forma do atendimento dirigido a essa parcela da população e na invisibilidade relativa às violações sofridas, como violência física, de gênero, sexual, que são reforçadas pela violência institucional. (BRASIL, 2007, p. 48)

No documento ainda se lê que “[...] tais questões, não obstante serem centrais para as prostitutas, permanecem invisíveis para a população geral”. Como apontava Foucault (2008b, 2010a), trata-se, portanto, de uma rede de técnicas, práticas e discursos que tomam a vida como objeto e que descrevem os limites da normalidade, do risco e da segurança, da ordem das exclusões.

Os discursos que instauram os saberes sobre *As mulheres que vivenciam a transexualidade*⁷⁴ no Plano tratam de demarcar sua ligação com um dos regimes de verdade que produzem os discursos sobre o sexo e o gênero, os discursos epidemiológicos:

Historicamente, o grupo populacional de **mulheres que vivenciam a transexualidade tem sido relacionado como integrante da categoria**

⁷⁴ Butturi Junior e D’Ávila (2017, p. 238) leem a rede enunciativa que recobre *trans*. De acordo com os autores “o conceito de transgênero, por exemplo, teria emergido da capacidade de problematização da matriz heteronormativa. Stryker (2008) aponta que o surgimento do conceito obedece a táticas de resistência, cujo intuito é destituir de legitimidade as injunções de relacionar o sexo e o gênero. [...] Enquanto o conceito de transexualidade – cuja produção se deu no início do século XX, via Magnus Hirshfield, e cuja popularização se deu na década de cinquenta do século XX – carrega a memória de enunciados médicos e biológicos, de adaptação e submissão da morfologia ou de inadequação patológica, a transgeneridade, que ganha notoriedade no início dos anos 2000, sobretudo nos estados unidos, açambarca formas variadas de práticas corporais e identitárias. Assim, transgênero evoca as diversas combinações possíveis entre as duas discursividades – do corpo sexualizado e dos gêneros.

epidemiológica HSH (Homens que fazem Sexo com Homens), composta por homossexuais, homens que fazem sexo com homens e travestis. Isso se deve ao fato de que a sociedade, como um todo, não reconhece a identidade de gênero vivida por essas pessoas (independentemente de seus órgãos genitais de nascimento), bem como o fato de que a transexualidade tem sido equivocadamente considerada um rótulo identificador. **Deslegitima-se, assim, a identidade de gênero feminina experienciada por esse grupo populacional específico.** Tal contexto resulta na errônea concepção de que essas pessoas não são mulheres, mas “homens que querem mudar de sexo”.

O que o plano evidencia são os regimes de dizibilidade dessas mulheres no âmbito dos serviços públicos, os quais limitar-se-iam “[...] a enxergá-las e tratá-las como “homens” (BRASIL, 2007, p. 53). Este debate pode ser aproximado daquele travado por Butler (2014) em *O Clamor de Antígona*. As condições de enunciabilidade na cena pública e a divisão normativa dos corpos e do luto são questões centrais da problematização dos gêneros e das corporalidades. Como aponta a norte-americana, trata-se de pensar em estratégias de perversão da Lei e não de assunção de sujeitos perversos no interior dos dispositivos. Nesse caso, a relação entre gênero, orientação sexual e práticas e afetivas e de prazer é colocada em suspenso justamente por ainda funcionar conforme uma separação entre corpos humanos e precários, na ordem da biopolítica, como evidencia o documento.

Último tópico das agendas afirmativas, *As mulheres lésbicas, bissexuais e MSM (mulheres que fazem sexo com mulheres)* também teriam suas formas de subjetividade instadas a partir dos discursos de invisibilização, principalmente nos serviços de saúde:

As lésbicas e as bissexuais permanecem vulneráveis, tanto por sua invisibilidade nos serviços de saúde, quanto pela vulnerabilidade individual e social instaurada pelo modelo heteronormativo, que, além de anular o erotismo da mulher no campo da saúde, está apenas preparado para atuar e intervir quando a relação sexual se estabelece a partir do parâmetro do risco ou não de gravidez. (BRASIL, 2007, p. 55).

A leitura que teço desses enunciados inscritos no Plano de Feminização da Epidemia e sua revisão, em conjunto, trata da ordem da tensão como gostaria Agamben (2010): segundo enunciados microfísicos e agonísticos que permitem distensões e novas modalidades de conduta no interior dos dispositivos. Se Agamben fala numa aporia, que consiste na dessubjetivação e na consequente re-identificação dos sujeitos pelas tecnologias de governo, é justamente na miríade de categorias com que o sujeito opera em relação ao Estado e às políticas de governamentalização que residiria o risco: tanto da codificação quanto da resistência, cotidiana e menor.

3.5 O PLANO MUNICIPAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AS MULHERES E O EIXO 3 – SAÚDE

Antes de voltar a atenção aos enunciados presentes no eixo 3 do I PMPM e aos enunciados da área estruturante que diz respeito a proteção dos direitos sexuais e reprodutivos e enfrentamento da feminização da aids, gostaria de apresentar o documento elaborado pela Coordenadoria Municipal de Políticas para as Mulheres⁷⁵ em conjunto com entidades civis⁷⁶. O I PMPM, implementado em 2012, foi elaborado a partir dos onze eixos temáticos extraídos do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (II PNPM), e é resultado de atividades realizadas em diversas etapas.

A primeira dessas atividades foi a construção do *Plano Municipal pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher*, em 2009. Fruto do debate realizado pela Câmara Técnica da Coordenadoria Municipal de Políticas para as mulheres, esse plano contemplava um dos onze eixos do II PNPM e, posteriormente, passou a ser um dos eixos do I PMPM – *Eixo temático 4, Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres*.

Em 2010, com o intuito de contribuir com as discussões da Câmara Técnica e garantir maior participação popular, foi realizado o I Seminário Municipal de Políticas para as Mulheres, que reuniu mais de 250 participantes entre estudantes, profissionais da rede de atendimento, movimentos sociais e comunidade em geral. Nesse evento, foram discutidos 10 dos 11 eixos estruturantes do II PNPM, pois, no ano anterior, a coordenadoria já havia discutido o eixo temático *Enfrentamento a todas as formas de violência contra as mulheres* (FLORIANÓPOLIS, 2010).

Assim, o Seminário fornecera subsídios para elaboração do I Plano Municipal de Políticas para as Mulheres e, ainda, enfatizou a importância de maior participação popular na

⁷⁵ A Coordenadoria Municipal de Políticas Públicas para as mulheres se trata de um órgão vinculado diretamente ao Gabinete do prefeito e foi criada por intermédio da lei n. 7625, de 5 de maio de 2008. O órgão tem como objetivo principal assessorar, assistir, apoiar, articular e acompanhar ações, programas e projetos direcionados à mulher e trabalha com toda a rede de atendimento do município, assessorando tanto a esfera governamental como a não governamental, no que diz respeito à saúde, segurança, emprego, salário, moradia, educação, agricultura, raça, etnia, comunicação, participação política; movimentos sociais, grupos de mulheres e/ou lideranças de bairros, fóruns de mulheres, organizações não governamentais, instituições públicas, privadas, estaduais, nacionais e estrangeiras envolvidas com o assunto mulher. Além disso, a coordenadoria visa desenvolver ações de combate aos mecanismos de subordinação e exclusão que sustentam a sociedade, objetivando também a promoção da cidadania feminina e da igualdade entre o gênero.

⁷⁶ No documento não há referência de quais seriam as entidades civis que participaram da elaboração do Plano. No entanto, como já abordaram Butturi Júnior e Lara (2018), na análise dos I e II *Planos municipais de políticas públicas e direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros – LGBT*, a autoria de políticas públicas que leva em consideração a participação da sociedade civil tem caráter estratégico na enunciação de uma política de saúde menos estigmatizante para as populações as quais se dirige.

construção de um instrumento de efetivação dos direitos das mulheres do município. Outra fase importante na elaboração do I PMPM foi a III Conferência Municipal de Políticas para as Mulheres, realizada em 2011, na qual discutiram-se os 11 eixos que integram o I PMPM.

Segundo o documento, a elaboração do I PMPM *foi um marco histórico no que se refere às políticas públicas para as mulheres de Florianópolis, pois ele apresentava-se como precioso instrumento de implementação e implantação de ações e serviços, elencando prioridades e definindo propostas para os anos de 2012 e 2013*. Assim, a elaboração do I PMPM, nasceu

[...] do anseio, do compromisso e do empenho da sociedade civil organizada, dos gestores municipais e dos conselhos de direitos na efetivação de políticas públicas específicas, muitas vezes negadas às mulheres, em função das dimensões estruturais e estruturantes que a desigualdades de gênero tem na configuração da sociedade brasileira. (FLORIANÓPOLIS, 2010, p. 15).

O I PMPM é composto de onze eixos estruturantes e seus respectivos planos de ação para os anos de 2012 e 2013. Os eixos temáticos são: *1. Autonomia econômica e igualdade no mundo do trabalho, com inclusão social, 2. Educação inclusiva, não-sexista, não-racista, não homofóbica e não lesbofóbica, 3. Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos, 4. Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres, 5. Participação das mulheres nos espaços de poder e decisão, 6. Desenvolvimento sustentável no meio rural, cidade e Floresta, com garantia de justiça ambiental, soberania e segurança alimentar, 7. Direito à terra, moradia digna e infraestrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais, 8. Cultura, comunicação e mídia igualitárias, democráticas e não discriminatórias, 9. Enfrentamento ao racismo, sexismo e lesbofobia - Diálogos e perspectivas, 10. Enfrentamento das desigualdades geracionais que atingem as mulheres, com especial atenção às jovens e idosas e 11. Monitoramento e avaliação do Plano*.

Como ponto de partida para as análises que teço, tomo o objetivo geral do Eixo temático Saúde e posteriormente discuto às especificidades de gênero que ainda são sutis, como se verá. Começo então pelo objetivo geral, que trata de

I. Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, em todas as fases do seu ciclo vital, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde integral em todo o território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie, sendo resguardadas as identidades e especificidades de gênero, raça/etnia, geração e orientação sexual. (FLORIANÓPOLIS, 2010, p. 29)

Nesse ponto, já é possível articular a elaboração desse Plano à biopolítica. Segundo Michel Foucault, na passagem do século XVIII para o XIX, quando o indivíduo e a espécie entraram nas estratégias e nos cálculos do poder político, a vida biológica e a saúde da nação

tornaram-se alvos fundamentais de um poder sobre a vida, num processo denominado de “estatização do biológico” (ORTEGA, 2004). A biopolítica analisada por Foucault enfatizava especialmente as noções de sexualidade, raça e degenerescência, cujo objetivo era a otimização da qualidade biológica das populações. No objetivo geral do I PMPM, a vida biológica das mulheres em todas as fases do seu ciclo é açambarcada por serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, com o intuito de regular a vida e estabelecer uma população que necessita sempre do cuidado consigo mesma, sustentando um trabalho de responsabilização contínuo, pelo qual uma pedagogia deve ser instaurada como forma de contenção dos danos que os indivíduos, quando fracassam no cuidado de si, podem oferecer a seus corpos e ao corpo biopolítico (DARDOT, LAVAL, 2016).

Quando se refere as especificidades de gênero, o documento ainda é bastante tímido ao se referir às mulheres trans. Mulher, neste I Plano Municipal de Políticas para as Mulheres, ainda não parece ser objeto de tensionamento efetivo, figurando apenas como uma espécie de epifenômeno do transversal do Eixo 9 – Enfrentamento ao racismo, sexismo e lesbofobia: Diálogos e perspectivas (FLORIANÓPOLIS, 2010, p.76). Nenhuma das prioridades do eixo Saúde diz respeito à mulher transexual.

Ainda, convém mencionar que a Saúde da Mulher Lésbica também não é abordada no I PMPM, mas aparece em enunciações do I PMLGBT, publicado em 2012. Como já apontamos (BUTTURI JUNIOR; LARA, 2018) quando o I PMLGBT apresenta a seção *Saúde da Mulher Lésbica* aponta para padrões de risco ligados à sexualidade. À medida que os enunciados acerca da mulher lésbica são construídos, no documento, a partir dos fatores de risco (nuliparidade, consumo de álcool etc), institui-se um saber sobre quem são as mulheres lésbicas e quais são suas necessidades. É, pois, na sexualidade que encontramos os dispositivos disciplinares que tornam as experiências do gênero e da sexualidade centrais para a constituição de determinadas identidades, no caso em questão as identidades dos sujeitos LGBT. No que tange à mulher lésbica ainda se evidencia outro grande mal da biopolítica, o consumo de álcool ligado aqui à sexualidade, novamente afetando os corpos não-heteronormativos de acordo com modalidades distintas de imputação do risco.

Passo a discutir algumas das onze prioridades do Eixo temático em análise. A primeira delas trata de *Promover a atenção à saúde das mulheres no climatério*. Ao contrário do que era marcado nos trechos de Monteiro Lobato - *Dá a natureza dois momentos divinos à vida da mulher: o momento da boneca – preparatório –, e o momento dos filhos – definitivo*. Depois

*disso, está extinta a mulher*⁷⁷, e nos primeiros documentos que se dedicavam à saúde e às políticas de saúde da mulher, nos quais a ênfase recaía sobre a restrita atenção ao pré-natal e ao parto, percebe-se que a elaboração do I PMPM dá destaque a outros momentos da vida da mulher. É notável que o IPMPM se ancora em uma perspectiva de incluir determinadas formas de ser mulher – aqui, estritamente relacionada a uma mulher entre 40 e 50 anos, que sofre de variações hormonais causadas pela transição entre a fase reprodutiva e a menopausa - não apenas quando se trata de sua adolescência e fase reprodutiva, mas toma todo seu ciclo de vida⁷⁸ como potencial para intervenção. Assim, aquelas que estavam “fora” do planejamento governamental⁷⁹, são hoje, instruídas pelo aparelho médico e devem continuar seguindo determinadas regras e condutas expressas pelo dever de um cuidar-se. Às mulheres no climatério, devem ser ofertados *o rastreamento das patologias associadas ao início do climatério e garantia de exames necessários, inclusive a densitometria óssea* (FLORIANÓPOLIS, 2010), além da ampliação de parcerias com segmentos educacionais com vistas a informar e sensibilizar a mulher sobre esse período.

Ortega (2004) já apontava para essas mudanças quando se referia a biopolítica da saúde. Tratando do caso da velhice, o autor mostra como o modelo biomédico dominante define o envelhecimento apenas em termos de declínio à idade adulta, como um estado patológico, uma doença, ao mesmo tempo em que reconstrói a velhice como um estilo de vida mercadológico, que produz idosos saudáveis, joviais, produtivos e sexualmente ativos, cada vez menos legitimados a procurar os serviços de saúde. Na mesma esteira de Ortega (2004), o climatério, que já foi considerado uma doença – “Em 1960, o argumento predominante do discurso médico estava voltado à ideia de desfeminização do corpo causado pela menopausa, considerada uma doença de deficiência hormonal (KANTOVISKI; VARGENS, 2010, p. 568) – passa a figurar nas políticas de saúde do município. O aspecto biológico de um período de vida das mulheres torna-se alvo de ingerência médica e passa por processos de medicalização, como já mostraram Kantoviski e Vargens (2010, p. 568): “Atualmente, a principal justificativa para a medicalização com o uso de TRH [Terapia de Reposição Hormonal] repousa sobre o efeito profilático, cuja ação diminuiria os riscos de incidência de diferentes patologias, além de criar expectativas de prolongar a juventude e beleza”.

⁷⁸ Entendo ciclo de vida tomando como base os escritos de Maluf (2009, p. 151), que afirma: “ciclo de vida como a sucessão de fases de sua vida reprodutiva (adolescência, gravidez, pós-parto, menopausa etc.), reproduzindo uma concepção de pessoa e de sujeito reduzida às ‘funções’ chamadas biológicas”.

⁷⁹ Em 2008, o Ministério da Saúde lançou o manual de atenção à mulher no climatério/menopausa.

No entanto, cabe destacar que o Plano se refere também a outras terapias oferecidas às mulheres, mas elas ainda figuram como terapias complementares⁸⁰ no atendimento à mulher no climatério: *c) Realizar ampla divulgação dos serviços já existentes e ampliar o atendimento psicológico e em terapias complementares (homeopatia, acupuntura, etc) nas unidades de saúde* (FLORIANÓPOLIS, 2010, p. 30).

A segunda prioridade do Eixo tem como referência outra parcela de mulheres, as adolescentes e trata de *Estimular a organização da atenção à saúde das mulheres jovens e adolescentes* (FLORIANÓPOLIS, 2010). Para que essa prioridade seja alcançada, as ações implementadas devem ser a facilitação do acesso e do atendimento das adolescentes nas unidades de saúde, a intensificação do PSE (Programa Saúde na Escola⁸¹) e a implantação da Política Municipal de Saúde do (a) Adolescente como estratégia de acesso a informação e assistência aos adolescentes.

Pretendo explorar brevemente a prioridade que trata da intensificação do PSE, inúmeras vezes repetidas no documento. Nesse ponto é possível vislumbrar a articulação entre dois setores que tendem a exercer o controle dos corpos adolescentes: a escola e as políticas de saúde. Muitas vezes alijadas das segundas, as adolescentes passariam a ser absorvidas pela primeira. A escola aparece assim como instância disciplinar primeira. Como já discutido por Louro (2007), argumento que a escola aparece no I PMPM como uma instância que realiza pedagogia da sexualidade - como é reiterado na terceira prioridade do plano: *3. Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento reprodutivo, para homens e mulheres, adultos, jovens e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde, respeitando os princípios dos direitos sexuais e reprodutivos* - algumas vezes reiterando identidades e práticas hegemônicas enquanto subordina, nega ou recusa outras identidades e práticas e outras vezes, disponibilizando representações divergentes, alternativas, contraditórias. Como apontou Louro (2007)

Se múltiplas instâncias sociais, entre elas a escola, exercitam uma pedagogia da sexualidade e do gênero e colocam em ação várias tecnologias de governo, esses processos prosseguem e se completam através de tecnologias de autodisciplinamento e autogoverno que os sujeitos exercem sobre si mesmos. Na constituição de mulheres e homens, ainda que nem sempre de forma evidente e consciente, há um investimento continuado e produtivo dos próprios sujeitos na determinação de suas formas de ser ou

⁸⁰ As terapias complementares são usadas em paralelo ao tratamento indicado pelo médico, e de acordo com suas instruções desse profissional.

⁸¹ O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o ministério da saúde e o ministério de educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: educação infantil, ensino fundamental, ensino médio, rede federal de educação profissional e tecnológica, educação de jovens e adultos (EJA). Entre os principais objetivos deste programa estão a promoção da saúde e da cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde.

"jeitos de viver" sua sexualidade e seu gênero. A despeito de todas as oscilações, contradições e fragilidades que marcam esse investimento cultural, a sociedade busca, intencionalmente, através de múltiplas estratégias e táticas, "fixar" uma identidade masculina ou feminina "normal" e duradoura. Esse intento articula, então, as identidades de gênero "normais" a um único modelo de identidade sexual: a identidade heterossexual (Louro, 1997, 1998). Nesse processo, a escola tem uma tarefa bastante importante e difícil. Ela precisa se equilibrar sobre um fio muito tênue: de um lado, incentivar a sexualidade "normal" e, de outro, simultaneamente, contê-la. Um homem ou uma mulher "de verdade" deverão ser, necessariamente, heterossexuais e serão estimulados para isso. Mas a sexualidade deverá ser adiada para mais tarde, para depois da escola, para a vida adulta. É preciso manter a "inocência" e a "pureza" das crianças (e, se possível, dos adolescentes), ainda que isso implique no silenciamento e na negação da curiosidade e dos saberes infantis e juvenis sobre as identidades, as fantasias e as práticas sexuais. Aqueles e aquelas que se atrevem a expressar, de forma mais evidente, sua sexualidade são alvo imediato de redobrada vigilância, ficam "marcados" como figuras que se desviam do esperado, por adotarem atitudes ou comportamentos que não são condizentes com o espaço escolar.

Quando se trata de ISTs, o I Plano Municipal de Políticas para as Mulheres, relaciona em apenas uma das suas onze ações de saúde o hiv e à aids, qual seja: “5. Promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/Aids na população feminina” (FLORIANÓPOLIS, 2010, p.31). A questão da feminização do hiv e da aids também é discutida em outro eixo temático do Plano, *Eixo 4 – Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres*, notadamente na seção 4.3.2 *Proteção dos direitos sexuais e reprodutivos e enfrentamento da feminização da AIDS*.

Notemos que o “e”, inclusivo - *Promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/Aids na população feminina*- marca tanto a feminização da epidemia (segundo as estatísticas de saúde do Brasil) como cria um efeito de multiplicidade. Dito de outro modo, é a série de ISTs que acomete as mulheres, não sendo a infecção pelo hiv uma especificidade do gênero (BUTTURI JUNIOR; LARA, 2018). Além disso, como já retratado por Butturi Junior e Lara (2018), também no I PMPM, nota-se o silenciamento do documento em relação tanto às discussões sobre a cronicidade da vida com hiv quanto diante dos enunciados de impossibilidade de transmissão que já estavam sendo discutidos ao menos desde 2008. Assim, a mulher continua sendo considerada uma questão marginal ao "real" impulso da epidemia.

A questão da saúde das mulheres vivendo com hiv também não é discutida quando se trata da saúde obstétrica⁸², o que trato como índice do apagamento desses sujeitos e a volta de

⁸² A saúde obstétrica é discutida na prioridade 4 do I PMPM e trata de “promover a assistência obstétrica e ginecológica qualificada e humanizada todas as mulheres, especialmente as mulheres negras, indígenas, epiléticas, com deficiência e com sofrimento psiquiátrico. Com vistas a garantia de vinculação as maternidades, transporte seguro nas urgências e emergências obstétricas e assim como reforma e ampliação das UTIs neonatais garantindo atenção em rede como estratégia específica”

uma imagem que a mulher com hiv não pode ser mãe em função de ser um "vetor" ou "reservatório" de infecção, um risco para seus filhos ainda não nascidos, embora hoje seja sabido que as mulheres que vivem com hiv podem ter filhos soronegativos para o hiv utilizando os procedimentos de profilaxia da transmissão vertical do hiv – também silenciados no documento. Dessa forma, argumento com Campbell (1999, p. 3, tradução MINHA) que a preocupação pública com a prevenção da aids parece ter mais a ver com a saúde de homens e crianças do que com a saúde das mulheres, mostrando como a dinâmica de gênero permeia a epidemia de aids e como os papéis e expectativas de gênero afetam a transmissão, prevenção e cuidados da doença.

Ainda no espaço dessa seção, chamo a atenção para a saúde mental das mulheres. Maluf (2009) destaca que, a partir da década de 1970, e posteriormente a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, de um modelo manicomial e exclusivamente psiquiátrico passou-se para o atendimento em moldes ambulatoriais disseminados, ou para a “psiquiatrização” da medicina e, como argumenta a autora, as mulheres foram “acolhidas” por esse dispositivo:

Os profissionais não apenas passam a “acolher” as pacientes sofredoras, como possuem hoje todo um dispositivo de tratamento fornecido pela política de saúde pública e pelos programas terapêuticos, cujo foco está na distribuição gratuita de medicamentos pela rede pública. Ocorre, no campo da chamada “saúde mental”, o que alguns autores têm denominado de ambulatorização do tratamento, ou psiquiatrização da medicina em geral: qualquer especialidade médica passa a receitar rotineiramente anti-depressivos e outros psico-fármacos. [...] Nessa intervenção fisicalista e biologicista, emerge um sujeito também racionalizado e individualizado, capaz de se manter na cadeia produtiva (doméstica ou do trabalho assalariado) e potencializado enquanto sujeito produtor e produtivo.

Nesse cenário, a saúde mental tem lugar no I PMPM. A sétima prioridade trata de *Promover a implantação de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero, considerando as especificidades étnico-raciais* (FLORIANÓPOLIS, 2010). Entendo, no entanto que essa mobilização pode ser vista como um gesto de resistência e a adoção de uma perspectiva de gênero mais voltada para as questões debatidas pelos movimentos feministas, que tanto lutaram e lutam pela inserção de outras práticas no atendimento integral à mulher, que se ocupe com outras questões de saúde além daquelas reprodutivas, deixando as margens outras questões importantes no que tange à saúde das mulheres, como aquelas ligadas ao sofrimento psíquico.

É, pois, com o vislumbre de um movimento agonístico de normalização e resistência de corpos femininos que pretendo finalizar essa análise. Para isso, trago outro enunciado do I PMPM:

9. Estimular ações do Programa Saúde da Mulher para o enfrentamento das discriminações e do atendimento às especificidades étnicoraciais, geracionais,

das encarceradas, de orientação sexual, das mulheres com deficiências, considerando as diferentes regiões geográficas, as mulheres do campo e da floresta e em situação de rua. (FLORIANÓPOLIS, 2010, p. 33)

Como se percebe, a prioridade trata da saúde da mulher enfatizando aquelas que estariam ainda mais à margem do Estado e por isso mais alijadas de seus direitos à saúde. Além disso, embora ainda não contemple as especificidades de gênero, como mencionei anteriormente, a prioridade nove articula essa categoria a marcadores socioculturais e leva em consideração que as alteridades mencionadas produzem diferentes implicações na forma como a feminilidade e a saúde são vivenciadas. Assim, entendo que o documento também permite que os movimentos de mulheres, os movimentos feministas e suas lutas encontrem no I PMPM algumas de suas reivindicações materializadas, produzindo de rasuras nas políticas de saúde da mulher.

*

A análise empreendida nesse capítulo tratava de analisar o modo como as políticas públicas produziam e conformavam certos tipos de sujeitos à existência a partir das discursividades expressas em seus documentos. Gostaria de assinalar brevemente, antes de me ater às demais discussões dessa tese, dois pontos que julgo relevantes.

O primeiro deles diz respeito às políticas de identidade que se instauram nos documentos a partir dos discursos de feminização da epidemia. É importante resgatar ainda que no âmbito do movimento feminista a concepção unificada de identidade como condição necessária para o estabelecimento de políticas ainda é problematizada. Na defesa do conceito unificado de identidade, haveria a proposição de que ele ainda é necessário para reivindicações políticas em nome das mulheres; em contrapartida, os críticos das políticas de identidade afirmam que essa demanda pressupõe uma norma – branca, heterossexual e classe média – excludente e que obstrui a diversidade dentro da própria categoria, a qual as feministas deveriam evitar (MCLAREN, 2016). Nesta tese, não assumo que uma ou outra concepção seja mais subversiva, mas noto com McLaren (2016, p.159), que “[...] As políticas de identidade têm sido bastante efetivas na mobilização de grupos oprimidos na cobrança por igualdade política e de oportunidades”, embora essa nomeação – como vemos no plano de Feminização da epidemia – através da documentação acabem por vincular o indivíduo a categorias de identidades, “[...] formadas através de práticas excludentes, que Foucault chama de práticas divisoras, que dividem o normal do anormal”.

No Plano de feminização da epidemia, por exemplo, vemos que as categorias que tomam as práticas sexuais serem especificadas – *As mulheres lésbicas, bissexuais e MSM (mulheres que fazem sexo com mulheres)*. Essa emergência de categorias em um discurso documentado de saúde pública – que visa práticas de monitoramento, regulação e controle das populações - pode ser lida a partir de Foucault (2017a, p. 111), quando em referência ao aparecimento, no século XIX, dos discursos sobre as espécies de homossexualidade permitiram um avanço dos controles sociais na região da perversidade, “[...] mas também possibilitou a constituição de um discurso “de reação”: a homossexualidade pôs-se a falar por si mesmo, a reivindicar sua legitimidade, ou sua “naturalidade”, e muitas vezes dentro do vocabulário e com as categorias pelas quais era desqualificada do ponto de vista médico”.

Nesse sentido, gostaria de demarcar que a análise tecida nesse capítulo se pautou, portanto na regra da polivalência tática dos discursos, entendendo-os como elementos ou blocos táticos no campo das correlações de força e questionando-os tanto no nível de sua produtividade tática quanto de sua integração estratégica (FOUCAULT, 2017a).

Em segundo lugar, a análise empreendida não pode deixar de levantar questões em torno dos discursos de constituição de outra categoria, a das *mulheres responsáveis*, que se efetivam principalmente pelo conceito de empowerment, como descrevi acima. Petersen e Lupton (1996, p.64), argumentam que “[...] sob a abordagem neoliberal de governo, espera-se que o sujeito enquanto cidadão se adapte aos objetivos do estado voluntariamente, na maioria dos casos sem necessidade de coerção direta”. Essa autodisciplina, vital para o modo de governo biopolítico que venho descrevendo nesse capítulo é também aquela que descrevi no capítulo 2, quando falava da assunção da indecibilidade como condição e forma de subjetivação requerida pelas PVHIV que participaram dessa tese e acerca das estratégias técnicas e pedagógicas que se estabeleciam na instituição.

Volto a Peterson e Lupton (1996, p. 64, grifos meus), que dirão

Os cidadãos são obrigados a se tornarem ativos em seu próprio nome: a ênfase no papel e dever do Estado-nação no progresso humano é, portanto, descentralizada [...]. Os conceitos de racionalidade e autocontrole são centrais para a compreensão da cidadania, porque ambos os conceitos sustentam os pressupostos contemporâneos do que significa ser 'humano' e o que o 'eu' moderno ideal deveria ser. [...] nas sociedades ocidentais contemporâneas espera-se que os indivíduos questionem constantemente suas vidas e relacionamentos na busca de autoaperfeiçoamento, conquista da autenticidade, maximização das chances de vida e exercício da escolha entre alternativas. **A subjetividade é criada tanto pelas técnicas de autoformação governamentais produzidas por autoridades e agências externas quanto pelas práticas de autoformação ética pelas quais os indivíduos passam a se conhecer e dar sentido às suas experiências. Esses processos são necessariamente inter-relacionados e recíprocos.**

Dito isso, gostaria de assinalar por fim como as mulheres desse estudo se relacionam com essas políticas e seus discursos de responsabilização, os quais, nas entrevistas apontam que a assunção da categoria mulher responsável, corresponde tanto a medicalização da vida quanto à privação da maternidade e dos relacionamentos sexuais pois elas ainda seriam sujeitos a quem o risco de contaminar pode ser imputado. O próximo capítulo tratará de esmiuçar essas relações.

Antes de encerrar esse capítulo, noto que as políticas públicas analisadas aqui, embora instauradas no âmbito ambíguo da biopolítica e da governamentalização que tomam de assalto as vidas que irremediavelmente estão atadas a elas, podem ser lidas como lugares de aparecimento de outros arranjos políticos ligados aos movimentos sociais e suas lutas pelo direito a saúde e pelos direitos humanos. A emergência discursiva desses documentos, principalmente do Plano de Feminização da Epidemia, são lidos nessa tese a partir da possibilidade de uma biopolítica menor e, portanto, segundo a ordem também da agência da PVHIV e, mais estritamente, das mulheres entrevistadas e seus discursos.

A partir dessa perspectiva, são os espaços, as práticas e os regimes de verdade que operam na conformação das formas de subjetivação das PVHIV e que participaram desse estudo aquilo que pretendo resgatar nos próximos capítulos. Situadas no nível das práticas discursivas instauradas, engendradas e modificadas no interior de um dispositivo territorial, as análises que busco empreender no capítulo três tratam também de pensar nas relações sociais – estratégicas e agonísticas – que as PVHIV estabeleciam nos encontros do grupo de apoio, entre si, com a instituição – e suas práticas, no limite normalizadoras, como descreverei adiante e com as pessoas que a representavam. Se trata, portanto, de pensar nas formas de inteligibilidade possibilitadas pelos dispositivos e nas práticas de si a partir da experiência de se viver com hiv enquanto relações de condição, inseridas igualmente em estratégias e relações de poder. Desse modo, o capítulo busca evidenciar como os arranjos locais e suas micropolíticas (PASSOS; BARROS, 2015) operam tanto na emergência narrativa do hiv e da aids em Florianópolis, quanto nas experiências das PVHIV na contemporaneidade.

4 AS FORMAS DE SUBJETIVAÇÃO E A SOROPOSITIVIDADE: OS DISCURSOS DAS NARRATIVAS DAS MULHERES QUE VIVEM COM HIV

E: Bom, dona Jenifer, antes da infecção, o que que a senhora imaginava sobre o hiv sobre a aids?

J: Bom, antes da infecção imaginava o que? Era o que eu escutava na TV, que o **hiv era uma doença que matava em um ano e não tinha tratamento**. Que foi em 1990, né?!

E: A senhora descobriu que vivia com hiv em 1990?

J: Não, é assim ó, o pai dos meus filhos tava usando droga injetável, e ele passou pra mim. E ele ficou doente, daí foi no médico e deu que tava com hiv e chegou. Aí, minha mãe ainda chegou antes dele pra contar. Minha mãe soube dele antes, soube antes porque tinha um padre, um padre que trabalhava com isso e a minha mãe frequentava a igreja e ele que levou meu marido fazer o exame, então ele soube do resultado antes, daí ele foi lá conversar com a mãe pra né, [choro] não sei, **para amenizar o impacto**, eu acho, e os dois chegaram na minha casa antes do meu marido chegar com o resultado. E a minha bebê tinha quatro meses e eu tava amamentando. E ela não tem. Ela hoje é uma mulher, mãe dos filhos.

E: Sim.

J: **E eu chorava muito, fiquei muito triste assim**, a única coisa que me abalou era que **eu ia morrer em um ano e ia deixar quatro filhos pequenos**.

A citação que abre esse capítulo corresponde a parte inicial de minha entrevista com Jenifer, realizada em uma tarde de julho de 2019, nas dependências da sede do Grupo de Apoio e Prevenção a Aids (GAPA) de Florianópolis. Sua escolha não é aleatória, visto que é necessário atentar para os processos de sofrimento que permeiam toda a narrativa (dela e de outras mulheres). Entretanto, nesta tese procuro tomar as precauções para que o sofrimento narrado por ela não se torne apenas um tropo narrativo que intenta legitimar um discurso mais científico – o meu, como adverte Das (1995). Se o processo dessa escrita envolvia outras vozes além da minha, é necessário que a última possibilite que “[...] a dor do outro possa ser sentida” (PEREIRA, 2004, p. 189), que essa escuta se estabeleça “[...] de modo a captar a dinâmica da língua, do tempo e da agência política, tal como operam na vida” (DAS, 2011, p. 20).

A partir dessas prescrições, nesse capítulo, pretendo tratar das entrevistas realizadas, atentando para as formas de invenção e reinvenção de novas possibilidades de vida das mulheres com as quais conversei. Desse modo, optarei por observar os pontos de confronto, os espaços de tensionamento que as dobras subjetivas oferecem diante do que defini como os dispositivos da aids. No entanto, na proposta analítica que se desenha também há espaço para o viés da sujeição ou assujeitamento, uma vez que não se pode escapar deste “[...] proceso infinito de subjetivación y sujeción que define justamente al biopoder” (AGAMBEN, 2000, paginação irregular).

Antes de compreender os diferentes processos de subjetivação das mulheres que vivem com hiv, necessariamente atravessados pela diferença de gênero, é preciso retomar o que se

entende por esses processos. Amplamente, as modalidades pelas quais um sujeito é produzido perpassariam as análises de três modos que “[...] transformam os seres humanos os sujeitos” (FOUCAULT, 2014, p. 118): *o estatuto da ciência*, a produção de categorias científicas que identificam os sujeitos e permitem produzi-los e manipulá-los a partir de tecnologias de produção e das tecnologias dos sistemas de signo (FOUCAULT, 2014, p. 266); *as práticas divisoras*, nas quais “[...] o sujeito é ou dividido no interior dele mesmo, ou dividido dos outros. Esse processo faz dele um objeto. A separação entre o louco e o homem são de espírito, o doente e o indivíduo em boa saúde [...]” (FOUCAULT, 2014, p. 118); e por último, os *processos de subjetivação*, aqueles nos quais se aprende a reconhecer-se como sujeito e, a partir das tecnologias de si, “[...] elabora com seus próprios meios ou com a ajuda dos outros um certo número de operações” sobre suas condutas de modo a alcançar a felicidade, a sabedoria.

Nesse sentido, a noção de subjetivação – tal como propõe Foucault – deslocaria completamente o discurso do ser para o fazer, não podendo, dessa maneira, abstrair sua inscrição da dimensão da prática, em que “O eu não é nem uma coisa nem um objeto [...]”; ao contrário, é sempre, e ao mesmo tempo, **efeito de um gesto de subjetivação, e o próprio gesto que permite sua produção**” (REVEL, 2016, p. 164, tradução minha, grifos meus), o que implica na reversibilidade permanente do modo como nos construímos a partir de e por meio dos dispositivos e seus jogos de verdade.

Se, na discussão foucaultiana sobre os dispositivos da sexualidade e os dispositivos de disciplina e segurança, sujeitos emergiam quando indivíduos começaram a ser esquadrihados pelos saberes médicos e jurídicos a partir de rituais de verdade, não há como negar que processos semelhantes ocorrem no interior dos dispositivos da aids e na produção de sujeitos que eles implicam. Resta-nos, dessa forma, continuar a problematização da emergência das mulheres que vivem com hiv nos discursos que eles instauram, mas agora não mais a partir das tecnologias de dominação e poder, mas na interação entre elas e as *técnicas de si*, tal qual são retratadas nas narrativas.

Partindo da assunção, portanto, de que existe uma matriz de relações entre as tecnologias de si e as tecnologias de dominação, é mister resgatar também as relações de gênero que instituem e sustentam as mulheres que participam dessa tese e suas pertencas identitárias (BUTLER, 2000).

Deslocando-se da visão de que haveria recursos que possibilitassem escapar dos liames de poder e das relações discursivas que produzem e regulam a inteligibilidade dos conceitos, a teoria social do gênero compreende que o conceito se estabelece a partir de “[...] uma relação entre sujeitos socialmente constituídos, em contextos especificáveis” (BUTLER, 2017, p. 32).

Produzido por práticas reguladoras, gênero seria uma das formas pelas quais as pessoas se tornam inteligíveis, “[...] Uma estilização repetida do corpo, **um conjunto de atos repetidos no interior de uma estrutura reguladora altamente rígida**, a qual se cristaliza no tempo para produzir a aparência de uma substância, de uma classe natural de ser” (BUTLER, 2017, p. 69, grifos meus).

Em referência ao estabelecimento de relações afetivas, Mara dizia que “*pra gente, mulher, é muito difícil*”. Se esse conjunto de atos a que se refere Butler (2017) pode ser interpretado a partir da leitura das tecnologias de si, cabe questionar o que a categoria *mulher* apresenta de inteligibilidade para as participantes da pesquisa e como ela tem moldado sua própria subjetivação. Como veremos, as tecnologias e os discursos que perpassam boa parte daquelas vidas, dirão respeito à maternidade, a violência e ao silêncio e se estabelecem por meio de códigos linguísticos e representações culturais, um sujeito “engendrado”, portanto, que se constitui não apenas nas relações de sexo, mas nas relações de raça, de classe e, portanto, múltiplo e contraditório. (LAURETIS, 1994, p. 208).

É importante notar que nessa tese a categoria mulher (cf. Introdução) não é tomada como categoria estanque e estável, mas como “[...] um termo em processo, um devir, um construir de que não se pode dizer com acerto que tenha uma origem ou um fim. Como prática discursiva contínua, o termo está aberto a intervenções e ressignificações” (BUTLER, 2017, p. 69). Nesse sentido, com Butler (2013) também não proponho anunciar a morte da categoria “mulher”, nem renunciar a utilização do termo, mas, ao contrário, ao partir da pressuposição que “mulheres” designa um campo de diferenças indesignável, que não pode ser totalizado ou resumido por uma categoria de identidade descritiva, tornando-se um lugar de permanente abertura e ressignificação, atentar para esses processos e os vínculos que se estabelecem entre ele e a materialidade do hiv.

Dito isso, passo à apresentação das entrevistas.

Mara sempre fora desconfiada. Em nosso primeiro encontro, falou que não responderia nenhuma pergunta e se eu quisesse “que ficasse” no grupo; no entanto, ela não participaria das entrevistas. Ao longo de alguns meses, nos aproximamos durante os encontros de todas as quartas-feiras. Mara mostrou-me fotos de quando o cabelo era comprido, antes de perdê-lo em dois momentos distintos por causa do hiv, falou sobre a relação conturbada com o ex-marido e como a volta para a casa da mãe após a separação não estava sendo tranquila. Mara também me contou sobre as dificuldades médicas que enfrentava, sobre o diagnóstico tardio do hiv – após dois anos sentindo-se muito fraca, com diarreias frequentes, perdendo o cabelo –, sobre como a volta ao trabalho a deixava preocupada. Mara foi a primeira mulher que respondeu

às perguntas realizadas nas entrevistas dessa trabalho de doutoramento e é essa entrevista que tomo como marco de minha aceitação no grupo de apoio. Suas respostas, sempre diretas e objetivas, tomaram apenas trinta minutos de uma tarde de quarta-feira. Na semana seguinte, Mara trouxe os resultados de exames antigos e negativos para hiv que, de acordo com ela, atrasaram em dois anos seu diagnóstico. Para ela, aquilo funcionava como uma espécie de prova: era necessário que sua verdade fosse ouvida e vista. Mara vivia com hiv há um ano.

Aparecida sorria e chorava ao mesmo tempo. Nossos primeiros encontros foram marcados pela empatia. Nos entendíamos, tínhamos crenças similares, partilhávamos a angústia de pais doentes. Quando fizemos juntas os testes rápidos de detecção do hiv, naquela capacitação oferecida pelo GAPA, Aparecida parecia aliviada ao ver o meu resultado e me disse que eu tinha sorte. O pai de Aparecida não resistiu ao câncer de próstata e ao saber do diagnóstico do meu, ela foi consolo mesmo quando as experiências que estruturavam seus discursos eram dolorosas e os relatos da morte presentes. Aparecida queria ser ouvida. Ela dizia que precisava falar sobre o que a “maldita” tinha feito em sua vida: destruído seus sonhos de maternidade, acabado com a segurança de uma relação sem segredos. Aparecida foi a segunda mulher com quem conversei em uma entrevista marcada por lágrimas. Antes de nos despedirmos, quando as observações do grupo foram encerradas, Aparecida me entregou um chaveiro com a imagem de Nossa Senhora Aparecida, padroeira do Brasil, para me acompanhar. Ela lembrou-se de um dos meus relatos acerca da fé. O chaveiro ainda tem lugar na mochila que permanece comigo, Aparecida também. Aparecida tinha 42 anos e vivia com hiv há um ano.

Juju me encontrou na sede da GAPA em uma manhã ensolarada. A instituição não abria durante as manhãs, mas era esse o único tempo que ela tinha, pois se dividia no cuidado com os netos e com a casa. Conversamos por alguns minutos e expliquei que, por razões éticas, não seria conveniente realizar a entrevista em locais que não garantissem o sigilo das informações. Mas Juju queria falar e não tinha outro horário disponível. Ela sugeriu uma praça que fica próxima da instituição. Ela queria contar sua história, o local não importava. Conversamos alguns minutos antes que o gravador fosse ligado e Juju contou-me sobre o dia a dia e o cuidado dos netos, sobre as dores em sua coluna, sobre seus antigos relacionamentos amorosos, sobre a demissão quando a patroa descobriu, por causa de um atestado médico, que Juju vivia com hiv. Após a entrevista, seguimos juntas até o ponto de ônibus onde nos despedimos. Juju vivia com hiv há sete anos e tinha 53 anos quando a entrevista foi realizada.

Beatriz me recebeu em sua casa em uma tarde de junho. Sofrera um acidente meses antes e por isso não conseguia se deslocar até o GAPA, mas como queria participar da pesquisa,

pediu que eu fosse até sua casa. O café já estava passado quando cheguei e ela ainda havia preparado alguns biscoitos. Seus cachorros também me receberam e logo ela me levou a uma pequena cozinha, local no qual conversamos por meia hora antes que o gravador fosse ligado. Beatriz me falou dos cachorros, de como a vida estava mais difícil após o acidente que lhe ferira gravemente a perna, do desemprego de um dos filhos e de como o corte de seu benefício estava impactando sua vida. Também me contou sobre a preocupação de um dos filhos com a entrevista. Ele não queria que o rosto da mãe aparecesse e por isso ela me perguntou se eu gravaria vídeos. Expliquei como a entrevista iria ocorrer e como qualquer dado que pudesse revelar sua identidade seria omitido desses registros. *Ela me disse que não se importaria com a revelação de sua identidade se fosse “apenas ela”, mas ela tinha filhos, que estavam inclusive procurando novas oportunidades de trabalho e a revelação de uma mãe que vivia com hiv poderia prejudicá-los.* Ela já havia participado de entrevistas para televisão quando os filhos eram pequenos, agora preferia manter sua condição em segredo. Beatriz vivia com hiv há vinte anos e tinha 54 anos na época da entrevista.

Assim como Beatriz, **Luana também havia machucado a perna e não podia se deslocar a instituição.** Como também enfrentava graves problemas de visão, seria melhor que eu pudesse encontrá-la em sua casa. No dia combinado, fui à casa de Lu, mas ela havia tomado medicamentos para a dor e adormecera. Assim que regressei a minha casa, Lu me enviou uma mensagem e pediu para remarcar a entrevista para o dia seguinte. Quando cheguei, fui recebida por uma amiga sua, que coou o café. Lu disse que a amiga sabia que ela vivia com hiv e que não se importava. Fomos para o quarto de Lu, onde ela poderia responder as perguntas com mais privacidade. Sentamos em sua cama. Ali, me mostrou o lugar onde guarda seus medicamentos, perto da televisão, para não os esquecer. Mesmo assim, era a filha quem fazia a administração diária dos comprimidos, pois Lu não gostava de tomá-los e já interrompera a medicação inúmeras vezes. Mostrou-me o pulso que havia ficado com uma deformação após uma tuberculose óssea. Conversamos durante vinte minutos e tomamos o café com algumas torradas ao final da entrevista. Lu tinha 42 anos e vivia com hiv há vinte e dois.

Lu nunca se lembrava do meu nome. Todas as quartas eu repetia-o e ela anotava. Um ritual repetido por quase seis meses antes de realização da entrevista. Lu se diz “maluquinha”, pois após ter um quadro de meningite relacionado ao hiv, perdeu parte da memória. Ela diz não lembrar do que aconteceu no hospital e nem nos dias que se seguiram, quando teve o auxílio de familiares que se responsabilizaram pela administração dos medicamentos. Hoje voltou a praticar esportes e o surf continua sendo sua paixão. Lu completava 47 anos na época de nosso encontro e vivia com hiv há dezessete.

Luiza não conseguia me encontrar na sede do Gapa, pois seus horários de trabalho não permitiam. Recebeu-me em sua casa em uma tarde chuvosa de julho, mostrou-me seu jardim e seus cachorros. As rosas estavam floridas e eram motivo de orgulho. Sentamo-nos na cozinha, conversamos por alguns minutos e iniciei a entrevista. Luiza contou-me sobre sua relação com os filhos, com o medicamento, com o trabalho. Falou-me do preconceito de amigos. Narrou as experiências próximas que teve com hiv antes de seu diagnóstico. Ela tinha 54 anos na época e vivia com hiv há cinco.

Encontrei com Jenifer na sede do Gapa em julho de 2019. Jenifer ria e relembrava junto com Lu as viagens que fizeram por intermédio do Gapa para eventos de capacitação sobre hiv e aids e como se divertiam nesses momentos. O clima descontraído deu lugar à tensão e logo no início da entrevista Jenifer parecia impossibilitada de narrar o que acontecera há muitos anos. Sua voz risonha deu lugar a uma fala embargada enquanto ela suprimia o choro. Falou-me do diagnóstico e de como a presença da morte a assombrava nos primeiros anos; contou-me sobre a relação com o pai dos seus filhos e sobre o apoio da família. Ainda mencionou que *não se lembra mais como é uma viver uma vida sem hiv*. Jenifer tinha 52 anos quando conversamos e vivia com hiv há vinte e nove.

Mariana também não conseguia me encontrar no Gapa em virtude da distância de sua casa e dos horários da escola do filho. Encontramo-nos em sua casa em uma tarde quente de agosto. Mariana morava com seu filho e com uma amiga. Recebeu-me com um café e conversamos sobre signos e mapas astrais antes e depois da entrevista. Mariana falou sobre as dificuldades e as belezas de sua gravidez, quando já havia abandonado o sonho de ser mãe biológica de uma criança em virtude de viver com hiv. Falou do momento do parto e como a violência obstétrica ainda era uma memória que a machucava. Narrou a experiência de ter sua condição revelada por outras pessoas em seu ambiente de trabalho. Mariana tinha 29 anos e vivia com hiv há 6 anos.

Virgínia compareceu ao grupo de apoio do Gapa nas últimas semanas da etapa de campo dessa pesquisa. Logo no primeiro dia, falou sobre a mudança de cidade e como o grupo seria importante em sua adaptação em Florianópolis. Virgínia falou sobre a importância das informações repassadas por pessoas que vivem com hiv em novas mídias e como ainda pensava em criar um canal no Youtube no qual também poderia falar. Quando falei sobre minha pesquisa, Virgínia quis participar imediatamente e agendamos um encontro para a semana seguinte. Conversamos na sede do Gapa durante algumas horas e ela contou-me sobre sua família, seus relacionamentos amorosos, suas práticas sexuais, sua profissão, a recolocação no

emprego quando suas chefes foram comunicadas que ela estava vivendo com hiv. Virgínia vivia com hiv há sete anos.

Gostaria, antes de me ater a cada uma das seções que organizam esse capítulo, pensar nas formas pelas quais somos capturados por regimes de verdade. No capítulo dois, expus como a relação que estabeleci com as PVHIV foi construída a partir da minha participação no grupo de apoio do GAPA e como, ao final da etapa de campo, um dos integrantes enunciou que eu poderia voltar a participar daqueles encontros sempre que quisesse pois “eu já era um deles”. Ser um deles, fazer parte daquela categorização de sujeitos implicava estar imersa em um regime de verdade que até o momento dessa escritura não me diria respeito, já que ele tem uma demarcação e se produz no sangue – um regime que se extrai do sangue (BIEHL; COUTINHO, OUTEIRO, 2001). O que a enunciação de ser um deles implicava, já que todos sabiam que eu não vivia com hiv? Talvez, no decorrer daqueles seis meses, tenhamos estabelecido outras formas de reconhecimento que para além da história de uma epidemia e de um vírus nos ligava a uma certeza de destino compartilhado, de implicação mútua que desfaz as amarras de um trabalho acadêmico e estabelece outros nós na rede de relações que nos uniam uns aos outros e ao poder, a verdade e nossas próprias possibilidades de subjetivação.

A proposta analítica que esse capítulo desenha é dividida em seis subseções: a primeira procura resgatar as narrativas de diagnóstico, seguida da sessão que trata das (im)possibilidades de se produzir discursivamente tomando o hiv como mote. Já a terceira seção procura resgatar as práticas bioascéticas que as mulheres estabelecem e seus deslocamentos possíveis. Há ainda espaço para os repertórios discursivos acerca da maternidade e as formas de cuidado dos outros que essa parte de si atrelada ao hiv solicita. Nas duas últimas seções, tomo como fio condutor duas regularidades discursivas: a violência que, nas suas variedades, interpela as mulheres como sujeitos precários e os afetos, que no rastro da possibilidade indicam a urgência da construção de enquadramentos alternativos para suas formas de subjetivação.

4.1 O DIAGNÓSTICO E A AFIRMAÇÃO DE SI

Como vimos no capítulo 3, a assunção de um enquadramento e as possíveis práticas identificatórias que se referem às mulheres que vivem com hiv se instituem na forma de políticas públicas em 2007, quando da elaboração do Plano de Feminização da Epidemia. Fora do âmbito Estatal, no capítulo um, percorri os discursos que, imersos nos dispositivos da aids, assinalavam tanto uma rarefação discursiva (cf. dispositivo da aids), quanto à assunção da relação mulher e hiv/aids a partir de discursos estatísticos e epidemiológicos. Percorridas

algumas das linhas que constituem os dispositivos, é possível ver que eles se emaranham, tornando difícil sua delimitação, como já descreveu Deleuze (1996). Entretanto, os discursos embaralhados nessa trama podem ter um ponto de confluência temporal, estabelecido nas narrativas de diagnóstico que, estigmatizado, continuaria produzindo fronteiras entre determinadas formas de pertencimento e aparição, como pretendo evidenciar nessa seção a partir de a partir de três regularidades discursivas: *a assunção da infecção e a alteridade perigosa; a morte e o conhecimento venenoso e o enquadramento de gênero e a invenção de si.*

Sustentadas pelas formas de racionalidade dos dispositivos que venho descrevendo, é necessário resgatar como as mulheres dizem o diagnóstico, momento em que são atreladas aos regimes de verdade que passam a constituí-las como sujeitos engajados em práticas médicas e de cuidados consigo e com os outros, como veremos no decorrer desse capítulo. Nesse espaço, ainda me interessa pensar como o trabalho do tempo (DAS, 2011) opera nas diferentes narrativas acerca daquele momento. Resgato a seguir algumas passagens daquelas cenas, articulando-as ao papel das narrativas na instauração desse solo analítico.

Investigando os estudos etnográficos e antropológicos – que defino nessa tese como o campo da Antropologia da Saúde –, Good (1994) assegura que as narrativas poderiam refletir e reformular a experiência da doença. Para o autor, a narrativa – ligação imaginativa de experiências e eventos relacionados a um sujeito em uma história ou trama significativa – é um dos principais processos de esforço pessoal e social para reconstituir um mundo devastado após um diagnóstico que pode simbolizar uma sentença de morte.

Não obstante sua capacidade produtiva, é preciso levar em consideração certo excesso, espécie de gesto subjetivo que sempre superaria a descrição simples ou narrativa totalizadora (GOOD, 1994) – como veremos emergir nos enunciados das entrevistas. Assim, aparece uma possibilidade disjuntiva e estratégica no narrar, que pode ser formulado segundo memórias distintas, em diferentes momentos, uma vez que novas questões sempre suscitariam novas reflexões sobre experiências subjetivas – as quais poderiam ser descritas a partir de uma perspectiva ligeiramente diferente, reformulando a história para revelar novas dimensões da experiência. É justamente pelo fato de a experiência ser também subjetiva, na forma de um trabalho do sujeito sobre si mesmo, que ela sempre excederia a objetivação em formas simbólicas.

De acordo com Hyden (1997), as narrativas também ganharam importância no estudo de doenças crônicas, como a infecção pelo hiv, como meio para entender as tentativas dos pacientes de lidar com suas situações de vida e, acima de tudo, com os problemas de identidade que a doença crônica pode trazer consigo.

Se assumimos que doença crônica possa ser encarada como uma ruptura da vida em curso de uma pessoa, o que também implicaria uma ruptura subjetiva, alterando a relação entre o corpo do paciente, seu eu e o mundo circundante, é necessário pensar nos modos pelos quais se articulam os discursos sobre o diagnóstico e a reconstrução da própria história, passo a eles. Começo reunindo esses enunciados em uma abordagem diacrônica na tentativa de notar as modificações que as narrativas acerca do diagnóstico podem sofrer a partir de sua descoberta atrelada aos regimes de verdade dos dispositivos da aids. As três primeiras narrativas (de Jenifer, Lu e Beatriz) são produzidas por mulheres cuja infecção se deu no início dos anos 1990, quando a aids ainda solicitava a presença da morte física e civil (DANIEL, 1989); as demais pertencem a perspectiva da pessoa que vive com hiv e cuja infecção se deu no século XXI, no interior do dispositivo crônico da aids e suas estratégias de *governamentalidade naturalizante*.

Nos excertos narrativos de Jenifer e Lu acerca do diagnóstico aparecem os discursos sobre a alteridade, estratégia que recupera a problemática ainda premente, da cisão entre a subjetividade “normal” e a subjetividade “infectada”:

Lu: **E eu nunca imaginei que eu ia adquirir, a gente sempre pensa “não vai acontecer comigo”**. Principalmente porque eu **não aplicava droga injetável, não tinha relação com homens e mulheres, sempre era namorado fixo**, então eu nunca imaginei eu fiquei bem chocada.[...]

Jenifer: [...] **quando eu me contaminei eu achava que eu era a única esposa que era, “como é que eu vou falar para alguém que eu tenho hiv se eu não sou nada disso”, entende?. Acho que complicou também para as mulheres, eu acho que todas deviam passar pela mesma coisa, eu não pertencia a esse mundo.**

E: A esse mundo, desse grupo de risco da época?

J: Esse grupo de risco.

É interessante observar que as narrativas sobre o diagnóstico são construídas pelo viés da confissão que trata já no início das nossas entrevistas de restabelecer as diferenças, de redefinir os limites entre a subjetividade normal – a delas, esposas, namoradas – e a dos outros – *desse mundo*, dos grupos de risco. Embora as perguntas elaboradas não tratassem de esquadriñar às formas de contaminação, a memória discursiva parece remontar ao dispositivo da aids e suas injunções à confissão das práticas, geralmente sexuais, a que estavam implicados os doentes da aids (conforme notei no capítulo 1).

Como se percebe nos enunciados acima, o que Lu e Jenifer procuram assegurar é a distância entre a simples objetivação que o dispositivo de confissão⁸³ produziria, conferindo um relevo particular às narrativas de diagnósticos implicadas nesse dispositivo e assegurando

⁸³ Embora já tenha tratado do dispositivo da confissão no capítulo dois, é necessário retomar que esse processo está no centro de uma das ramificações pela qual depois se desenvolve o código biopolítico, o poder pastoral.

que, mesmo que esse seja o canal através do qual elas ainda são irremediavelmente objetos de poder, “[...] longe de reduzir-se a uma simples objetivação, ela remete antes a um movimento que condiciona o domínio sobre o objeto à sua participação subjetiva no ato da dominação” (ESPOSITO, 2017, p.47).

A aproximação com esse outro exigirá dessas mulheres um trabalho contínuo de afirmação de si nos moldes de mulheres casadas – e aqui leia-se “não promíscuas” – heterossexuais e não usuárias de drogas e de redefinição e requalificação da alteridade pois, do contrário, elas poderiam ser identificadas com esse outro do qual procuravam se diferenciar nas entrevistas. Nos excertos, note-se a presença da negativa “não” (caso de Lu) ou o “não sou nada disso” de Jenifer, recorrente nas falas da maior parte das mulheres.

Parto desse “não” e dessa tomada de distância, marcada por uma temporalidade dicotômica: o antes e o agora – e a futuridade incerta. Em pesquisa realizada com mulheres que viviam com hiv na década de 1990, Knauth (1997) observou que era somente quando confrontadas à posição do outro, isto é, quando as diferenças entre si e o outro ameaçavam desaparecer completamente, que o lado mais tênue da alteridade era percebido. Nesta tese, acredito que esse confronto se estabelecia no momento do diagnóstico e que, a partir dele, era necessário para as mulheres desse estudo que se forjasse e se recorresse as diferenças buscadas também nas práticas de gênero e em aspectos mais particulares e pessoais das suas práticas. A formação dessas subjetividades a partir do gênero e das práticas sociais que ele envolvia eram evocadas nas narrativas de si que estabeleciam a suposta incolumidade à doença. Esse imperativo faz inclusive que Jenifer se distancie dos espaços de solidariedade que o GAPA representava naquela época (como já mostrei no capítulo 2 e recupero a seguir), já que tão logo seria possível reconhecer em si os efeitos físicos da doença que identificava em outros sujeitos:

[...] e aqui tinham muitas pessoas debilitada, já assim, numa fase bem crítica, e olhei aquilo tudo, me assustou, assim, “**Meu Deus, eu vou ficar desse jeito**” aí eu vim só até pegar o remédio, pega o remédio, ir ao médico, **e depois não vim mais.**

O “nada disso” permanece marcando a alteridade, na injúria: o GAPA é o espaço deles, de quem fica “desse jeito”. Retomo a afirmação de si enquanto *mulher em relacionamento estável* que perpassa essas três entrevistas – e como veremos a maior parte das demais. A construção desses sujeitos aponta que as normas de reconhecimento que elas estabeleciam para si mesmas se relaciona profundamente com a não assunção da vulnerabilidade ao hiv, mesmo no caso de Jenifer, que mantinha um relacionamento com um usuário de drogas injetáveis:

[...] a minha mãe disse assim “me disseram que o V. tá usando droga com uma pessoa que tem hiv, tu diz pra ele usar camisinha!”. Eu disse: “mãe, como que eu vou dizer pro meu marido usar camisinha, ele vai achar que eu tô traindo ele”, porque eu conheci

meu marido na escola, tinha 15 anos quando eu conheci ele, quando eu comecei a namorar ele.

Aproximemos esta relação entre a produção discursiva e a afirmação de si do trabalho de Maluf (1999, p. 76), que afirma: “[...] são, sobretudo, as narrativas de vida que trazem mais fortemente essa dimensão de desvendamento ou de revelação da pessoa, dando um sentido a sua experiência”. A autora chama a atenção para uma leitura antropológica da narrativa que pense a narrativa como produto de uma multiplicidade de interferências, das quais algumas aparecem no próprio contexto de sua enunciação – premissa essa que remeteria à noção de multivocalidade e, portanto, a uma leitura que saiba escutar as múltiplas vozes que se exprimem no interior da narrativa. Se recuperarmos a memória do dispositivo da aids e dos discursos instaurados no dispositivo territorial (capítulo 2), a prática confessional de se distanciar dos “grupos de risco” pode ser indicie de uma legitimidade do diagnóstico que perpassa as relações de gênero:

[...] a contaminação, ao invés de ser tomada como um indicativo de que a Aids é, de fato, uma doença que pode atingir qualquer pessoa e, portanto, não se limita aos "grupos de risco", vem reforçar a imagem inicial que a associa ao outro. A questão que se apresenta para as mulheres é de como poderão diferenciar-se deste outro habitualmente associado à doença (homossexual, prostituta, promíscuo, drogado). Assim, se a diferença não pode mais se dar pelo fato de ser ou não portador do vírus, ela passa a ser construída através da forma de contaminação. (KNAUTH, 1997, p. 293)

O delicado trabalho de criação de si mesmo, após o diagnóstico, também se estabelece a partir do choque e do trauma que perpassam a identificação e a assimilação com a figura da alteridade. Dito de outro modo, o trauma se dá no limite da assunção da alteridade: tanto do risco e do apartamento, quanto da presença iminente da morte, como lembra Beatriz:

Beatriz: **Foi um trauma grande que eu passei**, eu tive a ponto de cometer coisas horríveis na minha vida com relação a isso e foi difícil superar, **porque eu peguei numa época bem em que se falava muito sobre a questão do da morte, né?!, era como se fosse uma certidão de óbito quando eu recebi a notícia, “pronto morri”**, não tinha informação nenhuma sobre o hiv, era bem pouco assim falado, né?!,

Ao contrário das narrativas de Jenifer, que tem o diagnóstico suposto em âmbito familiar (uma vez que a mãe e um padre que acompanhavam seu ex-companheiro em processo de adoecimento pela aids solicitam que ela faça o exame), as narrativas de Lu e Beatriz recuperam a presença da morte com muito mais vigor já que foram diagnosticadas quando estavam doentes e sob o regime hospitalar. Lu já estava bastante debilitada e durante o primeiro ano não

conseguia sequer lembrar do diagnóstico, que precisava ser reiterado pela família na administração dos medicamentos:

Lu: No início, **foi bem difícil de eu lembrar que eu tinha adquirido que eu tive uma lesão no cérebro. Então, minha mãe, assim, durante um ano e pouco, todos os dias, minha mãe repetia porque que eu tinha que tomar o remédio todo dia, todo dia no mesmo horário, porque eu esquecia que eu tinha doença.**

[...]

quando me contaram, já no dia seguinte eu já não lembrava porque eu tomava. No início foi difícil para mim me adaptar e saber o porquê que eu tava tomando medicamento. Depois que a minha cabeça começou a trabalhar um pouco, Graças a Deus.

Entretanto, ao mesmo tempo em que os enunciados acerca do diagnóstico pareçam exigir o distanciamento a certas subjetividades marcadas, alguns trechos da narrativa de Beatriz tornam possível entrever uma produção subjetiva de resistência, estabelecida pela aproximação com o *conhecimento venenoso* (DAS, 1999), enunciado fundamental de algumas narrativas e que funciona por meio do sofrimento que o diagnóstico instaura, como noto no enunciado abaixo:

[...] e depois eu fui começar a evoluir sobre essa questão pesquisando, **fui em busca de informações com relação a sorologia, aos cuidados** e tanto que na época eu trabalhava fora, isso também mexeu muito com o meu psicológico, o temor, o medo do preconceito abalou muito, então através de essas questões que foram embutidas né?!, **eu corri atrás de informação, procurar ONGs, pessoas, dentro do próprio hospital que eu tive internada, eu fui sabendo muitas coisas com relação a essa questão do hiv.**

Sob o signo da urgência que a morte implicava, a sinédoque representada pelo *correr atrás* de Beatriz é lida aqui como prática de si que se torna atrelada ao GAPA, ONG da qual participa há muitos anos. Trata-se, portanto, de uma prática de subjetivação: “exercício de si sobre si, conhecimento de si por si, constituição de si mesmo como objeto de investigação e de discurso” (FOUCAULT, 2020, p. 73).

Em uma esteira similar, e numa espécie de disjunção com os enunciados iniciais sobre a alteridade, Lu vai recuperar o seu ingresso no Grupo de Apoio e o encontro com outras pessoas que também viviam com hiv:

Entrevistadora: Sim, Lu e quando tu entrou no GAPA, né, tu disse que tá aqui há 16 anos, né, que você teve contato com outras pessoas que vivem com hiv, algo mudou na sua rotina diária? Se sim, o que que mudou?

Lu: Sim, sim porque eu **conheci mulheres, homens, casais**, que naquela época eram 40 e poucas pessoas que participavam do grupo. Hoje em dia, não tem tanta gente participando do grupo. Eram quarenta e poucas participando do grupo, aquela sala ficava lotada, faltava cadeira para sentar.

Nesse reconhecimento – que inclui agora mulheres e casais, um aprendizado que de alguma força refaz a narrativa do risco – que acontecia no interior do grupo, resgato novamente Maluf (1999) que lembra que falar de si, de suas experiências pessoais singulares e íntimas em uma esfera coletiva⁸⁴ constitui, com efeito, um aspecto essencial da afirmação de si e da demarcação simbólica de uma identidade individual. Aproximo a noção de falar de si da escrita de si foucaultiana. Na modernidade, ele dirá, o relato autobiográfico compõe-se a partir do tom confessional: “[...] um tipo de narrativa de si e de relação com a verdade que visa a purificar o eu pela revelação da mais profunda interioridade, no contexto de uma ética voltada para bastar-se a si próprio” (RAGO, 2011, p. 6).

Como percebemos, se há uma regularidade discursiva nessas narrativas, que funciona como tática de implantação de sujeitos mais ou menos propensos e culpados pela infecção, nesses últimos excertos a emergência de uma verdade de si se estabelece pela instauração de vínculos com *os outros* em uma esfera de reconhecimento. Essa emergência, embora não rompa com os dispositivos de onde ainda parte, parece estar no desejo de instaurar outras formas de contar a vida com hiv, outras linhas de visibilidade (DELEUZE, 1996), que estejam ligadas também a construção da individualidade que a confissão tem como efeito cruzado.

Em outras palavras, o que tento apontar, aproximando à noção de escrita de si às falas de si que se produzem no Grupo de Apoio, como lembra Lu, é que nessas práticas de dizer-se, como já notou Frank (1998, p. 332, tradução minha), “[...] a subjetivação pode ser tanto uma prática ética autêntica – potencializando a relação do eu consigo mesmo – quanto uma prática de fabricação do tipo de eu exigido pelas relações de poder”, que se produzem seja no grupo de apoio, seja nas próprias entrevistas.

Nessa discussão, a estética da existência a que Lu e Beatriz recorrem parece instaurar o investimento na produção de subjetividades ativa diante dos regimes de verdade. Se Leme (2012) lembra que haveria duas modalidades de subjetivação, de acordo com as técnicas distintas de relacionamento e exame de si e que ainda permeariam as relações do sujeito com a verdade e os dispositivos contemporâneos, o que destaco é que nesses excertos, os modos de subjetivação parecem atrelados à verdade que é uma dobra sobre si, uma atividade em direção a outras práticas de si mesmo. Não afirmo, contudo, que haja uma ruptura total com os

⁸⁴ Maluf (1999) trata o termo *esfera coletiva* como grupos de apoio, nos quais os sujeitos compartilham suas experiências.

dispositivos da aids e de gênero, como venho sublinhando, mas que há a criação de possibilidades para pensar as experiências⁸⁵ que o diagnóstico implica.

Como destaquei no início dessa seção, o diagnóstico dessas três mulheres estava atrelado aos discursos e as práticas que o dispositivo da aids solicitava. Uma delas diz respeito à assunção das categorias de vítima ou culpada, que os discursos sobre a aids e o hiv ainda carregam em suas margens. Nas três narrativas, entretanto, nenhuma dessas posições subjetivas é assumida, o que aponta que o diagnóstico de soropositividade, ligada a essas mulheres, não se estabelece a partir de formas automatizadas de culpabilidade e vitimismo. Jenifer apenas diz que sente culpa por ter desejado que o ex-marido contraísse a doença:

Entrevistadora: E a senhora se sente culpada pela infecção?

Jenifer: Eu acho que não tem ninguém, não tem culpa, né?! **Por que que eu ia me sentir culpada?** Porque eu briguei com ele e ele sumiu com a aliança minha e eu disse “tomara que pegasse uma aids!”, às vez sim, mas **eu acho que era pra acontecer isso aí.**

Contrariando as representações, Lu também não assume a culpabilidade – colocada em discurso pela repetição do “não” - e remete essa posição novamente a partir das relações afetivas que estabelecia.

Entrevistadora: tá, e você se sente culpada pela infecção?

Lu: **Não. Culpada não. Eu tinha um namorado há quase dois anos e eu nunca na minha vida ia imaginar que ele ia me transmitir e ele me transmitiu.** E ele nunca contou pra mim que sabia que tinha. **Não tem como me sentir culpada.** E nem tenho como culpar ele também.

Em ambos enunciados, é a inevitabilidade que marca o acontecimento do hiv e da aids naquelas vidas e não as categorias rígidas que definiriam suas formas de subjetividade a partir do diagnóstico. Ambigualmente, os enunciados da fatalidade são cindidos pela agentividade: *Jenifer voltou para o marido porque queria, Lu aceitou parar de usar o preservativo:*

Entrevistadora: E a senhora culpa alguém?

Jenifer: Não. Não culpo porque eu já tava separada e eu voltei. **Eu voltei porque eu queria, né?!, tentar novamente,** aí não deu certo, **eu já sabia que ele tava usando droga.**

Entrevistadora: Isso que eu ia te pedir agora, se tu culpava alguém.

Lu: Não, não tenho nem como culpar ele, que ele não sabe como adquiriu, que na verdade ele andava com um monte de gata antes da gente tá juntos, não tem culpar nem a ele nem a mim. **Eu já tava um bom tempo junto quando ele falou de parar de usar camisinha. Eu aceitei.**

⁸⁵ Quando opto pelo termo experiência, uso-o no sentido Foucaultiano: “[...] a correlação, numa cultura, entre campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade.” (FOUCAULT, 2017b, p.8)

É importante notar que a ambiguidade entre a fatalidade e a agência diz respeito justamente ao enquadramento de gênero: as mulheres em relações estáveis como Lu e Jenifer, apesar de entenderem que a prevenção não era desnecessária, se submetem às práticas sexuais sem o uso de preservativos. Os estudos de Guimarães (1996) também exploram essa questão e autora chama a atenção para uma regularidade que também observei em campo: se a discussão acerca da prevenção partisse das mulheres, ela tendia a adquirir contornos de uma situação presente e ameaçadora por conta da infidelidade sexual que recaía sobre as elas, como afirma Jenifer em alguns excertos acima, nos enunciados como “*ele vai achar que eu tô traindo ele*”. Como percebemos, a suspeição pesa mais sobre as mulheres: “[...] não somente porque poderá comprometer a sua postura moral de recato e passividade sexual mas porque coloca em cheque a honra do macho” (GUIMARÃES, 1996, p. 298).

Não obstante à manutenção da ordem social, há momentos de ruptura nessas narrativas que incluirão as práticas de cuidado de si sujeitas ao uso do preservativo após o diagnóstico, conforme assistimos na narrativa de Luiza:

Luiza: [...] Então assim, eu tenho uma pessoa que eu saio de vez em quando, né?!, mas ele também nem sonha que eu tenho. Porque? Vou usar camisinha, *vou me cuidar, não vou fazer as coisas que tem que fazer para não prejudicar* e nem prejudicar ele, não quero prejudicar ele, mas não vou contar, entendeu? Se eu fizesse, tivesse feito isso desde o começo, eu não tinha pegado, né?!.

A reboque do caráter fatalista e irremediável da situação - resumido pelo *eu acho que era pra acontecer isso aí* - uma reflexão acerca do trabalho do tempo (DAS, 1999) perpassa a análise dessas narrativas e reafirma que “[...] o tempo não é algo meramente representado, mas um agente que “trabalha” nas relações, permitindo que sejam reinterpretadas, reescritas, modificadas” (DAS, 1999). Se Jenifer relembra a possibilidade da morte e do choro porque iria deixar quatro filhos pequenos, foi o tempo que ressignificou seus medos e incorporou um vírus a sua vida cotidiana: “[...] *passou um ano, passou dois, passou três e são 29 anos lidando com o hiv. Eu tinha 22 anos, eu tenho mais tempo como hiv do que sem*”. De modo similar, Beatriz marca a passagem do transtorno à tranquilidade do diagnóstico: “*Normal, agora tô bem, tô bem assim tranquila, né?!, o psicológico que era, na época até então eu tava praticamente transtornada, agora não, com relação as informações que obtive de vez em quando eu tô ali, com o dedinho no celular, mas tô bem tranquila*”.

Não assumo, contudo, que as memórias discursivas delas tenham sofrido uma distorção ou um enfraquecimento do sofrimento vivido (ZAMBONI, 2015) – lidas nos signos da tranquilidade e do tempo de convivência com o vírus - quando diagnosticadas, uma vez que em inúmeros trechos de nossa conversa elas precisem respirar profundamente para continuar suas

falas. No entanto, o papel do hiv parece esmaecido de inúmeras formas, talvez porque outros sofrimentos acabaram por desviar a emoção ligada ao diagnóstico para outras histórias, talvez mais dizíveis, como a continuidade desse capítulo mostra, talvez porque elas continuem vivas.

Mas e o quando o tempo ainda não operou nas narrativas sobre o diagnóstico, cujo mote para produção se deu a partir de outros enquadramentos, aqueles que dizem respeito a uma vida ligada à cronicidade? Cabe às próximas linhas oferecer algumas pistas analíticas para se pensar nas lógicas e nos regimes discursivos que ainda se instalam na relação entre os discursos de diagnóstico e as mulheres.

No interior do dispositivo crônico, a afirmação de si permanece recorrendo as estratégias discursivas de distanciamento dos “grupos de risco”. Como veremos, embora os termos que possibilitam o reconhecimento de si sejam dados por um regime de verdade ligada à cronicidade, o que opera na constituição de si de Aparecida e Mariana refere-se muito mais aos discursos e estratégias anteriores. Entre eles, a permanência de um apelo à legitimidade da contaminação (KNAUTH, 1997; 1999) encontrada nas relações com parceiros estáveis como lemos nos trechos abaixo:

Aparecida: [...] Sempre usei [preservativo]. Eu parei de usar **porque eu queria engravidar, porque eu comecei a fazer o tratamento pra infertilidade**. Tanto que a médica falou assim: “Aparecida não tinha como você engravidar usando camisinha. Você tá fazendo tratamento de fertilidade, você transar com camisinha, você não vai engravidar, nunca!

Mariana: [...] **peguei de um namorado em quem eu já tinha confiança** há algum tempo, a gente tava junto e aconteceu, né?!, **então eu percebi que realmente aquela visão que eu tinha era muito distorcida da realidade**.

Embora Mariana marque que essa era uma *visão distorcida da realidade*, a maquinaria da confissão continua supondo um indivíduo culpado de quem deve distanciar-se e, portanto, era preciso que se confessasse a forma de contaminação, mesmo sem ser questionada. As duas mulheres de quem recupero esses enunciados, embora tenham recebido o diagnóstico mais recentemente, ainda parecem imersas nos regimes de verdade que alguns autores já delinearão, entre eles Guimarães (1996, p. 314), que afirma:

A avaliação do risco de contaminação sexual pelo HIV obedece a uma ordem hierárquica de fatores culturais, sociais e subjetivos definidora de graus de prioridade. No caso da transmissão sexual do HIV, assegurar a masculinidade a feminilidade o trabalho a vida afetiva e os laços familiares certamente coloca-se no patamar mais alto da hierarquia de riscos e perdas pessoais.

Nesse rastro que destaca Guimarães, a agentividade que perpassava a soroconversão de Jenifer – que voltou porque queria – também emerge na narrativa de Aparecida, na qual iteração do pronome pessoal serve para assegurar à assunção ao risco pelo desejo de engravidar:

Entrevistadora: Eu ia te perguntar agora, tu culpa alguém por isso?

Aparecida: Não, **eu me permiti né**, se for pensar por esse lado, era uma coisa q que **eu** tava buscando não isso, a sorologia, **eu** tava buscando uma coisa então assim ...

Entrevistadora: Tu queria engravidar né...

Aparecida: **Eu** queria engravidar assim.

É importante ressaltar que os discursos de culpa também emergem nesse solo enunciativo. Trago os exemplos de Mariana e Luiza:

Entrevistadora: Mariana, e você se sente culpada pela infecção?

Mariana: Já, já me senti muito culpada. Hoje em dia, eu descobri que não, eu não tenho culpa [inaudível], mas eu já me senti muito culpada. No começo assim, até eu *saber que eu não tenho culpa, na verdade nem a outra pessoa tem culpa*, então assim tá, mas eu já, **já lidei muito com a culpa, sabe?!, de ficar me torturando e pela culpa, hoje em dia já não.**

Entrevistadora: E você culpa alguém?

Mariana: Hoje em dia já não, né?!,

Entrevistadora: E no começo?

Mariana: No começo **eu me culpava, eu não culpava ele**, eu me culpava muito, mas hoje em dia já não me culpo mais, então também não culpo ninguém, assim.

Entrevistadora: Entendi. E você se sente culpada pela infecção?

Luiza: **Sinto, me sinto, porque não me cuidei, né?!**, sinto assim que eu podia ter sido mais cautelosa, né?!, que eu nunca dei bola para a segurança, *acho que vai acontecer isso com os outros, não vai acontecer comigo*. Não é assim, tu não pode hoje, hoje eu penso que eu não posso mais confiar em ninguém, entendeu?!,

Atrelada à culpa, a inocência dos parceiros, para as mulheres que mantinham relações estáveis, apresentou-se como uma categoria de compreensão do diagnóstico ligada a não intencionalidade da contaminação, como leio em *nem a outra pessoa tem culpa*.

Já os discursos da promiscuidade feminina têm emergência nas narrativas de Virgínia como um eixo de reflexão acerca do diagnóstico e da não legitimidade da contaminação (KNAUTH, 1996):

Virgínia: Sim. Na época que eu contrai o hiv, **eu contrai porque eu comecei a ir para noite** com as minhas colegas. Frequentava pubs, gostava muito, com música ao vivo, e assim ó, eu me considero uma mulher bonita e que que aconteceu, eu já tinha passado por relacionamentos, depois que eu me separei, aí eu decidi que eu não queria mais me relacionar, ter namorado fixo, que que acontecia, eu ia para balada e aí eu te conhecia, homem, tu eras um homem, aí eu te conhecia, aí eu ficava contigo aquela noite, a gente conversava, tomava cerveja junto, ouvia música junto e na hora de ir embora, ou eu convidava essa pessoa para ir comigo para minha casa, ou eu ia para o motel, ou eu ia para casa da pessoa, e assim ó, **nunca achei que ia pegar hiv. Algumas vezes me cuidei, outras confesso que não me cuidei, tanto é que eu peguei hiv, e assim ó, eu tive vergonha quando eu peguei, porque eu me senti promíscua e eu sei que eu fui**. Eu fui mesmo, eu quis experimentar, eu quis viver, no fundo eu queria viver. Viver o que eu não tinha vivido, porque eu comecei a namorar meu marido com 16 anos, ele foi meu primeiro namorado, meu primeiro homem, único homem até 16 anos de casamento terminar.

Na perspectiva de um escândalo da verdade, a emergência do desejo como uma dimensão de sua subjetividade aparece ligada à vergonha que o diagnóstico implicava:

Não sei de quem eu peguei, **eu não sei de quem eu peguei e essa foi uma grande vergonha na minha vida**. Porque aí eu parei para pensar, eu digo “que que eu fiz? Gente, eu andei com quantos homens? Se eu for contar ali quantos sábados eu saí, é de assustar”. Eu fui promíscua? Eu fui fazia. **Fazia horrores? Fazia**. Fazia sexo oral, sexo anal, fiz sexo com casal, fiz sexo com dois homens, fiz sexo com três homens, sabe? **Eu experimentei**. Só que eu podia ter me cuidado, mas eu não me cuidei.

Como já notou Lorenzini (2016, p.13) “Essa “subjetivação” pelo desejo sexual é estreitamente ligada, segundo Foucault, à produção de uma cesura, de uma “fissura” no indivíduo que o obriga a enxergar nele mesmo e a prestar atenção em si mesmo de uma maneira reflexiva”. No caso de Virgínia, a assunção de uma memória do diagnóstico, embora diferente das outras mulheres, continua a ser produzida a partir da instauração dos sujeitos abjetos, que *fazem horrores* e a quem a vergonha pode ser imputada.

Como se percebe, são linhas narrativas que embora traçadas por diferenças significativas (cf. dispositivo crônico da aids), continuam operando na constituição e afirmação de si que perpassa dois modos de subjetivação principais e opostos ligados ao diagnóstico: *as mulheres em relacionamento estável* e *as mulheres que experimentam*, ou nas palavras de Aparecida *mulher de vida fácil*. Aqui, é necessário resgatar Butler (2019b; 2020) e o processo de produção da abjeção. Ela sugere que os corpos apenas surgem, perduram e vivem dentro das restrições produtivas de certos esquemas de inteligibilidade altamente regulatórios. A partir da compreensão de restrição constitutiva, a questão sobre a produção de um domínio de corpos impensáveis, abjetos e inabitáveis emerge. Essa zona de abjeção constituiria ela mesma o limite que circunscreve a emergência do sujeito:

Elas constituirá esse lugar de pavorosa identificação contra a qual – e em virtude da qual – o domínio do sujeito circunscreverá sua própria reivindicação por autonomia e vida. Nesse sentido, o sujeito é constituído por meio da força de exclusão e abjeção que produzem um exterior constitutivo para ele um exterior abjeto que é, afinal, “interior” ao sujeito como seu próprio repúdio fundacional. (BUTLER, 2019b, p. 22)

Interessa-me observar que as formas de subjetivação das mulheres com quem interagi requerem a identificação com as figuras dos “grupos de risco” e que essa identificação – como mostra Butler a partir da formação do sujeito com atrelado à normatividade do “sexo” – se dá pelo repúdio, sejam eles mais explícitos, como nos enunciados de Jenifer e Luiza - *eu não sou nada disso, eu não era desse mundo; acho que vai acontecer com os outros, não vai acontecer comigo* – ou mais velados – *peguei de um namorado, eu queria engravidar*, como reiteram Mariana e Aparecida. A regularidade discursiva da produção da abjeção nesses enunciados, produzidos na quarta década da epidemia, é lida nesse texto como índice da persistência de um discurso que estabelece os limites da inteligibilidade para as PVHIV no Brasil, nessa tese

notadamente mulheres, a partir da historicidade e da espacialidade (BUTLER, 2019a) que os signos hiv e aids recuperam, ainda da ordem da degradação.

Nesse sentido, resgato a leitura psicanalítica que Butler (2019b) tece acerca da noção de abjeção. Dirá ela que na teoria lacaniana, a noção designa um estado degradado ou excluído dentro dos termos da sociabilidade que impossibilita o retorno ao campo do social sem a dissolução do próprio sujeito. Propõem, então, que pensar nas zonas abjetas como algo que, dentro da sociabilidade, oferece aos sujeitos, em sua fantasia, uma ameaça à integridade e a perspectiva da dissolução. Nos enunciados de Mara e Aparecida, essa ruptura é enunciada pela *vontade de morrer* e pela constatação de que se está *morta por dentro*:

Entrevistadora: E depois da infecção você continuou com a mesma visão sobre o que é o hiv e aids, se não, o que mudou?

Mara: No começo foi um tormento na minha cabeça. **Como se tudo, tudo, tivesse acabado pra mim. Vontade de morrer, vontade de desaparecer, acaba com o mundo.**

Aparecida: [...] **Eu, eu digo a você com toda a certeza, eu tô morta por dentro. Eu tô morta por dentro.** Por mais que as pessoas digam assim: “Mas, Aparecida, você tá bem”, fiz todos exames agora de novo, levei ontem, tô ótima, tô ótima, colesterol, açúcar, fígado, a tripa, o fato, o mocotó, sabe?! Tá tudo bem! Para medicina, mas **para mim tá tudo, tudo destruído!**

Se Butler (1995; 2019a, p. 35) tratava de pensar na dissolução do sujeito a partir do amor homossexual – “*eu serei destruído se amar dessa maneira*”, as relações que estabeleço aqui partem do diagnóstico e da duplicidade da morte que ele carrega: a morte física, ainda sob espécie de fantasma no dispositivo crônico, e os efeitos de uma morte social que *morta por dentro* e *vontade de morrer* recuperam.

Como se nota, o delicado trabalho de criação de um si-mesmo que se estabelece com o diagnóstico ainda opera sobre os signos da dor. Mesmo que distante da presença da morte física que a cronicidade permite, as formas de reconhecimento continuam sendo alvo de disputa: não se imputa mais a periculosidade desses sujeitos e o risco da morte, mas as cenas do diagnóstico, traduzidas em discurso, ainda apontam para essas categorias.

Ainda no que tange ao reconhecimento de si a partir do diagnóstico, olho para o imbricamento entre as práticas de diagnóstico atreladas ao gênero que resultam em impactos na saúde (HEILBORN, 2003) das mulheres que participaram dessa tese. Como lembra Heilborn (2003), a categorização equivocada das razões do adoecimento das mulheres que vivem com hiv quando da busca por cuidados médicos apresenta um diferencial acentuado de gênero, que se apresenta na relação entre os agentes de saúde (enquanto representantes do saber médico) e

as múltiplas classificações que categorizam as pessoas, como observo em trechos da entrevista com Luiza:

Entrevistadora: [...] E qual, como que tu acha que a concepção do teu médico sobre as pessoas que vivem com hiv? Desse infectologista, você acha que tem algum preconceito alguma coisa assim ou não?

Luiza: Não, ele não, ele é bem de boa assim. Ele, **ele só disse que, que “como é que tu pegou isso? Se”,** ele fala assim, né?!, **“o, querida, como é que tu pegou? Tu não é uma pessoa que vive, que não bebe, tu não é uma mulher que tinha”,** né?!, aconteceu, né?!, *Eu me separei, me envolvi com uma pessoa e peguei*, mas ele não, em nenhum momento ele foi preconceituoso, não, não.

Notemos que a pergunta *como é que tu pegou isso?* sustenta a ideia de uma identidade referencial que precisaria ser coerente com os “grupos de risco”, a qual Luiza mesmo rechaça quando afirma *me envolvi com uma pessoa e peguei*. O que se observa, é que o diagnóstico de infecção pelo hiv nas mulheres se articula a concepções não isentas da historicidade e da impregnação simbólica (HEILBORN, 2003) que os discursos sobre a aids carregam e que continua submetendo-as ao risco de morte, mesmo em um período em que o tratamento é disponível. Luiza continua sua exposição dizendo:

Luiza: É, quando eu descobri, eu já tava, eu tava com imunidade 9, para ti ter noção, **eu tava morrendo tá!, e eu sempre ia no ginecologista**, porque eu peguei uma bactéria, aquelas coceiras que dava, , né?!, mas impossível, fazia o tratamento, daqui umas duas semanas, voltava de novo, **então eu já tava com a imunidade tão baixa e o médico nunca chegou e disse assim para mim ó, “ai eu vou fazer um exame de hiv”, nunca, médico de posto de saúde, clínico geral, eles não acreditam nisso, entendeu?!**, eu tava praticamente morrendo para ele.

Entrevistadora: E ainda não tinha feito o exame?

Luiza: Ainda não tinha feito o exame.

Se o reconhecimento é uma prática normativa finalizo essa seção com Butler (2016) que descreve a condição contingente e precária dos sujeitos no mundo e, a partir daí, advoga a respeito da produção de diferenças no interior da contingência: há vidas, generificadas e racializadas, sobre as quais incide uma maximização da precariedade como estratégia de governo e de violência, como observa-se no enunciado de Mara, que somente após inúmeros processos de adoecimento, nunca atrelados ao hiv, tem o diagnóstico confirmado:

Mara: [...] Mas ali acho que o meu começo, eu nem sabia o que era, quando começou todos os sintomas. eu não sabia nada. Por que assim, o meu começo foi 2016, começou todos os sintomas aí 2017 eu fiz o teste de HIV deu negativo, né [Sim], fiz aquela coloscopia, fiz aquela do estômago, fiz do ânus, fiz dos dois não deu nada, 2017 fiz não deu nada, nada, nada, fiz o teste do hiv também não deu nada. Em 2018, em janeiro de 2018, eu fiz também, deu negativo. Eu só fui diagnosticar quando ele, quando o vírus atingiu o pulmão, que aí atingiu os dois pulmão e me internou, me botou no hospital, em maio.

Entrevistadora: Bem depois então dos primeiros sintomas, digamos assim.

Mara: Aham,

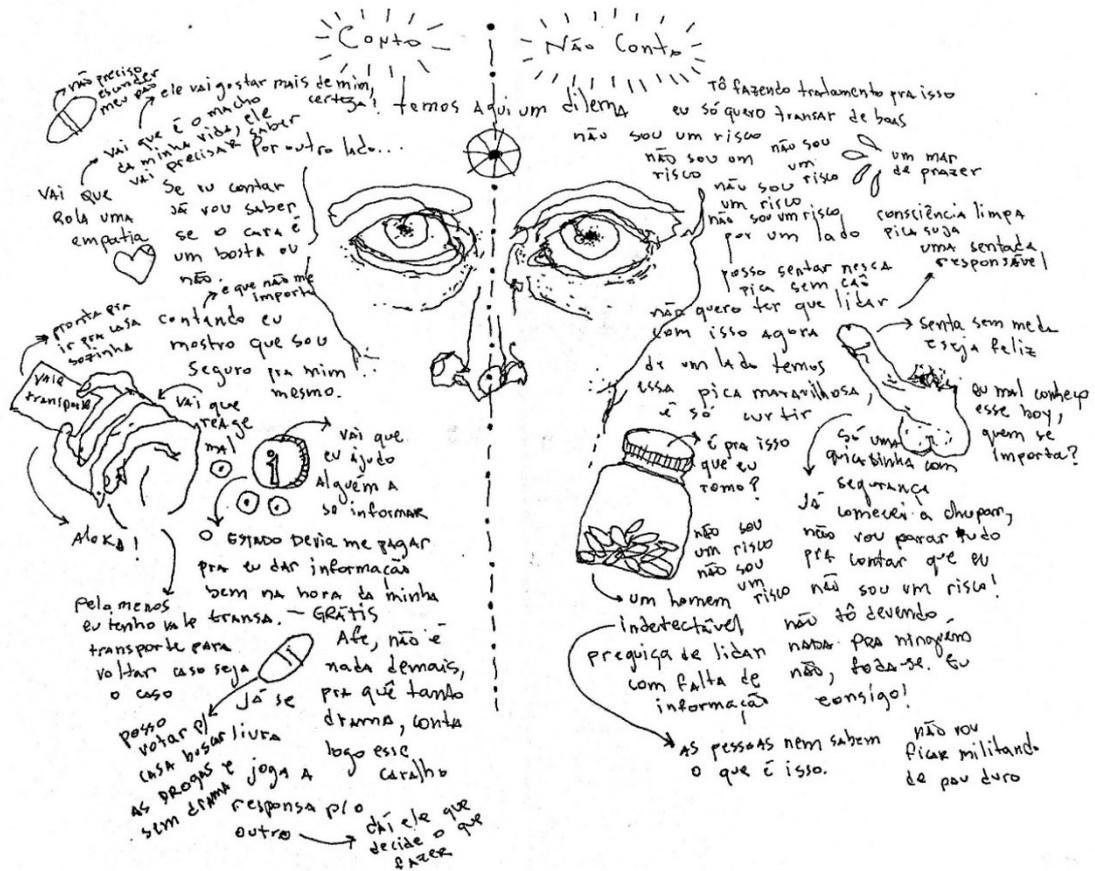
Entrevistadora: Tá

Mara: E assim quando chegou em maio, que depois eu fui diagnosticada com problema no pulmão aí entrei no hospital fui entubada foi tudo fiquei três dias

entubada depois que passou aquilo, que eles começaram a me dar medicação, o infectologista veio, uma equipe, um monte, veio conversar comigo, aí ele quis saber meu histórico, desde quando começou, aí eu conversando com o infectologista e ele disse “não então nós vamos fazer um exame bem detalhado” aí até eu trouxe os dois exames para o hospital para eles ver como tinha dado negativo.
 Entrevistadora: os antigos né
 Mara: E foi exame de laboratório
 Entrevistadora: Não foi assim qualquer exame, foi de sangue mesmo?
 Mara: De sangue mesmo que deu negativo, todos os dois exames deu negativo, tu vê que em Janeiro deu, eu fiz e logo em maio ele
 Entrevistadora: ele apareceu?
 Mara: Ele apareceu quando atingiu o pulmão, atingiu o intestino, o estômago e quando atingiu o pulmão...
 Entrevistadora: foi que apareceu?
 Mara: **Aí que apareceu. Ele se proliferou.**

A essas formas de inteligir a síndrome e a si-mesmas, somam-se os esforços dessas mulheres na criação de um si-mesmo, que se efetua a partir de algumas estratégias discursivas. Nas próximas seções, resgato algumas delas assumindo que se trata apenas de um recorte e que outras leituras, outras formas de interpretação poderiam ser acionadas.

4.2 DOS SILÊNCIOS E DAS POSSIBILIDADES DE DIZER



“Contando mostro que sou seguro pra mim mesmo.”. “Não sou um risco”. As duas enunciações explícitas na imagem que inaugura essa seção tratam dos movimentos de deslocamento e de adesão aos dispositivos biopolíticos do hiv e sua injunção à confissão, sugerindo uma polivalência tática dos discursos (FOUCAULT, 2009) que ora funciona na modalidade da sujeição, ora oferece possibilidades de gestos de resistência, como venho mostrando nesse estudo.

Essa imagem foi apresentada ao grupo em 24 de julho de 2019, minha penúltima observação. Recupero algumas das notas de campo daquele dia:

24 de fevereiro de 2019. 22ª observação. [...] A psicóloga também trouxe a arte de uma ativista para o grupo para que pensassem sobre as questões que surgiram nos últimos encontros: contar ou não contar para as parcerias sexuais, para parceiros e familiares que eles viviam com hiv.[...] Quanto à arte, S. disse que o vocabulário utilizado era feio e que não poderiam usar aquilo para explicar para quem não tinha hiv. A. achou confuso. A psicóloga explicou que o material servia apenas para a discussão no grupo. Perguntei a A. se a “confusão” da arte não seria uma representação da dúvida entre contar e não contar sobre a soropositividade. Ele disse que poderia ser, mas que ele não tinha dúvidas e nem medo de uma rejeição, porque para ele “não se pode tirar o direito de escolha da outra pessoa já que sempre existe risco”.

Quanto mais relia as anotações daqueles seis meses, mais entendia que o solo discursivo de onde partem os processos de constituição das pessoas com hiv ainda aponta para um histórico inquisitorial com relação ao vírus (BESSA, 2002), no qual “[...] aos sujeitos caberia relatar, nas minúcias, seu pertencimento a certos grupos de risco, sua adesão a práticas heterodoxas de prazer” (BUTTURI JUNIOR; LARA, 2018a) e, como afirmei no capítulo dois, as novas verdades biotecnológicas instauradas pela acontecimento da indecibilidade.

Tema de inúmeras reuniões do grupo, a revelação do diagnóstico a outras pessoas constituía-se de maneira bastante diferenciada entre as PVHIV, principalmente naquilo que tange aos marcadores sociais de gênero, como pretendo resgatar nas próximas linhas.

Embora o material artístico não tenha sido produzido por nenhuma das mulheres desse estudo, essa problematização também fazia parte daquelas vidas e da constituição de uma subjetividade que permanece atrelada ao silêncio. As mulheres com quem conversei, tiveram suas práticas de si embarçadas pela inviabilidade de sua condição, como tratei na seção anterior e é ainda nesse solo que elas tentam produzir-se no segredo e no silêncio, como lembra Aparecida:

Entrevistadora: Tu não contou pra ninguém?

Aparecida: Não, eu tenho poucos amigos aqui, eu não tenho, sabe?! Tem duas amigas, assim, que é, conheci de ponto de ônibus, que a gente pega o mesmo ônibus todo dia, faz amizade, então tem duas que são assim, bem queridas comigo. Tem uma que é da B. também, então a gente fez amizade, tanto que agora ela mora do lado da minha casa, eu levei ela para morar perto de mim

Entrevistadora: Sim,

Aparecida: **Mas assim, ainda não tem uma confiança, sabe?!, a coragem pra falar, e nem vou falar.**

Entrevistadora: Tu tem medo do preconceito?

Aparecida: **Tenho, por mais que as pessoas se digam desenvolvidas em relação a isso, eu não acredito.** Eu ainda penso assim que tudo só é bom quando não acontece contigo ou perto de ti, sabe?!

O silêncio acerca da condição que aparece como norma de regulação da vida, entretanto se efetua com regras próprias: a maioria delas não conta que vive com hiv para pessoas que não fazem parte de seu círculo familiar, instituindo o que seria de âmbito privado e o que poderia ser dito em público. Essa diferenciação permitirá que se organizem estratégias de socialização como noto também na entrevista de Aparecida: quando opta por não revelar o diagnóstico às amigas e aos empregadores, a escolha dela diz respeito a se manter longe dos processos preconceituosos que poderia estar à mercê caso o diagnóstico fosse revelado.

Na esteira de criar modos de vida que não perpassem a revelação, Mariana será inclusive instruída pela infectologista⁸⁶ a não contar que vive com hiv:

Mariana: E até a infecto me falou “*olha, você não pode sair falando isso*”.

Entrevistadora: A médica falou que você não pode falar?

Mariana: É, ela achou melhor **eu me reservar pelo fato de ainda haver muito preconceito, né?!, das pessoas ficarem “nossa, mas ela tem” e também pelo fato dessa pessoa conhecer outras pessoas e pode falar, e falar de um jeito que, sem ter o conhecimento sobre.**

Não poder sair falando disso pode ser aproximado do que Sedgwick (2007) defende, em *Epistemologia do armário* (retomado por Abreu (2016) e Dean (2019)⁸⁷, como um segundo armário no caso do hiv e da aids). Embora trate da revelação gay, a produção do silêncio e do segredo a que estão implicadas as mulheres desse estudo carrega similitudes com o dispositivo do armário, principalmente naquilo que diz respeito ao drama da revelação e ao escrutínio insultuoso e violento a que estariam submetidas a partir da exposição do diagnóstico, como lembra Mara:

Mara: A gente fica com medo né, porque tu vai ter um relacionamento com uma pessoa, **a pessoa descobre ou conta para os outros ou te xinga, te ofende**, aí tu fica naquela.

Entrevistadora: Com medo?

⁸⁶ Em 04 de janeiro de 2022, foi sancionada, a Lei nº 14.289, que obriga o sigilo sobre a condição de pessoas infectadas pelo vírus HIV e hepatites crônicas. O sigilo é obrigatório no âmbito dos serviços de saúde, estabelecimentos de ensino, locais de trabalho, administração pública, segurança pública, processos judiciais e mídias escrita e audiovisual (<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/janeiro/nova-lei-garante-sigilo-a-portadores-de-hiv-hepatites-cronicas-tuberculose-e-hanseniose>).

⁸⁷ Resgato um trecho de Dean (2019, p. 9) em que, ao pensar no hiv como um segundo armário, ele aponta para as diferenças de gênero que implicam no silenciamento acerca do diagnóstico no contexto dos Estados Unidos: “a national study of the sexual etiquette of hiv-positive people found that non disclosure of serostatus during casual or anonymous sex is more prevalent among men fucking men than it is during sex involving women or long-term gay partners This closeting of hiv status is as double-edged as any closet, since it confers a measure of protection through deniability while incarcerating in silence those it shelters.

Mara: É, apesar de que a psicóloga disse eu não posso, como que ela falou, que eu não posso dar opinião pela boca dos outros, eu tenho que manter um relacionamento com alguém e para ver o que que a pessoa decide.

Entrevistadora: Sim.

Mara: **Isso é meio difícil, pra gente mulher é muito difícil!**

A produção de si através do silêncio é uma das características fundamentais dessas vidas e embora entenda assim como Sedgwick (2007) os riscos de enfatizar a continuidade e centralidade do silêncio nas narrativas sobre as formas de subjetivação dessas mulheres, que muitas vezes parecem se inscrever no âmbito da inevitabilidade, procuro novamente tencionar essas práticas de sujeição com as filigranas que envolvem a resistência, tomando a precaução já enunciada por Foucault (2017, p. 30-31, grifos meus), de que

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

Volto às entrevistas. No excerto acima, Mara articulava o silêncio ao enquadramento de gênero como lemos no enunciado *pra gente mulher é muito difícil* e às fragilidades desse segredo (*a pessoa descobre*). Assim como Mara, outras mulheres também irão vincular a prática de silêncio a esse enquadramento e sua relação com a maternidade (de que tratarei adiante). Luana recorda as técnicas que usava para manter o segredo da vida com hiv durante a amamentação e Luiza a escolha de não contar para um dos filhos, já que a revelação poderia ocasionar sofrimento:

Luana: [...] daí **a gente ficava com medo das pessoas saber**, tanto que eu tive as minhas duas filhas, não amamentei nenhuma das duas, não são soro, graças a Deus, fiz tudo certinho a gravidez e, só que daí, **não podia amamentar, daí eu tinha que esconder, eu tirava as faixas do peito, tudo essas coisas assim**, aí hoje em dia eu tô bem mais tranquila, já não tem mais vergonha de falar assim pra qualquer pessoa, depende da pessoa, né?!

Entrevistadora: E você contou pras outras pessoas que vive com hiv? Se sim qual que foi a reação delas e se não, porque que optou por não contar?

Luiza: Eu contei pra, quando eu conversei com o meu médico, ele disse assim ó “tu conta pra quem tu quer, tipo, tu conta”, eu tenho cinco filhos, “tu conta pro teus filho, ou tu vê que eles são preconceituosos, tu não conta”, ele mesmo me indicou. E aí, não é questão de preconceito, mas eu contei pra quatro filhos, e o **meu mais velho não sabe, porque ele já sofreu muito na vida, sabe?, ele já foi viciado, ele já fez tratamento, hoje em dia, ele tá fora disso tudo, ele tá com a vida dele, ele é casado e eu falar disso ele ia se revoltar, e eu fiquei com medo dele voltar pra droga, e querer achar um culpado, porque ele sempre foi assim, aí eu optei por não contar pra ele**.

Um parêntese: novamente, lemos na narrativa de Luiza a injunção médica a manter o diagnóstico em sigilo. Poderia argumentar, com Patton (1990), que essas narrativas médicas seriam tecnologias de repressão que tentam silenciar não apenas as reivindicações políticas,

mas os sujeitos marginalizados pela doença. Partindo de uma concepção que as pessoas com hiv não poderiam se autogovernar, os discursos normalizadores incidiriam até mesmo nas práticas revelação, instituindo quem deveria ter acesso à informação. Entretanto, relegar a imposição às narrativas médicas que se apresentaram em algumas entrevistas seria imprudente, já que venho descrevendo como inúmeros regimes de verdade constituem essas mulheres. Dessa forma, valho-me da posição de Comaroff (2007, p. 202-203, grifos meus) para tratar dessas cenas em consonância com a precaução de Foucault acima:

[...] the inaudibility of talk about AIDS is often less a matter of brute repression or secrecy than of complicated communicative practices in the context of radical uncertainty. [...] maintaining the ambiguity about one's status, or the presence or absence of the disease, **can be an act of self-presentation, defiance, or resignation in the face of an apparently implacable fate**"

Fecho o parêntese e retomo as práticas de si atreladas ao silêncio, desta vez pensando-o segundo outra perspectiva – e na ambiguidade dos enunciados das mulheres que entrevistei. Miller (1985, p. 27, tradução minha) dirá que em um mundo no qual a certeza explícita do sujeito manifestaria o quanto ele se inscreveu numa totalidade socialmente dada, o segredo seria o exercício espiritual (notadamente distante da *parresia*). Lidos como prática de cuidado de si, esses silêncios de que trato também podem ser concebidos como resistência: “[...] no bom funcionamento da ordem social, uma margem à qual o discurso de alcance não alcança”. Leio essas práticas de silêncio em inúmeras narrativas, das quais recupero duas:

Entrevistadora: e os amigos assim, o pessoal que tu conhece aqui?

Aparecida: Não.

Entrevistadora: Tu não contou pra ninguém?

Aparecida: **Não, eu tenho poucos amigos aqui, eu não tenho, sabe?!.** Tem duas amigas, assim, que é, conheci de ponto de ônibus, que a gente pega o mesmo ônibus todo dia, faz amizade, então tem duas que são assim, bem queridas comigo. Tem uma que é da B. também, então a gente fez amizade, tanto que agora ela mora do lado da minha casa, eu levei ela para morar perto de mim.

Entrevistadora: Sim.

Aparecida: Mas assim, ainda não tem uma confiança, sabe?!. a coragem pra falar, e **nem vou falar.**

Jenifer: Não, porque as pessoas que sabem que eu tenho são as pessoas que são meus amigos de verdade, né?! **E quem não sabe, não precisa saber.** Quem não sabe, né?!, porque eu sei que tem gente que tem preconceito, tem uma menina que mora perto da minha casa, aqui no [nome do lugar] e ela teve dois bebês e os dois bebês dela quem cuidou do cordão umbilical, até cair o cordão umbilical, fui eu. E um dia a gente tava, eu sai com ela e com o marido dela, e passou um rapaz, aí não, é, passou um rapaz, aí um falou pro outro “tá saindo com aquela guria que tem aids, de certo já pegou, é porque de certo não usa camisinha” e começaram a conversar sobre o rapaz que tava com a menina que tinha aids e eu vi que eles têm preconceito e eu só imaginando “Porra, nem sabe que eu tenho e eu cuidei dos dois filhos dela e ela não sai da minha casa”, [rindo], **mas não tem necessidade de contar, pra que?**

Entrevistadora: Aham, a senhora conta pra quem a senhora se sente à vontade, né?!.

Jenifer: Assim, se eu for ter uma relação com alguém, aquela pessoa vai saber, mas se não, não tem necessidade de saber “Sabe que vai sair a cura?, **Pode ajudar em alguma coisa?, Não pode? não precisa saber**”.

Em sua leitura de *A Epistemologia do Armário*, Miskolci (2007, p.58) nota que esse dispositivo não é um objeto de reflexão apenas sobre aqueles que se relacionam com pessoas do mesmo sexo, mas estratégia de regulação que garantiria “[...] à ordem heterossexista com suas instituições (como o casamento e a família tradicionais) e seus valores (como a assimetria entre os gêneros)”. Se na seção anterior tratei de mostrar como as mulheres reproduziam os discursos sobre a alteridade e se constituem a partir deles, a prática do silêncio também pode ser lida atrelada à ordem heterossexista de que fala o autor. Entretanto, ao problematizar o dilema da revelação daquela verdade biotecnológica – como venho tratando – as mulheres elaboram uma ética de si composta de séries microfísicas de agenciamento e reivindicação de uma forma de subjetivação que não dissesse mais respeito ao risco ou, se dissesse, implicaria o reconhecimento da responsabilização compartilhada como Luiza destaca:

Luiza: [...] tipo eu até tenho relações com pessoas, eu conheço a pessoa, **mas não conto**. Simplesmente vou usar camisinha, **eu não tenho que tá contando para todo mundo, né?!.** Então assim, eu tenho uma pessoa que eu saio de vez em quando, né?!, mas ele também nem sonha que eu tenho. Por quê? Não, vou usar camisinha, vou me cuidar, não vou fazer as coisas que tem que fazer para não prejudicar e nem prejudicar ele, não quero prejudicar ele, **mas não vou contar, entendeu?**

Como veremos, há linhas que separam a revelação do diagnóstico para outras pessoas: no âmbito familiar, as mulheres revelam a sua condição, ao passo em que na vida pública, continuam se produzindo no segredo. Esses pares segredo/revelação, público/privado, adquirem importância quando se atenta para a aceitação familiar que a maioria delas vivencia. Comum nos primeiros anos da epidemia, o abandono familiar (POLLAK, 1990) não parece funcionar como uma das experiências estruturantes daquelas subjetividades. Diria que esse abandono é um efeito da própria cisão dos grupos de risco e dos discursos que negavam a heterossexualidade, como os de Fumento (cf. capítulo 1): as mulheres desta tese não eram marcadas com os enunciados daquilo que pretendia ser a alteridade perigosa.

A revelação do diagnóstico no âmbito privado é descrita a partir de laços de afeto e cuidado, como reparo abaixo:

Jenifer: Olha eu, a minha família toda assim sempre achou eu devia ficar, eu digo que eles achavam que eu devia ficar na redoma de vidro quando eu peguei, que eu não podia sair na chuva, não podia sair no vento, não podia nada. Tinha que ficar, me cuidar. E, mas agora a gente só comenta alguma coisa, só comenta uma coisa no Zap, ah “Surgiu uma pesquisa nova, uma vacina”, mas de resto é normal, é tudo é bem tranquilo para minha vida, assim sabe? As pessoas com quem eu convivo. Meus tios, eu tenho um primo também que tem hiv.

Mariana: E a minha mãe, assim, às vezes, também fica meio desesperada, né?! Já falou assim “ai, se a mãe pudesse, trocava o sangue dela com teu”, então é delicado, né?!

As narrativas sobre aceitação familiar ganham um tom melancólico e bonito, quando questionei as mulheres que tinham filhos sobre a revelação a eles. Jenifer recupera com detalhes a cena de revelação e por esse motivo, transcrevo o longo excerto abaixo:

Entrevistadora: Aham. E a relação com seus filhos, assim, a senhora contou pra eles, como foi, quando contou?

Jenifer: Os meus filhos, eles, eu contei pra eles no dia que o pai deles faleceu. Porque eu achava que eles não precisavam se preocupar sendo crianças, né?!, não ia entender, ia achar que eu ia morrer, porque era criança, e assim, têm os amigos também, né?!, os amiguinhos e tal. Aí, ele, no dia que meu marido, que o pai deles morreu, a gente chegou do enterro o meu mais velho, tava eu deitada numa cama, eu tava numa cama sozinha, e tava outro deitou numa cama, outro na outra, os dois numa cama e um em pé, sei lá, e nisso o meu mais velho chegou assim para mim e disse assim “mãe, e tu?”, aí quando eu olhei para ele, porque eles sabiam o que o pai tinha, né?!, e o meu mais velho já tinha perguntado e eu disse que não, e naquele dia ele olhou pra mim assim “mãe, e tu?”, aí ele já tava com dezesseis, a A. tava com 11, aí eu olhei para eles, olhei, pensei, ainda pensei “tá na hora né?!”, disse “a mãe também”.

No entanto, fora das redes da família nuclear⁸⁸, a história não se repete para aquelas que contam ou têm o diagnóstico exposto: Jenifer narra que foi o ex-companheiro que em um momento de embriaguez contou para os vizinhos sobre suas condições. Ainda que nenhum deles tenha falado abertamente com ela sobre o assunto, Jenifer relata que as vizinhas faziam comentários sobre sua aparência corporal. No entanto, ela sempre resistia a qualquer possibilidade de “morte civil” (DANIEL, 1990):

[...] aí um dia ela chegou pra mim e “ai, como tu tá magra, né?!”, eu olhei para ela e disse assim, “**qual o dia que a senhora me viu gorda?** Só quando eu tava grávida, não foi?”, **ela assim “Ah é né?!”, eu “é!”**. Foi o que eu pude dizer, porque eu sabia o que ela queria dizer, aí eu falei assim pra ela.

O medo da injúria e da rejeição também são regularidades discursivas que emergem nas entrevistas e instituem o silêncio a que estão condicionadas, como explica Aparecida a partir do resgate do preconceito:

Aparecida: [...] **Eu não falei pros meu patrão, e os médicos mesmo me aconselharam: “você não tem que falar, você não obrigada a falar.”** Aí eu tinha medo de me envolver com alguém, agora eu tô com uma pessoa, mas eu ainda não falei pra ele. **Eu não tenho coragem, não tenho coragem. Como eu tenho preconceito comigo, eu tenho medo da reação das pessoas para comigo, entende?** Que é muito

⁸⁸ Entendendo que a revelação do diagnóstico pode ser um marco na vida das pessoas que vivem com hiv, o documento *Índice de estigma*, elaborado pela UNAIDS em 2019, trazia respostas muito similares as encontradas nessa tese: “A descrição trazida pelas pessoas entrevistadas evidencia que, ao revelar a soropositividade para o HIV a pessoas próximas, a experiência, em geral, tende a ser melhor (57%), contando com a solidariedade de quem recebe a informação. Entretanto, ao revelar a soropositividade para pessoas que não pertencem ao seu círculo íntimo, a experiência tende a ser avaliada como ruim para a maioria (54,3%)”. (UNAIDS, 2019, p. 32).

bonito você chegar assim e dizer: “aí, não, não tenho preconceito, não, Aparecida você não é assim!”

Miskolci (2007) lembra que a tríade *segredo-mentira-vida dupla* constitui mecanismos de proteção que também aprisionam e legam consequências psíquicas e sociais àqueles que nele se escondem. Exemplo desses efeitos que o silêncio instaura também podem ser recuperados nas minhas entrevistas, notadamente quando as mulheres falam das dificuldades em estabelecer vínculos afetivos (com parceiros sexuais ou não). A pouca disposição para essas relações caracteriza a maioria das entrevistas que realizei e mostra o quanto ainda é difícil incorporar o diagnóstico a projetos que impliquem a presença de outros, como já demonstrou Zamboni (2015). Uma vez que Jenifer julga ser necessário contar a uma possível parceria sexual que ela vive com hiv, falar sobre essa espécie de verdade de si nunca se constitui como um processo seguro, como também evidenciei nas reuniões do grupo (cf. capítulo 2):

Jenifer: Olha, eu na verdade assim, que eu fico, tipo assim, pra ter alguém eu **não sei a hora exata de falar que eu tenho hiv e isso incomoda**, mas eu também não achei ninguém que valesse a pena me envolver, ter um relacionamento sério, mas se eu tiver um relacionamento sério, eu vou falar, né?!

De forma similar, os efeitos do silêncio emergem nas narrativas de Mara e retomam a colocação de Miskolci (2007, p.61) de que “no armário raramente se constituem amizades, já que o segredo é um fator individualizante, um fato que só se pode carregar sozinho”, principalmente nos processos de adoecimento:

Entrevistadora: E você contou para as pessoas por exemplo da sua família que você é vive com HIV hoje qual que foi a reação delas quando você contou? E se não contou, porque que não quis contar?

Mara: Eu contei para todo mundo. Algumas pessoas estavam, aí ela espalharam e algumas se afastaram! A maioria se afastou.

Entrevistadora: A maioria do convívio social assim dos amigos?

Mara: **Amigos não vão saber.**

Entrevistadora: **Ah, você não contou pros amigos?**

Mara: **Não, amigos eu não tenho muito.** A minha família já é cheia de um monte de gente também. Eu mesma me afastei. À medida que tu vai ficar doente, as pessoas vão se afastando. **Então eu comecei a ficar doente e as pessoas começaram a se afastar, não tinha mais diversão, não tinha mais pra sair, não tinha mais, então eles começaram... aí só ficou mesmo, só a família.**

Seria inexato, entretanto, afirmar que apenas as práticas de silêncio emergem nas entrevistas, como se não houvesse nenhuma outra possibilidade agentiva para as mulheres deste estudo. Mesmo que discretas, observei regularidades nas entrevistas que são indícios de que algumas mulheres recusavam permanecer caladas acerca da condição de viver com hiv. Para tratá-las, recupero as aulas de 1984, quando Foucault (2011) pensava nas condições e nas

formas pelas quais, dizendo a verdade, o sujeito se constitua e era construído pelos outros. Se os trabalhos anteriores tratavam de problematizar as práticas e os discursos que produziam discursos de verdade e tipos específicos de sujeito, o interesse naquele ano era a produção que o sujeito fazia de si mesmo. Essa, que não deixava de considerar as relações complexas entre os modos de veridicção, as técnicas da governamentalidade e, enfim, a partir das práticas de si, seria problematizada a partir do modo de dizer a verdade parresiástico.

Modalidade de dizer a verdade sobre si, a prática implicaria algumas condições e regras:

[...] para que haja parresía [...] o sujeito, [ao dizer] essa verdade que marca como sendo sua opinião, seu pensamento, sua crença, tem de assumir certo risco, risco que diz respeito à própria relação que ele tem como a pessoa a quem se dirige. Para que haja parresía é preciso que, dizendo a verdade, se abra, se instaure e se enfrente o risco de ferir o outro, de irritá-lo, de deixá-lo com raiva e de suscitar de sua parte algumas condutas que podem ir até a mais extrema violência. **É portanto, a verdade, no risco no violência.** (FOUCAULT, 2011, p. 12)

Entretanto, embora os aspectos técnicos da *parresía* sejam apontados no curso, Foucault (2011, p.15) ensina que o *parresiasta* – aquele portanto que diz a verdade - não diz respeito a um profissional implicado em sua produção, mas antes, era o sujeito que tomava a modalidade como uma “[...] atitude, uma maneira de ser que se aparenta à virtude, uma maneira de fazer”. Dessa maneira, ele não deixaria espaços à interpretação – como o profeta – mas deixaria àquele a quem se dirige a tarefa de aceitar a verdade ou, no caso de suscitar a ira, poderia ser sua existência aniquilada.

Embora o filósofo tenha notado que modalidade parresiástica de dizer a verdade teria desaparecido no âmbito das sociedades modernas e apareceria apenas enxertada e apoiando-se em outras três modalidades (o discurso revolucionário, o discurso filosófico e a modalidade tecnicista), aproximo essa noção e sobretudo seu modo de funcionamento ético-discursivo da imagem do início da seção e das falas de Beatriz que ela relaciona a publicidade do diagnóstico ao discurso político de luta contra o preconceito:

Entrevistadora: Você contou para as pessoas com HIV? Se sim, qual foi a reação delas e se não, porque que fez essa opção?

Beatriz: Já, já contei pros meus parentes, não houve muita reação com relação a essa, a forma que eu contei, né?!, eles já me abraçaram, me deram altas forças, já entrei, já fui na mídia, já dei entrevista, **já mostrei minha cara.**

Entrevistadora: Aham.

Beatriz: Eu não tenho porque esconder nada de ninguém, sendo que a questão do hiv não é nem um bicho de sete cabeças, não é um, digamos assim, um ET, uma coisa que, eu acho que a partir do momento que **a gente tem que quebrar o preconceito, é mostrar a cara, se tu não mostrar a cara, o preconceito vai continuar existir.**

É importante destacar que o *mostrar a cara* de Beatriz recupera as lutas ativistas, que resumidas no slogan Silêncio = Morte, um dos cartazes mais emblemáticos da luta ativista,

criado e disseminado pela organização internacional ACT UP nos anos 1980, denunciavam a discriminação, o estigma e o preconceito em relação às PVHIV que resultavam em morte. Como o slogan e o excerto recuperam, o silêncio tem sempre a promessa de uma fala, de um discurso que as próprias transformações que dispositivo possibilita. Assim como Puleng, que teve sua história registrada por Fassin (2007, p. 51, tradução minha), Beatriz também se afirma como sujeito de direitos. Elas reivindicam “[...] seus direitos a uma existência física e social, a zoé e bios. O único tipo de processo de subjetivação que posso relatar e explicar é, portanto, político” e ético, como tratei.

4.3 “PAREI DE BEBER, DE FUMAR E FODER” – OS REGIMES FARMACOLÓGICOS E AS PRÁTICAS (BIO)ASCÉTICAS DE SI

No capítulo dois, ao analisar as regularidades enunciativas acerca da indetectabilidade, iniciei o percurso de pensar nas táticas de captura que produziriam uma bioascese hermenêutica de si (BUTTURI JUNIOR; LARA, 2021). Lá, entendendo a hermenêutica de si como a “[...] decifração meticulosa dos próprios estados de consciência, a leitura nos próprios pensamentos de traços de desejo [...] isto é, no fundo, tudo aquilo que as práticas de confissão designam” (GROS, 2008, p. 127), pensava nos conjuntos de práticas e estratégias instados pela farmacologização da vida, que atavam as PVHIV à regimes corporais e médicos, os quais, irremediavelmente, emergiam nos repertórios discursivos que analisei a partir dos vínculos históricos entre as formas de subjetivação e a verdade.

Nessa seção, busco ampliar essas reflexões a partir de sua relação com a governamentalidade, a biopolítica e a administração da vida e das subjetividades das mulheres com quem dialogo, já que a noção foucaultiana de governo inclui a possibilidade de o indivíduo realizar “[...] operações para transformar-se e constituir uma forma de existência com capacidade de resistência, que podemos entender como uma zona de invenção” (PORTOCARRERO, 2008, p. 289)

Além disso, seguindo o percurso traçado neste capítulo, busco atrelar essas práticas ao cuidado de si e a uma leitura de resistências mínimas e possíveis, a partir da assunção daquilo que Gros (2008, p. 128, grifos meus) resgata acerca da subjetividade em Foucault:

[...] não remete evidentemente nem a uma determinação transcendental, mas a uma reflexividade que se poderia chamar de prática: **uma maneira de se relacionar consigo mesmo para se construir, para se elaborar**. Essa história do sujeito na perspectiva das práticas de si, dos procedimentos de subjetivação se separa nitidamente do projeto formulado, nos anos setenta, da história da produção das subjetividades, dos procedimentos de sujeição pelas máquinas do poder.

Nesse percurso, a regularidade discursiva a perscrutar diz respeito principalmente a ascese farmacológica lida nos discursos de *adesão* – que, como veremos, solicitam “uma relação direta, obsedante e ascética diante das tecnologias biomédicas de controle” (BUTTURI JUNIOR, 2019, p. 645) – à formas de vida medicalizadas, da ordem da invenção de novos modos de ser sujeito. Nesse ponto, é importante lembrar também das leituras de adensamento da biopolítica e a consideração de novas modalidades de vida, híbridas e tecnológicas, tal como propõe Preciado (2020, p. 171-172, tradução minha):

[...] o corpo e a subjetividade contemporâneos não são mais regulados apenas por sua passagem por instituições disciplinares (escola, fábrica, quartel, hospital etc.), mas, sobretudo, por um conjunto de tecnologias biomoleculares, microprotéticas, digitais e de transmissão. No campo da sexualidade, a modificação farmacológica da consciência e do comportamento, a globalização da pílula anticoncepcional para todas as "mulheres", bem como a produção de terapias tríplexes, de terapias preventivas para sida [...] são alguns dos índices de gestão biotecnológica.

É importante, antes de passar às entrevistadas, levar em consideração um espaço diferencial entre o discurso da PHHIV e a biomedicina, por um lado, e aquilo que aponta, ainda, o discurso do senso comum e da cidadanização (PELÚCIO, 2007):

Jenifer: [...] ficava apavorada para menstruar, não usava sabonete, não usava pasta de dente, não usava nada de ninguém, sabe?!, tudo, tudo para mim ia contaminar alguém, sabe?!, [chorando].

Juju: [...] Bom, eu contei, no início assim, contei pras minhas amigas, minhas três amigas que são mais próximas, né?!, e pros meus quatro filhos. Eu juntei os quatro e disse “*olha, saiu o resultado dos exame e a mãe tem, é soropositivo, eu tenho hiv*”. Daí, só o meu filho mais velho que perguntou assim “*mãe, mas se tu tiver fazendo comida e cortar o dedo, assim, cortando cebola, daí não tem perigo?*” daí eu disse “*não, filho, daí a gente bota aquela cebola fora, né?!?*”

Aparecida: [...] quando entrava no ônibus e alguém sentava do meu lado, sabe? Ou eu descia ou eu me encolhia pras pessoas não encostar em mim. Teve um dia que eu tava no ônibus, sentou uma senhora com a filhinha assim, ela já tem um aninho pouco, dois no máximo, ficou assim entre as pernas da mãe e eu sentada no canto, na janela, né?! e ela começou a tocar na minha perna eu comecei a chorar, sabe?! eu comecei a chorar, eu me encolhi assim e comecei a chorar [chorando] que não queria que aquela criança pegasse em mim, sabe?!

A discussão proposta aqui também tangenciará outras formas de cuidado de si, como o título da seção recupera e cujo mote de produção, ligado ao uso da medicação, recupero com mais vagar nas linhas abaixo:

Entrevistadora: Virgínia e qual que é a sua relação com os medicamentos e com os efeitos colaterais, né? Você me disse que teve ali [efeitos colaterais] do Kaletra⁸⁹, e agora?

Virgínia: Aham. Depois eu comecei a tomar o Nevirapina e o 2 em 1. Foi tranquilo, não tinha, eu tive gastrite porque sempre tive o meu estômago sensível, eu sempre fui muito de não comer coisas gordurosas porque vomitava, antes de ter o hiv. Então quando comecei a tomar os remédios, meio que me atacou estômago eu vomitava. Não sei se não era de nervosa também, medo, porque eu tava numa cidade sozinha, né?!, sem a minha filha, sem meu pai, sem minha mãe, sem meu irmão, sem um marido. Não tinha nenhum namorado porque eu tinha optado por não ter namorado, aí sim, **Aí eu parei total. Aí eu parei de fumar, eu parei de beber e parei de foder.**

[Risos nossos]

Virgínia: **Parei, parei. Porque eu disse: “não”.** Eu fiquei com medo de passar para outra pessoa porque até tu **entrar no mundo do hiv**, tu vê que se tu usar preservativo tu não vai passar para outra pessoa, que tu não precisa contar para outra pessoa que tu tem, eu achava que tinha que contar já de cara. E aí eu fiquei naquela, a minha cabeça foi trabalhando né, essas coisas. Eu não vou contar para ninguém, **eu não vou transar com ninguém, porque eu nunca gostei muito de camisinha, vou ser bem sincera, sabe aquela coisa da mulher bem foga, de gostar de sentir, senti pele na pele? Eu gostava, gostava de fazer sexo oral, sexo anal. Gostava. Eu digo, eu sei que se eu fizer isso, eu tô colocando a outra pessoa em risco, eu não tava indetectável ainda, nem sabia**, depois que eu fiquei sabendo que a gente estava lutando para chegar no indetectável, né? Aí eu comecei ah: “Poxa, vamos lá, vamos Virgínia, reage. Toma os remédios direitinho, vamos nessa batalha”. Em 3 meses eu tava indetectável, mas mesmo assim eu fiquei com medo, sabe?, mesmo assim eu fiquei com medo de “será mesmo?”. **Porque nenhum médico, nem o de [cidade] nem a de [cidade] me disseram a questão de tu estares indetectável, tu não vai transmitir para outras pessoas. Eu cheguei a perguntar tanto para o doutor R. como para doutora A.: “Tá, eu tô indetectável, eu transmito para outra pessoa?”, “Ah, é bom tu te prevenir”. Eles sempre me diziam isso.**

Entrevistadora: Entendi.

Virgínia: Então até eu ficar bem segura que eu estava indetectável e que eu não ia transmitir para outra pessoa, **eu fui buscando isso na internet. Não foram os médicos que me disseram.**

Recorte de minha entrevista com Virgínia, o longo excerto diz respeito às práticas que se relacionam com o corpo, com a manutenção da vida e a relação com os outros a partir da *entrada no mundo do hiv*, práticas bioascéticas, portanto, que irrompem nos discursos das mulheres e colocam essas subjetividades nos limites das governamentalidades externas e da “[...] constituição de si como objeto de ação radical: objeto de subjetivação-outra” (DE SOUZA FILHO, 2008, p. 23) a partir da questão ética que o diagnóstico implica: como agir a partir de agora?

Como lemos, essas práticas são colocadas em discurso no relato dos regimes médicos, dietéticos e eróticos, resumidos na afirmação *Aí eu parei de fumar, eu parei de beber⁹⁰ e parei*

⁸⁹ Kaletra refere-se ao nome comercial da associação entre dois fármacos antirretrovirais, o lopinavir e o ritonavir. Nevirapina, menciona no excerto também diz respeito aos medicamentos utilizados no tratamento do hiv.

⁹⁰ Aqui, é importante ressaltar a relação desses enunciados com outro grande mal da biopolítica, o consumo de álcool ligado aos efeitos sobre às práticas sexuais, como Luíza (acima), Virgínia e Luíza destacam: Entrevistadora: Mas você conseguia negociar o uso da camisinha ou você nem pensava nisso? Virgínia: Às vezes não. Entrevistadora: Não conseguia negociar ou não pensava? Virgínia: Não pensava, porque assim, como eu te disse,

de foder – e o que ela chama de *entrada no mundo do hiv*, que exige novos regimes de si. Na entrevista que realizei na casa de Luíza, essas práticas também são recuperadas discursivamente:

Luíza: [...] tu não vai morrer, **porque tu toma o remédio, tu te cuida**, às vez **tu te cuida melhor, hoje eu me cuido melhor hoje, do que há 5 anos atrás**. Antes eu ficava bebendo toda hora, ficava bebendo. Eu saia à noite, hoje em dia já não saio, se tiver um dia frio, eu vou pensar assim, se eu ficar doente, eu vou me prejudicar, então eu não saio, **então eu me cuido mais** [...]

Além disso, é necessário atrelar essas produções discursivas aos códigos morais que os discursos médicos recuperam no enunciado “*Ah, é bom tu te prevenir*”. *Eles sempre me diziam isso*. Como argumenta Butturi Junior (2014, p. 306) e os enunciados acima mostram “[...] o aparecimento da instância subjetiva é também bipartido. Haveria uma necessária ligação entre sujeito e moral cujo imperativo seria o de se distinguir entre dois “modelos” de intersecção entre *código e formas de subjetivação*”.

Lembremos aqui também dos enunciados que, no âmbito da medicina e seus aparelhos prescritivos, instituíram os sujeitos atingidos pelo hiv (cf. Introdução) e perceberemos que as estratégias discursivas ainda hoje – o diagnóstico de Virgínia se deu depois da Declaração da Suíça – parecem funcionar mediante a instauração desses sujeitos como *aidéticos* a se disciplinar em detrimento da afirmação da cronicidade (como era o esperado pelos documentos oficiais): *Porque nenhum médico, nem o de [cidade] nem a de [cidade] me disseram a questão de tu estares indetectável, tu não vai transmitir para outras pessoas*. Acerca dos padrões de regulação da sexualidade é mister retomar brevemente Rubin (2003, p.1) quando afirma que

A esfera da sexualidade também tem sua política interna, desigualdades, e modos de opressão. Como em outros aspectos do comportamento humano, as formas institucionais concretas da sexualidade em um determinado tempo e lugar são produto da atividade humana. São imbuídas de conflitos de interesse e manobras políticas, ambas deliberadas e incidentais. Nesse sentido, o sexo é sempre político. Mas há períodos históricos em que a sexualidade é mais nitidamente contestada e mais excessivamente politizada. Nesses períodos o domínio da vida erótica é, de fato, renegociado.

na época eu saia e eu bebia. Ainda não tinha muito a Lei Seca. Tava começando. **Então eu bebia** e eu ia de carro para festa e depois eu voltava para casa de carro, às vezes embriagada, sabe? Já teve época, que teve um dia que eu tava tão bêbada que eu não conseguia subir as escadas para ir para o meu quarto. Eu subi de quatro pé, sabe? Eu ficava sem, eu saia da Virgínia normal. **Então uma pessoa embriagada vai pensar em camisinha? Não vai**. Não pensava. Mas eu também pensava assim, eu não pensava em aids e hiv. Já nos enunciados de Luíza, ela assegura “eu só não tô melhor por causa da cachaça”.

Nessa matriz de relações entre as tecnologias de dominação e as práticas de si, leio em *eu fui buscando isso na internet* formas de elaboração de um trabalho ético (FOUCAULT, 2017b) e político que Virgínia efetua sobre si mesmo na tentativa de estabelecer outras formas de conduzir-se à par dos discursos prescritivos e dos regimes farmacológicos, o que mostra que essas relações não são incontornáveis e demandam tarefas políticas incessantes.

A captura pelo regime farmacobiopolítico (PRECIADO, 2018) e pela ingerência médica são lidas no *a gente estava lutando para chegar no indetectável, né?*, em que o a gente se refere à ela e aos médicos. Nota-se que o “controle dos contagiosos” (FOUCAULT, 2017, p. 233), traduzido pela metáfora da guerra que “*estava lutando*” recupera, passa pelo novo investimento com que a TARV opera: controle-estimulação: transe, mas fique indetectável e mesmo assim “*é bom tu te prevenir*”. Além disso, os arquivos reverberam a assunção que os controles da sexualidade podem se atenuar e tomar formas distintas e diversificadas (FOUCAULT, 2017b). Nesse sentido, argumento que as estratégias de saber-poder desse regime incidem sobre os corpos hiv+– aqui representados por Virgínia e Luíza – e têm efeitos disciplinares e regulamentadores.

É um truísmo afirmar que a adesão refere-se à possibilidade de manutenção de vida, entretanto, as práticas discursivas também parecem emergir em outras margens, como aquelas da transgressão que a indetectabilidade voltaria a proporcionar à Virgínia: *sabe aquela coisa da mulher bem fofosa, de gostar de sentir, senti pele na pele? Eu gostava, gostava de fazer sexo oral, sexo anal. Gostava, Ai eu comecei ah: “Poxa, vamos lá, vamos Virgínia, reage. Toma os remédios direitinho, vamos nessa batalha”*. Em 3 meses eu tava indetectável.

Entretanto, as práticas bioascéticas ligadas aos regimes eróticos que inaugura também dizem respeito ao risco de contaminar que ela carregava: *Parei, parei. Porque eu disse: “não”. Eu fiquei com medo de passar para outra pessoa*. Ou seja, a ênfase não é apenas colocada na relação e no cuidado consigo, que permitiriam a refutação dos prazeres sexuais, mas na relação e no cuidado com o outro. Forma de elaboração de si como veremos sinalizações também nos excertos abaixo, de minhas entrevistas com Aparecida e Luíza:

Aparecida: [...] **Mesmo sabendo que eu não posso te causar risco nenhum**, e ele é uma pessoa muito boa, muito compreensiva comigo, faz todas as minhas vontades e ele quer algo bem mais sério, sabe? **E eu tô me retraindo quanto a isso, tô evitando, levando em banho-maria. Na hora da relação, assim, para mim é uma tortura, sabe?**

Entrevistadora: Mas você consegue? é difícil mas

Aparecida: É, mas sabe aquele conseguindo não, **aquele fazer só para fazer, cumprir a parte, cumprir seu papel só por isso**. Mas você fica morta, eu fico morta.

Entrevistadora: **Por causa do teu medo?**

Aparecida: **Aham.**

Entrevistadora: Mas tu consegue, por exemplo, negociar o uso do preservativo?

Aparecida: Sim, sim, **mas isso para mim tá muito além**, sabe.

Luíza: [...] **mas eu sempre queria terminar o relacionamento, pra ele não pegar.** Eu sempre pensava nele, eu dizia “**não, não é justo tu tá comigo**”, aí a gente tentou, né?!, usava camisinha, daí eu disse assim “agora a gente vai começar a usar camisinha, porque eu não quero que tu pegue”, **sempre me preocupando muito com ele**, assim, aí chegou um tempo que não deu mais, sabe?!,

Noto, nesses enunciados, que o comportamento sexual, as atividades e os prazeres a ele relacionados, são objeto de uma preocupação moral (FOUCAULT, 2017b) que exigem tanto o cuidado de si – evidenciados na busca pela indetectabilidade e na manutenção da vida – quanto a elaboração de uma estética da existência que se constrói a partir da privação do prazer sexual, em que as relações passam a ser uma *tortura*, alvo de *preocupações constantes com o outro* e por isso *evitadas*. Ademais, a ideia de justiça recuperada no enunciado de Luíza recupera a dupla exclusão que a maioria das mulheres dessa tese se dizem condicionadas: a ausência de relações amorosas e sexuais (como tratarei na seção sobre as estratégias de afeto).

Se nos excertos de Virgínia era possível apontar as margens de variação ou de transgressão nas quais ela se conduzia em referência a um regime duramente prescritivo, buscando o prazer sexual a partir da indetectabilidade e instaurando um novo modo de obter prazer (nem por isso menos normalizado), em Aparecida essas margens são colocadas em suspenso e resta *apenas cumprir seu papel*, já que as fronteiras da “transgressão” não podem mais ser desfeitas. Entretanto, mesmo que diferentes, essas discursividades também revelam que as práticas de si são perpassadas por processos ambíguos de sujeição, de agenciamento e de resistência crítica à normatização (PRECIADO, 2018), que nos enunciados de Aparecida são marcados na rejeição dos discursos de normalização da doença, como evidencia o trecho a seguir:

Por mais que as pessoas digam assim: “Mas, Aparecida, você tá bem”, fiz todos exames agora de novo, levei ontem, tô ótima, tô ótima, colesterol, açúcar, fígado, a tripa, o fato, o mocotó, sabe?! Tá tudo bem! **Para medicina, mas para mim tá tudo, tudo destruído!** Eu digo, a gente não pode, **a pessoa não pode dizer assim só porque você tá zerado, você tá bem**, você tá ótima! **Não existe isso gente**, eu tô ótima, mas **não tô curada**, que essa maldita doença não tem cura, né?!.

Na era da possibilidade do tratamento, o que “*pra medicina, mas pra mim tá tudo, tudo destruído*” resgata são as condições de possibilidade de um sujeito com capacidade de recusa e resistência (PORTOCARRERO, 2008) à invisibilidade dos processos não biomédicos do adoecimento, pautados em uma política da vida do cidadão biológico e nas lógicas da medicalização e da normalização dos comportamentos.

Entretanto, essa possibilidade crítica esbarra no imperativo do cuidado de si e as ações reguladas e circunstanciadas com que opera no interior do regime farmacológico. Como

afirmava Squire (2013) a cidadania medicalizada do hiv produziu um caso emblemático da cidadania biológica, no qual os cidadãos são definidos e chamados à existência pelas suas características biológicas; no caso do hiv, as pessoas seriam sempre cidadãs em relação a sua carga viral. Como já afirmei, a adesão constitui sujeitos em cidadãos desde que reguladores de si mesmo, dos quais se espera práticas de gerenciamento constante da vida, da carga viral, do CD4, do CD8. É a partir da cidadania biológica que Aparecida, assim como Virgínia, se constitui como parceira biomédica em um empreendimento normalizado de sobrevivência (SQUIRE, 2013):

Aparecida: [...] mas assim eu repeti os exames, a pessoa **tem que repetir a cada seis meses, eu não, antes de 6 meses já tô apertando a mente do médico, né.** Deu tudo assim zerado, **minha carga viral tá indetectável e meu CD4 tá ótimo, que tava baixo,** já tá assim bem bom, então assim o medicamento não me deu efeito colateral, sabe? Isso que foi bom para mim também. **Eu só uso dois comprimidos** e o que eles falam assim todo mundo, assim, os médicos, meu primo que ele é enfermeiro que sabe, ele disse que **eu tô usando o melhor que tem no mercado, então isso para mim foi o lado positivo, o lado bom.**

Estamos diante da ambiguidade e da agonística de um regime tecnobiodiscursivo (BUTTURI JUNIOR, 2019) e do caráter *pharmakológico* da TARV: potência para aqueles que vivem em modalidades de vida de exceção – *o lado positivo, o lado bom* - mas restrição e controles contínuos a partir de seu engajamento em práticas de ascese biomédica: realizar os exames a cada seis meses, controlar a ingestão diária dos comprimidos e seus efeitos colaterais, usar preservativo nas relações sexuais. Nesse ínterim, ao contrário de Ortega (2002) que pensa nas modernas bioasceses como práticas que constroem a liberdade de criação e eliminam a espontaneidade, creio que ambiguidade que venho descrevendo é uma chave de leitura mais profícua e que recupera a importância de uma abordagem da subjetividade em termos de formas de subjetivação como formas possíveis de resistência à normalização por meio das práticas e do cuidado de si (PORTOCARRERO, 2008). Como lembra Zamboni (2014), as narrativas sobre o tratamento, que se articulam aos discursos sobre cuidados corporais e saúde significam, muitas vezes, a produção de uma nova vitalidade.

Essa ambiguidade também se materializa discursivamente quando Aparecida estabelece a periodicidade da medicação como o simulacro do hiv:

Entrevistadora: E como é para ti essa relação com o tratamento, de ter que tomar um remédio todo dia?

Aparecida: **É torturante, é torturante.** Para mim, assim, quando chega a hora de eu tomar, que eu tomo a noite, escolhi pela noite, quando chega assim na hora, às vezes esqueço meia hora, antes, ou então se eu vou sair eu tomo meia hora antes, meia hora depois, mas para mim quando chega a hora, para mim assim, **é a pior hora da vida, que eu olho para aquele comprimido e eu vejo que eu vou ter que seguir com aquilo para minha vida toda, sabe? A minha vida toda!** [chorando]. Não adianta dizer que eu tô indetectável. O médico falou assim: A. você tá praticamente, assim, infelizmente não posso dizer que você não tem, mas você tá

uma pessoa normal, você para engravidar, você pode fazer [inaudível], mas assim, para mim não, para mim **cada vez que eu tomo esse remédio, eu morro pouco por dentro**, sabe? [chorando]

Na ordem dos discursos das mulheres, as práticas bioascéticas que envolvem a medicação – possibilidade de vida – e seus efeitos passam a ser inventariados como motivo de sofrimento, que os signos *difícil*, *pânico* e *torturante* recuperam:

Entrevistadora: E no começo, como é que foi a tua relação com o tratamento?

Beatriz: **No começo foi terrível**, nossa, **foi bem difícil aceitar**, foi bem difícil!

Entrevistadora: E para você como é que a relação com o tratamento?

Mariana: Com o tratamento? **Então no começo ele foi bem difícil**, né?!, porque ainda era aqueles remédios mais fortes que hoje em dia já não está sendo mais usado e então foi bem difícil, assim, pelas reações que eu tinha, físicas, né?!

Entrevistadora: e como que a tua relação com o tratamento?

Luíza: **É difícil, né?!**, porque tem dias que eu me sinto assim, eu acho que eu vou, me dá um **pânico**, eu acho que vou morrer, que eu fico nervosa [...]

Entendo, portanto, que as práticas de bioescese de que venho tratando e as formas de subjetividade que dela derivam, pertencem, ao mesmo tempo: 1. ao campo da governamentalidade biopolítica na qual as práticas de cuidado de si ligam-se ao governo dos outros através das tecnologias fármaco-biomédicas; 2. ao campo das práticas médicas efetivas, que muitas vezes retomam discursos anteriores à TARV no diálogo com as entrevistadas; 3. ao campo inventividade, em que a TARV e as práticas de ingestão que demanda se transformam em possibilidade e potência de vida, como transformação da própria condição crônica da soropositividade. Nesse escopo, vê-se que, como indica Foucault (2014, p. 134) o governo só pode ser exercido sobre indivíduos livres, enquanto são livres, isto é, “[...] entendendo-se por isso sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidade onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer”.

À vista disso, Preciado (2018, p. 378) lembra que “a subjetividade moderna é a gestão da autointoxicação em um ambiente quimicamente nocivo [...] a batalha da subjetividade moderna é uma luta pelo equilíbrio imunológico.” Nessa gestão da autointoxicação de que ele nos avisa, noto outras regularidades discursivas naquelas entrevistas e que dizem respeito à administração do coquetel (para aquelas que tiveram o diagnóstico no início dos anos 1990) e da TARV, as quais destaco nos próximos parágrafos.

Beatriz e Jenifer resgatam a materialidade das terapias farmacológicas e sua relação com o corpo, lidos tanto nos efeitos do coquetel, em que a lipodistrofia tornava os corpos vivendo com hiv reconhecíveis, quanto na dificuldade da administração de inúmeros comprimidos, como recupero abaixo:

Entrevistadora: E a senhora aderiu ao tratamento, logo no início, quando soube, como que foi?

Jenifer: **Não, eu não conseguia tomar o remédio. Eu olhava pro remédio e ficava Ahh.** Troquei várias vezes meu medicamento. Troquei, várias vezes eu tive que trocar.

Entrevistadora: Por causa do efeito colateral, que que acontecia?

Jenifer: *Eu acho que fui a pessoa que mais trocou medicamento pro hiv*, fui eu [rindo].

Porque assim, quando eu tomava bem certinho, acontecia alguma coisa que eu tinha que parar, **tinha uns que me deu alergia, os primeiros mesmo eu não conseguia engolir. Era um comprimido do tamanho de uma azeitona**, que ia na geladeira.

Aquele lá não engolia, não conseguia engolir.

Entrevistadora: Por que eram vários? Que ano mais ou menos que a senhora começou o tratamento?

Jenifer: Acho que foi quando, quando realmente eu peguei, que eu comecei a fazer o tratamento. **Que me deram medicamento logo, mas foi difícil. Acho que no primeiro ano eu desisti e depois voltei**, mas eu comecei, acho que nem sei, **porque era muito remédio** [...]

Entrevistadora: Você teve alguma, algum efeito colateral do medicamento no início assim, ou não?

Beatriz: **Não.**

Entrevistadora: Não?

Beatriz: Pelo que eu lembre não.

Entrevistadora: Aham.

Beatriz: Até hoje, as medicações só troquei três vezes, né?!. Meu médico trocou por causa da questão dos efeitos colaterais, né?!

Entrevistadora: Aham.

Beatriz: Que ele mesmo que viu isso, **eu não percebi no meu corpo**. Que algumas **medicações tavam dando problemas sérios como a lipodistrofia**, né?!, os olhos amarelados, né?!, aquelas coisas todas, isso não aconteceu comigo, só aconteceu a questão da lipodistrofia.

Jenifer resgata a dificuldade de engolir o comprimido do *tamanho de uma azeitona* e as inúmeras tentativas para seguir o regime e fazer parte - *eu acho que fui a pessoa que mais trocou medicamento pro hiv* – de uma experiência normalizada e medicalizada da vida (que como veremos adiante não se concretiza) e as formas de subjetivação novamente atreladas aos regimes biomédicos. Nos excertos de Beatriz, a incerteza dos efeitos colaterais que o médico aponta, recuperada na enunciação de “*eu não percebi no meu corpo*”, um *problema sério* como a lipodistrofia e a negação do início do trecho sobre os efeitos colaterais parecem funcionar como uma “memória que se deve combater”(BUTTURI JUNIOR, 2016, p.73), qual seja, “[...] os olhos afundados, os corpos macilentos” (WEEKS, 2000).

Weeks (2000) afirma que numa época na qual assistíamos, como nunca, a celebração de corpos saudáveis perfeitamente harmoniosos, a síndrome da imunodeficiência humana – estreitamente relacionada com o sexo – emergiu e devastou o corpo, apresentando a doença como um efeito necessário do excesso sexual, como se os limites do corpo estivessem sendo reprovados no teste da perversidade sexual. Já que o corpo é uma condição de êxito do tratamento (BUTURI JUNIOR, 2016), que permitiria a Beatriz a produção de si como sujeito normal e não denunciável, a recusa a perceber-se enquanto vulnerável passa pela expulsão e

não visibilidade da Lipodistrofia, no distanciamento daquelas corporalidades abjetas que “*aquelas coisas todas, isso não aconteceu comigo*” resgata.

Quando atentamos para as novidades que TARV inaugura, são os efeitos menos visíveis no corpo que denunciariam aquelas que vivem em modalidades de vida de exceção, embora com a possibilidade de uma vida nos moldes crônicos (BUTTURI JUNIOR; LARA 2021), a partir de seu engajamento em práticas de ascese biomédica. Será a ordem das doenças mentais que as mulheres sob o regime da terapia, tratam de colocar em discurso nos enunciados sobre efeitos colaterais:

Entrevistadora: e como que a tua relação com o tratamento?

Luíza: É difícil, né?!, porque tem dias que eu me sinto assim, eu acho que eu vou, me dá um pânico, eu acho que vou morrer, que eu fico nervosa, **eu não sei se é do próprio remédio⁹¹ que me deixa assim, tanto é que meu médico disse que é do remédio.** Que às vezes eu tô no quarto e eu fico nervosa, eu fico, tipo, um pânico, né?!, que eu não quero ficar sozinha, daí minha filha vem, vem “mãe, tens que ficar calma, não é isso”, e eu fico, às vez angustiada, mas eu tô [em tratamento]!

Entrevistadora: Sim, entendi! Bom, tu me disse que tu não tem efeito colateral do medicamento, né?! Isso nunca aconteceu, desde o começo, tu não teve efeito colateral?

Luana: **Não, nunca, graças a Deus, nunca me deu nada.**

Entrevistadora: Tá.

Luana: *Só uma vez*, que eu tomava aquele stocrin, que eu viajava de noite, dava uns, parecia que era uma droga pesada que a gente usava, o stocrin.

Entrevistadora: Stocrin?

Luana: Aquele amarelo, oh, aquele lá dava um pauladão de noite.

Entrevistadora: Aham, de noite depois que tomava.

Luana: É. Eu tomava e tinha pesadelo, via bichinho, via um monte de coisa.

Entrevistadora: Dava tipo uma alucinação?

Luana: Parecia que tu tinha tomado uma droga pesada, daí não quis mais.

Entrevistadora: O efavirenz também parece que dá isso.

Luana: É, é o stocrin, é o efavirenz.

Leiamos a bula do Efavirenz, recuperado no trecho de Luana: [...] **Os efeitos indesejáveis de maior importância são erupções cutâneas e sintomas do sistema nervoso que incluem tontura, insônia, sonolência, concentração prejudicada e sonhos anormais.** [...]. (FARMANGUINHOS, 2017, p.6-7, grifos meus). A bula, como vemos, descreve os efeitos colaterais que Efavirenz produz no sistema nervoso central e os efeitos na saúde emocional que Luana descreve, mesmo que também, em um primeiro momento, negue os efeitos colaterais do Stocrin. Assim como em Beatriz, me parece que os enunciados de Luana também tratam da negação e do apartamento de determinados tipos de sujeitos produzidos e reconhecidos pelos efeitos da medicação que *Não, nunca, graças a Deus, nunca me deu nada* deixam entrever.

⁹¹ Em outro ponto da entrevista, Luíza menciona que faz uso do medicamento Dolutegravir, composto com menos efeitos colaterais e pertencente a outra classe de medicamentos antirretrovirais, os inibidores de integrase cuja liberação pelo FDA é recente, de 2013.

Em suma, as práticas de bioacese que procurei descrever nessa seção, a partir dos regimes eróticos e dietéticos que as mulheres entabulavam em suas vidas, resgatam um conjunto de artes de viver, que muito mais do que precauções ou injunções ao tratamento farmacológico, estabelecem toda uma maneira de se constituir como sujeito, como mulheres que vivem com hiv. São práticas e cuidados que atravessam a vida cotidiana não apenas nas questões de saúde, mas das moralidades. que Virgínia também reproduz em seus enunciados quando resgata a história de um amigo, que não é forte porque não aderiu à TARV:

Virgínia: [...] eu tenho um amigo né, que mora em São José **que não faz o tratamento, que tá se matando dia a dia**, e eu digo assim eu tô, eu sou forte, porque eu enfrento, eu tenho vontade. Eu falei, um dia eu falei pro [nome do amigo], “aqui tem o GAPA, tu já foi no GAPA?” e ele “**eu fui, logo que eu descobri, mas aquilo lá não é lugar para mim**”. **Claro que não é lugar para ele, porque ele não quer aderir ao tratamento.**

*

Longe das práticas bioascéticas que descrevi, antes de encerrar essa seção é necessário abrir mais parêntese para marcar também a possibilidade de outro “[...] espaço para uma espécie de subjetivação que desequilibra a produção do que somos na direção de uma prática de liberdade, mas sempre dentro das determinações que nos atravessam” (REVEL 2016, p. 170) a narrativa de Jenifer mostra uma outra relação: a de não se deixar capturar pelo controle biopolítico ou farmacobiopolítico. Antes, é o jogo das invenções na forma de lidar com o coquetel e agora com a TARV, que opera nos modos pelos quais Jenifer fixa as regras de sua conduta. Embora a medicalização funcione como um mecanismo potente de captura dos sujeitos que vivem com hiv, Jenifer transforma esse imperativo – usar a medicação corretamente, ficar indectável – nos moldes daquilo que Agamben (2010, paginação irregular), seguindo Foucault, chama de destruição da identidade: “[...] o fim foi alcançado na vida se alguém perguntar sobre a própria identidade; a arte de viver consiste em destruir a identidade, destruir a psicologia”.

É a renúncia de uma identidade doente, que implicaria a medicalização constante que emerge em inúmeros trechos da entrevista sob os signos de *eu nunca fico doente*:

Entrevistadora: A senhora chegou a ter aids?

Jenifer: Assim, aids tipo? Eu tive pneumonia! Isso é aids?

Entrevistadora: Não, eu acho que são infecções oportunistas que chama né?!

Jenifer: Eu tive uma pneumonia dupla só! **Nunca fico doente.**

Entrevistadora: E quando a senhora ficou no hospital, foi logo quando a senhora descobriu ou foi depois?

Jenifer: Não, eu descobri em 90 e foi em 2002, 2001 que eu fui pro hospital. Mas eu fui por causa da pneumonia, porque eu tomei um banho de mar gelado no outono e estava gripada. **Aí qualquer um fica doente.**

Entrevistadora: E como é que é o seu acompanhamento nas unidades de saúde? quando precisa de outros médicos?

Jenifer: É bom. Eu não preciso, eu precisei porque quebrei o pé, mas fui bem atendida, fui no hospital, mas não, nem falei que eu tinha hiv, cheguei lá com pé quebrado, fiz o exame, botaram uma tala. Mas assim, normal, porque **eu não fico muito doente**, tipo né.

Esses signos tematizam a procura de dela em se desprender dos modos de subjetivação instaurados pela biomedicina (enquanto sujeito vulnerável) e também pelo próprio GAPA (cf. capítulo dois). Se em um primeiro momento, logo em seu diagnóstico, Jenifer não frequentava o GAPA pois não queria ver a debilidade de outros sujeitos e admitir um possível reconhecimento, hoje Jenifer raramente vai às reuniões do grupo. Sua participação é restrita as festas e confraternizações, como percebi nas fotos que ficavam na sala. É o arranjo de novas formas de sociabilidade que a mantém pertencente aquele grupo, mesmo que diferentemente da maioria, ela opte por não seguir os mesmos regimes médicos.

Jenifer me contou que, desde que iniciou do tratamento, não segue as prescrições médicas, fazendo longas pausas no uso da medicação. É a da ordem da personificação que ela atribui os sentidos aos medicamentos que deveriam lhe acompanhar, e instaura outra modalidade de existência em que a coragem implica o risco de vida:

Entrevistadora: E como que é a sua relação com o tratamento?

Jenifer: É complicada. **A gente não gosta muito um do outro não.** [rindo]
[...] aí foi indo, foi indo, diminuindo, daí eu tomei um que me deixou indetectável, daí eu passei para esse, que era 2 por dia, aí passou pra esse que é uma vez só por dia. **Aí eu já comecei a cismar com o remédio, mas será que esse remédio não faz que o exame de não reagente, não reagente, indetectável, porque assim será que tão rápido assim, né?! Eu fiquei indetectável?**

Entrevistadora: Foi rápido que a senhora ficou indetectável? De quando começou a tomar?

Jenifer: Foi, seis meses acho. Muito rápido. **O remédio é muito bom.**

Entrevistadora: E foi agora, há pouco tempo, há bastante tempo?

Jenifer: Já tá fazendo uns quatro anos.

Entrevistadora: Quatro anos que a senhora ficou indetectável, então?

Jenifer: E agora não, mas agora **eu já dei uma bobeadinha com remédio e já voltou de novo, agora tem que tomar de novo, marcar certinho para fazer, tomar certinho pra fazer de novo o exame**

Acerca das relações com os médicos, Jenifer, embora seja uma paciente insubordinada, nos moldes estabelecidos pelo setor da saúde (SANTOS *et al.*, 2019), relata que sempre foi bem atendida:

Ele chegava no consultório, ele olhava meu exame, uma vez eu olhei pra ele, ele olhando pro exame, falei pra ele “**eu vou morrer?**”, ele disse assim “**vai, tu vai morrer, eu vou morrer, tua mãe vai morrer, todo mundo vai morrer, agora, quando eu não sei**”. Outro dia dizia que eu tava bonita, que eu tava gorda, porque eu fiquei bem magra.

É a partir das falas dos médicos, que Jenifer mais uma vez subverte a sua condição: se ela iria morrer como qualquer pessoa, e se o tratamento poderia gerar maior probabilidade de outros doenças, ela assume suas escolhas frente a não medicalização padrão, numa espécie daquilo que Butturi Junior (2019b) chama de linhas de fuga mínimas, mas eficazes, daqueles que tendo a vida em risco, têm os corpos e as subjetividades colocadas no centro de discursos e práticas de bioascese:

[...] e eu acredito muito, meu médico falou mesmo, que a gente tem, como soropositiva, a gente tem mais probabilidade de ter câncer, e eu conheço muita gente com hiv que tem câncer e isso assim, me dá medo de tomar os remédios. Por exemplo: ou eu morro de hiv ou eu morro de câncer. **Posso escolher, né?!, ou não!**

Com Agamben (2010, paginação irregular) encerro esse parêntese que tratava da minha entrevista com Jenifer: “[...] La desubjetivación no tiene solamente un aspecto sombrío u oscuro. No es simplemente la destrucción de toda subjetividad. Está también el otro polo, más fecundo y poético, donde el sujeto no es más que el sujeto de su propia desubjetivación”.

Essa possibilidade de invenção da escolha que me parece ser o índice de inventividade da vida de Jenifer, que solicita outras formas de pensar as relações possíveis entre os dispositivos biopolíticos da aids, a liberdade e a dessubjetivação, embora ela também marque que talvez não se possa escolher, afinal a captura por outros dispositivos é constante e a morte – pelo câncer ou pela aids – ainda não foi superada. É na relação entre a profanação dos dispositivos e a manutenção da vida que encontro os limites da liberdade de Jenifer, que não utiliza os medicamentos para morrer – como Maria mencionou em uma das reuniões do grupo e que descrevi algumas seções acima – mas ostenta outras formas de cuidado de si e de resistência, que, como se sabe, existem em qualquer relação de poder, únicas e diversas “[...] possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrastadas, violentas, irreconciliáveis, prontas ao compromisso, interessadas ou fadadas ao sacrifício.” (FOUCAULT, 2017a, p.91)

4.4 A MATERNIDADE

No capítulo um desta tese, ao tratar do dispositivo crônico da aids, indiquei brevemente uma das séries discursivas da qual me ocupo nessa seção: a maternidade e sua relação com as participantes da pesquisa. Nas próximas linhas, pretendo resgatar como essa série articula-se às práticas de si e aos modos de subjetivação das mulheres que entrevistei. Além disso, ao atrelar os discursos sobre a maternidade aos dispositivos da aids, procuro notar as formas pelas quais essas séries são agrupadas e interconectadas, como agem como formam aquilo sobre o qual elas

agem (BUTLER, 2021a, p.17). Antes, recupero brevemente a reflexão que o movimento feminista contemporâneo desenvolveu sobre os regimes de verdade que instituem os discursos sobre *maternidade*.

Marco de passagem do feminismo igualitarista para fase centrada na mulher-sujeito, a politização das questões privadas como a maternidade eclodiram com o feminismo contemporâneo e, segundo Scavone (2001), um dos elementos radicais dessa politização era a recusa ao determinismo biológico que designava a identidade de mãe às mulheres. Nesse movimento, a maternidade começava a ser compreendida como construto social⁹².

Eixo central de explicação das desigualdades a que estavam sujeitas às mulheres, entre o final dos anos 1960 e meados da década de 1980, a maternidade seria reconhecida a partir de três distintos momentos, como assinalam os trabalhos de Ferrand e Langevin (1990), retomados por Scavone (2001): a *maternidade como desvantagem*, que confinaria às mulheres à uma bio-classe e na qual as possibilidades subversivas diziam respeito à recusa de ter filhos – que encontra na pílula anticoncepcional e no aborto sua alternativa - como possibilidade de reconhecer identidades mais amplas; a *negação da desvantagem* que a maternidade implicaria, entendendo-a como um “[...] poder insubstituível que as mulheres exercem na sociedade mediante ao fenômeno bio-psíquico que é a maternidade”; e a *desconstrução da desvantagem*, momento no qual entende-se que a maternidade não é um fato biológico que determina a posição social das mulheres, mas que são as relações de dominação que atribuem um significado social à maternidade.

Outra viragem na compreensão da maternidade enquanto construção social, diz respeito a utilização do conceito do conceito de gênero como gesto interpretativo:

A perspectiva de gênero nos possibilitou abordar a maternidade em suas múltiplas facetas. Ela pôde ser abordada tanto como de um ideal de realização feminina, como símbolo também, símbolo da opressão das mulheres, ou símbolo de poder das mulheres, e assim por diante, evidenciando as inúmeras possibilidades de interpretação de um mesmo símbolo. [...] E, mais ainda, foi possível compreendê-la como um símbolo construído histórico, cultural e politicamente de um sexo sobre o outro relações de poder e dominação (SCAVONE, 2001, p. 142 -143)

Nesse sentido, Butler (2013, p. 24, grifos meus) também reafirma a polivalência tática dos discursos sobre a maternidade quando trata dos sujeitos do feminismo:

No instante em que se invoca a categoria mulheres como a clientela pela qual o descrevendo feminismo fala, começa invariavelmente um debate interno sobre o

⁹² Butler (2019b, p. 24) lembra que “[...] algumas feministas têm sustentado que repensar a “natureza” como um conjunto de inter-relações dinâmicas serve tanto a objetivos feministas como a objetivos ecológicos [...]. Essa reconsideração também põe em causa o modelo de construção em que o social age unilateralmente sobre o natural e o investe com seus parâmetros e seus significados

conteúdo descritivo do termo. **Há quem afirme haver uma especificidade ontológica das mulheres enquanto mães que forma a base de um interesse específico legal e político na representação; há outras que entendem a maternidade como uma relação social que é, nas atuais circunstâncias sociais, a situação específica das mulheres, comum em todas as culturas. E há aquelas que recorrem a Gilligan e outras para estabelecer uma especificidade feminina que se manifesta nas comunidades ou modos de conhecer das mulheres.** Mas cada vez que essa especificidade é articulada, há resistência e formação de facções dentro da própria clientela que está supostamente unificada pela articulação de seu elemento comum.

Entretanto, ela trata de assegurar que esse esforço para caracterizar uma especificidade feminina recorrendo à maternidade, seja biológica ou social, produz a formação de facções no interior do movimento e até sua rejeição completa: já que nem todas as mulheres são mães esse não é necessariamente o ponto central de sua politização (BUTLER, 2013).

Nesse escopo, cabe agora atentar para a emergência polimorfa e múltipla com que a maternidade, na intersecção com o hiv e com as várias modalidades de vulnerabilidade que encontrei entre as mulheres com quem conversei, é colocada em discurso pelas mulheres desta tese. É importante ressaltar novamente que entre as razões para o estabelecimento dos discursos sobre a feminização da epidemia, o aumento dos registros de transmissão vertical foi um fator decisivo. Como lembra Barbosa (2001, p. 11), na prevenção da transmissão vertical, o foco de preocupação continua sendo o feto, para quem voltam-se os esforços “salvacionistas”, sugerindo que “[...] a mulher-reprodutora-mãe deveria abdicar de si mesma para responder às necessidades e demandas da sociedade, do Estado, da família e dos serviços de saúde, reprodutores de uma ordem econômica, social e política injusta e excludente”, como também abordei no capítulo três.

Essa abordagem salvacionista de que trata Barbosa (2001) é encontrada principalmente nos discursos de adesão à TARV. Lemos no documento *Relatório de monitoramento clínico das gestantes vivendo com hiv (2019)*, que, naquilo que diz respeito à TARV, a proporção de gestantes diagnosticadas que estavam em tratamento foi estatisticamente maior do que a de mulheres como um todo, 74% e 71%, respectivamente. Já os discursos do *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais* informam que:

Apesar das evidências de que o desejo da mulher de proteger a saúde de seu filho e de se manter saudável leve à melhor adesão à TARV durante a gravidez, diferentes estudos demonstram que apenas cerca de 70% das grávidas em tratamento e sem exposição prévia aos ARV atingem supressão viral próxima ao parto. A principal causa para a não supressão viral nesse grupo é a adesão insuficiente, que costuma se agravar após o parto. Para o sucesso das políticas atuais de tratamento e acompanhamento de gestantes infectadas pelo HIV durante o pré-natal e após o parto, a equipe de saúde deve estar atenta aos aspectos individuais e dinâmicos que podem afetar a adesão. (BRASIL, 2019, p. 93, grifos meus)

Como os exemplos acima indicam, a maioria das gestantes que vive hiv “[...] tenta se adaptar ao novo imperativo do princípio de precaução” (BADINTER, 2011, p.70) que a transmissão vertical implica. Além disso, como destaca Meyer (2005, p. 94), as abordagens da prevenção ou do tratamento para evitar a transmissão vertical do hiv tem como foco primeiro a “negativação do feto e a mulher grávida soropositiva – que deve enfrentar o tratamento, sofrer os efeitos colaterais dos antirretrovirais e as consequências [sic] sociais que ainda decorrem da condição de soropositividade – é, em “si mesma”, muito pouco considerada nesse processo”.

Em minha entrevista com Marina, ela retoma essa injunção que se estabelece na presença de uma gestação não planejada:

Mariana: [...] quando eu tava grávida **ainda suportava** [a medicação] **porque eu tinha um motivo pelo qual eu tinha que tá bem**, mas depois eu meio que deixei assim, e aí as reações ficaram intensas, né?!, eu tinha muita diarreia e eu tinha que trabalhar e nesse nessa época parei.

Neste estudo, apenas Mariana e Luana engravidaram após o diagnóstico. Entretanto, encontraremos remanências discursivas atreladas à maternidade em todas as entrevistas, índice de que essas mulheres consideram essa “parte de si” como sendo um dos principais motivadores das práticas e dos discursos sobre si que produzem.

Recorro inicialmente às entrevistas com Mariana e Luana, para quem as práticas da maternidade estão atreladas à ordem do risco. Indetectável quando engravidou, Mariana já havia excluído a ideia da gestação – mas não da maternidade - anos quando recebeu o diagnóstico positivo para hiv. É importante notar como o longo trecho abaixo se constrói na ordem das divergências entre o que diz a ciência e a objetividade – *o risco de transmissão vertical do HIV é reduzido a menos de 2% quando a gestante está em tratamento* - e o que ela sente e vive.

Entrevistadora: [...] e como que foi pra você quando você descobriu que tava grávida? Foi uma gravidez planejada, como foram essas questões?

Mariana: Não, não. Então, na época eu levei um susto bem grande assim, e o pai dele não tem nada, que na época era controlado, então

Entrevistadora: Você tava indetectável na época que você engravidou?

Mariana: **Não havia riscos. Então tava bem tranquilo, né?!**, mas, porém, eu levei um susto bem grande, porque eu queria ser mãe, mas eu queria ser nova, nessa idade eu tava com 23 anos **e sabia que eu não poderia amamentar e tal, então já, já tinha sido excluído da minha vida assim a maternidade.**

Entrevistadora: Quando você soube que você vivia com hiv você excluiu da sua vida a maternidade?

Mariana: A maternidade.

Entrevistadora: Por quê?

Mariana: **Porque eu não ia poder amamentar e também, para mim assim, pelo fato dos riscos, né?!, que teria a criança. Então eu excluí a maternidade na minha vida, foi uma coisa assim “não vou ser mais mãe, se um dia eu ter um filho, eu vou adotar”,** E aí, de repente, eu me vi grávida assim, foi muito “e agora?”, **eu me tranquei em casa, chorei vários dias** e depois eu fui “Nossa, mas eu vou ter essa criança, né?!, eu vou ter essa criança, ela vai ser amada, vai ser acolhida” E aí fui lidando, né?!, com isso, com o fato, e até o parto assim, foi, foi trabalhar muito a

minha mente e mesmo assim, depois do parto eu ainda ficava chorando muito porque ele chorava de fome eu chorava de angústia mesmo, né?! que eu acho, que não sei eu acho que a maioria das mulheres que que passam por isso, devem ter essa essa ferida, né?!, que não pode amamentar e tal, fica um pouco diferente, né?!.

No início do excerto, a recuperação dos discursos mais científicos através da afirmação “*não havia riscos. Então tava bem tranquilo*” não suplanta as posteriores suspeições que instaura com “*para mim assim, pelo fato dos riscos, né?! que teria a criança*”. Além disso, no trecho *a ferida de não poder amamentar* resgata os discursos sobre o aleitamento, que como exemplifica Badinter (2011, p. 71), estão “[...] no cerne da revolução materna a que assistimos nos últimos vinte anos”. Gesto milenar, a autora julga que ele exprime uma filosofia da maternidade que condiciona a situação da mulher e seu papel na sociedade. Se nos anos 1970, trocado pela mamadeira, permitiu que as mães continuassem a trabalhar, hoje seria a inversão dessa tendência, que sustentaria os discursos sobre a *boa mãe*, aquela que amamenta⁹³. A diferença que Mariana estabelece entre aquilo que seria uma “maternidade normal” e uma “maternidade com hiv”, passa pelo gesto de amamentar, que diferenciaria as “boas mães”, da “*maioria das mulheres que que passam por isso*”. Como se percebe, o marcador biológico hiv+, atrelado à maternidade é a causa dos sofrimentos e das angústias que a afligem, já que impõe restrições à maternidade.

Semelhante aos enunciados de Mariana, Luana também narra as estratégias que dispunha para levar à termo as duas gestações e, posteriormente, assegurar a saúde das crianças:

Luana: Eu descobri na gravidez da minha filha mais velha.

Entrevistadora: Aham.

Luana: **Daí eu comecei a tomar o AZT na gravidez.**

[...]

Luana: Já tô há 22 anos e no começo eu achava que ia morrer amanhã, daí a gente ficava com medo das pessoas saber, tanto que eu tive as minhas duas filhas, **não amamentei nenhuma das duas, não são soro, graças a Deus, fiz tudo certinho, a gravidez e, só que daí, não podia amamentar, daí eu tinha que esconder, eu tirava as faixas do peito**, tudo essas coisas assim,

São as práticas de bioacese que novamente aparecem aqui, como possibilidade de manutenção da vida, agora não restritas a si mesmas, mas estendidas aos filhos que têm. Os discursos sobre a maternidade implicados nessas práticas não dizem mais respeito unicamente ao campo da governamentalidade biopolítica, mas aos cuidados das crianças a partir das tecnologias fármaco-biomédicas e dos laços afetivos que estabelecem com elas. Além disso, a adoção das práticas médicas e dos regimes farmacológicos significaria a possibilidade de as

⁹³ Badinter (2011) diz que essa tendência tem emergência a partir da militância e da notável estratégia de uma associação de mães americanas: La Leche League (LLL), que advoga a favor do aleitamento materno.

crianças não contraírem o hiv e das mulheres reconhecerem-se como “boas mães” (KNAUTH, 1997), como recupera o enunciado *fiz tudo certinho, a gravidez*.

Contudo, como os enunciados deixam entrever, a assunção dessa forma de subjetivação a partir das práticas bioascéticas que envolvem a medicação e o não aleitamento implica em discursos de sofrimento psíquico, como Marina resgata em *ainda ficava chorando muito porque ele chorava de fome eu chorava de angústia mesmo* e também, novamente, nas estratégias de silêncio e nas tentativas de esconder o diagnóstico que a materialidade das *faixas no peito* de Luana demonstram. Produção diferenciada de si enquanto sujeito-mãe, portanto, atrelada as redes de vigilância e controle que as biopolíticas da saúde materno-fetal produzem.

Cabe mostrar também que embora os discursos das políticas públicas voltadas à garantia do acesso à terapia antirretroviral, a redução de estigma e promoção de saúde sexual e reprodutiva para as mulheres que vivem com hiv, os discursos normalizadores e estigmatizantes, ainda aparecem nos relatos das mulheres mães que vivem com hiv. Mariana, lembra com pesar o dia do parto de seu único filho:

Mariana: [...] o que me gravou bastante é que quando eu fui ter ele, que daí sim, no hospital, eu fui chamar o médico, porque eu tava lá, pronta, né?!, tendo as dores e tudo e aí eu vi **quando o médico falou assim “o problema está chamando”, e aí isso nunca mais saiu da minha cabeça “o problema está chamando”, tipo, o problema, eu fui chamada de problema naquele momento**, e daí as pessoas olhavam para mim assim, porque eu tinha 23 para 24 e aí elas me olhavam com uma cara assim, tipo, muito. Eu já tava me sentindo ruim, né?!, pelo o fato de estar tendo uma criança, ter isso, e assim, a cara que as pessoas me olhavam naquele momento me deixou ainda pior. **Tanto é que eu fiquei por várias semanas, assim, depois do parto eu só chorava, né?!, porque já tava com aquilo que eu, imagina toda mulher quer pegar o filho, poder amamentar e eu já tava sofrendo com isso, e aí eu lembrava daqueles olhares, daquela fala, e foi uma coisa muito dolorosa para mim.**

Como se percebe, às práticas de significação linguística e cultural que emergem no enunciado acima, acionam significados de maternidade – descritos por Meyer (2003, p. 41) como aqueles que permitem às mulheres entender suas experiências e definir o que elas devem ser, fazer e sentir enquanto mães - construídos sob os signos da violência, que a gestação e o parto resgatam em Mariana. A constituição de si, dessa forma, passa pelo estabelecimento de uma forma de maternidade de risco ou maternidade desviante, nos termos de Meyer (2003), que ser chamada de *problema* coloca em discurso.

Seguindo nessa trilha analítica que as discursividades resgatam, volto-me para alguns dos enunciados já registrados nessa tese da única mulher que participou desse estudo e que não tinha filhos: Aparecida. Diagnosticada quando estava em tratamento para a infertilidade, os discursos sobre a maternidade aparecem na entrevista circunscritos também à *maternidade desviante* que estaria implicada caso não renunciasse ao desejo de ser mãe:

Entrevistadora: E hoje esse desejo de ser mãe permanece?

Aparecida: **Não tenho mais, não tenho mais. Tanto que eu até parei o tratamento.** Não tenho mais vontade. O médico mesmo que tava me atendendo, lá do [hospital], é um dos melhores que tem lá, [...] não sei das quantas é o nome dele, é, ele disse pra mim: “S, você tá normal, você pode engravidar, só vai trocar o medicamento que você tá usando pra usar um que não afete o bebê, que o bebê”, eu disse não, é tanto que eu **sugeri a ele já tirar logo meu útero, meu ovário, tirar logo tudo, tudo, me deixar oca por dentro, sabe?!**, que a minha vontade assim acabou, acabou! [chorando] e assim, eu digo que acabou por inteiro, sabe?!

Pausa

Aparecida: [...] Aí eu disse assim “**aí, sou tão independente, sempre fui independente, não dependo de homem.** Sabe?! Comecei a trabalhar com 15 anos de idade, agora estou com 42. Não, na época eu tava com 41, ano passado, consegui comprar meu apartamento, **então assim, eu vou fazer uma inseminação, vou conseguir engravidar, vou ter meu filho sozinha, não preciso de homem pra isso. Pega o esperma de qualquer doido aí né? e vou ter meu filho. Eu já imaginava até o quarto.** Meu apartamento é de dois quartos, eu já imaginava tudo, sem pensar num homem, sabe?! eu cuidar de tudo sozinha, [...] **Aí eu fui dar continuidade tratamento, aí eu descobri.** [...] **Aquele sonho de ter filho morreu, sabe?! Morreu!**

Mesmo com a possibilidade de tratamento, como indicado pelo médico, Aparecida opta por encerrar o tratamento para infertilidade. Embora seja uma mulher saudável, como ela mesma enuncia, é da ordem de uma não assunção da normalidade instaurada pelos regimes médicos a partir do uso regular da TARV que Aparecida suspende que a categoria indetectável seja similar a uma vida “normal” e possibilita uma maternidade livre dos riscos que a presença do hiv indicaria. A oposição aqui é dupla: primeiro, há uma normalidade medicalizada para as PVHIV e a produção de abjeção para as que não aderem à TARV (BUTTURI JUNIOR, 2016); Depois, o que está em jogo nesse trecho diz respeito à normalização da maternidade: “[...] os processos de definição de maternidades normais, de risco e desviantes, da mãe responsável ou relapsa, de vínculos mãe-filho adequados ou inadequados” (MEYER, 2003, p. 42), que implicam também nas formas de subjetivação das mulheres com quem dialoga, na forma de um fantasma da doentização que sempre pode vir à tona. Como já demonstrou Meyer (2003), esses processos têm efeitos muito concretos nas vidas das pessoas, que nesse estudo se efetivam desde a adoção das práticas bioascéticas até o pedido de retirada dos órgãos reprodutivos, como lembra Aparecida.

Problematizar as formas como os discursos sobre a maternidade emergem nos discursos das mulheres que vivem com hiv e condicionam determinadas transformações nesses sujeitos, também implica atentar para os *discursos de compromisso* que estabelecem com os filhos, no caso daquelas a quem o diagnóstico se estabeleceu depois das gestações. Nas entrevistas com Jenifer e Virgínia, a emergência desses discursos é recuperada nas cenas em que contam aos

filhos que vivem com hiv e assumem o compromisso de permanecer vivas, como se, pela maternidade pudessem “sustentar um senso de esperança, mesmo quando a morte paira no ar” (BIEHL, 2020, p. 21).

Jenifer: o menina, sabe que é voar tudo pra cima de ti assim, “tu não vai morrer, mãe!, tu não vai morrer, tu é saudável, mãe, tu não vai morrer, tu não vai morrer!”. Aí eu disse assim, “**eu não vou morrer, pode ficar tranquilo que a mãe não vai morrer**”, e foi, pronto, *daí eles começaram a cuidar de mim também*.

Virgínia: Então assim, para ela, ela ficou muito triste quando ela descobriu que eu tinha, né, porque ela achou que eu ia morrer. A primeira impressão dela, a primeira coisa que ela me disse foi “mãe, tu vai morrer, tu vai morrer”, abraçada em mim né, e **eu disse: “Não, eu não vou morrer!”**, e eu já tava em tratamento.

Já Beatriz, que como mostrei algumas seções acima, busca na publicidade do diagnóstico um modo político e ético de produzir outras dimensões da subjetividade, coloca em discurso os compromissos éticos que à maternidade e a relação com os filhos, já adultos, determinariam, os quais dizem respeito ao cuidado em revelar o diagnóstico depois de um pedido dos filhos:

Beatriz: e eu não só não faço mais isso por causa que eu, eu assim, eu tenho meus filhos, né?!,

Entrevistadora: Sim.

Beatriz: Mas se dependesse de mim, com certeza, eu já fui entrevistada. Com certeza, daria novamente. Eu só dei quando eles eram pequenos, né?!, entrevista, *mas depois eles vieram, conversaram comigo, hoje mesmo ele já “mãe será que vai ter ela vai te filmar, mãe? Olha o preconceito, cuidado”* e eu “não, filho, fica tranquilo.”

Entrevistadora: Tem um cuidado dele?

Beatriz: É, e **tem que ter um cuidado com eles**, eles trabalham, aquelas coisas toda. Mas é como eu falei “não, filho, que nada”. **Se dependesse de mim, eu tava dando entrevista, na mídia, tudo, mas então, em respeito a eles.**

O que se enuncia em *em respeito a eles*, é um outro modo de subjetivação que o regime da maternidade exige das mulheres nele implicadas e que se engajam em uma auto constituição específica, aqui novamente atrelada ao silêncio sobre a vida com hiv, como também lembra Luiza:

Luiza: eu tenho cinco filhos [...] **E aí, não é questão de preconceito, mas eu contei pra quatro filhos, e o meu mais velho não sabe, porque ele já sofreu muito na vida, sabe?**, ele já foi viciado, ele já fez tratamento, hoje em dia, ele tá fora disso tudo, ele tá com a vida dele, ele é casado, **e eu falar disso ele ia se revoltar, e eu fiquei com medo dele voltar pra droga**, e querer achar um culpado, porque ele sempre foi assim, **aí eu optei por não contar pra ele.**

O que se observa, é que novamente as mulheres escolhem emudecer, afastam sua voz para proteger-se e proteger seus afetos, como mostra Das (2020), em seu *Vida e palavras*. Nesse sentido, os repertórios discursivos acionados por essas mulheres mostram que suas práticas que estabelecem e que têm a maternidade como mote, continuam pautados na premissa de que seus

interesses são secundários e moralmente inferiores aos dos filhos, como lembra Badinter (2011). No caso de mães que vivem com hiv, essa relação é ainda mais intensa visto que é preciso distanciar-se de uma forma de maternidade normalizada e que desde sempre é lida como desviante e sujeita ao risco de contaminar, como argumentei acima. Se,

Em cada cultura, existe um modelo ideal de maternidade predominante que pode variar segundo as épocas. **Conscientemente ou não, todas as mulheres o carregam.** Pode-se aceitá-lo ou contorná-lo, negociá-lo ou rejeitá-lo, **mas é sempre em relação a ele que, em última instância, se é determinado.** (BADINTER, 2011, p. 118)

os enunciados recuperados nessa seção mostram que contestar e desvincular-se das formas de subjetivação que os regimes de verdade acerca da maternidade – das técnicas governamentais que se produzem a partir deles – implicam não é uma tarefa simples. Antes, os discursos das mulheres parecem estabelecer que esses processos de subjetivação não oferecem tantos lugares para crítica e transformação de si, como se no domínio da maternidade sob o signo do hiv, não houvesse possibilidade de recomposição de si face aos discursos normalizadores daquele regime.

4.5 A VIOLÊNCIA

Penúltima seção desta tese, nas próximas linhas, dedico-me a entender o conjunto de enunciados que tomam a violência como objeto, os quais têm emergência nas entrevistas que realizei e operam na construção das formas de subjetivação analisadas aqui. Não se trata, entretanto, de apontar formas de subjetivação vitimizadoras e sem capacidade de potência, mas antes considerar como a exposição à violência, nas suas formas variadas, opera como importante articulador da produção discursiva e subjetiva das mulheres.

Para a tarefa que procuro desenhar, inicio resgatando dois enunciados que já apresentei. Eles, como veremos, tratam de atribuir à linguagem o poder de ferir e posicionam as mulheres desse estudo “[...] como objetos de sua trajetória injuriosa.” (BUTLER, 2021a, p. 10). O primeiro é de Jenifer, que lembra uma cena de interpelação que trava no diálogo com as vizinhas:

[...] aí um dia ela chegou pra mim e “**ai, como tu tá magra, né?!**”, eu olhei para ela e disse assim, “qual o dia que a senhora me viu gorda? Só quando eu tava grávida, não foi?”, ela assim “Ah é né?!”, eu “é!”. Foi o que eu pude dizer, **porque eu sabia o que ela queria dizer**, aí eu falei assim pra ela.

O que a cena acima evidencia são as diferentes formas pelas quais a violência pode ocorrer (BUTLER, 2020). Começamos então por articulá-la à linguagem e a corporalização –

nos termos de Butler (2020), uma espécie de entre-lugar entre a linguagem e o corpo, sempre processual e precária – já que, como nos mostra o excerto, a injúria instaurada naquele ato de linguagem é atrelada às marcas do corpo. Mais precisamente, o que o enunciado de Jenifer resgata é que existem modos de expressar a condição precária que se engajam em reconhecimentos corporais.

No caso em tela, é na recuperação dos corpos magros, vítimas da aids e as memórias que eles recuperam – um biomarcador da exceção – que fazem com que a interpelação acionada por *como tu tá magra* estabeleça o esquema normativo da inteligibilidade ao qual Jenifer é posicionada na ordem da injúria, já que *sabia o que ela queria dizer*. A violência desse enquadramento, mesmo que não produzido discursivamente pelas vizinhas com palavras de ódio, opera na forma e na força de acumulativa da historicidade das imagens da aids, que uma análise exclusivamente gramatical não daria conta. Entretanto, como vemos, a injúria surge precisamente “[...] através do ato que o corpo performatiza ao falar o ato” (BUTLER, 2021a), não obstante os deslocamentos da cronicidade que tenho discutido até aqui.

Importante lembrar, com Butler (1997), que somos seres linguísticos, constituídos pelo poder de interpelação da linguagem⁹⁴, ou seja, ser chamado por um nome é uma das condições para a constituição do sujeito. Aqui, não há um nome, mas um adjetivo que recupera de modo patologizador e violento uma forma de subjetivação e confere identidade à Jenifer, reiterando que “[...] vivemos em um tempo histórico ou que ele vive em nós como a historicidade de qualquer que seja a forma que tomamos como criaturas humanas” (BUTLER, 2021b, p.19). Acerca da violência da linguagem, em *Excitable Speech*, ela sublinhará que “*a questão, então, de quem é o responsável por determinada lesão precede e inicia o sujeito, e o próprio sujeito se forma ao ser nomeado para habitar aquele lugar gramatical e jurídico*.” (BUTLER, 2019, p. 19, tradução minha).

Ainda nessas cenas de interpelação em que a linguagem produz os sujeitos por meio da injúria linguística, desde um processo que sempre inclui a corporalização (BUTLER, 2020), recupero um excerto de Virgínia

Virgínia: E aí eu procurei a minha prima que era corretora de imóveis e eu digo: “[referência ao nome da prima], eu quero uma casa”, ela assim: “Pois é, mas tu tens pouco dinheiro, vais precisar financiar, mas assim ó, **como tu tem hiv, tu vais morrer** e aí eles não vão querer te dar um financiamento”

⁹⁴ Aqui, cabe esclarecer ao leitor que Butler (2020, p. 13) mesmo afirma: “A cena de interpelação oferecida por Althusser é um exempli desse esforço quase fictício para relatar como o sujeito social é produzido através de termos linguísticos. A doutrina da interpelação, no pensamento de Althusser, prepara o terreno para as ideias posteriores de Foucault a respeito da “produção discursiva do sujeito”. Foucault, é claro, insiste que o sujeito não ganha existência por ser “dito”, e que as matrizes de poder e discurso que constituem o sujeito não são singulares nem soberanas em sua ação produtiva.”

Butler (2021a) questionava-se sobre quais são as palavras que ferem, quais as representações que ofendem. Se nos concentrarmos nesses dois excertos, vemos que neles nenhum nome é acionado, mas são as formas de endereçamento e o encadeamento linguístico (hiv-morte) que operam violentamente na formação das duas mulheres, unindo, nos dois casos, a vulnerabilidade linguística e a vulnerabilidade corporal, a *força indexical dos corpos* (BUTLER, 2018): ser alvo das injúrias que remetem à vulnerabilidade do corpo físico, *magro e que logo vai morrer* e, por isso, pode ser alijado de direitos básicos: no caso de Virgínia, o da moradia; no caso de Juju, o de trabalho, como veremos abaixo:

Juju: [...] A minha patroa, quando ficou sabendo, que a minha patroa, o médico me dava atestado médico, CID 10, ela colocou no computador e já descobriu o que era. Ela me afastou do trabalho, da casa dela, sem eu ter atestado médico para perícia.

Entrevistadora: Ah, a sua patroa descobriu e demitiu?

Juju: É.

Entrevistadora: A senhora trabalhava do quê?

Juju: Eu trabalhava em casa de família.

Entrevistadora: Ah, casa de família.

Juju: É. Daí ela disse “Tu não tem condições de trabalhar, porque tá com muito fraca, porque não sei o quê, **porque tu tem isso** e tu vai ficar em casa e vai se tratar, depois **se tu ficar boa**, se tu se tratar e recuperar tuas forças, tuas condições físicas, tu pode voltar” só que no momento que eu me aposentei, que eu liguei para ela para dar baixa na minha carteira, que naquela época tinha que dar baixa, agora não precisa mais, né?!

Entrevistadora: Sim.

Juju: Daí eu liguei cinco vezes e ela não queria nem me atender. Daí eu tive que, um amigo meu que é advogado, e daí eu passei para ele o número aí ele ligou para ela e disse “é melhor nós acertar, acertar por fora assim, sem ir para justiça que vocês vão ganhar bem mais, vocês vão sair lucrando, porque se tiver aqui para justiça, ela vai vai botar para quebrar” que daí eu ia processar ela.

Entrevistadora: Sim, claro. Tava no seu direito, né?!

Juju: Porque como ela me afastou do trabalho por puro preconceito, né?!, ela disse que “**tu tá com hiv**, tu não pode, não tem condições de trabalhar, **tu não vai mais trabalhar aqui**, só depois que tu tiver...”

Entrevistadora: Sim e daí depois quando a senhora podia voltar?

Juju: Eu fui lá, eu levei uma testemunha junto, eu levei uma outra pessoa junto comigo, **ela disse** que ela já tinha outra pessoa aí e **que eu não podia voltar mais**.

Percebemos que os termos que implicam o reconhecimento dessas mulheres – *magra, têm hiv, tem isso, tá com hiv* – são centrais na constituição daquelas subjetividades e mostram que entre o corpo e a linguagem há um espaço de exceção e violência sempre à espreita:

Se a linguagem pode sustentar o corpo, pode também ameaçar sua existência. Assim, a questão em torno das maneiras específicas pelas quais a linguagem faz ameaças de violência parece estar ligada à dependência original que todo ser falante tem em virtude do chamamento interpelativo ou constitutivo do Outro. (BUTLER, 2021a, p.16)

A essa ameaça de existência, convém lembrar de Mara:

Mara: **A gente fica com medo né**, porque tu vai ter um relacionamento com uma pessoa, a pessoa descobre ou conta para os outros **ou te xinga, te ofende**, aí tu fica naquela.

A potencialidade da ofensa que ela resgata, como adverte Das (2020, p. 15), não tem o sentido de algo que aguarda para fazer sua aparição, e sim o que já está presente, à espreita de uma enunciação ou de uma possível quebra de sigilo, como Luana nos indica:

Entrevistadora: Você já passou por alguma situação de preconceito?

Luana: Sim, vários aqui, vários. Até pras minhas filhas na escola, assim, às vezes também, eles falam que **a mãe dela é isso, a mãe dela é aquilo**, porque elas são bem bonitas minhas duas filha, aí já fica as amiguinhas, fica com invejinha, aí tipo, elas vão arrumar um gatinho, e as amiguinha vão lá “**é, porque elas devem ter tudo hiv**”, “**vê que a mãe delas tem aids**”, não sei o que.

Entrevistadora: Ah, tem isso na escola?

Luana: Aí eu para mim isso é preconceito. Na escola, **elas chega em casa triste**, falando que aconteceu isso.

Em *A mãe dela é isso, a mãe delas é aquilo*, novamente, a estratégia de indeterminação, como aquela apontada por Sontag (2007): não nomear a soropositividade é coloca-la no âmbito do perigo inominável e jogar com memórias discursivas que borram os deslocamentos e apagam a diferença histórica da vida com hiv. O que está em jogo não é a simples constatação de uma verdade, mas a produção de um sujeito por intermédio de designações injuriosas, as quais não podem ser lidas como substitutos da experiência da violência, mas que colocam em ação formas próprias de violência (BUTLER, 2021a). Como já trataram Parker e Aggleton (2001), a representação negativa de pessoas que vivem com hiv ou aids, produzida pela linguagem, tende a reforçar o medo, a exclusão e o isolamento de pessoas afetadas e, em muitos casos, a violência dessa representação é estendida à família e aos amigos – e que aconteceu na epidemia com perseguição de certos grupos, no limite do extermínio. Uma espécie de estigmatização ‘secundária’, de acordo com os autores, e diria de violência que também leio nos trechos de Luana.

Um adendo importante deve ser feito aqui para lembrar que em de 5 de fevereiro de 2020, na saída do Palácio da Alvorada, o então presidente do Brasil, ao ser questionado sobre a redução dos investimentos nas políticas públicas, especialmente para as mulheres vítimas de violência, respondia “[...] a questão não é dinheiro, recurso apenas. É postura, mudança de comportamento que temos que ter no Brasil. É conscientização”. Seguia Jair Bolsonaro, recuperando a história de uma mulher: “[...] começou o primeiro filho com doze anos de idade, o outro com 15 e, no terceiro filho, já estava com hiv [...]. Uma pessoa com HIV, além de um problema sério para ela, é uma despesa para todos no Brasil.” (BOLSONARO *apud* CARTA CAPITAL, 2020). A fala produz, novamente sobre os signos injuriosos que *problema sério* e *despesa* retomam, subjetividades marcadas pela abjeção. Esse trecho é recuperado para demarcar que as experiências de violência discursiva a que estão condicionadas às mulheres dessa tese não se restringem aos espaços domésticos, como os excertos ilustram, mas antes que

fazem parte de complexos mecanismos instaurados também pelas formas contemporâneas de governo que se estabelecem no país.

Volto ao resgate das narrativas, dessa vez para lembrar que mesmo os discursos de ódio oferecem, na forma da polivalência e da agonística que aqui tenho descrito, possibilidades de agência linguístico-corporal através da ressignificação. Citacionais, como advoga Butler (1997), eles rompem com os contextos prévios de seu enunciado e adquirem novas significações em contextos nos quais não eram pretendidos. Essa possibilidade de agência é lembrada por Juju, que ao ser interpelada sobre o cartão que utiliza no transporte público da cidade afirma:

Tenho bastante amigas né, e todas elas sabem. Nunca me trataram com indiferença e às vezes, elas veem, outras pessoas que não sabe, **vê eu com o cartãozinho “portador de necessidades especiais”**, elas querem saber, daí eu falo, “**Não, sou soropositivo**”, nunca me trataram com indiferença.

Afirmção de si, portanto, que reivindica o reconhecimento, a luta por direitos, no caso acima, mas que também parte das memórias de apartamento e de risco, que Luana reassume, muito embora assegure que não tem preconceito consigo mesma:

Luana: Depende, antes, no começo, não queria que ninguém soubesse. Agora, ultimamente eu falo, quer ver quando eu tô meio legalzinha do gole, aí eu pego e falo.
Entrevistadora: Entendi. E como que foi a reação?

Luana: Que às vezes eu mesmo, às vezes, parece assim, **não que eu tenho preconceito comigo**, mas às vez, **quando eu não quero que ninguém chegue perto de mim, “ah, não chega perto de mim não que eu tenho hiv”**.

Entrevistadora: É, pra afastar as pessoas?

Luana: Uns falam “ah, Lu, cala tua boca!”, tem uns que não tem preconceito, que fala, mas tem uns que já pegam e já fica assim, sabe?

“Base de uma esperança irônica” (BUTLER, 2021a, p.154), o que Luana trata de instaurar é uma possibilidade talvez não tanto atrelada a ressignificação de *ter hiv*, mas de usar a afirmação para apartar-se de outras formas de violência.

Se até aqui tratei de expor os modos pelos quais em algumas cenas de interpelação, essas mulheres eram produzidas pela violência linguístico-corpórea e como, em um viés de resistência utilizavam dos mesmos termos para produzir outros modos de estar no mundo, meus esforços agora se concentram em resgatar os enunciados acerca de outras formas de violência: a violência doméstica, sexual e a patrimonial que afetavam aquelas vidas. Esse gesto analítico não se efetua aqui para dimensionar o quanto essas formas de violência podem ter contribuído na soroconversão (NILO, 2008), muito embora nos discursos das políticas públicas (cf. capítulo três), tenhamos lido que a vulnerabilidade⁹⁵ das mulheres ao hiv e a aids implica reconhecer a

⁹⁵ Sobre a problematização do conceito de vulnerabilidade, sugiro a leitura de Butler (2018), em que ela discute como o conceito, embora tenha sido importante para a teoria e para a política feminista, não signifique que a vulnerabilidade sirva como uma característica definidora das mulheres como grupo. Para ela (2018, p. 96) “[...]”

violência doméstica e sexual como um dos fatores determinantes para a feminização da epidemia. Antes, em um esforço similar aquele desenvolvido por diversos autores em *Remaking a world: Violence, Social Suffering, and Recovery* (DAS et. al 2001) – no qual, narrativas diversas mostram como as pessoas continuam a *viver*, a *sobreviver* e a *lidar*, embora tenham suas vidas severamente perturbadas por diferentes atos de violência – é que procuro fazer notar como as mulheres que participaram desse estudo recuperam as narrativas de violência e instauram, a partir delas, determinadas formas de subjetivação que implicam a vulnerabilidade, mas não a vitimização.

Quando entrevistava Luana, ela tratou de explicar que as dificuldades de visão que vinha enfrentando não eram em decorrência do hiv:

Luana: Tô na perícia, por causa da minha visão, mas isso não foi por causa do hiv, **isso foi consequência de violência doméstica, né?**

Entrevistadora: E você perdeu a visão de um olho?

Luana: Isso, **tive um descolamento e essa também tá descolada e rasgada**, tá a ponto de perder a outra também.

Ela, que por causa do trabalho vivenciava outras histórias de violência doméstica e ajudava mulheres e famílias a reestabelecer suas vidas, encontrava dificuldades em romper com os vínculos de uma relação violenta, como recupero no trecho abaixo:

Entrevistadora: E como que é a tua vida afetiva? Tu tem um relacionamento estável, como é que funciona essa parte?

Luana: Ai, **essa vida afetiva é difícil**. Que eu sou meio de apegar, assim, né?!, nas pessoas e agora arrumei um marido preso, não, ele tava solto de 7 dias, daí eu fiquei com ele, só que na decorrência das visitas, a gente foi, eu fui vendo que nossa ideia não se batia muito bem, que ele é todo nervoso e pá. **Eu já sofri para caramba também na mão de, de homem violento, sabe?!**

Entrevistadora: Sim.

Luana: Só que já morreu, daí agora eu quero terminar ele não aceita a separação.

Entrevistadora: Entendi.

Luana: Eu tô assim pensando que eu vou fazer, é um negócio que estressa um pouquinho também a minha mente, **eu fico com medo, né?!**. E também, querendo ou não, ele tem, como é que eu posso dizer, **ele é violento também, né?!**,

Entrevistadora: Aí tu tem medo em relação a isso?

Luana: Aí tenho medo. Eu não sabia, mas depois que ele foi preso eu fiquei sabendo, que a outra mulher dele, também se pegavam.

Entrevistadora: Entendi.

Luana: Aí tá para sair, assim na condicional, daqui a pouco ele já tá aí.

Entrevistadora: Entendi. E ele sabe que você vive com hiv?

Luana: Sabe, antes dele ficar comigo ele já sabia, **mesmo assim ele quis ficar comigo e não, não contraiu o hiv e ele tira a camisinha**.

Entrevistadora: Sim, porque você tá indetectável, né?!

Luana: **Ele dizia que era o pacto. Que ele fazia o pacto**. Até pensei que ele tinha, porque ele queria trazer camisinha, aí ele tirava na hora, mas é como sou não detectável, ele fez os exame na cadeia e não deu nada.

certos tipos de atributos definidores de gênero, como a vulnerabilidade e a invulnerabilidade, são distribuídos de maneira desigual em certos regimes de poder, e precisamente com o objetivo de consolidar certos regimes de poder que privam as mulheres de direitos”

Entrevistadora: Entendi.

Luana: Aí agora, **quando ele sair, não sei se you ter que voltar com ele, assim um pouco até por medo, que eu tenho medo dele querer fazer alguma coisa pra mim, não sei, vamos ver quando ele sair o que vai ser, né?!.** E daí eu vou levar ele para tomar aquele “Pep”.

Veremos no próximo tópico de análise que os discursos das mulheres com quem dialogo têm importante conexão com a dificuldade em manter relações afetivas heterossexuais e conjugais. Por ora, o que Luana enuncia são as tentativas de inventar novos modos de existência, a partir das contradições e dos dilemas entre manter-se em uma relação violenta e os riscos que também implicam apartar-se dela. Entre esses modos, vê-se que *o pacto*, é interpretado por ela na ambivalência: o pacto de amor, que estar com uma mulher com hiv instauraria e a violência a que é submetida nos repetidos atos *tirar a camisinha na hora* – essa forma de violência constante na literatura e nas estatísticas sobre as mulheres que vivem com hiv, como uma injunção do poder masculino sobre seus corpos. Ainda, embora resgate que já tenha sofrido muito *na mão de homem violento* e que o sentimento pelo companheiro já estaria acabado, o cuidado com esse outro permanece atrelado à condição de viver com hiv: “eu vou levar ele pra tomar aquele Pep”. Outra leitura sugere que esse cuidado esteja enleado a própria condição de manter-se segura, já que uma possível contaminação do companheiro violento pode significar danos físicos, muito embora ele dizia que era *o pacto*. Paradoxo de uma forma de ser sujeito, cuja existência é afirmada pelo pacto e negada pelo *medo dele querer fazer alguma coisa pra mim*.

Paradoxo entre um sujeito que tenta afirmar as violências que sofre, mas que recupera no “ele nunca me bateu” a injunção de se manter os laços, de se voltar para casa, como Jenifer indica:

Jenifer: **Eu me separei, mas eu voltei para casa.** Depois eu me separei porque ele continuou usando droga e começou a, **ele nunca me bateu, sabe?!.** mas ele gritava, ele falava muito alto e brigava por muita coisa que não tinha sentido, tipo dois travesseiro na nossa cama, coisa de pessoas que tá mesmo alucinada, assim, sabe?!, **aí teve uma briga feia, a mãe foi lá me buscar e nunca mais voltei.**

[....]

Eu não voltei pra casa. Ele não comprou nada, ele vendeu o resto todo, ele pegou um carro, ele foi ali na boa de fumo, e a minha prima que me ligou e disse assim “J. você tá se mudando”.

Jenifer: Aí “N. tá tu tá te mudando e nem falou nada para gente, como é que tu faz isso, o que que eu te fiz, que nem pra se despedir”, aí eu assim “não tô me mudando”, ela assim “como não, teu marido veio aqui com o carro de mudança e levou toda tua mudança”, aí eu cheguei lá, aí ele pegou, levou a chave para mim, e disse “Ó, nega, pode ficar com a casa, que eu vou me internar, faz o que tu quiser”. Aí eu voltei, tava a casa vazia, até um quarto de madeira ele arrancou, caixa d'água, brinquedo das crianças, tudo, sabe o que é não ficar nada dentro da casa, casa limpa, tudo, nossa roupa foi toda, só a roupa que eu levei pra lavar na mãe que ficou, o resto foi tudo. Tinha um sacola plástica com jornal dentro, um cobertor daqueles de enrolar móveis e jornal no chão, que era a cama, e na rua tinha duas pedra com uma grade, uma grade

assim velha, enferrujada, uma panela toda preta, pequenininha, ele devia tá cozinhando ali. **Eu sentei, eu não entrei, sabe?!, eu sentei na calçada e chorei, chorei.** Olha, eu não acreditei no que eu vi, aí depois eu virei e nem voltei mais lá, mas aquilo foi um choque, né?!, abri a porta e olhar, nem entrei. E voltei pra casa, pra mãe. E depois disso, uma vez eu passei nessa boca de fumo que eu sabia onde ele tinha trocado, tava a bicicletinha dos meus filhos e o colchão do beliche no sol, a bicicletinha na rua.

Sujeitos que se produzem, portanto, sob os signos da violência, mas que, como lembra Das (2011), não assumem inteiramente a norma que as colocaria em posição de vítimas. Antes, se relacionam com e a atualizam também na forma do conhecimento venenoso. Para encerrar essa seção, aquela que demandou mais esforços emocionais, lembro que “[...] o encontro com a dor do outro não é algo que se possa enfrentar friamente” (DAS, 1999). Talvez os gestos analíticos e as leituras tecidas aqui estejam emboladas como as falas que se produziram naqueles dez encontros.

4.6 OS AFETOS

“Max observara para Quentin, não havia nada que pudessem fazer senão aguardar e ter esperança, aguardar e começar a ter cuidado, ter cuidado e esperança”. Em *Assim vivemos agora*, os personagens de Susan Sontag (1995) recuperam discursivamente as estratégias subjetivas que estabelecem para manter-se na exceção que permanecer vivo implicava. Se os personagens de Sontag (1995) não passam de criações literárias, no espaço ordinário em que essa tese se construiu, os modos de subjetivação de Mara, Aparecida, Lu, Luana, Jenifer, Beatriz, Mariana, Virgínia, Luíza e Juju parecem recordar-nos que, para além das instituições, dos processos orgânicos e inorgânicos (BUTLER, 2021), da materialidade de um vírus observado diariamente na TARV, outras formas de associação modelavam suas vidas, aquelas que dizem respeito à esperança e ao fato de também serem cuidadas e não apenas cuidar.

Antes de me voltar a beleza que esses enunciados registram, porque tratam de estabelecer a vida a partir de vínculos afetuosos, é preciso observar que os enunciados sobre laços afetivos que tentavam construir com parceiros homens emergiam, na maioria entrevistas, como espaço de fracasso, como os enunciados de Luana, Mara e Aparecida já trataram de nos dar indícios nas seções anteriores. A solidão de que elas tratam parece não se enquadrar nas práticas de naturalização da doença e se ligam à série gendrada, como quando Mara afirma *pra gente, mulher, é muito difícil!*

Beatriz, por sua vez, trata de informar que não estabelecer vínculos afetivos com parceiros não se efetua nos mesmos termos ligados ao medo da violência de Mara, mas que essa é uma escolha:

Entrevistadora: Você tem algum relacionamento estável?

Beatriz: Não, estável não. No momento não, **tô cuidando um pouquinho mais de mim**, por enquanto.

Entrevistadora: Aham.

Beatriz: **No momento não busco ninguém**, por enquanto. Então eu preciso tá bem centrada, bem pé no chão, pra poder ter alguém do meu lado, entendeu?

Entrevistadora: Entendi.

Beatriz: Se não, **se eu não tenho condições de cuidar de mim, como que eu vou cuidar do outro? Então eu tenho que primeiro, né?!, focar em mim.**

O cuidar de si, tão reiterado no trecho de Beatriz precisa ser lido aqui como uma espécie de profanação, não dos dispositivos da aids, que demandam um cuidado de si exacerbado, como tenho resgatado, mas à outro dispositivo, aquele descrito por Swain (1970?, paginação irregular, grifos meus), o

dispositivo amoroso, composto de traços enunciados enquanto femininos, valores morais específicos: o dom de si, a abnegação, o cuidado de outrem, o amor, a **realização amorosa como coroamento de uma existência**. O processo de subjetivação, portanto, não se faz em busca de si, mas do outro, em um quadro histórico, que lhe dá significação.

Contudo, embora haja sinais dessa profanação no enunciado acima, é preciso ler a repetição de *por enquanto* que instaura o possível retorno às normas estabelecidas pelo dispositivo amoroso, já que em uma relação amorosa é imprescindível que se *cuide do outro*, representação e auto representações das mulheres inseridas nesse dispositivo, como os trechos resgatados nesse capítulo deixam ver. É importante ainda tratar desse *coroamento da existência*. Se entendermos, com Swain (1970), que o dispositivo amoroso implica o reconhecimento de si através da relação amorosa com um parceiro, a solidão das mulheres implica reconhecer uma espécie de incompletude de si, mas na ordem da falta, da escassez, como se não houvesse outras formas de vir a ser.

Apesar disso, as narrativas dessas mulheres também deixam entrever microações (PELBART, 2011), em que os sentidos de cuidado passam pelo compartilhamento das ações de responsabilidade sobre a vida:

Entrevistadora: E como é que a sua vida afetiva? Hoje, você tem um relacionamento estável? Tem um namorado?

Lu: Tenho um relacionamento estável, e ele também se descobriu portador depois de anos. Graças a Deus, **estamos bem, tanto ele cuida de mim eu cuido dele**. Carga viral indetectável já alguns anos. Eu desde que sai do hospital sou indetectável, nem por isso deixo de usar camisinha e ele a mesma coisa, **graças a Deus, ele se cuida**. E

olha, **no início que eu descobri a doença eu achava que não ia mais conseguir.** Cheguei a pensar em matar, mas eu sou covarde, não tive coragem para me matar.

Se Lu pensa em suicídio já que a soropositividade estava associada a solidão – *eu achava que não ia mais conseguir* –, a relação amorosa que estabelece e os vínculos de cuidado que o casal mantém, continuando ofertando-lhe possibilidade de se manter viva, como afirma abaixo:

E assim, a minha vida, lógico todo mundo tem problema, todo mundo tem uma coisa que se irrita, mas eu posso agradecer, porque vejo tanta gente que não tem hiv e que vive amargurada, deprimida ou com raiva de tudo, eu, Graças a Deus, **eu tô conseguindo sobreviver bem e querendo viver mais ainda, ter mais experiências, aprender novas coisas, tem muita coisa ainda que eu quero fazer.**

As possibilidades que Lu descreve acima a partir dos vínculos conjugais, são também recuperadas por ela nas narrativas sobre a amizade:

Tinha um casal amigo meu, tem um casal amigo que são donos de uma fábrica de balões, aí como andava muito deprimida, não queria sair de casa, eles me convidaram para ir com eles participar de um campeonato de balonismo, aí eu fui voar a primeira vez com eles, comecei a fazer parte da equipe de resgate, já fazem treze para 14 anos, e **aquilo ali me fez ver que a gente tem que dar valor pra vida, a gente tem que viver tem muita coisa linda para ver ainda, muita coisa boa.** Eu acho só pensava num jeito de me matar, num jeito de morrer, depois eu vi que não, tem muita coisa boa para mim ver ainda. Eu ainda quero ver, se Deus quiser, eu vou ter netos, eu ainda quero ver meus netos nascerem, crescerem. Vou poder ter esse orgulho ver um neto nascer, que meu filho diz que não quer, não vai me dar neto, mas eu espero que ele tenha.

Essa espécie de ética da amizade permite a Lu *ver que ainda tem muita coisa linda*. Em outras narrativas, veremos que parte importante dos processos de subjetivação, será a constituição de vínculos afetivos estabelecidos pelos laços familiares. Se o abandono era uma espécie de destino comum dos homens homossexuais atingidos pela aids no início da epidemia, nenhuma das mulheres desse estudo tem suas experiências de vida familiar atrelada ao abandono. Ao contrário, no interior de suas famílias, são acolhidas e passam a ser alvo de cuidados, como já demonstrei na seção acerca da revelação do diagnóstico. Além dos cuidados corporais, em um trecho da entrevista de Virgínia percebe-se que a filha, já adulta, também realiza operações para que a mãe se sinta parte de uma comunidade:

Virgínia: [...] foi em dezembro do ano passado que o Ministério da Saúde lançou uma campanha antes do dia primeiro de dezembro que era **para a gente**. No dia primeiro de dezembro eles iam estender na frente do Palácio do Planalto umas colchas confeccionadas com frases de, com relação ao hiv, o que tu quisesse. Tu criava a tua colcha, tu escolhia a estampa, tu montava a estampa que tu queria e tu botava a frase que tu queria, e eles iam confeccionar aquela colcha e iam tapar o gramado. E eles fizeram isso, depois eles fotografaram e aí tinha, tu criava a tua frase e tu botava o teu nome embaixo. Então era para homenagear as pessoas que já tinham ido embora por causa do hiv. Então quem é que descobriu essa campanha? Sabe quem é que disse?
Entrevistadora: Você?

Virgínia: Não, a minha filha ela disse: “Mãe”, **por isso que eu vejo ela, ela procura coisas também, ela procura, ela não fica me dizendo: “ah, mãe eu tô procurando coisas”, mas ela procura porque ela sabia dessa campanha.** E aí ela que me disse: “Mãe tá tendo uma campanha, assim, assim, tu não quer participar?”. Aí entrei no site, vi como é que se fazia, fiz a minha colcha.

A campanha *para a gente*, realizada em dezembro de 2018, resgata a prática de confecção de colchas, que na década de 1980, lembrava as vítimas da aids. Naquele ano, o Ministério da Saúde tinha, além desse objetivo, o compromisso de, com as colchas, combater o preconceito, o estigma e a desinformação. O gesto da filha que Virgínia resgata discursivamente parece ir também nessa direção, oferecendo à mãe possibilidades de estabelecer relações, inventá-las, multiplicá-las, através da soropositividade. Abaixo, trago uma das imagens do gramado do Palácio do Planalto coberto pelas colchas, entre elas, embora não saibamos qual, está a de Virgínia:

Figura 39: Colchas no Palácio do Planalto



Fonte: Santa Rosa (2018). Jornal Metrôpoles.

Nesse sentido, Virgínia também lembra que estabelece laços afetuosos mesmo com quem não conhece se não pela mediação dos aparatos tecnológicos. Léo Cezimbra, ativista que mantém um canal na plataforma Youtube é um deles:

Virgínia: [...] Como eu te disse, eu adoro seguir o Léo Cezimbra, ele defende as causas LGBT, as pessoas que tem hiv. E aí eu gosto de ficar olhando, olhando, fuçando [...], **eu quero, quem sabe, ter um blog que nem o Léo tem.** Tanto é que aquele rapaz, que tava sendo a primeira vez dele, que ele descobriu o hiv agora, é o mesmo, que quando eu cheguei em casa eu já tinha mensagem dele no meu celular. Ele trabalha com marketing e ele disse “se tu quiseres, a gente arruma todo uma estrutura para tu teres o blog que tu sonhas”.

Entrevistadora: Que legal.

Virgínia: Sabe, **então assim ó, eu acho que eu vou poder ajudar muita gente e eu gostaria muito. Eu gostaria muito, muito mesmo.**

Entrevistadora: Essa é tua meta então, criar um blog?

Virgínia: **É, porque assim ó, eu tive pessoas que me ajudaram, mesmo que sejam pessoas que eu achei ali na internet. Tipo, eu fiz parte, durante um tempo de grupos de WhatsApp de pessoas soropositivas.**

Na entrevista *Da amizade como modo de vida*, Foucault (1981), trata de pensar a problemática da amizade atrelada à homossexualidade e lembra que mais do que descobrir a verdade de si, é importante usá-la – a verdade - dali em diante para chegar à multiplicidade de relações. Em *Eu acho que eu vou poder ajudar muita gente, e eu gostaria muito*, Virgínia enuncia um outro tipo trabalho que se faz sobre si mesmo para transformar-se ou para fazer aparecer esse si mesmo muito embora ele permaneça sempre inalcançável (FOUCAULT, 1981). Um trabalho contínuo sobre si mesmo que se cria a partir de vínculos afetivos formados com outras pessoas que vivem com hiv, que compartilham modos de vida e podem ofertar “[...] lugar a relações intensas que não se pareçam com nenhuma daquelas que são institucionalizadas e me parece que um modo de vida pode dar lugar a uma cultura e a uma ética” (FOUCAULT, 1981, p. 3).

No caso do hiv, como já mostrei, a amizade traça vértices com a solidariedade do enfrentamento da epidemia, desde a primeira hora, pelos laços que criaram as ONGs e que deram voz a todos aqueles que se produziam na abjeção: homossexuais, usuários de substâncias proibidas, inicialmente. Se as mulheres desse estudo se mantêm, não há como negar que são esses tecidos afetivos (FOUCAULT, 1981), múltiplos e emaranhados, que instituem possíveis modos de vida éticos, recuperados nas entrevistas de Mara e Aparecida – já citada nessa escrita - a partir das relações que estabelecem por intermédio do GAPA:

Entrevistadora: [...] quando você entrou no GAPA, que você começou a ter contato com outras pessoas que vivem com hiv, alguma coisa mudou na tua rotina? Se sim o que que mudou? melhorou ou piorou?

Mara: Para mim, melhorou porque eu encontrei pessoas que tem o mesmo problema que eu. Aí tu tem mais afinidade, pode conversar, aí uma tem as mesmas dores, outra

tem os sintomas, as coisas. Aí, às vezes, dá aquelas vontade louca da gente morrer, de acabar com tudo, então sempre tem uma que tem, um que fala uma coisa e fala outra **ajudar**.

Entrevistadora: Como tu se sentiu vindo pro GAPA?

Aparecida: Olha, assim, vou te dizer, foi um socorro, sabe. Tanto que vim sozinha aqui pro GAPA, eu sozinha, eu busquei, sabe, porque eu já conhecia falar no Gapa desde [cidade], porque eu já trabalhei como voluntária,

Entrevistadora: Trabalhou como voluntária no GAPA de [cidade]?

Aparecida: Não, na APAE, então assim com down né. Aí a gente sabe dessas entidades.

Entrevistadora: Das instituições...

Aparecida: Das instituições, né, então eu sabia do GAPA de [cidade] e quando minha amiga, aquela que morava aqui e adquiriu também a sorologia, aí eu lembro assim que a ex-patroa dela falou, que foi quem instruiu ela para vir pro GAPA, isso tudo, não sei o que. Então assim, quando eu falei para o meu irmão que aí eu vi aquilo tudo assim, que eu parei para pensar assim, eu digo não, eu fui para a [lugar] para me jogar, sabe?!,

Entrevistadora: Aham.

Aparecida: Aí eu liguei, eu procurei no Google, GAPA, aí encontrei o número, eu liguei, a [nome] da recepção que pegou e me falou assim: “as reuniões são às quartas-feiras às duas da tarde, todas as quartas-feiras. Aí eu vou, aí na mesma semana eu fui, foi na segunda, na quarta já vim, aí eu cheguei aqui, eu fui abraçada sabe?!, se não fosse o GAPA para mim, nesse assim nessa chegada eu não sei, i eu fui abraçada, eu cheguei aqui, eu fiquei umas quatro sessões sem abrir a boca eu só chorava, só chorava. Na primeira reunião mesmo, eu lembro assim eu tava bem agasalhada, tava frio, minha cara inchada, eu só chorava. Eu só dei meu nome lá fora na [nome], e eu peguei entrei aí eu lembro que a Marília pegou, perguntou no começo da reunião pra gente dar o depoimento assim, quando chegou na minha vez, não saia som da minha boca, sabe?!, é só fazia gestos com a cabeça, de não, só não. Aí eu lembro que a M. que é uma frequentante [sic] também, ela me abraçou assim “não gente, ela não vai falar, primeiro momento a gente não consegue, então deixa ela só ouvir”. Aí eu fiquei vindo umas três vezes, quatro, assim sem falar, só ouvia, sabe?!, aí depois eu fui me soltando e depois eu me soltei para falar, né! Você já reparou que eu falo igual [inaudível]. Quando eu quero falar, eu falo, também quando eu tô azeda, não adianta. Então o GAPA assim, se não fosse o grupo aqui, é minha família, a família que eu tenho aqui. Mas também é só isso, eu saio daqui e acabou. Eu saio aquela porta fora e acabou. Eu me sinto sozinha de novo.

Em uma de suas entrevistas, Veena Das (2010 *apud* DIFRUSCIA *et. al*, 2010) explica que há uma longa história de pensamento na qual a vida comum é interpretada como aquela que não exige trabalho para ser mantida já que, tendo a força do hábito, ela continua a sustentar-se a si própria. Argumentando que seria preciso pensar na agência de formas muito mais complexas, dirá ela que a vida cotidiana também é uma espécie de realização e não apenas um hábito, e por isso, seria imprescindível pensar nos momentos de resistência integrados e transportados para a vida cotidiana. Resistência ou agência que leio tanto no abraço, ato corporal de afeto, recebido por Aparecida de M. (uma mulher que não quis participar das entrevistas, mas permitiu que eu observasse as reuniões do grupo), quanto no respeito ao silêncio que ela solicita à Aparecida e a si mesma, já que em um *primeiro momento a gente não consegue*. Na impossibilidade de pensar o silêncio à luz da passividade, é na ordem dos afetos que as possibilidades do dizer parecem emergir, como lembra Aparecida:

Aí eu lembro que a M. que é uma frequentante [sic] também, **ela me abraçou** assim “não gente, ela não vai falar, **primeiro momento, a gente não consegue**, então deixa ela só ouvir”. Aí eu fiquei vindo umas três vezes, quatro, assim sem falar, só ouvia, sabe?!, **aí depois eu fui me soltando e depois eu me soltei para falar**, né!

Finalizo o empreendimento desse capítulo com *Depois eu me soltei para falar*. Enunciado que restaura ao âmbito do pronunciável, daquilo que o discurso pode dizer e fazer – como escrevi na introdução desse texto, com base em Butler – **a vida** de Aparecida e das demais nove mulheres com que estabeleci o diálogo dessas páginas. O registro delas, nessa tese, trata, portanto, de “uma questão de sua relação consigo mesmo e, por outro lado, uma relação histórica” (DAS, 2010 *apud* DIFRUSCIA *et al.*, 2010, p. 139, tradução minha), como procurei mostrar com a junção dos capítulos que compõem essa escrita. Julgo, por fim, que reside na possibilidade de registro, de fala e na criação e manutenção dos vínculos de afeto, a instauração de outros modos da existência, como as seções desse capítulo trataram de recuperar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta tese, busquei problematizar **a formação e o desenvolvimento de práticas de si e de modos de subjetivação de mulheres que vivem com hiv e fazem parte do GAPA de Florianópolis**, os quais, como afirmei, eram produzidos e complexificados por uma rede de outras problematizações que diziam respeito aos *dispositivos da aids*, aos *dispositivos territoriais* e aos dispositivos das *políticas públicas*. Nas próximas linhas, dedico-me a resgatar os caminhos analíticos empreendidos a fim de sistematizar as respostas vislumbradas para a hipótese geral desse estudo, qual seja: que essas mulheres se relacionavam com, subjetivavam-se eventualmente subvertendo – e resistindo aos discursos sobre o hiv e sobre a aids que enquadram suas possibilidades de inteligibilidade contemporaneamente.

No primeiro capítulo, **Dispositivos biopolíticos da aids**, busquei reconstruir, a partir de quatro séries discursivas, as condições de emergência dos dispositivos da aids e a instauração, a partir deles, não apenas de discursos sobre um vírus ou uma doença, mas sobre os sujeitos. Nesse capítulo, ao tratar a aids e o hiv enquanto dispositivos, busquei observar como os discursos se constituíam historicamente e produziam *regimes de verdade* sobre a doença e sobre as PVHIV. Ocupei-me também dos discursos de racialização, que no âmbito desses dispositivos, eram lidos nos discursos das práticas de segregação de determinadas formas de vida e silenciamento de outras, especificamente às mulheres que, se em um primeiro momento não se enquadravam nas categorias definidas como aquelas de risco, passam depois a figurar nos discursos sobre a doença a partir dos registros epidemiológicos que versavam sobre o aumento da transmissão vertical do hiv. O resgate desses dispositivos e das séries que os compõem tratava de pensar nos discursos como reguladores e normatizadores de determinadas formas de vida condicionadas às tecnologias de governo biopolítico.

O capítulo dois, **No campo das narrativas e das (hetero)topologias**, tratava de recuperar as condições de emergência dos enunciados produzidos pelas PVHIV e que frequentam o GAPA Florianópolis. Iniciei como uma breve narrativa acerca da inserção da doença nessa topologia – Florianópolis e, no desdobramento do capítulo, passei aos enunciados da contemporaneidade. Por fim, busquei nas narrativas das PVHIV as regularidades estratégicas na rede de enunciados e práticas do Grupo de Apoio. A partir do entendimento que as narrativas produzidas e recuperadas apontavam para uma forma de subjetivação na qual o passado e as experiências individuais e coletivas ainda estavam inscritas, argumentei que os enquadramentos que permitem a subjetivação, embora deem conta de registrar as rede de enunciados científicos que tiram daquelas pessoas à imputação ao risco que o hiv oferecia, são os regimes de verdade

que o dispositivo da aids coloca em funcionamento, que operam na conformação de seus corpos e subjetividades. A injunção ao sistema de obrigações desse dispositivo – medicalização, adoção de práticas sexuais “seguras”, confissão – que as regularidades estratégicas deixavam entrever, implica assegurar que os sujeitos que participaram desse estudo são chamados “[...] a manifestar-se e reconhecer a si mesmos, em seu próprio discurso” (FOUCAULT, 2016, p. 15), a partir dos regimes de verdade daquele dispositivo, atrelando medo e culpa às formas racializadas das pessoas que vivem com hiv.

No capítulo três, **(Bio)políticas da vida com hiv**, o intento analítico se concentrava na problematização das políticas públicas da aids e do hiv e sua relação com as mulheres. Entendidas como dispositivos e situadas no “[...] ponto de encontro entre as tecnologias de poder e as tecnologias de si” (FOUCAULT, 1994b, p. 227), dirigi meus esforços para o caráter polivalente dos discursos das políticas públicas, que ora operam dando visibilidade e garantindo a integralidade no cuidado da saúde das mulheres, ora circunscrevem suas práticas e suas formas de subjetividade a imperativos, no limite, morais. Atentei, dessa maneira, para as significativas transformações nos discursos documentados na forma dessas políticas, os quais, em consonância com o modelo dos direitos humanos e articulados as lutas de movimentos sociais, tratavam de colocar em discurso o imperativo da saúde como direito, ao mesmo tempo em que, trazendo no bojo memórias de racialização e de estigmatização, contribuíam para a instauração de formas de subjetivação mais ou menos deterioradas, instadas à vigilância e ao controle, mas que têm suas vidas mantidas através delas.

Em **As formas de subjetivação e a soropositividade: os discursos das narrativas das mulheres que vivem com hiv**, tratei das dez entrevistas realizadas, atentando para as formas de invenção e reinvenção de novas possibilidades de vida das mulheres com as quais conversei. Pensando nas filigranas que envolvem as resistências, plurais e miúdas, o capítulo buscou retomar as possibilidades de elaboração de outras formas de vida, de outros modos de viver daquelas que, em algum momento, precisaram (re)constituir suas narrativas a partir de outro rótulo e de uma história da falta ou da rarefação de um discurso que dissesse sobre a vida, os afetos, a vulnerabilidade, a inventividade, a violência. A partir do drama da exposição de um corpo à vulnerabilidade, na qualidade de quem ouviu algumas dessas narrativas, busquei apresentar as formas de reivindicação de um enquadramento diferente para Mara, Aparecida, Beatriz, Virgínia, Mariana, Luana, Luíza, Juju, Lu e Jenifer. Em um gesto político, eu encerro essa tese com a parte final de cada uma daquelas dez entrevistas e a reivindicação presente em cada uma delas:

Entrevistadora: O que você gostaria que as pessoas soubessem sobre o hiv que você acha que elas não sabem? O que que tu, se tu pudesse falar alguma coisa da tua experiência, o que que tu gostaria que as pessoas soubessem?

Mara: Mais é preconceito de não saber que não pega assim tão fácil. Eu não vou sair daqui e vou, por exemplo, eu não vou sair daqui e vou transar contigo. Tu vai deixar de conversar comigo, de me dá um beijo, me dá um abraço, porque não pega só no ato sexual e no sangue? Na agulha, na troca seringa nessas coisarada toda? E muita gente acha que não. Que acha que um beijo, um abraço, uma coisa pega.

Entrevistadora: E se tu pudesse falar alguma coisa pras pessoas, o que tu falaria, o que tu gostaria que as pessoas soubessem sobre hiv, [...] o que tu gostaria?

Aparecida: Que é uma sentença de morte. É uma sentença de morte, independente de você tá indetectável ou não, pra mim é uma sentença de morte, eu falo isso assim, dizendo por mim, é o que eu sinto, entende?

Entrevistadora: o que que você gostaria que as pessoas em geral soubessem sobre hiv?

Lu: O que as pessoas soubessem sobre o hiv? Que as pessoas parassem de discriminar quem tem e de ter medo de abraçar, de dar um beijo, de confortar, que muitas vezes a pessoa acaba de descobrir e eles ficam com medo de confortar, de abraçar e de tentar achar uma maneira da pessoa aceitar melhor a doença, da pessoa cuidar do tratamento, que se não fizer o tratamento direito não adianta, não adianta tu tomar remédio um dia, tomar na segunda terça, quarta, quinta, e sexta tu vai bebe e não vai toma o remédio, a maioria dos portadores tem esse mal. Eles param de tomar o remédio na sexta-feira, que vai ter um final de semana pra eles curtir e eles não querem tomar o medicamento porque vão beber. É o maior erro que eles fazem. Que eu conheci várias pessoas aqui, que faziam isso toda a semana. Tá sempre tem que trocar o coquetel, já chegou um ponto que não tem mais medicamento para trocar, aí a imunidade vai ficando baixa, começam a aparecer doenças oportunistas, alguns faleceram que deixaram de tomar remédio. Desses anos todos que eu tô aqui já foram mais de 25 pessoas.

Entrevistadora: E o que que a senhora gostaria que as pessoas soubessem sobre o hiv? Se a senhora pudesse deixar um recado o que que a senhora gostaria que as pessoas soubessem?

Juju: Soubessem que tem prevenção, né?!, para não cair nessa fria também. Porque se não tiver, se não tiver essa doença é bem mais tranquilo, né?!. Então, que tivesse informação e se protegesse, né?!

Entrevistadora: E o que que você gostaria que as pessoas soubessem sobre hiv?

Beatriz: Eu acho que tinha que ter mais informação sobre essa questão, né?!, sobre a questão do preconceito, né?!, que abrisse a mentalidade dessas pessoas para mostrar como o hiv, ele ele não é coisa que se pega no beijo, no abraço, né?!. Eu acho que a pessoa ela tem que ter um pouco de amor para com seu próximo, né?!, não julgando né?!, “*ai porque aquela pessoa pegou, ela foi promíscua*”, mas a pessoa não sabendo, não conhecendo o lado do outro como é que ela pode julgar dessa forma, né?!. Então eu penso assim, tem que ter muito mais informações jogadas na internet, jogada na mídia, quanto mais informação melhor para essas pessoas que não tem, eu acredito que mudaria bastante, pra melhor.

Entrevistadora: O que que você gostaria que as pessoas soubessem sobre o hiv?

Luana: Que hoje em dia é uma doença crônica, que não morre mais disso, que não tem que ter mais preconceito, que o preconceito é que acaba levando a gente até para contrair a doença, porque tem aquele negócio, aqui se faz aqui se paga, eu sei que pode ser linda, mas é verdade.

Entrevistadora: E o que que você gostaria que as pessoas soubessem sobre hiv?

Luiza: Que, que é uma doença como todas as outras. Para que as pessoas entendessem que que o preconceito que faz a gente sentir mal, entendeu?!

Entrevistadora: [...] o que que a senhora gostaria de mudar a forma como que as pessoas encaram hiv e aids?

Jenifer: Aí, como, eu acho que as pessoas não deveriam, mas aí assim, se eu disser que eu queria que eles encarassem com mais seriedade, tipo, se cuidando mais, porque hiv pega, hiv tem tratamento, mas não é uma pressão alta que tu toma, ah, porque a minha dizia “ah, mas eu tomo remédio a vida toda porque eu tenho pressão alta, e fulana diabetes”, mas pressão alta, diabete, bronquite, não passa. O hiv passa. Então eu queria que eles tivesse menos preconceito e mais cuidado, né?!, e saber que uma pessoa que não tem pode ter uma relação com outra que tem, sem problema nenhum, tomando os devidos cuidados.

Entrevistadora: E o que que você gostaria que as pessoas soubessem sobre o hiv?

Marina: Ai, e agora, acho que, sexo oral não [rindo]

Entrevistadora: Pode falar, é o que você gostaria.

Mariana: Que sexo oral não tem risco, e que a pessoa se cuidando, dá para fazer tudo bonitinho, né?!, mas tem que ter o cuidado da pessoa que tem e também sempre colocar pra outra, que ela tá se envolvendo, a situação, né?!, deixar o outro a par, né?!.
 Entrevistadora: E o que que você gostaria que as pessoas soubessem sobre o hiv?

Entrevistadora: Virgínia, e o que que você gostaria que as pessoas soubessem sobre o hiv?

Virgínia: Eu queria muito que fosse bem divulgado essa questão que se tu adere ao tratamento, tu tens uma possibilidade imensa de viver muito bem, de ter uma vida saudável, de poder viver, de poder viajar, de poder trabalhar, de poder ser feliz, de poder ter amigos, de poder ter a tua família, que tu pode levar tua vida normal, né? Que tu pode, pode fazer tudo que uma, qualquer pessoa ao te lado que não tem hiv faz, tu também faz.

Entrevistadora: Entendi. E o que que você gostaria de mudar no jeito que as pessoas encaram o hiv e a aids?

Virgínia: Ah, eu queria que as pessoas não tivessem tanto medo, né?, mas o medo, eu vejo que a falta de informação. Então nós, que estamos unidos aqui nesse grupo, vamos ver se a gente leva maior número possível de informação para as pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A LUTA DEMOCRÁTICA. **136 casos de peste gay só no Brasil**. Rio de Janeiro. 16 de junho de 1983. Edição 08550. Disponível em:

http://memoria.bn.br/pdf/030678/per030678_1983_08550.pdf. Acesso em 03 jun. 2019

A LUTA DEMOCRÁTICA. **Peste gay é epidemia do século**. Rio de Janeiro. 01 de setembro de 1983. Edição 08605. Disponível em:

<http://memoria.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=030678&pesq=peste+gay>. Acesso em 03 jun. 2019

A LUTA DEMOCRÁTICA. **Peste gay é da África**. Rio de Janeiro. 18 de outubro de 1983. Edição 08636. Disponível em:

<http://memoria.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=030678&pesq=peste+gay>. Acesso em 03 jun. 2019

A LUTA DEMOCRÁTICA. **África central irradia a peste gay pelo mundo**. Rio de Janeiro. 18 de outubro de 1983. Edição 08636. Disponível em:

<http://memoria.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=030678&pesq=peste+gay>. Acesso em 03 jun. 2019

AGAMBEN, G. **O amigo**. O que é um dispositivo. Trad. Vinícius Nicastro Honesko. Chapecó: Argos. 2009.

AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I**. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

AGAMBEN, G. Une biopolitique mineure - entretien avec Giorgio Agamben. **Vacarme**, n.10. Disponível em: <http://www.vacarme.org/article255.html>. 2010a. Acesso em: 6 fev. 2014.

ALVES, B.M. *et al.* **Espelho de vênus: identidade social e sexual da mulher**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981

AMORIM, Grazielle Regina de. **Outsiders do bairro Trindade: 'Pacto da morte' ou 'Gangue da Aids'? Para além da construção de um episódio** (Florianópolis 1987). x, 175 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em História, Florianópolis, 2009 Disponível em: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PHST0369-D.pdf>. Acesso em 08 set. 2019.

AMUCHÁSTEGUI, A. “Procesos Subjetivos de ciudadanía en México: heteronormativida y salud”. In: CÁRCERES, Carlos F.; CAREAGA, Glória; FRASCA, Tim & PECHENY, Maria (Editores). **Sexualidad, Estigma y Derechos Humanos** – desafíos para el acceso a la salud en América Latina. Lima: FASPA/UPHC. 2006

AVELINO, N. Confissão e normatividade política: controle da subjetividade e produção do sujeito. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 32, 2017.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, v. 2, p. 121-144, 2003.

BADINTER, Elisabeth. **O conflito**: A mulher e a mãe. Record. Edição do Kindle.

BARATA, Germana Fernandes. **A primeira década da AIDS no Brasil: o Fantástico apresenta a doença ao público (1983 a 1992)**. 2006. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

BARBOSA, R. H. S. Aids, gênero e reprodução. **Revista Estudos Feministas**, v. 1, n. 2, p. 418-418, 1993.

BARBOSA, R. H. S. AIDS e gênero: representações de risco entre mulheres de uma comunidade favelada no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 1, n. 5, p. 33-52, 1997.

BARROS, S.G. Política nacional de Aids: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil. Salvador: Edufba, 2018

BASTIANI, Janelice de Azevedo Neves; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. Epidemiological aspects of AIDS in the city of Florianopolis, Brazil. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 569-575, 2012.

BENNETT, J. A. Chronic Citizenship: Community, Choice, and Queer Controversy. In: HAPPE, K. E.; JOHNSON, J.; LEVINA, M. **Biocitizenship**. New York: University Press, 2018. p. 95-116.

BESSA, Marcelo Secron. **Os perigosos**: autobiografias & AIDS. Rio de Janeiro: Aeroplano, ABIA, 2002.

BIEHL, J. G. The activist state: Global pharmaceuticals, AIDS, and citizenship in Brazil. **Social Text**, v. 22, n. 3, p. 105-132, 2004.

BIEHL, J. "Technologies of Invisibility: The Politics of Life and Social Inequality." *In*: In da, J.X. **Anthropologies of Modernity**: Foucault, Governmentality, and Life Politics, London: Blackwell, 2005. p. 248-271.

BIEHL, J.; GOOD, B.; KLEINMAN, A.(Ed.). **Subjectivity**: ethnographic investigations. Univ of California Press, 2007.

BIEHL, J. **Will to live**: AIDS therapies and the politics of survival. Princeton: Princeton University Press, 2009.

BIEHL, J. Medication is me now: human values and political life in the Wake of global AIDS treatment. *In*: FELDMAN, I.; TICKTIN, M. (Ed.). **In the name of humanity**: the government of threat and care. London: Duke University Press, 2010. p.151-189.

BIEHL, J. Antropologia no campo da saúde global. **Horizontes Antropológicos**, v. 17, n. 35, 2011. p. 227-256.

BIEHL, J., COUTINHO, D.; OUTEIRO, A. L. Technology and affect: HIV/AIDS testing in Brazil. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 25, n. 1, 2000. p.187-129. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1005690919237>. Acesso em: 12 dez. 2019

BIEHL, J.; MORAN-THOMAS, A. Symptom: subjectivities, social ills, technologies. **Annual Review of Anthropology**, v. 38, p. 267-288, 2009.

BISS, Eula. **Imunidade: Germes, vacinas e outros medos**. Editora Todavia SA, 2017.

BOECHAT, Gustavo Vargas Laprovitera. **Alerta Vermelho: a AIDS bate à nossa porta (uma história da AIDS na cidade de Itapetininga 1985-1999)**. 2017. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes**, 2004.

BRÖCKLING, Ulrich; KRASMANN, Susanne; LEMKE, Thomas (Ed.). **Governmentality: current issues and future challenges**. New York: Routledge, 2010.

BUTLER, J. **Excitable speech: a politics of the performative**. London and New York: Routledge, 1997.

BUTLER, J. **Relatar a si mesmo: crítica da violência ética**. Tradução de Rogério Bettoni. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

BUTLER, J. Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do “pós-modernismo”. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, n. 11, p. 11–42, 2013. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634457>. Acesso em: 26 fev. 2019.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

BUTLER, J. **Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto?** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

BUTLER, Judith. **Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia**. Rio de Janeiro: Editora José Olympio LTDA, 2018.

BUTLER, J. **A vida psíquica do poder: teorias da sujeição**. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

BUTLER, J. **Vida precária: os poderes do luto e da violência**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

BUTLER, J. **Os sentidos dos sujeitos**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021a.

BUTLER, J. **Discurso de ódio**: uma política do performativo. São Paulo: Editora Unesp digital. 2021b.

BUTTURI JUNIOR, A. As formas de subjetividade e o dispositivo da aids no Brasil contemporâneo: disciplinas, biopolítica e phármakon. In: AQUINO, I. C. *et al.* (Org). **Língua, literatura, cultura e identidade**: entrelaçando conceitos. Passo Fundo: UPF, 2016.

BUTTURI JUNIOR, A. A autoria, o dispositivo e a ética: os limites da (des)subjetivação na escrita. **Alfa**, (São José Rio Preto), São Paulo, v. 60, n. 3, p. 507-530, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-57942016000300507&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 de set. 2019.

BUTTURI JUNIOR, Atilio. O HIV, O CIBORGUE, O TECNOBIODISCURSIVO. **Trab. linguist. apl.**, Campinas, v. 58, n. 2, p. 637-657, Aug. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-18132019000200637&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jan. 2020.

BUTTURI JUNIOR, A. Junkie-Foucault. In: BUTTURI JUNIOR, A. *et al.* **Foucault e as práticas de liberdade**: o vivo e os seus limites. Campinas: Pontes, 2019b. p. 273-296.

BUTTURI JUNIOR, A.; LARA, C. A. As narrativas de si e a produção da memória na campanha O cartaz HIV Positivo. **Linguagem em (dis)curso** (on-line), Tubarão, v. 18, 2018a. p. 393-411. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1518-76322018000200393&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 9 maio 2019.

BUTTURI JUNIOR, A.; LARA, C. A. Biopolítica, direitos humanos e resistências: uma análise comparativa das políticas públicas de saúde para a população LGBT em Florianópolis-SC. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, v. 27, 2018b. p. 645-674. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-18132018000200645&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 9 maio 2019.

BUTTURI JUNIOR, A.; CAMOZZATO, Nathalia Müller. A PrEP, o HIV e as táticas de desobediência. **Fórum Linguístico**, v. 18, n. 2, p. 6332-6350, 2021.

CALAZANS, G. Prevenção do hiv e da aids: a história que não se conta / a história que não te contam. **Seminário de Capacitação em HIV**: Aprimorando o debate III. Rio de Janeiro: ABIA, 2019.

CAMARGO JR, Kenneth R. de. **A construção da aids**. 1993. 241 p. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social, UFRJ. Disponível em: <http://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/camargokrd.pdf>. Acesso em: 8 out. 2019.

CAMARGO JR., Kenneth R. de. Aids e Aids das ciências. **Hist. cienc. Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, out. 1994. p. 35-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701994000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 de out. 2019.

CAMPBELL, Carole A. **Women, families and HIV/AIDS**: A sociological perspective on the epidemic in America. Cambridge: University Press, 1999.

CANDIOTTO, Cesar. Governo e direção de consciência em Foucault. **Natureza humana**, v. 10, n. 2, p. 89-113, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302008000200004. Acesso em 22 out. 2021

CANDIOTTO, Cesar. Foucault e a crítica do sujeito e da história. **Revista Aulas**, v. 1, n. 3, 2007. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/view/1913/1373>. Acesso em: 10 set. 2018.

CASCAES, Franklin. **O fantástico na Ilha de Santa Catarina**. Editora da UFSC, 2015.

CASTRO, Edgardo. O governo da vida. **Ecopolítica**, n. 3, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/ecopolitica/article/view/11391>. Acesso em 06 jan. 2018.

CAPONI, S. Entre o governo de si e o governo dos outros: a hermenêutica psiquiátrica de si e as práticas de liberdade. In: BUTTURI JUNIOR, A. *et al.* **Foucault e as práticas de liberdade: o vivo e os seus limites**. Campinas: Pontes, 2019. p. 175-191.

CARRARA, Sérgio. **Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

CARRARA, Sérgio. A aids e a história das doenças venéreas no Brasil. In: PARKER, Richard G. (Org). **A AIDS no Brasil, (1982-1992)**. Rio de Janeiro: Relume-Dumara: ABIA, 1994. 360 p. (História social da AIDS n. 2). ISBN 858542754X.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **Pneumocystis Pneumonia - Los Angeles**, Epidemic Notes and Reports. *Morbidity and Mortality Weekly Report*; v. 30, n. 21, 1981a. p. 1-3. Disponível em: https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june_5.htm. Acesso em: 20 dez. 2019

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **'Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis Pneumonia among Homosexual Men – New York City and California'**, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, v. 30, n. 25, 1981b. p. 305.

CIFOR, M.; MCKINNEY, C. Reclaiming HIV/AIDS in digital media studies. **First Monday**, v.25, n.10, 2020. Disponível em: <https://journals.uic.edu/ojs/index.php/fm/article/view/10517>. Acesso em: 2 jan. 2021.

COLEMAN, M. C.; CYPHER, J. M. The digital rhetorics of AIDS denialist networked publics. **First Monday**, v.25, n.10, 2020. Disponível em: <https://journals.uic.edu/ojs/index.php/fm/article/view/10273>. Acesso em: 2 jan. 2021.

COMAROFF, Jean. Beyond bare life: AIDS,(bio) politics, and the neoliberal order. **Public culture**, v. 19, n. 1, p. 197-219, 2007.

COSTA-COUTO, Maria Helena. **A vulnerabilidade da vida com HIV/AIDS**. 2007, 211 p. Tese (Doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

COUTINHO, T. Cresce a contaminação entre as mulheres. O Globo. Rio de Janeiro, 13 de janeiro de 1991, País, p. 10. Disponível em: https://acervo.oglobo.globo.com/?service=printPagina&imagemPrint=https%3A%2F%2Fduyt0k3aayxim.cloudfront.net%2FPDFs_XMLs_paginas%2Fo_globo%2F1987%2F08%2F09%2F01-primeiro_ca%E2%80%A6. Acesso em 2 de jun. 2019

CUNHA, Claudia Carneiro da. **“Jovens Vivendo” com HIV/aids: (Con)formação de sujeitos em meio a um embaraço**. 2011. 297 p. Tese (doutorado) – UFRJ/Museu Nacional/Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 2011. Disponível em: <http://clam.org.br/uploads/arquivo/Tese%20Claudia%20Carneiro%20da%20Cunha2012.pdf>. Acesso em 20 set. 2019

DA SILVA JUNIOR, Joseeldo; DA SILVA, Francisco Vieira. Já vi esse filme. **Porto Das Letras**, v. 7, n. 2, p. 118-137, 2021.

DANIEL, H. **Vida antes da morte**. Rio de Janeiro: Jaboti. 1989

DANIEL, H. **O primeiro AZT a gente nunca esquece**. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 30 set. 1990

DANIEL, H.. We are all people living with AIDS: myths and realities of AIDS in Brazil. **International journal of Health services**, v. 21, n. 3, p. 539-551, 1991.

DANIEL, H.; PARKER, R. **Aids, a terceira epidemia: ensaios e tentativas**. Rio de Janeiro: ABIA. 2018

DARDOT, P; LAVAL, C. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. Trad. Mariana Echalar. São Paulo: Boitempo. 2016

DAS, Veena. Fronteiras, violência e o trabalho do tempo: alguns temas wittgensteinianos. **Revista brasileira de ciências sociais**, v. 14, p. 31-42, 1999.

DAS, Veena. O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade. **Cadernos Pagu** [online]. 2011, n. 37, pp. 9-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332011000200002>. Acesso em 22 jan. 2022.

DE MEDEIROS, Patricia Flores; DE FÁTIMA GUARESCHI, Neuza Maria. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**, p. 31-48, 2009. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/24327577?seq=1#page_scan_tab_contents. Acesso em 08 set. 2018.

DE SOUZA FILHO, A. Foucault: O cuidado de si e a liberdade ou a liberdade é uma agonística. IN: DE ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. M.; VEIGA-NETO, A.; DE SOUZA FILHO, A.(organizadores). **Cartografias de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008. (Coleção Estudos Foucaultianos)

DE SOUZA PHILIPPI, Jane Maria. Políticas de saúde da mulher no Brasil – história e evolução IN: RIAL, Carmen Sílvia Moraes; PEDRO, Joana Maria; AREND, Silvia Maria Fávero. **Diversidades: dimensões de gênero e sexualidade**. Editora Mulheres, 2010.

DEAN, Tim. Mediated intimacies: Raw sex, Truvada, and the biopolitics of chemoprophylaxis. **Sexualities**, v. 18, n. 1-2, p. 224-246, 2015.

DELEUZE, G. Que és un dispositivo? pp. 155-161. *In*: DELEUZE, G. **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona: Gedisa, 1990.

DI FELICE, M. Ser redes: o formismo digital dos movimentos net-ativistas. *Matrizes*, São Paulo, vl. 7, n. 2, p. 49-71, jul.-dez.2003. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=143029360004>. Acesso em: 6 ago. 2020.

DIFRUSCIA, Kim Turcot *et al.* Listening to voices: An interview with Veena Das. **Altérités**, v. 7, n. 1, p. 136-145, 2010. Disponível em http://alterites.ca/vol7no1/pdf/71_TurcotDiFruscia_Das_2010.pdf. Acesso em: 02 fev. 2022.

ESPOSITO, R. **Bios**: biopolítica e filosofia. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2017.

EPSTEIN, S. **Impure science**: AIDS, activism, and the politics of knowledge. Univ of California Press, 1996.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e políticas públicas. **Estudos feministas**, v. 12, n. 1, p. 47, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n1/2169>. Acesso em: 12 set. 2018

FASSIN, Didier. La biopolitique n'est pas une politique de la vie. **Sociologie et sociétés**, vol. 38, n° 2, 2006, p. 35-48.

FASSIN, D. *When bodies remember*: Experiences and politics of AIDS in South Africa. Univ of California Press, 2007.

FASSIN, D; LE MARCIS, F.; LETHATA, T. Life & times of Magda A: Telling a story of violence in South Africa. **Current anthropology**, v. 49, n. 2, p. 225-246, 2008.

FAUSTO NETO, A. **Comunicação e mídia impressa**: Estudo sobre a Aids. São Paulo: Hacker Editores, 1999.

FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. (2010). Gênero e políticas públicas de saúde –construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 9, n. 1, p. 70-82.

FIGUEIREDO, L. C. **Modos de subjetivação no Brasil e outros escritos**. São Paulo: Escuta, 1995.

FINKELSTEIN, Avram. **After Silence**. California: University of California Press, 2018.

FLORIANÓPOLIS. (2010). *I Plano Municipal de Políticas para as Mulheres*. Disponível em:< <http://www.spm.gov.br/arquivos-diversos/opm/plano-mulher-florianopolis>> Acesso em: 06 jan. 2020.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. 5.ed. São Paulo: Loyola, 1996.

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: NAU, 2003. 158 p.

FOUCAULT, Michel. "A ética do cuidado de si como prática da liberdade". In: FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos V: Ética, Sexualidade, Política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, M. **O nascimento da biopolítica**. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, M. Outros espaços. In: FOUCAULT, M. **Ditos e escritos III: Estética: literatura e pintura, música e cinema**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade** – curso no Collège de France, 1975-1976. Trad. Maria Ermantina Galvão. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. **A coragem da verdade: o governo de si e dos outros II** - curso no Collège de France, 1983-1984. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. **Verve**, n. 18, p.167-194, 2010a [1974]. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646>. Acesso em: 10 jan. 2018.

FOUCAULT, M. **O corpo utópico, as heterotopias**. Posfácio de Daniel Defert. São Paulo: Edições n-1, 2013.

FOUCAULT, M. De espaços outros. **Estudos Avançados** [online]. 2013, v. 27, n. 79, pp. 113-122. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000300008>. Acesso em 20 fev. 2022.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 10. ed. São Paulo; Perspectiva, 2014.

FOUCAULT, M. **Obrar mal, decir la verdade: Función de la confesión em la justicia**. Curso de Lovaina, 1981. 1ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2014a.

FOUCAULT, M. **A sociedade punitiva** - curso no Collège de France, 1972-1973. Trad. Ivone C. Benedetti. São Paulo: Martins Fontes, 2015.

FOUCAULT, M. **Subjetividade e verdade** – curso no Collège de France, 1980-1981. Trad. Rosemary Costhek Abílio. São Paulo: Martins Fontes, 2016.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 6.ed. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. São Paulo: Paz e Terra, 2017a.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade II**: O uso dos prazeres. 4 ed. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque. São Paulo: Paz e Terra, 2017b.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 8.ed. Trad. Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2017c.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 21. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2017d.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade IV**: as confidências da carne. Trad. Heliana de Barros Conde Rodrigues, Vera Portocarrero. 1.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2020.

FRANK, A. W. Stories of illness as care of the self: A Foucauldian dialogue. **Health**., v. 2, n. 3, p. 329-348, 1998. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/136345939800200304>. Acesso em 20 jan. 2022.

FRASER, N. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça na era pós socialista. In: SOUZA, J. (org.). **Democracia hoje** - novos desafios para a teoria democrática contemporânea. Brasília: UnB, 2001. p.245-282.

FUMENTO, M. **The myth of heterosexual AIDS**. New York: New Republic Book, 1990

GALANTIN, Daniel Verginelli; RIBAS, Thiago Forbes (orgs). **Espiritualidade e política na contemporaneidade**. Curitiba: PUCPress, 2021.

GALVÃO, Jane. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS. In: PARKER, R. **Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro, ABIA/Jorge Zahar Editor, 1997.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil**: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

GIAMI, Alain; PERREY, Christophe. Transformations in the medicalization of sex: HIV prevention between discipline and biopolitics. **Journal of sex research**, v. 49, n. 4, p. 353-361, 2012.

GOOD, B. **Medicine, rationality and experience**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

GORDON, C. Governmental Rationality: An Introduction. In: BURCHELL, G., GORDON, C., MILLER, P. **The Foucault effect**: studies in governmentality. Chicago: The University Chicago Press, 1991.

GRMEK, M. D. **História da SIDA**. Lisboa: Relógio d'água, 1994.

GROS, F. O cuidado de si em Michel Foucault. In: VEIGA-NETO, Alfredo; RAGO, Margareth (orgs.) **Figuras de Foucault**, v. 2, 2008.

HACKING, I. How should we do the history of statistics? In: BURCHELL, G., GORDON, C., MILLER, P. **The Foucault effect: studies in governmentality**. Chicago: The University Chicago Press, 1991.

HACKING, I. **The social construction of what?** Harvard university press, 1999.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Império**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

HEILBORN, M. L. Articulando Gênero, Sexo e Sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, P., MARSIGLIA, R.M.G; GOMES, MHA., orgs. **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 444 p. ISBN 85-7541-025-3.

HYDÉN, Lars-Christer. Illness and narrative. **Sociology of health & illness**, v. 19, n. 1, p. 48-69, 1997. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x/full>. Acesso em 13 jul. 2017.

KANTOVISKI, Andréia Lara Lopatko; DA COSTA VARGENS, Octavio Muniz. O cuidado à mulher que vivencia a menopausa sob a perspectiva da desmedicalização. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 567-70, 2010.

KNAUTH, Daniela Riva. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da AIDS. **Estudos Feministas**, p. 291-301, 1997.

KNAUTH, Daniela Riva. Subjetividade feminina e soropositividade. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. **Sexualidades pelo avesso**. Direitos, identidades e poder. 1999. p. 121-136.

KLEINMAN, A. **The illness narratives: suffering, healing, and the human condition**. New York, Nasic Books Inc. Publishers, 1988.

LARA, C.A. A iterabilidade da linguagem no acontecimento do hiv/aids no Brasil. **Revista virtual de letras**. v. 12, nº 01, p. 69-89, 2020. Disponível em: <http://revlet.com.br/artigos/542.pdf>. Acesso em 5 mar. 2020

LAVAL, C. Foucault e a experiência utópica. In: FOUCAULT, M. **O enigma da revolta: entrevistas inéditas sobre a Revolução Iraniana**. São Paulo: N-1 edições, 144 pp. Traduzido por Lorena Balbino, 2018.

LEME, José Luis Câmara. A desrazão, a confissão e a profundidade do homem europeu. In: CANDIOTTO, C.; SOUZA, P. de. **Foucault e o cristianismo**. Belo Horizonte: Autêntica, p. 23-44, 2012.

LEMKE, Thomas. Beyond Foucault: From Biopolitics to the Government of Life. In: BRÖCKLING, Ulrich; KRASMANN, Susanne; LEMKE, Thomas (Ed.). **Governmentality: current issues and future challenges**. New York: Routledge, 2010.

LORENZINI, D. Foucault, Regimes of truth and the making of the subject. In: CREMONESI, Laura et al. (Ed.). **Foucault and the Making of Subjects**. Rowman & Littlefield, 2016.

LOURO, Guacira Lopes. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Autêntica, 2007.

MACRAE, Edward. **A construção da igualdade-política e identidade homossexual no Brasil da “abertura”**. Salvador: Edufba, 2018.

MALISKA, Isabel Cristina Alves. **A implantação das políticas públicas de saúde em aids no município de Florianópolis-SC: um estudo do período de 1986 a 2010**. Florianópolis, 2012. 317 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Disponível em: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0769-T.pdf>. Acesso em 10 abril 2021.

MALUF, S. W. Antropologia, narrativas e a busca de sentido. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 5, n. 12, p. 69-82, 1999.

MALUF, S. W. Sofrimento, ‘saúde mental’ e medicamentos: regimes de subjetivação e tecnologias de gênero. **Leituras de resistência: corpo, violência e poder**, 2009.

MCKINNEY, C. Seven. Crisis infrastructures: aids activism meets internet regulation. In: CHENG, Jih-Fei, JUHASZ, A., SHAHANI N. **AIDS and the Distribution of Crises**. Durham: Duke University Press, 2020. p. 162-182.

MANN, Jonathan; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, Thomas. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: PARKER R. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, p. 276-300, 1993.

MATTOS, R.A., TERTO JR, V. PARKER R. As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids; 2001. (Coleção Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. **Políticas Públicas**, n.º 1).

MEYER, D. E. Educação, saúde e modos de inscrever uma forma de maternidade nos corpos femininos. **Movimento** (Porto Alegre), v. 9, n. 3, p. 33-58, 2003.

MILLER, David A. Secret Subjects, Open Secrets. **Dickens studies annual**, v. 14, p. 17-38, 1985.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2015. Medicamento 3 em 1 para a aids começa a ser distribuído em todo o país. Blog no Ministério da Saúde, 14 jan. 2015.

<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/35001-medicamento-3-em-1-para-a-aids-comeca-a-ser-distribuido-em-todo-o-pais>. Acesso em 22 mar. 2021.

MISKOLCI, R. Comentário. **Cadernos Pagu** [online]. 2007, n. 28, pp. 55-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332007000100004>. Epub 13 Jul 2007. ISSN 1809-4449. Acesso em 25 fev. 2022.

MONTAGNIER L. **Vírus e Homens: o combate contra a SIDA**. Lisboa: Instituto Piaget; 1994.

MURARO, R. M. **Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social no Brasil**. Petrópolis: Editora Vozes, 1983

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 651-657, 2005.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo. **As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

NICHIATA, Lúcia Yasuko Izumi; SHIMA, Hisako. Sistema de informação em AIDS: limites e possibilidades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 33, p. 305-312, 1999.

NOLASKO-FERREIRA, S. A luta nos EUA contra uma doença misteriosa e mortífera. **O Globo**, Rio de Janeiro, 21 de junho de 1983, Cultura, p. 27. Disponível em: <https://acervo.oglobo.globo.com/busca/?busca=doen%C3%A7a+mort%C3%ADfera>. Acesso em 02 jun 2019.

NUNN, Amy. **The politics and history of AIDS treatment in Brazil**. New York: Springer Science & Business Media, 2009.

NUNES, Arthur Vinicius Anoroço. **A resignificação discursiva do HIV e a (des)subjetivação do sujeito soropositivo**. 2018. 218 p. Dissertação (Mestrado). Centro de Comunicação e Expressão, UFSC, Florianópolis, 2018. Disponível em: <http://www.bu.ufsc.br/teses/PLLG0724-D.pdf>>. Acesso em: 5 de set. 2019.

OSMAN, R. Casos de mulheres que têm AIDS já atingem 8% do total no Estado do Rio. **O Globo**, Rio de Janeiro, 9 de agosto de 1987, Matutina, p. 24. Disponível em: <https://acervo.oglobo.globo.com/busca/?busca=aids>. Acesso em 02 jun. 2019

ORTEGA, F. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, p. 9-20, 2004.

ORTEGA, F. Da ascese à bio-ascese ou do corpo submetido à submissão do corpo. In: RAGO, M.; ORLANDI, L.; VEIGA-NETO, A. (Org.). **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. Rio de Janeiro, 2002

PASSOS, E.; BARROS, R. B. de. Por uma política da narratividade. In: Passos, E.; KASTRUP, V. e ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade** – Porto Alegre: Sulina, 2009. 207 p.

PATTON, Cindy. **Inventing aids**. New York: York: Routledge, 1990.

PATTON, C. **Last served?: Gendering the HIV pandemic**. London: Taylor & Francis, 1994.

PATTON, C. **Globalizing AIDS**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2002.

PARKER, R. **A AIDS no Brasil**, (1982-1992). Rio de Janeiro: Relume-Dumara: ABIA, 1994. 360 p. (História social da AIDS n. 2). ISBN 858542754X (broch.).

PARKER, R. **A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Damara: ABIA, 1994.

PARKER, R. **Na contramão da AIDS**: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: ABIA: Editora 34, 2000.

PARKER, R. **O fim da AIDS?** Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 2015. Disponível em: http://abiaids.org.br/o-fim-da-aids/28618#_ftn5. Acesso em 02 maio 2019.

PARKER, R.; CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 89-102, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2000.v16suppl1/S89-S102/pt/>. Acesso em 10 out. 2020.

PARKER R., GALVÃO J. (Org.). **Quebrando o silêncio**: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996.

PARKER, Richard & ANGLENTON, Peter. 2001. **Estigma, Discriminação e Aids**. Coleção **Abia – Cidadania e Diretos**, nº 1. Rio de Janeiro: Abia. Disponível em <http://www.soropositivo.org/abia/estigma/3.htm>. Acesso em 20 nov 2020

PÊCHEUX, M. Papel da memória. In: ACHARD, P. *et al.* (Org.) **Papel da memória**. Tradução e introdução José Horta Nunes. Campinas: Pontes, 1999. p. 49-57.

PELBERT, Peter Pál. **Vida capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2011.

PELÚCIO, Larissa. Ativismo soropositivo: a politização da AIDS. **Ilha Revista de Antropologia**, v. 9, n. 1, 2, p. 119-141, 2007.

PELÚCIO, Larissa. **Nos nervos, na carne, na pele**: uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de aids. Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de São Carlos. 2007.

PELÚCIO, Larissa; MISKOLCI, Richard. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids ea repatologização das sexualidades dissidentes. **Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana**, n. 1, p. 125-157, 2009.

PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. **O terror e a dádiva**. Goiânia: Editora Vieira, 2004.

PERLONGHER, N. **O que é AIDS**. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

PETERSON, A. *et al.* The shifting politics of patient activism: From bio-sociality to bio-digital citizenship. *Health*, v. 23, n. 4, p. 478-494, 2019.

PRECIADO, Paul B. **Testo junkie**: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica. São Paulo: N-1 edições, 2018.

PRECIADO, P.B. Aprendiendo del vírus. In: AGAMBEN, Giorgio et al. **Sopa de Wuhan**. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias. Buenos Aires, Argentina: ASPO, 2020.

POLIZZI, V. **Depois daquela viagem**: diário de bordo de uma jovem que aprendeu a viver com AIDS. São Paulo: Ática, 2003

POLLAK, M. **Os homossexuais e a aids**: sociologia de uma epidemia. Trad. Paula Rosas. São Paulo: Estação Liberdade, 1990.

PORTOCARRERO, V. Práticas sociais de divisão e constituição do sujeito. In: VEIGANETO, Alfredo; RAGO, Margareth (orgs.) **Figuras de Foucault**, v. 2, 2008.

RAGO, M. A aventura de contar-se: Foucault e a escrita de si de Ivone Gebara. In: DE SOUZA, Luís Antônio Francisco; SABATINE, Thiago Teixeira; DE MAGALHÃES, Bóris Ribeiro (Ed.). **Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito**. Cultura acadêmica ed., 2011.

RAGO, Luzia Margareth. **A aventura de contar-se**: feminismos, escrita de si e invenções da subjetividade. Editora da UNICAMP, 2013.

RENOVATTO, T. **5 anos comigo**. Barueri: Novo século Editora, 2019.

REVEL, J. Between Politics and Ethics: The Question of Subjectivation. *IN*: CREMONESI, Laura et al. (Ed.). Foucault and the Making of Subjects. Rowman & Littlefield, 2016.

REVISTA VEJA. São Paulo: Editora Abril. Ano 22, edição nº 1077. Abril 1989.

ROSE, N. **Governing the soul**. London: Free Association Books. 1999.

RUBIN, Gayle. “Pensando sobre sexo: notas para uma teoria radical da política da sexualidade”. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 21, pp. 1-88, 2003.

SEDGWICK, Eve Kosofsky. A Epistemologia do Armário. **Cadernos Pagu**. Tradução de Plínio Dentzien. Campinas: Núcleo de Estudos de Gênero Pagu, 2007

SEFFNER, F. Um celular na mão, uma rede à disposição, certa dose de inquietação. *Boletim ABIA* nº 64. 2019. Disponível em: http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2019/06/Boletim_ABIA_64_WEB-FINAL.pdf. Acesso em 26 mar. 2021

SILVA, Bianca Franchini da. **Relatos de segunda-feira**: os discursos sobre as/das mulheres cisgênero e o dispositivo microprotético DIU. 2021. 326 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Comunicação e Expressão, Programa de Pós-Graduação em Lingüística, Florianópolis, 2021. Disponível em: <http://www.bu.ufsc.br/teses/PLLG0840-D.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2021.

SOARES, R. de L. **Imagens veladas**: aids, imprensa e linguagem. São Paulo: Annablume, 2001.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Aids e suas metáforas. Tradução Rubens Figueiredo e Paulo Henrique Britto. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SQUIRE, C. **Living with HIV and ARVs**: Three-letter lives. Springer, 2013.

TEIXEIRA, P.R. Políticas públicas em Aids. In: PARKER, R. **Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro, ABIA/Jorge Zahar Editor, 1997. p. 43-68.

THOMPSON, K. **Moral panics**. Londres: Routledge, 1998.

TREICHLER, Paula A. **AIDS, gender, and biomedical discourse: current contests for meaning**. 1987.

TREICHLER, P. A. **AIDS, Homophobia, and biomedical discourse: an epidemic of signification**. The MIT Press, v.47,1987.

TREICHLER, P. A.; WARREN, C. Maybe Next Year: Feminist Silence and the AIDS Epidemic. In: TREICHLER, P. A; CARTWRIGHT, L. Penley, C. **The visible woman: imaging technologies, gender, and science**. New York: New York University Press, 1998.

TREVISAN, J.S. **Devassos no paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade**. Rio de Janeiro: Record, 2000.

TRONCA, I. A. **As máscaras do medo: lepra e aids**. São Paulo: Editora da Unicamp, 2000.

UNAIDS. **Relatório informativo** – julho de 2018. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2018/07/2018_07_17_Fact-Sheet_miles-to-go.pdf. Acesso em: 03 out. 2018

UNITED NATIONS POPULATION FUND – UNFPA Brasil. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, Pequim, 1995**. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas no Brasil, Casa da ONU, 1995. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/declara%C3%A7%C3%A3o-e-plataforma-de-a%C3%A7%C3%A3o-da-iv-confer%C3%Aancia-mundial-sobre-mulher>. Acesso em: 06 abr. 2021.

VALLE, C. G. O. DO. Doença, ativismo biossocial e cidadania terapêutica: a emergência da mobilização de pessoas com HTLV no Brasil / *Illness, biosocial activism and therapeutic citizenship: the emergence of the mobilization of People with HTLV in Brazil*. **Vivência: Revista de Antropologia**, v. 1, n. 41, 18 dez. 2013.

VERNAZZA, P. *et al.* (2008). Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. **Bulletin des Médecins Suisses**, v.89, n° 5, pp.165-169.

VILLELA, W., SANEMATSU, M.; Dossiê mulheres com HIV/AIDS: Elementos para a construção de direitos e qualidade de vida. 2003. Disponível em: http://www.giv.org.br/publicacoes/dossie_mulheres_com_hiv aids.pdf. Acesso em 02 out. 2020

VIOTTI, M. L. Apresentação da Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher–Pequim 1995. In: **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher–Pequim 1995**. 1995.

VOLKART, Ana Caroline Czerner. **Igualdade de gênero, urgência humanitária e gestão da vida: a capitalização delas por eles na HeforShe**. 2019. 139 p. Dissertação (Mestrado) -

Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Comunicação e Expressão, Programa de Pós-Graduação em Lingüística, Florianópolis, 2019. Disponível em: <https://bu.ufsc.br/teses/PLLG0781-D.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2020.

WEEKS, Jeffrey. AIDS and the Regulation of Sexuality. In: BERRIDGE, V.; STRONG, P. **AIDS and Contemporary History**, Cambridge: Cambridge University Press 1993, p. 17-36.

WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G. L. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica. 2000.

WEINMANN, A. de O. Dispositivo: um solo para a subjetivação. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 18, n.3, p.16-22, set./dez. 2006. Disponível em: <http://www6.ufrgs.br/seerpsicsoc/ojs/viewarticle.php?id=42&layout=html>. Acesso em 22 set. 2012.

ZAMBONI, Marcio Bressiani. AIDS, longa duração e o trabalho do tempo: Narrativas de homens que vivem com HIV há mais de 20 anos. **Política & Trabalho**, n. 42, 2015.