

AS BIO (POLÍTICAS) DA VIDA COM HIV¹

LA BIO(POLÍTICA) DE LA VIVENCIA CON EL VIH

THE BIO(POLITICS) OF LIVING WITH HIV

Camila de Almeida Lara*

Universidade Federal de Santa Catarina

RESUMO: Uma vez que as políticas públicas têm papel fundamental na constituição dos sujeitos para quem são produzidas, este trabalho tem por objetivo problematizar as políticas públicas de saúde nacionais 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. Para isso, recorre aos discursos documentados na Política Nacional de Aids e ao Plano de Feminização da Epidemia. Conclui-se, a partir das análises, que embora instaurados no âmbito ambíguo da biopolítica e da governamentalização, esses documentos podem ser lidos como lugares de aparecimento de outros arranjos políticos ligados aos movimentos sociais e suas lutas pelo direito a saúde e pelos direitos humanos.

PALAVRAS-CHAVE: Mulher. hiv/aids. Política pública. Biopolítica.

RESUMEN: Dado que las políticas públicas tienen un papel fundamental en la constitución de los sujetos para los que se producen, este trabajo se propone problematizar las políticas nacionales de salud pública que se refieren a las mujeres y a sus relaciones con el sida y el vih, cuestionándolas como prácticas concretas de gobierno que producen discursos de normativización de comportamientos y de producción de modos específicos de objetivación y subjetivación. Para ello, recurre a los discursos documentados en la Política Nacional de Sida y el plan de Feminización de la Epidemia. Se concluye, a partir de los análisis, que si bien se enmarcan en el ambiguo ámbito de la biopolítica y la gubernamentalización, estos documentos pueden leerse como lugares de aparición de otros arreglos políticos vinculados a los movimientos sociales y sus luchas por el derecho a la salud y los derechos humanos.

PALABRAS CLAVE: Mujeres. vih/sida. Políticas Públicas. Biopolítica.

¹ Esse texto trata-se de um recorte da discussão proposta na tese *As narrativas de mulheres que vivem com hiv: entre as estratégias de intervenção e as práticas de si*. Nela, a autora buscava 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* aos dispositivos das *políticas públicas*. Nesse artigo, portanto, explora-se um desses regimes, as políticas públicas de saúde da mulher.

* Doutora em Linguística pela Universidade Federal de Santa Catarina (2022). Realizou doutorado sanduíche na Faculdade de Ciências e Tecnológica da Universidade Nova de Lisboa (2019-2020). Atualmente, é membro do Grupo de Estudos no Campo Discursivo (UFSC- CNPq). E-mail: camilalara04@gmail.com.

ABSTRACT: Since public policies fundamentally influence the constitution of the subjects for whom they are produced, this paper seeks to problematize national public health policies that refer to women and their relations with aids and hiv, questioning them as concrete government practices that produce discourses of normatization of behaviors and the production of specific modes of objectivation and subjectivation. For this, it resorts to the discourses documented in the national aids policy and the plan for feminization of the epidemic. It is concluded, from the analyses, that although established in the ambiguous ambit of biopolitics and governmentalization, these documents can be read as places of appearance of other political arrangements related to social movements and their struggles for the right to health and human rights.

KEYWORDS: Women. hiv/aids. Public policy. Biopolitics.

1 INTRODUÇÃO

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

[...]

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: [...] 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.**

Os dois enunciados que trago à baila no início desse texto tratam tanto da relação que dez mulheres que vivem com hiv (minhas interlocutoras em uma pesquisa de doutoramento) 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. É mister, então, pensar nas relações (precárias²) entre elas e as políticas que açambarcam suas vidas.

Nesse ínterim, o objetivo desse texto *será problematizar as políticas públicas de saúde nacionais 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 de mulheres que vivem com hiv 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

² 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 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.

em que formam os objetos de que falam, constituem sujeitos e corpos, formas de existência (FOUCAULT, 2017). Além disso, resgato as formas pelas quais os discursos escritos, burocráticos são eficazes e produtivos, embora circulem sem voz ou assinatura (BUTLER, 2019).

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 Foucault 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 de emergência.

2 A GOVERNAMENTALIDADE 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) 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.

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 neste texto, 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 segurança. 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. 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 soberania, a governamentalidade emergiria como característica da modernidade tardia (BUTLER, 2020) e que teria sua gênese no pastorado cristão, como assegura em *Segurança, território, população*.

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.

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 ínterim, 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 contra forças 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 anfibolia 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*.

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 si³. 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 de reatar a tensão inaugural entre *zoé* e *bíos*, 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).

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 biogitimidade, 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.

³ Fassin (2006) destaca que embora Foucault não estivesse preocupado com a política da vida, uma exceção aparece em *Em defesa da sociedade*. Neste ciclo de conferências, 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 *bíos*” (FASSIN, 2006, p. 38-39, tradução minha). Para o autor, assim como Foucault problematizou o poder, seria necessário (re)problematizar o conceito de biopolítica.

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 A POLÍTICA NACIONAL DE HIV/AIDS⁴ E OS DISCURSOS PREVENTIVOS⁵

Em meados dos anos 1980, o *Programa Nacional de Aids* tinha emergência e 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 – 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.

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.

Nesse quadro, os discursos do Programa Nacional de Aids têm sua materialização no documento **Política Nacional de DST/Aids: Princípios e Diretrizes**⁶, do qual me ocuparei nos próximos parágrafos. Como o objetivo de sistematizar as diretrizes que norteiam

⁴ 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. 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).

⁵ 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”.

⁶ 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.

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)

Nesta 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 a direitos e recursos de determinados sujeitos. Lutas, portanto, que como apontaram Seidel 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 (2017), 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 exigiram 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.

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, 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 participaram do 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)

Entretanto, uma das entrevistas, realizada com Virgínia, 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.

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 à 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 feminização⁷ 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 **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 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.

⁷ Necessário pontuar que o termo “feminização” é postulado teoricamente pelos discursos epidemiológicos.

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.

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 agendas⁸ 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, “[...] 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”.

⁸ A fase de definição de “agendas”, caracteriza-se pela percepção de problemas existentes que merecem governamental.

Embora a autora trate das situações públicas que implicam a presença física do corpo, desloco 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* 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 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.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise empreendida nessas páginas tratava de analisar o modo como as políticas públicas que tematizavam o HIV e a AIDS e sua relação com as mulheres produziam e conformavam certos tipos de sujeitos à existência a partir das discursividades expressas em seus documentos.

Antes de encerrar esse texto, é importante resgatar 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). Nestas páginas, 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 artigo 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).

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. Peterson *et al.* (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”.

Noto, por fim, 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 a partir da possibilidade de uma biopolítica menor e, portanto, segundo a ordem também da agência da PVHIV.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

AMUCHÁSTEGUI, A. Procesos Subjetivos de ciudadanía en México: heteronormatividad y salud. In: CÁRCERES, C. F et al. (ed.). *Sexualidad, Estigma y Derechos Humanos – desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Lima: FASPA/UPHC, 2006. p. 209-221

BARROS, S. G. *Política nacional de Aids: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil*. Salvador: Edufba, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Política Nacional de DST/AIDS*, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST*. Edição revisada, 2009.

BRÖCKLING, U.; KRASMANN, S.; LEMKE, T. (ed.). *Governmentality: current issues and future challenges*. New York: Routledge, 2010.

BUTLER, J. *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.

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.

DE MEDEIROS, Patricia Flores; DE FÁTIMA GUARESCHI, Neuza Maria. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v17., n.1, p. 31-48, 2009. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/24327577?seq=1#page_scan_tab_contents.

Acesso em: 08 set. 2018.

FASSIN, Dr. La biopolitique n'est pas une politique de la vie. *Sociologie et sociétés*, v. 38, n, 2, p. 35-48, 2006.

FOUCAULT, M. *O nascimento da biopolítica*. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

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. *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, 2017.

LEMKE, Thomas. Beyond Foucault: From Biopolitics to the Government of Life. In: BRÖCKLING, U.; KRASMANN, S.; LEMKE, T. (ed.). *Governmentality: current issues and future challenges*. New York: Routledge, 2010. p.165- 184

MCLAREN, M.A. *Foucault, feminismo e subjetividade*. São Paulo: Intermeios, 2016.

PARKER, R.; ANGLENTON, P. *Estigma, Discriminação e Aids*. Coleção Abia – Cidadania e Diretos, nº 1. Rio de Janeiro: Abia. 2001
Disponível em <http://www.soropositivo.org/abia/estigma/3.htm>. Acesso em 20 nov 2020

PELÚCIO, Larissa. *Nos nervos, na carne, na pele: uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de aids*. 2007. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

PELÚCIO, L.; MISKOLCI, R. 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.

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.

SEIDEL, G.; VIDAL, L. The implications of 'medical', 'gender in development' and 'culturalist' discourses for HIV/AIDS policy in Africa. In: SHORE, C. WRIGHT, S. *Anthropology of policy: Perspectives on governance and power*, New York: Routledge, 1997. p. 30-51

SHORE, C. WRIGHT, S. *Anthropology of policy: Perspectives on governance and power*, New York: Routledge, 1997.

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.

VIANNA, A.; LACERDA, P.. *Direitos e políticas sexuais no Brasil: o panorama atual*. Rio de Janeiro: CLAM/CEPESC, 2004.

VOLKART, Ana Caroline Czerner. *Igualdade de gênero, urgência humanitária e gestão da vida: a capitalização delas por eles na HeforShe*. 2019. 139 f. 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.



Recebido em 11/09/2022. Aceito em 06/10/2022.