

LETÍCIA GOLDENBERG GIANNECHINI

**IN(TER)VENÇÕES DA PREVENÇÃO A AIDS: PRODUZINDO ÉTICAS E  
SUJEITOS**

PORTO ALEGRE, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

LETÍCIA GOLDENBERG GIANNECHINI

**IN(TER)VENÇÕES DA PREVENÇÃO A AIDS: PRODUZINDO ÉTICAS E  
SUJEITOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Orientadora: Jaqueline Tittoni  
Co-Orientadora: Maria da Graça Corrêa Jacques

PORTO ALEGRE, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

IN(TER)VENÇÕES DA PREVENÇÃO A AIDS: PRODUZINDO ÉTICAS E  
SUJEITOS

Dissertação apresentada à banca examinadora:

---

Profa. Dra. Neuza Maria de Fátima Guareschi

---

Prof. Dr. Fernando Seffner

---

Prof. Dr. Henrique Caetano Nardi

---

Profa. Dra. Jaqueline Tittoni  
Orientadora

---

Profa Dra. Maria Da Graça Corrêa Jacques  
Co-Orientadora

Porto Alegre, 23 de março de 2005.

## DEDICATÓRIA

À minha mãe e meu pai, Freida e José, por terem sempre possibilitado e incentivado a experiência da diferença em nossa família.

## AGRADECIMENTOS

Ao extinto Projeto Multiplicação, e aos queridos colegas que o compunham, pelas batalhas vencidas contra o preconceito e a discriminação. Pelos diversos momentos de reflexão que o campo da prevenção à aids trouxe para minha vida. Ao Ari Pereira Junior por compartilhar suas histórias e, em especial, à Jenny Milner;

Aos diversos companheiros do grupo de pesquisa Estudos Culturais, Identidades/Diferenças e Teorias Contemporâneas, da Faculdade de Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul que, ora de perto, ora mais distantes, estiveram sempre presentes nas discussões desta pesquisa;

À Anita Guazzeli Bernardes por ter me apresentado, com tamanha competência e propriedade, aos estudos de Michel Foucault;

Às professoras Vera Maria Moreira Kude e Helena Scarparo, pelas oportunidades de experimentar diferentes caminhos da pesquisa científica;

Aos professores do Programa de Psicologia Social e Institucional, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelas consistentes problematizações nas salas de aula, pelas leituras dedicadas dos trabalhos e pelas sugestões. Em especial à professora Rosane Neves;

Ao professor Fernando Seffner, pelas imensas contribuições e trocas conseqüentes à defesa do projeto dessa pesquisa;

Ao professor e amigo Henrique Caetano Nardi, pelas discussões, sugestões e constante disponibilidade;

Aos colegas do mestrado, pelo companheirismo. Àquelas que me acompanharam mais de perto e, portanto, compartilharam com mais intensidade das angústias, medos e conquistas desse período de aprendizado, Márcia, Nara e Vanessa;

À querida amiga Tatiana Ramminger, que me mostrou que ainda é possível a construção de relações solidárias, nestes dias cada vez mais individualistas;

Às 'gurias', elas sabem quem são, pela amizade sincera, carinho, e, principalmente, pela lição do convívio com as diferenças;

À Edite, pela escuta e pela esperança de que são possíveis outras formas de fazer psicologia;

Ao Fernando, pela companhia na dura tarefa de reinventar maneiras de se relacionar; também por me ensinar com sua coragem de resistir a formas padronizadas de viver;

Ao Gustavo, irmão de inestimável valor, que nunca deixa de me surpreender com lições de amor pela natureza e respeito incondicional por todos;

À Maria da Graça Jacques, a 'tia Graça', voz que sempre provocou reflexão diante do que parecia natural, desde minha infância até os dias de hoje; pelos incentivos e por me mostrar diferentes caminhos a seguir;

À minha querida grande mestra Neuza Guareschi, por ter me acolhido, pela (im)paciência e pelas grandes lições, não só na pesquisa, mas na vida;

À Jaqueline Tittoni, ou simplesmente Jaque, que me 'adotou' com tamanha garra, bravura e sensibilidade; por demonstrar que é possível produzirmos relações mais simétricas e por me fazer acreditar na potência da insubmissão da liberdade.

## SUMÁRIO

RESUMO .....	
ABSTRACT.....	
MOVIMENTOS NA CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO ou COMO CHEGUEI AO TEMA DA AIDS E À PESQUISA .....	
A aids .....	
A pesquisa .....	
A pesquisa em aids na construção do objeto de estudo .....	
1 APRESENTANDO O CAMPO .....	
2 ÉTICA, SAÚDE E BIOPOLÍTICA: operadores conceituais para a reflexão sobre a aids .....	
3 POLÍTICAS DE SAÚDE: estratégias e práticas de controle e prevenção .....	
4 MODOS DE TRABALHAR DA PESQUISADORA .....	
5 IN(TER)VENÇÕES DA PREVENÇÃO À AIDS .....	
5.1 Grupos de risco e comportamento de risco; vida e morte .....	
5.2 Novos alvos, outros significados .....	
5.3 Sexo seguro e sociedade do risco .....	
5.4 A perspectiva da vulnerabilidade nas diretrizes das políticas de prevenção à aids .....	
CONSIDERAÇÕES SOBRE AS (IN)CERTEZAS .....	
REFERÊNCIAS .....	

## RESUMO

O presente estudo objetivou problematizar as práticas de prevenção à aids, enquanto normatizadoras de experiências, previstas nos materiais das campanhas de prevenção ao HIV/aids propostas pelo Ministério da Saúde, em suas diferentes parcerias, nos anos de 2002 e 2003. Buscamos, nestas práticas, os elementos éticos presentes nas argumentações que indicam que tipos de sujeitos se quer produzir com as reflexões e argumentações propostas nos materiais analisados. Nesse processo, buscamos explicitar os argumentos dessas campanhas que podem levar os sujeitos a refletirem ou não sobre as questões da aids, problematizando, também, as diretrizes que pautam as ações de prevenção nesta área. Para isso, utilizamos como analisadores os conceitos de saúde, ética e biopolítica, em Foucault, sendo o primeiro em intersecção com as discussões de Canguilhem. Foi na perspectiva genealógica de Foucault que nos apoiamos para o entendimento e tratamento das informações contidas nos materiais das campanhas, compostos por folders sobre prevenção à aids e site do Ministério da Saúde destinado a esse tema. A genealogia nos permitiu visualizar, desde o momento atual, como essas campanhas foram construídas, como se produzem associações entre os diferentes significados da aids e as formas de intervenção em termos de políticas públicas, bem como de que maneira as pessoas são incitadas a reconhecerem-se como sujeitos da prevenção à aids. As noções de grupos de risco e de vulnerabilidade aparecem como elementos importantes na produção desta genealogia, de modo a sustentarem diferentes práticas e intervenções na prevenção à aids. Outro aspecto importante da análise indica que a associação entre aids e morte dificulta a prevenção, enquanto a problematização dos modos de viver a sexualidade e as condições de vida incitam uma maior reflexão sobre a aids e seus efeitos. Desta forma, podemos afirmar que as práticas de prevenção produzem-se num campo de (im)possibilidades, onde alguns elementos favorecem a discussão e a prática da prevenção, enquanto outros dificultam a abordagem do tema e acabam por não produzir efetivamente práticas de prevenção.

Palavras-chave: aids; ética; saúde; prevenção; genealogia; vulnerabilidade; grupos de risco

## ABSTRACT

The current study aimed at questioning the HIV prevention practices as experiences categorizer. The research was based on the campaign materials for HIV prevention created by the Health Secretariat with its diverse partnership over the years 2003 and 2004. In these practices, we looked for the ethical elements proposed by the argumentation contained in the analyzed material which points out to the type of subject that is trying to be built with such reasoning and argumentation. Throughout the process, we aimed at bringing about the arguments of these campaigns which can lead the subjects to reason, or not, about the aids matters. We also questioned the inner objectives that rule the prevention activities in this area. Henceforth, we analyzed the health, ethics and bio-politics concepts in Foucault; the first concept was analyzed with an intersection with the discussions of Canguilhem. We used the genealogical perspective of Foucault to understand and work with the campaign materials, composed by folders and the website of the Health Secretariat created for this purpose. The genealogy allowed us to visualize, from the current moment, how these campaigns were built, how they are associated with different meanings of aids and how the intervention practices are made in the terms of public politics as well as how people are impelled to recognize themselves as subjects of aids prevention. The notions of risk groups and vulnerability appear as key elements in the production of this genealogy which sustains different practices and interventions in aids prevention. Another important aspect of the analysis indicates that the association between aids and death makes difficult the prevention, while questioning the sexuality and life conditions leads to a wider reflection on aids and its effects. Thus, we can affirm that the practices of prevention are produced in a field of (im)possibilities in which some elements favors the discussion and the prevention practices while others make difficult the approach of the subject and end up not producing effective prevention practices.

Key Words: aids; ethics; health; prevention; genealogy; vulnerability; risk groups.

## MOVIMENTOS NA CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO ou COMO CHEGUEI AO TEMA DA AIDS E À PESQUISA

### **A aids**

Uma dissertação sobre o tema da aids não aparece por acaso na vida de uma pessoa. O trabalho na área da aids produz questionamentos, angústias, reflexões, medos e, de toda forma, é extremamente gratificante. Certa vez, no encerramento de um curso que eu ministrava, ouvi de uma colega, que trabalha há muitos anos nessa temática: “uma vez que tu pega aids, tu não vive mais sem”. Ela não estava falando de uma forma biológica de contaminação. O enunciado tratava da possibilidade que o trabalho na área da aids tem de ‘contaminar’ o sujeito, de produzir reflexões –entendidas sempre como políticas e comprometidas. No campo da aids, essas reflexões são sustentadas em éticas e normatizações que se utilizam de produções culturais sobre sexualidade –acadêmicas ou não- como dispositivo de controle. Quem trabalha com esta temática é capturado: trabalhadores são militantes e vice-versa.

No dia em que ouvi aquela frase trabalhava em um projeto de prevenção à aids e estava finalizando o primeiro curso de capacitação de multiplicadores em prevenção à aids que coordenava. Era destinado a educadores, homens e mulheres, de escolas públicas de Porto Alegre.

O enunciado de minha colega me fez pensar, na época, sobre como a aids havia ‘me contaminado’. Sobre que condições possibilitaram-me estar trabalhando e problematizando tal temática. Mais tarde essa questão transformou-se em como a aids se tornou, na minha trajetória, objeto de estudo. A essa última questão retornarei depois.

De fato, essas duas questões estão muito próximas uma da outra. Tentando pensar genealogicamente, o trabalho em prevenção à aids surgiu, na minha vida, durante meu período de estágio em Psicologia Comunitária. Aleatoriamente, fui me capacitar para ser uma multiplicadora da informação na prevenção à aids. Não entendia exatamente o que viria, mas tinha vontade de pensar sobre os temas que

me foram propostos naquela ocasião. Além do mais, me instigava a o envolvimento de movimentos sociais com o contexto da aids.

Ao mesmo tempo em que era capacitada para me tornar uma 'multiplicadora', desenvolvi com uma equipe já capacitada um projeto que previa ações de prevenção à aids, fruto de uma parceria entre a Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e o Ministério da Saúde<sup>1</sup>. Produzimos discussões, encontros, escritas e, seis meses depois, iniciávamos nossas atividades no Projeto Multiplicação. Era meu último semestre da graduação.

Isso fez com que eu começasse a problematizar o campo da aids, ao mesmo tempo em que me preparava para as seleções necessárias ao ingresso para o curso de mestrado. A necessidade de produzir uma proposta de projeto de pesquisa foi ao encontro das questões que vinham me instigando nas práticas que exercia como trabalhadora do campo da prevenção à aids. Esse trabalho me fazia refletir sobre como cada sujeito assume para si uma verdade, um padrão, uma forma de pensar o tema da sexualidade e a epidemia da aids. Como esses temas disparavam determinados processos de subjetivação. O gosto pela pesquisa científica era antigo; o gosto pelo tema da aids foi uma descoberta.

### **O gosto pela pesquisa**

Estava envolvida com experiências distintas, fundadas nos pilares da pesquisa científica, de um lado, e da militância em prevenção à aids de outro, mas que viriam a se encontrar mais tarde. Em função da trajetória acadêmica, havia decidido fazer seleção para o curso de mestrado em psicologia social. Descobri alguns caminhos da pesquisa científica no início da graduação, em que trabalhava como monitora da disciplina de Metodologia de Pesquisa em Psicologia.

Mais adiante, enquanto aprendia sobre o que era a psicologia social, fui indicada para trabalhar em um grupo de pesquisa nessa área. A conversa com a coordenadora de tal grupo, professora Neuza Guareschi, foi o primeiro contato com quem se tornaria minha orientadora de iniciação científica durante três anos e mestra por tempo indeterminado.

---

<sup>1</sup> Projeto do Ministério da Saúde, denominado UNIVERSIDAIDS, que preconizava uma parceria entre o ministério e as universidades na implantação de ações de prevenção à aids.

O gosto pela pesquisa, durante os três anos em que fui bolsista, foi sendo apurado, (des)construído, amenizado, acrescido. (Des)ilusões sobre os (des)caminhos da trajetória acadêmica investigativa, gratificações inomináveis provenientes das produções científicas; problematizações, leituras, escritas, e a produção da condição de pesquisadora.

Instigada por essa condição e mobilizada pelas discussões da disciplina de Psicologia Comunitária, trabalhei como auxiliar de pesquisa em uma tese de doutorado sobre a história da Psicologia Comunitária no Rio Grande do Sul, da professora Helena Scarparo. Visita a arquivos e a experiência de construir histórias diferentes da lógica evolucionista e desenvolvimentista no campo da psicologia. Disso, surgiu minha escolha pelo estágio de psicologia comunitária e a idéia de fazer pesquisa científica em psicologia de um modo diferente.

### **A pesquisa em aids na construção do objeto de estudo**

Inicialmente, o projeto de pesquisa para o mestrado tinha a intenção de investigar como as pessoas infectadas pelo vírus da aids, o HIV, produziam modos de trabalhar nas interfaces da sua condição de soropositivos com os processos e disciplinamentos originados da organização do trabalho. A questão era saber como faziam para conciliar as demandas do mundo do trabalho com aquelas que provinham de sua condição de soropositivas.

A partir do ingresso no curso de mestrado em Psicologia Social e Institucional, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, realizei contatos iniciais com os prováveis participantes da pesquisa, quando escutei certa vez de que se sentiam, em muitos momentos, como 'ratinhos de laboratórios' ao participarem de outras pesquisas. Essa escuta, a experiência como multiplicadora da informação em prevenção às aids e as conseqüentes orientações e discussões com os grupos de pesquisa das professoras Maria da Graça Jacques e Jaqueline Tittoni levaram-me a perceber como não só os trabalhadores soropositivos, mas os próprios trabalhadores da prevenção à aids, eram interpelados por semelhantes práticas discursivas –que problematizam modos de viver a sexualidade, de pensar a vida e organizar os riscos. Isto demonstrou para nós que as implicações associadas à epidemia da aids não estavam presentes somente na vida dos trabalhadores soropositivos.

Estas implicações referiam-se a modos de viver a sexualidade, de organizar a vida cotidiana, de trabalhar com as diferenças e indicavam que trabalhar no campo da prevenção à aids instiga diferentes modos de viver e não se esgota na perspectiva de um diagnóstico sorológico. Passamos então a problematizar o quanto as diferentes abordagens em saúde, mais especificamente da prevenção à aids, podem produzir modos de trabalhar e viver entre estes trabalhadores, soropositivos ou não. Com este novo problema de pesquisa, novamente realizei entrevistas preliminares para construção do projeto e melhor delineamento do objeto de estudo.

A partir do aprofundamento das leituras de Michel Foucault e de outras reflexões que se produziam a partir de minhas experiências que continuavam na área da prevenção à aids, o objeto desse estudo foi tomando outros contornos. Deslocamos o foco do trabalhador da prevenção à aids, para as normas e argumentos que fazem funcionar este trabalho. Priorizamos, assim, as regras que tendem a prescrever de que forma deve-se trabalhar neste campo e as maneiras pelas quais certos materiais incitavam a reflexão sobre o exercício da sexualidade, o sexo seguro, o gerenciamento de riscos, entre outros.

O objeto de estudo passou a focar **quais reflexões eram disparadas por esses temas** (exercício da sexualidade, sexo seguro, gerenciamento de riscos) **no contexto das práticas de prevenção à aids, entendendo que estas práticas fazem funcionar relações do sujeito com ele mesmo**. Importante salientar que as normas e regras presentes neste contexto são sempre produzidas histórica e culturalmente e, apesar de constituírem importantes pressões no sentido da submissão, não conseguem aprisionar as experiências, possibilitando transgressões e extrapolando prescrições. Produz-se assim um tensionamento que ora regula condutas, ora produz resistências, a partir das normas que definem as políticas de prevenção à aids.

Nesse ponto, o conceito de ética, desenvolvido por Foucault, auxilia nossa argumentação, uma vez que se sustenta em estratégias de convencimento, códigos morais, relações dos sujeitos com eles próprios; todos pontos de análise que utilizamos na problematização do campo da aids. Este conceito possibilita, ainda, entendermos que a experiência pode extrapolar as normatizações. Assim, o pressuposto deste estudo é de que as experiências vão sendo possíveis de se constituírem a partir de determinadas normas que pautam as ações de prevenção à aids. Essas normas produzem tensões, constituídas, no discurso da prevenção, na

intersecção entre diferentes noções de doença, saúde, intervenção. Para isso, foi importante atentar tanto para a associação dessas práticas com os diferentes significados que a aids foi tendo desde o início da epidemia, quanto para as brechas, rupturas, (des)continuidades produzidas neste contexto.

Para isso, tomamos como objeto de análise os documentos que se referem às ações de prevenção à aids. Foram eles folders e cartazes ilustrativos e informativos quanto à epidemia da aids e as formas de transmissão do vírus HIV. Selecionamos materiais produzidos nos anos de 2002 e 2003<sup>2</sup> por organizações não-governamentais e por órgãos governamentais municipais e estaduais, todos em parceria e/ou com financiamento do Ministério da Saúde. Foram utilizados também materiais do site do Ministério da Saúde, que é destinado especificamente à temática da aids ([www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)), principalmente no que se refere à descrição de diretrizes para as ações de prevenção à aids. Utilizamos a ferramenta genealógica, tal como proposta por Foucault, para, a partir desses materiais, entendermos as lógicas que produzem/produziram a associação de diversos temas relacionados à sexualidade ou ao controle da população, por exemplo, com práticas discursivas da prevenção à aids. Associações caracterizadas por continuidades, rupturas e possibilidades de transgressão às normas presentes em tais documentos.

Os objetivos desta pesquisa foram: identificar a correlação entre os significados de risco e vulnerabilidade e as formas de in(ter)venção no campo da prevenção à aids; explicitar os argumentos de convencimento das campanhas deste campo, que podem levar os sujeitos a se transformarem ou não; e problematizar as diretrizes que pautam as in(ter)venções da prevenção à aids, tais como objetivadas nestas campanhas.

---

<sup>2</sup> Foi durante esses anos que tive acesso contínuo aos materiais, visto minha inserção no Projeto Multiplicação.

## 1 APRESENTANDO O CAMPO

Os estudos sobre a aids, segundo Ayres (1999), iniciaram no início da década de 80, principalmente em centros de investigação epidemiológica, depois dos primeiros casos notificados na França e Estados Unidos. As primeiras estratégias procuraram avaliar fatores de risco que estariam associados à 'nova doença'. O início da epidemia foi marcado pelo desconhecimento em relação aos fatores de infecção e mesmo em relação à caracterização do vírus (AYRES, FRANÇA et al, 1999).

Dois anos depois de seu surgimento foi constatado que a aids possuía uma etiologia viral. O vírus do HIV (human immunodeficiency vírus) foi assim denominado por diminuir a resistência do organismo, oportunizando o aparecimento de doenças ou infecções (DRUCK, 1998). Com isso, foi construída uma diferenciação entre o vírus do HIV e aids, ou seja, a síndrome da imunodeficiência adquirida<sup>3</sup>, caracterizada por uma série de sintomas que a demarcam como síndrome.

Todos os dias, por volta de 14 mil pessoas são infectadas pelo HIV no mundo, sendo que, desde o início da epidemia, 20 milhões de pessoas já faleceram e há estimativas de que cerca de 40 milhões estejam, atualmente, vivendo com HIV/aids (ROCHA, 2003). No Brasil, há aproximadamente 600 mil pessoas vivendo com o HIV. Estima-se que, dessas 600 mil pessoas, cerca de 400 mil não saibam de sua condição sorológica positiva para o HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

No início da epidemia, a aids era citada como problema de determinados grupos de risco, formados pelos homossexuais, usuários de drogas e prostitutas. Segundo Ayres (1998), apesar de que esta primeira classificação pode demonstrar algumas características da epidemia, ela teve conseqüências desastrosas. Com o alastramento da doença, a questão da aids acabava por constituir uma questão de saúde pública. Porém, a denominação destes grupos não reforçava a idéia de que a

---

<sup>3</sup> SIDA seria a sigla em português, mas no Brasil adotou-se a sigla AIDS, proveniente do inglês. De acordo com a assessoria de comunicação do Ministério da Saúde, o uso do termo aids, utilizado dessa forma como substantivo, em letras minúsculas, tornou-se uma convenção para diferenciar termos.

epidemia era realmente uma questão de saúde **pública**, já que ‘outras partes’ da população não eram mencionadas. Foi a partir da mobilização dos movimentos destes grupos chamados “de risco”, que a epidemia passou a ser efetivamente encarada como um problema amplo, buscando evocar toda a população a preocupar-se com a questão (AYRES, 1998).

A consequência destes movimentos foi que a atenção das políticas de prevenção à aids se deslocou para a noção de comportamento de risco, responsabilizando cada indivíduo pelo cuidado em relação à contaminação para o HIV (AYRES, 1998). Novamente, esta forma de normatização passou a ser insuficiente, já que responsabilizava demais os indivíduos, sem levar em conta contextos e relações dos quais fazem parte. Aliada a esta crítica, a reconfiguração da epidemia demonstrava que a aids não era uma doença de grupos de risco, mas estava associada a situações de vulnerabilidade.

Essas reconfigurações diziam de uma feminilização (tabela1), heterossexualização (tabela2) e pauperização da epidemia da aids. Pautadas pelas críticas à responsabilização (e culpabilização) individual e frente a esta ‘outra cara’, as discussões sobre a epidemia da aids passaram a incluir questões mais amplas sobre processos de saúde/doença, acessos a bens de saúde, problematização dos programas de prevenção e atenção ao HIV/aids, entre outras.

Tabela 1 - Feminilização da epidemia

(com base na tabela: *Casos de aids (número e taxa por 100.000 hab), segundo ano de diagnóstico por sexo / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)*

Ano de diagnóstico	No. Casos Masculinos	No. Casos Feminino	Total	Razão M/F
1980	1	0	1	-
1985	533	23	556	23,2
1990	7434	1365	8799	5,4
1995	16794	5990	22784	2,8
2000	18217	10314	28531	1,8
2004	8306	5538	13844	1,5

Tabela 2 - Heterossexualização da epidemia, com base nos dados masculinos da aids (com base na tabela: *Casos de aids (números e percentual) em indivíduos com*

*13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada por sexo e ano de diagnóstico / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)*

Masculino	1980-1992	1995		2000		2002		1980-2004	
	No. Casos	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Homossexual	13093	3090	19,1	2789	17,0	2341	16,6	45861	12,9
Heterossexual	4844	3336	20,6	5684	34,7	5430	38,6	56082	15,7

Os dados da aids em 2003 demonstram uma tendência à estabilização da incidência apenas entre os homens, registrando 22,6 casos por 100 mil homens, menor do que a observada em 1998, de 26,3 por 100 mil. Entretanto, observa-se ainda o crescimento da incidência em mulheres, tendo sido observada a maior taxa de incidência em 2003: 14 casos por 100 mil mulheres. Os casos masculinos devido à transmissão pelo uso de drogas injetáveis continuam a decrescer. As contaminações entre homo/bissexuais mantiveram-se estabilizadas em cerca de 26%, e aqueles casos devido à transmissão heterossexual continuam com tendência crescente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

A doença vem atingindo, também, de maneira importante, os indivíduos com menor escolaridade, principalmente as mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a). Podemos associar aqui a baixa escolaridade com a situação de pobreza, o que demonstra a pauperização da epidemia.

Neste panorama, segundo Rocha (2003), visualiza-se que, depois de 20 anos das primeiras notificações de casos no Brasil, ainda percebe-se um crescimento da epidemia nas populações carentes, que atinge cada vez mais as mulheres. Apesar de que, desde o início da epidemia, foi constatada uma desaceleração da mesma, ela continua crescendo. Em algumas regiões a falta de acesso a políticas sociais agrava ainda mais a situação (ROCHA, 2003). Isso reforça a perspectiva da vulnerabilidade, que introduz discussões sobre fatores pessoais, individuais e programáticos no combate à epidemia.

Ainda assim, o Brasil é tomado como modelo por possuir um programa que tem dado boas respostas à epidemia (ROCHA, 2003). Porém, segundo a autora, o fato de que estes programas são produzidos no Brasil em um contexto neoliberal, tomado por privatizações, pode comprometer a sustentabilidade dessas ações. O acesso universal aos medicamentos que possibilita o tratamento para portadores do HIV gratuitamente, por exemplo, ainda enfrenta problemas de adesão, já que “em

muitas regiões o fato de as pessoas não terem o que comer deixa-as impossibilitadas de darem uma boa resposta terapêutica” (ROCHA, 2003, p. 37).

Nesse sentido, a epidemia da aids, segundo Parker (2000), está prosperando principalmente no que se refere aos espaços mais marginalizados, caracterizados por diversas formas de violência estrutural, como a pobreza, o racismo, desigualdades de gênero e opressão sexual: “É neste contexto que a epidemia de HIV/AIDS hoje prospera e cresce, em grande medida despercebida – não porque seria impossível vê-la, mas porque nossa sociedade deixa de olhá-la” (PARKER, 2000, p. 9).

Para Parker (2000), a intervenção em saúde pública, principalmente em relação ao HIV e à aids, “nunca é somente um processo técnico, mas, muito pelo contrário, sempre uma ação política” que envolve uma “luta mais abrangente em busca de justiça social e econômica, da igualdade entre mulheres e homens, dos direitos sexuais... enfim, uma luta em busca de um mundo no qual a vida valha a pena ser vivida, por estar baseada acima de tudo nos princípios da solidariedade” (p. 11). Contudo, conforme o autor, uma vez que a regulação da sexualidade por parte do Estado está incluída nos movimentos de saúde pública, ainda mantém-se as noções de doença e saúde característica das políticas de saúde dominadas por médicos e cientistas de classes socialmente poderosas (PARKER, 2000).

## 2 ÉTICA, SAÚDE E BIOPOLÍTICA: OPERADORES CONCEITUAIS PARA A REFLEXÃO SOBRE A AIDS

Neste trabalho a noção de saúde não é sinônimo da ausência de sintomas, ou seja, não entendemos saúde como oposição à doença. Também não buscamos identificar uma série de prescrições que devem ser preenchidas para qualificar algo como saudável. Isso quer dizer que nosso entendimento sobre saúde não está centrado em alguma forma prescrita de comportamento, em que são listadas condutas a serem seguidas, ou formas mais corretas do que outras de agir. Isto é bastante importante, porque ao trabalharmos com as argumentações propostas pelas normas dos programas e campanhas de prevenção à aids, a saúde aparece como forma de lidar com essas argumentações, ou seja, como modos de pensar sobre elas e aceitá-las, rejeitá-las, questioná-las. Esses movimentos fazem parte do processo de produção de diferentes sujeitos que são atravessados pelas discussões do campo da aids.

Assim, buscamos fugir da lógica da construção de diagnósticos, que implicam na classificação de comportamentos esperados e desviantes. Essa questão é central no caso da aids, já que, ao ser tomada como doença e, portanto, como questão de saúde pública, são formuladas uma série de normatizações quanto a comportamentos e práticas sexuais. Foi pautada nessa lógica classificatória, e nesta visão de saúde, que, no início da epidemia, foram instaurados os denominados grupos de risco. Esses grupos estavam associados a comportamentos “fora” da norma, e constituíram, naquele momento, o lugar da aids enquanto doença -pautada nos dados epidemiológicos e diagnósticos- associando aids, doença e morte.

Essa associação, alicerçada nos dados epidemiológicos, reforçou a lógica de estabelecer comportamentos sexuais normais e desviantes. Isso porque legitimava determinados comportamentos como promíscuos – uso de drogas injetáveis, homossexualidade, prostituição - eram os responsáveis pela contaminação e, portanto, instaurados como os culpados pelas contaminações.

O avanço da medicação, com a conseqüente melhoria da qualidade de vida dos portadores do HIV, e a mobilização dos movimentos sociais dos GLS, foram

produzindo quebras nas associações entre aids e morte. Assim também potencializou-se a desconstrução das categorizações que nomeavam comportamentos normais e desviantes. Os homossexuais, por exemplo, não deixaram de ser homossexuais, mas continuaram a viver com HIV, potencializando as resistências a essas classificações e à associação aids/morte.

Podemos visualizar uma noção de saúde das perspectivas atuais de prevenção à aids, que procura problematizar esta lógica normativa de impor formas de comportamento. Esta idéia se sustenta nas possibilidades que cada sujeito possui de lidar com as argumentações presentes nas normas estabelecidas. O conceito de saúde de Canguilhem (1995, p. 163) explicita esta relação dos sujeitos com as normas: “a saúde é uma maneira de abordar a experiência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais”.

Essa outra perspectiva de saúde instaura a necessidade de discussão e problematização de diversos temas como formas de viver a sexualidade, problemas das desigualdades sociais, econômicas, de gênero, no campo de in(ter)venção da prevenção à aids, funcionando como dispositivo, ou seja, como

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (FOUCAULT, 2001c p. 244).

É a partir dessa compreensão de saúde que elaboramos uma relação com a perspectiva da ética, em Foucault. Foucault (1995b) faz um apanhado de como a ética era entendida entre os gregos, mostrando que a preocupação naquela sociedade estava direcionada à conduta moral, à ética, enquanto relações consigo mesmos e com os outros, mais do que com os problemas religiosos. Além disso, a ética não estava relacionada a nenhum sistema social institucional ou legal, mas o objetivo era constituir uma estética da existência. Uma estética centrada no problema de escolha pessoal. É a partir dessa idéia que desenvolve sua argumentação sobre a ética, enquanto estética da existência, ou seja, enquanto possibilidade de criação de si mesmo (FOUCAULT, 1995b).

Essa relação consigo, da produção de éticas, é colocada a partir de quatro dimensões. A primeira diz respeito à **substância ética**, que diz dos aspectos, dos comportamentos dos sujeitos relacionados à conduta moral. Na ética grega, por

exemplo, a substância ética estava menos relacionada ao desejo dos homens pelos rapazes, como no cristianismo, e mais no ato que aquele desejo implicaria (FOUCAULT, 1995b). No caso da aids, as primeiras formas de intervenção baseavam-se mais na culpabilização do desejo homossexual, ou do uso de drogas injetáveis, por exemplo, do que de que forma seriam exercidas tais práticas. A preocupação estava vinculada a um valor moral, construído inclusive com bases científicas (como veremos no próximo capítulo), que determinavam quais eram os comportamentos desviantes. Nas atuais perspectivas, vemos uma aproximação a esta ética grega, caracterizadas pela argumentação que estimula o uso do preservativo e seringas descartáveis, mais do que coloca juízo de valor acerca de tais ou quais práticas.

O segundo aspecto da ética está relacionado aos **modos de sujeição**, “isto é, a maneira pela qual as pessoas são chamadas ou incitadas a reconhecer suas obrigações morais” (FOUCAULT, 1995b, p. 264). Podemos compreender aqui de que argumentos são construídos para que os sujeitos tomem determinadas normas e argumentações produzidas nas práticas de prevenção à aids enquanto suas (a problematização destes argumentos está no capítulo 5).

A terceira dimensão da discussão da ética situa-se nos meios utilizados para que possamos nos modificar e nos tornarmos **sujeitos éticos**. Aqui entra toda uma elaboração que faz com que nos comportemos de modo ético. Este ponto é constituído pelas práticas, e/ou tecnologias de si (FOUCAULT, 1995b). Nestas tecnologias, “o sujeito constitui o ponto de intersecção dos atos que necessitam estar submetidos às regras, e, precisamente, a regras que definem a maneira como se deve agir” (FOUCAULT, 1999b, p. 459). Foucault coloca que as tecnologias de si fazem parte de um conjunto de diferentes tecnologias que se interrelacionam, composto também pelas técnicas de produção, técnicas de sistemas de signos e técnicas de poder, utilizadas pelos homens na compreensão do que são (FOUCAULT, 1999b).

Podemos evocar, aqui, a noção de experiência descrita por Ortega (1999), e que relaciona os domínios de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade, entendendo-a como “algo do qual se sai transformado. A experiência constitui uma práxis espiritual ou ascética, ou seja, as transformações que deve experimentar o sujeito para alcançar outra forma de ser” (ORTEGA, 1999, p. 43). Ainda que este não seja o objeto desta pesquisa, essa questão poderia ser ilustrada

pelas reflexões produzidas pelos argumentos das normatizações e campanhas de prevenção à aids, nos sujeitos atravessados por essas práticas discursivas.

O quarto e último aspecto da questão ética em Foucault (1995b, p. 265), diz do “tipo que aspiramos ser quando nos comportamos de acordo com a moral”. A noção de **ética** diz respeito a reflexões sobre os atos, que produzem um “tipo de relação que se deve ter consigo mesmo, *rappor à soi*, que eu chamo ética e que determina a maneira pela qual o indivíduo deve se constituir a si mesmo como o sujeito moral de suas próprias ações” (FOUCAULT, 2001, p. 263). A ética é tomada como prática refletida da liberdade, ou seja, como forma de o sujeito exercer sobre si mesmo uma elaboração, transformação, a fim de atingir outro modo de ser. Essa prática de si, porém, não é algo do indivíduo, mas “são esquemas que ele encontra em sua cultura e que lhe são propostos, sugeridos, impostos por sua cultura, sua sociedade e seu grupo social” (FOUCAULT, 2003, p. 276).

A relação entre saúde e ética, neste trabalho, traduz a possibilidade de os sujeitos produzirem experiências para além das normatizações, constituindo, portanto, diferentes processos de subjetivação. O conceito de processos de subjetivação busca pensar nos processos que envolvem os modos como os sujeitos se reconhecem nos jogos de verdade, neste caso, a normatização das práticas em prevenção à aids, podendo ser definido como “a maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade, no qual ele se relaciona consigo mesmo” (FOUCAULT, 2003b, p. 236). Silva (2003) refere-se ao conceito de processo de subjetivação como o:

modo pelo qual se constituem determinadas formas de relação consigo e com o mundo em um contexto histórico específico. Cada formação histórica produz, portanto, uma experiência subjetiva singular definindo nossos modos de pensar, agir e sentir (SILVA, 2003, p. 35).

Foucault (1995) considerou três modos de objetivação que transformam os seres humanos em sujeitos: a objetivação do sujeito no discurso; a objetivação do sujeito nas práticas divisoras, que dividem o sujeito no seu interior e em relação aos outros: o louco e o são, o doente e o sadio, os criminosos e os bons; e, finalmente, o modo pelo qual o ser humano reconhece-se como sujeito (subjetivação).

Esta produção de sujeitos se dá em jogos de verdade, que são instituídos de poder e que produzem visibilidades e invisibilidades, podendo se tornar regimes de verdade. Estes últimos, por sua vez, são entendidos como uma “política geral’ de

verdade; isto é o tipo de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros (...)" (FOUCAULT, 2001c, p. 12).

Poder entendido como produtivo, ou seja, como força que "sempre já está lá e constitui até o que se tenta lhe opor" (FOUCAULT, 2001, p. 80). Na visão foucaultiana, que sustenta nossa argumentação, o poder é móvel e capilar, espalhado por todo o tecido social, produzindo relações desiguais. Este poder não é absoluto, e, uma vez que se sustenta em relações desiguais, produz resistências. Cabe aqui ressaltar que o exercício do poder se dá entre homens livres, ou seja, são ações que se exercem sobre ações possíveis. Assim, "quando definimos o exercício do poder como um modo de ação sobre as ações dos outros, quando as caracterizamos pelo 'governo' dos homens, uns pelos outros – no sentido mais extenso da palavra, incluímos um elemento importante: a liberdade". A liberdade aparece como condição de existência do poder, sendo assim "a relação de poder e a insubmissão da liberdade não podem, então, ser separadas" (FOUCAULT, 1995, p. 244). Há sempre possibilidades de escape, de resistências, que são inerentes ao jogo de poder. Essas, por sua vez, são

distribuídas de modo irregular: os pontos, os nós, os focos de resistência disseminam-se com mais ou menos densidade no tempo e no espaço, às vezes provocando o levante de grupos ou indivíduos de maneira definitiva, inflamando certos pontos do corpo, certos momentos da vida, certos tipos de comportamento. (FOUCAULT, 2001, p. 92)

As diretrizes para as intervenções em prevenção à aids procuram normatizar as ações nesta área. Porém, ao tomarmos o conceito de resistências, podemos entender estas diretrizes também como condição de possibilidade para reflexões que levem a uma transformação dos sujeitos que se pautam nestas normas. Se entendido dessa forma, podemos considerar essas práticas de prevenção à aids como condições de possibilidades de experiências. Ao tomarmos como pano de fundo a discussão sobre a ética, como prática reflexiva da liberdade, entendemos que a experiência pode extrapolar as normas destas práticas. Sendo assim, tomamos essas práticas como algo que atravessa o sujeito e que pode produzir diferentes formas de subjetivação.

Ao considerarmos as estratégias de resistências constitutivas da noção de poder, podemos pensar em formas de resistência as normatizações vigentes, que

podem emergir a partir de princípios éticos presentes nas práticas de prevenção. O intercruzamento dessas fronteiras -entre as práticas de prevenção, a ética e a estética- pode permitir aberturas, ou mesmo resistências, na direção da produção de formas criativas de in(ter)venções na vida, como 'artes da existência':

Deve-se entender, com isso, práticas refletidas e voluntárias através das quais os homens não somente se fixam regras de conduta, como também procuram se transformar, modificar-se em seu ser singular e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e responda a certos critérios de estilo (Foucault, 2001b, p.15).

Assim, o modo como estão organizadas as políticas de prevenção à aids, pode operar como disparador de reflexões sobre os modos de vida de quem se defronta com essa temática. Isso pode se dar de diversas formas, dependendo das questões suscitadas por essas práticas. Se, por um lado, temos as linhas higienistas que embasam algumas intervenções na área da prevenção, há, por outro, a tentativa de construir estratégias de prevenção que busquem ampliar as discussões, por exemplo sobre saúde, para produzirem problematizações sobre os modos de viver. Deste modo, passa-se a entender saúde não só como ausência de doenças, mas como forma de produzir a vida cotidianamente.

São justamente estas problematizações que expressam a discussão sobre a ética neste campo discursivo. Para Foucault, existem tecnologias produzidas a partir de diferentes campos de discurso, como, por exemplo, os discursos médico e psicológico. Estes trazem consigo critérios que definem e legitimam certos modos de viver. No caso das cardiopatias, por exemplo, há uma série de prescrições feitas após o diagnóstico, e que indicam não só medicamentos a serem ingeridos, como também tipos de alimentação e exercícios recomendados, instaurando outras formas de viver. Ou seja, as mesmas verdades que estes campos de saber/poder produzem para separar o sujeito são do insano, regulam também os modos de vida e os modos como o sujeito reconhece a si próprio como saudável, doente, normal, anormal. Cabe ressaltar que, para além das regras e dos modos de regulação, a ética é entendida como uma experiência de reflexão. É justamente por ser experiência de reflexão que trabalhamos com as normatizações afim de visualizarmos as argumentações produzidas por estas normas, que levam os sujeitos a segui-las ou não, e que impliquem os modos como estas regras são moduladas nas experiências particulares.

Os discursos médico e psicológico sustentam, também, formas de regulação da vida pautadas, por exemplo, na definição de saúde como ausência de doença, normalidade em oposição à anormalidade, demonstrando algumas das concepções de saúde, pautadas no que Foucault designou como práticas divisórias. Podemos pensar na forma como se exercem essas práticas, evocando uma forma específica de exercício de poder centrada na regulação da vida, denominado por Foucault de “biopoder”. As estratégias de biopoder não capturam apenas o doente, mas toda e qualquer forma de viver. Instauram um poder político capaz de gerir a vida de cada indivíduo -produzindo formas de auto-reconhecimento- ao mesmo tempo em que gerem a vida de uma população.

Este biopoder incidirá através de dois pólos que compõe o corpo biopolítico: o corpo-máquina e o corpo-espécie. O primeiro, corpo-máquina, está associado às técnicas de adestramento e de controle, produzidas a partir das disciplinas. Já o corpo-espécie diz respeito à mecânica do ser vivo, das questões biológicas, e das características populacionais. Estes dois pólos se constituem mutuamente e vão sendo transformados a medida em que um vai incidindo no outro (FOUCAULT, 2001).

Foucault (2001), ao tratar do nascimento da medicina social, no contexto do surgimento do capitalismo, traz o corpo enquanto o primeiro objeto do discurso desse campo de saberes:

O capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. [...] A medicina é uma estratégia bio-política (FOUCAULT, 2001, p. 80).

Essa estratégia estava baseada na idéia de classificação da população, através de levantamentos epidemiológicos e na normalização da própria prática e saberes médicos: “antes de aplicar a noção de normal ao doente, se começa a aplicá-la ao médico” (FOUCAULT, 2001, p. 83). Em meio ao crescimento dos grandes centros urbanos, de sua população e sua pobreza, a medicina tomava importância na medida em que era “um poder político capaz de esquadrihar esta população urbana”, para controlar, entre outras coisas, as epidemias urbanas (FOUCAULT, 2001, p. 86). Nesse contexto se deu a passagem para uma medicina científica, produtora de saberes vinculados a idéia de salubridade, ou seja, do meio e dos elementos que possibilitam a melhor saúde possível, assim como a noção de

higiene pública. Passa-se então, a investir na vida, e não na morte, em suas formas anatômicas e biológicas, individuais e específicas (FOUCAULT, 2001).

Ao pensar nas tecnologias produzidas como formas de exercício desse tipo de poder, o biopoder, Foucault (2001) toma como exemplo as práticas de confissão. Nessa tecnologia, a sexualidade e o discurso médico, inscrito na prática psicológica e psicanalítica, estão associados. Ao discutir a apropriação da sexualidade pelo discurso médico, o autor coloca que “a tecnologia do sexo, basicamente, vai-se ordenar a partir desse momento, em torno da instituição médica, da exigência de normalidade e, ao invés da questão da morte e do castigo eterno, do problema da vida e da doença” (FOUCAULT, 2001, p. 111). Ou seja, passa-se a investir na sexualidade “ao mesmo tempo, como objeto de análise e alvo de intervenção” (FOUCAULT, 2001, p. 29). O sexo, tão fortemente marcado enquanto segredo, um não-dito, torna-se objeto de escuta, na medida em que deve ser normatizado: “cumprir falar do sexo como de uma coisa que não se deve simplesmente condenar ou tolerar mas gerir, inserir em sistemas de utilidade, regular para o bem de todos, fazer funcionar segundo um padrão ótimo. O sexo não se julga apenas, administra-se” (FOUCAULT, 2001, p. 27). A confissão, aqui, aparece como forma de controlar algo que é do privado, e utilizada ela própria como produtora de saúde.

A aids, neste caso, catalisou a necessidade de que se falasse sobre diversas questões relacionadas ao sexo, como forma de produzir normatizações e controle. A associação entre o sexo e a doença, produz a justificativa para tal forma de confissão e controle. Sendo assim a confissão, principalmente no que diz respeito ao sexo, se constitui enquanto uma tecnologia de biopoder, descrita como um

ritual que se desenrola numa relação de poder, pois não se confessa sem a presença ao menos virtual de um parceiro, que não é simplesmente o interlocutor, mas a instância que requer a confissão, impõe-na, avalia-a e intervém para julgar, punir, perdoar, consolar, reconciliar (...) (FOUCAULT, 2001, p. 61).

A biopolítica, assim, funciona como forma de organizar estratégias que mantenham o controle social, incidindo nos corpos tanto na sua dimensão individual, como em função de sua característica de espécie. É nessa perspectiva que as políticas sociais assumem o papel de constituir diferentes estratégias que produzam esse controle.

### 3 POLÍTICAS DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS E PRÁTICAS DE CONTROLE E PREVENÇÃO

A saúde pública tem como base a medicina moderna do final do séc. XVIII que, sob o véu da cientificidade, legitimou a crescente medicalização do espaço social, ancorada na polícia médica e na medicina social (MACHADO, 1978). Sua principal estratégia é combater as epidemias e endemias, esquadrihando e controlando o espaço urbano com dispositivos sanitários, produzindo saberes vinculados à idéia de salubridade e higiene pública (FOUCAULT, 2001).

Com a constituição da sociedade industrial, e o conseqüente investimento nas condições coletivas de saúde, produziu-se o entendimento de que a saúde dos indivíduos dependia do controle sanitário do espaço social. Nesse sentido, as epidemias emergiram como campo privilegiado de medicalização deste espaço, via normatização e naturalização das práticas sanitárias, elaboradas pelo discurso da medicina (BIRMAN, 1991).

Neste contexto, em que cresciam as descobertas biológicas, o conhecimento produzido na área da saúde pública tornava-se cada vez mais universalizante, e excluía cada vez mais a dimensão política das práticas de controle da sociedade. “Enfim, a saúde pública encontrou definitivamente seu solo fundador na biologia, perdendo assim qualquer medida que relativizasse seus dispositivos e que permitisse considerar a especificidade social das comunidades sobre as quais incide” (BIRMAN, 1991, p. 9).

Com a emergência deste campo denominado de saúde pública, foram produzidas estratégias que efetivassem o controle da sociedade. Entendendo política como um jogo estratégico que organiza e promove determinada ordem social, ao falarmos sobre as questões de saúde, nos referimos às políticas públicas de saúde. Essas políticas, tomadas como meios de efetivar determinadas ações, passam a regular a vida da população, por meio do exercício de biopoder.

Porém, estas políticas não são homogêneas e são constituídas por diferentes enunciados, que agilizam diferentes tecnologias e métodos para alcançar certos resultados esperados. Na área da prevenção à aids, por exemplo, são produzidos

diversos materiais, como folders, cartazes, oficinas de sensibilização, que têm por objetivo chamar a população a pensar sobre a epidemia e produzir mudanças de atitude em relação ao problema – como o estímulo à adoção do sexo seguro ou o uso de seringas descartáveis, por exemplo.

Nesse sentido as políticas de saúde, aqui especificamente as de prevenção à aids, se configuram como uma forma de governo, uma forma de conduzir condutas. Segundo Foucault (1995), o termo governo, tal qual utilizado no século XVI “não se referia apenas às estruturas políticas e à gestão dos Estados; mas designava a maneira de dirigir a conduta dos indivíduos ou dos grupos: governo das crianças, das almas, das comunidades, das famílias, dos doentes” (FOUCAULT, 1995, p. 244). Sendo assim, as políticas de saúde tendem a normatizar a conduta dos indivíduos, ao mesmo tempo em que determinam como toda uma população devem comportar-se.

No caso em estudo, a idéia da normatização se constitui com o objetivo final de que as pessoas utilizem o preservativo em suas relações sexuais, seringas descartáveis no caso do uso de drogas injetáveis e evitem a transmissão materno-infantil. Para além desses objetivos, são também estimuladas pelas diretrizes das ações de prevenção à aids, discussões que explicitem fatores mais amplos, como a pobreza e as relações desiguais de gênero. A discussão desses fatores ilustra a necessidade de argumentação para que as condutas propostas sejam colocadas em prática e demonstram a fragilidade e a heterogeneidade das questões que envolvem o campo da prevenção à aids.

Nesse sentido, e voltando à idéia de saúde pública, é importante destacar o quanto este grande campo de problematizações –denominado saúde pública- é heterogêneo, se constituindo enquanto um campo de lutas, em que estão incluídas, por exemplo, diferentes formas de pensar a saúde e as estratégias de ação. O campo da saúde coletiva, segundo Birman (1991), se constituiu por uma crítica ao saber médico que tende justamente a desnaturalizá-lo e desuniversalizá-lo. A noção de saúde produzida nesse campo leva em conta aspectos simbólicos, culturais, estéticos e religiosos, demonstrando que as questões de saúde não envolvem apenas o registro biológico. Nesta perspectiva, retira-se o Estado como “instância única na gestão do poder e dos valores, e se reconhece o poder instituinte da vida social, nos seus vários planos e instituições” (BIRMAN, 1991, p. 10).

Assim como no campo da saúde pública/coletiva são produzidas lutas, em que diferentes sentidos brigam por visibilidade e legitimidade. Entre as políticas de saúde isso também é verdadeiro. Ao analisarmos as perspectivas de prevenção à aids, desde o início da epidemia, visualizamos diferentes formas de trabalhar com o tema, que conduzem ora ao reforço umas das outras, ora à contradição. Para ilustrar este aspecto, utilizamos o caso de uma escola que, ao fazer uma campanha contra gravidez na adolescência e aids, distribuiu preservativos grampeados à folha que trazia informações sobre como prevenir-se. Se, por um lado, deu visibilidade a tal tema, por outro inutilizou o material (as camisinhas) que daria suporte ao efeito desejado da campanha.

As discontinuidades também aparecem se tomarmos as diferentes diretrizes para intervenção, contidas no site do Ministério da Saúde. Há, neste material, o registro da necessidade de uma contextualização da vida das pessoas que serão ‘alvo’ da prevenção à aids, pressionando para que se pense em estratégias específicas para cada contexto de ação. Ao mesmo tempo, e lançando mão de instrumentos epidemiológicos, existe toda uma descrição de populações mais vulneráveis que definidas por classificações –entre elas, usuários de drogas injetáveis, população carcerária, homens que fazem sexo com homens.

As estratégias de classificação são utilizadas, então, como forma de produção de práticas divisórias e de exclusão. No Brasil, isso aparece de forma bastante explícita na perspectiva higienista, caracterizada pela Liga Brasileira de Higiene Mental fundada em 1923, tendo sugerido, inicialmente, a idéia de aperfeiçoar a assistência aos doentes. Porém, a partir de 1926, os projetos passaram a visar a prevenção, a partir da perspectiva da eugenia e da educação moral dos indivíduos. Nesse deslocamento, “o alvo de cuidados psiquiátricos passou a ser o indivíduo normal e não o doente. O que interessava era a prevenção e não a cura” (COSTA, 1980, p. 28).

Esta prática de prevenção baseava-se na noção de eugenia; “termo inventado pelo fisiologista Galton para designar o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física quanto mentalmente” (COSTA, 1980, p. 30). Foi a partir dessa idéia de preservação da raça, que se buscou afastar os chamados anormais da possibilidade de reprodução, de forma a “prescrever e esterilizar alienados delinquentes, degenerados alcoólicos inveterados, quer como penalidade, quer como

prophylactico” (COSTA, 1980, p. 36). O conceito de eugenia, uma vez forjado no campo científico, definia esses grupos como doentes, e a sua extinção como o tratamento necessário.

O trabalho em prevenção ao HIV/aids, embora seja mais recente – delimita-se o início da epidemia entre o fim dos anos 1970 e o início dos anos 1980 – se caracterizou inicialmente por uma lógica que remontava explicitamente a essas campanhas sanitárias do início do século. As políticas de prevenção à aids, naquele momento, se sustentavam basicamente no discurso sanitário e preventivista da saúde pública, alicerçado em diversas formas de prevenção. Lancetti (1989) caracteriza esses discursos: “às vezes purificando o espaço urbano, outras salvando almas, outras normatizando práticas familiares, corporais e de trabalho”, que, por vezes, englobam todas elas (LANCETTI, 1989, p. 80).

Atualmente, muitas intervenções baseiam-se na produção de reflexões e sensibilização acerca da temática da aids. As diretrizes pautam-se em uma visão de que as ações de prevenção podem criar outras normas, e, quem sabe, instaurar outros modos de viver. Isso porque pensar a questão da aids implica em questionar uma série de valores e estigmas, como a lógica do certo e errado nas condutas sexuais, ou das relações de submissão entre homens e mulheres.

#### 4 MODOS DE TRABALHAR DA PESQUISADORA

A definição dos modos de trabalhar e pesquisar deste estudo está calcada em uma lógica diferente da evolucionista e desenvolvimentista (FOUCAULT, 2004). A partir do objetivo de explicitar as normatizações do trabalho em prevenção à aids e suas diretrizes, buscamos dar visibilidade às noções de descontinuidade, regularidade, emergência, presentes nas práticas discursivas que tratam da temática da aids. Para isso, utilizamos como sustentação de nossa argumentação a perspectiva genealógica, de Foucault, na definição dos modos como foram escolhidos e analisados os materiais nesta pesquisa. A noção de descontinuidade, conforme o próprio autor indica, formula o instrumento e o objeto de nossa análise (FOUCAULT, 2004).

A perspectiva da genealogia introduz uma tensão no campo da história, do modo como a comumente concebemos. Tensão que produz rupturas na lógica da linearidade, do desenvolvimento e da comensurabilidade que marcaram tão intensamente a ciência na modernidade. Lógica essa que permite “reagrupar uma sucessão de acontecimentos dispersos [e] relacioná-los a um único e mesmo princípio organizador” (FOUCAULT, 1995, p. 24). A perspectiva genealógica ilumina, na discussão da historicidade, não só as regularidades, mas as rupturas produzidas por determinados contextos de resistência/dominação, de modo à “libertar-se de todo de um jogo de noções que diversificam, cada uma à sua maneira, o tema da continuidade” (FOUCAULT, 1995, p. 23).

A “história efetiva”, como denominou Foucault (2001c) essa história cheia de lutas e (in)visibilidades, rompe com a relação causal, de origem: “O que se encontra no começo histórico das coisas não é a identidade ainda preservada da origem – é a discórdia entre as coisas, é o disparate.” (FOUCAULT, 2001c, p. 18). Isto demonstra o quanto esta história é composta por campos de lutas, por combates por dominação, por modos de sujeição. Ao mesmo tempo, explicita também o quanto existe nesta “história efetiva” a possibilidade de resistências, de invenção e (des)construção de sentidos fixados e cristalizados.

O autor entende a História como a disciplina que tem se ocupado em registrar a “verdade” dos fatos, o que “realmente” aconteceu em períodos passados. Apesar de tomar a perspectiva histórica como referência, ao contrário, a intenção da pesquisa genealógica é produzir rupturas na racionalidade científica moderna, começando pelo questionamento do que é a “verdade”. Foucault problematiza a verdade, mostrando como ela é produzida, reafirmando que cada época determina o que pode ser dito e pensado a partir dos regimes de verdade, que adquirem legitimidade social, sustentando uma determinada forma de dominação (NARDI, 2002).

Para os gregos, na Antigüidade, a questão filosófica – como ter acesso à verdade? - e a prática da espiritualidade – que transformações são necessárias em si mesmo para ter acesso à verdade? – eram questões que pertenciam ao mesmo registro e que não podiam ser tratadas em separado. Já o modelo cartesiano passou a postular que a ciência é a única forma de acesso à verdade, não havendo mais a necessidade de transformar-se para merecê-la (FOUCAULT, 1999c).

Rompendo com a noção de linearidade e de verdades absolutas, Foucault compartilha com Nietzsche da necessidade de se pensar genealogicamente. “Lá onde a alma pretende se unificar, lá onde o Eu inventa para si uma identidade ou uma coerência, o genealogista parte em busca do começo” (FOUCAULT, 2001c, p. 20). Nesta filosofia<sup>4</sup>, Foucault invoca a noção de proveniência como uma ruptura em relação à noção de origem. Assim, o próprio corpo se ‘dissolve’, assim como a história evolutiva, e passa a ser um “volume em perpétua pulverização” (FOUCAULT, 2001c, p. 22). Essa ‘pulverização’ provoca uma necessidade de problematização constante de nosso objeto de estudo para que “nos inquietemos diante de certos recortes ou agrupamentos que já nos são familiares” (FOUCAULT, 1995, p. 24). Segundo Foucault (1999, p. 403) é “preciso rechaçar uma determinada teoria a priori do sujeito para poder efetuar esta análise das relações que podem existir entre a constituição do sujeito ou das diferentes formas de sujeito e os jogos de verdade, as práticas de poder, etc.”<sup>5</sup>. Ou seja, é preciso compreender que éticas são produzidas a partir de “determinadas estratégias de produção de conhecimento (paradigmas) que expressam determinados valores que orientam nossos modos de existência” (SILVA, 2003, p. 36).

---

<sup>4</sup> a filosofia, como coloca Deleuze (1992) “é tentar inventar ou criar conceitos” (p. 37)

<sup>5</sup> Tradução nossa

Para Foucault (1995), devemos entender a genealogia como a possibilidade de constituir um saber histórico das lutas, ativando os saberes locais, descontínuos, desqualificados e não legitimados, contra os efeitos de poder centralizadores ligados à instituição de um único discurso. O discurso científico, por exemplo, cumpre este papel na atualidade, ordenando e hierarquizando os demais saberes em nome de um conhecimento “mais” verdadeiro e legítimo que os outros.

É preciso estar pronto para acolher cada momento do discurso em sua irrupção de acontecimentos, nessa pontualidade em que aparece e nessa dispersão temporal que lhe permite ser repetido, sabido, esquecido, transformado, apagado até nos menores traços, escondido bem longe de todos os olhares, na poeira dos livros. Não é preciso remeter o discurso à longínqua presença da origem; é preciso tratá-lo no jogo de sua instância. (FOUCAULT, 1995, p. 28)

Na análise genealógica, o conhecimento é “invenção” e a verdade, assim como o sujeito, é uma construção histórica. Em contrapartida, a ambição da ciência na modernidade, incluindo a História, é de buscar um conhecimento que seja capaz de revelar a essência e a origem das coisas, determinando que sujeito e objeto são previamente constituídos. O conhecimento é tomado como natural e universal, posto que é tido como da ordem da verdade. Ao contrário, o pressuposto da genealogia é de exercer o pensamento filosófico: “saber em que medida o trabalho de pensar sua própria história pode libertar o pensamento do que ele pensa silenciosamente, e permitir a ele pensar de modo diverso” (FOUCAULT, 2003c, p. 197).

Para Foucault (2004), é justamente essa outra forma de entender a história que abre espaço a um novo lugar para o uso do documento. Ele já não é mais tido como matéria inerte através da qual a história busca “reconstituir o que os homens fizeram ou disseram, o que é passado e o que deixa apenas rastros: ela procura definir, no próprio tecido documental, unidades, conjuntos, séries, relações” (FOUCAULT, 2004, p. 7).

A perspectiva genealógica, então será abordada com relação à análise de como os movimentos, rupturas, regularidades das perspectivas de prevenção à aids podem produzir reflexões éticas que extrapolem as normatizações dessas políticas de prevenção. Para isso, buscamos nas intersecções entre as noções de saúde, processos de subjetivação e os significados da epidemia da aids, os movimentos que produzem encontros e desencontros entre estas temáticas.

A análise das práticas discursivas que constituem os documentos investigados partirá desta intersecção. Esta interrelação entre saúde, processos de

subjetivação e a aids somente foi possível pelas descontinuidades nos modos de pensar a epidemia da aids. Descontinuidades essas que produziram o percurso de significados da epidemia da aids e que, muitas vezes, se cristalizam, constituindo regularidades.

Ao propormos uma análise genealógica, buscamos entender as condições de possibilidade para a produção de diferentes sujeitos com base nos movimentos, rupturas, reforços, contradições que marcam a trajetória das perspectivas de prevenção à aids. Aqui analisaremos as relações de forças que perpassam os acontecimentos em relação às políticas públicas de prevenção à aids no Brasil, e que determinam os diferentes regimes de verdade que sustentam essas práticas de prevenção. Para tal, utilizamos materiais informativos (folderes e cartazes) de campanhas de prevenção à aids e as diretrizes pautadas para intervenções de prevenção à aids contidas no site do Ministério da Saúde voltado para esta temática ([www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)).

Utilizamos materiais informativos referentes às campanhas de prevenção ao HIV/aids dos anos de 2002 e 2003, tendo por base que a perspectiva genealógica permite que pensemos o passado através do que está constituído no presente. Os folderes e cartazes nos possibilitaram explicitar de que forma as práticas discursivas da prevenção à aids produzem associações, contradições, reforços ou contradições. A partir desses materiais atuais fizemos movimentos de retorno aos significados do início da epidemia, em um movimento inverso ao cronológico. O uso desses materiais se tornou central em nosso estudo, na medida em que eles não só continham significados da epidemia da aids, como também visavam prescrever formas de agir em função da mesma.

A decisão pelo uso desse tipo de material, foi reafirmada pela problematização de Foucault sobre o uso de “textos prescritivos” –no caso do autor, na construção de uma história da sexualidade. Assim como os textos analisados por Foucault, os materiais da prevenção à aids também preconizam a proposição de “regras de conduta”:

Porém, por ‘textos prescritivos’ não entendo qualquer livro de moral; somente recorrerei a eles para encontrar esclarecimentos dos textos teóricos sobre a doutrina do prazer ou das paixões. O campo que analisarei é constituído por textos que pretendem estabelecer regras, dar opiniões, conselhos de **como se conduzir de modo adequado: textos ‘práticos’, mas que são eles próprios objeto de ‘prática’, uma vez que exigem ser lidos, aprendidos, meditados,**

**utilizados, postos à prova**, e que visam a constituir finalmente o arcabouço da conduta cotidiana (FOUCAULT, 2003c, p. 200, grifo nosso).

Com isso, alguns dos folderes produzidos para as campanhas de prevenção à aids dos anos de 2002 e 2003, constituem um dos objetos desse estudo. A partir de uma gama deles, foram selecionados, prioritariamente, aqueles que se direcionavam especificamente às questões da prevenção. Porém, também foram utilizados alguns materiais direcionados aos portadores de HIV, importantes por conterem significados sobre a epidemia e suas forma de objetivação<sup>6</sup>. A idéia foi de explicitar os enunciados contidos nesses documentos, relacionando-os com o percurso dos significados da epidemia da aids.

Além dos materiais das campanhas, foram também utilizados conteúdos do site do Ministério da Saúde, destinado especificamente à questão da aids ([www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)). Selecionamos deste universo aqueles conteúdos que diziam respeito às campanhas e estratégias de ação na área da prevenção, assim como buscamos encontrar o que era direcionado aos trabalhadores desta área.

O caminho percorrido na busca deste material do site partiu pelos links que continham informações sobre a prevenção à aids, fossem elas informações pragmáticas sobre contaminação do vírus HIV ou diretrizes para ações neste campo. A partir disso, encontramos no link 'Prevenção' a maioria dessas informações, que foram analisadas da mesma forma que os folderes e outros materiais informativos.

Também procuramos no site links, informações ou textos que fossem dirigidos explicitamente aos profissionais de saúde que trabalham nesta área, para que pudéssemos visibilizar quais práticas discursivas sustentavam estes materiais. Porém, em todo o site, encontramos apenas um link direcionado a estes trabalhadores, denominado 'Profissionais de saúde', contido na página da campanha 'Fique sabendo – tudo sobre o teste da aids'.

Outro caminho percorrido, sempre indicado por materiais que tratavam da prevenção à aids, nos levou à 'Unidade de Prevenção', área do Programa Nacional de DST/aids, que discorre sobre as políticas de prevenção. Em especial, utilizamos o material contido na parte designada como 'Políticas Públicas de Saúde para a Promoção à Saúde, Prevenção das DST/Aids e garantia dos Direitos Humanos das Pessoas Vivendo com HIV/Aids'.

Esses textos contêm prescrições a respeito das formas de ação na área da prevenção à aids, trazem conceitos a serem discutidos e produzem divisões de populações a serem atingidas. Dessa forma, são importantes para entendermos como as problematizações da aids vêm produzindo diferentes associações, estigmas, práticas divisórias, novos sentidos. Além disso, são informações que estão na rede, são acessíveis a qualquer pessoa via internet, podendo também ser entendidas como “textos prescritivos” (FOUCAULT, 2003c).

A análise destes materiais se baseou na proposta genealógica, elaborada por Foucault. Foi com base nos seus pressupostos da genealogia que buscamos identificar nas práticas discursivas contidas nos materiais, os elementos éticos presentes nas argumentações que indicam que tipo de sujeito se quer produzir com as reflexões propostas no material. A leitura dos materiais sugeria associações, reforços e antagonismos de seus conteúdos, indicando uma série de sentidos vinculados aos enunciados, que remetiam aos diferentes significados que a epidemia da aids foi tendo e às conseqüentes formas de intervenção.

A apuração dos materiais, pautada na genealogia, introduz tensionamentos das formas lineares de construção do conhecimento, e demonstra que a organização dos saberes tem diversas lógicas e sentidos, sendo nosso objetivo torná-los visíveis.

---

<sup>6</sup> Além disso, esses materiais foram fundamentais no delineamento dessa pesquisa, sendo também utilizados para explicitar algumas das discussões aqui presentes.

## 5 IN(TER)VENÇÕES DA PREVENÇÃO À AIDS

### 5.1 Grupos de risco e comportamento de risco; vida e morte

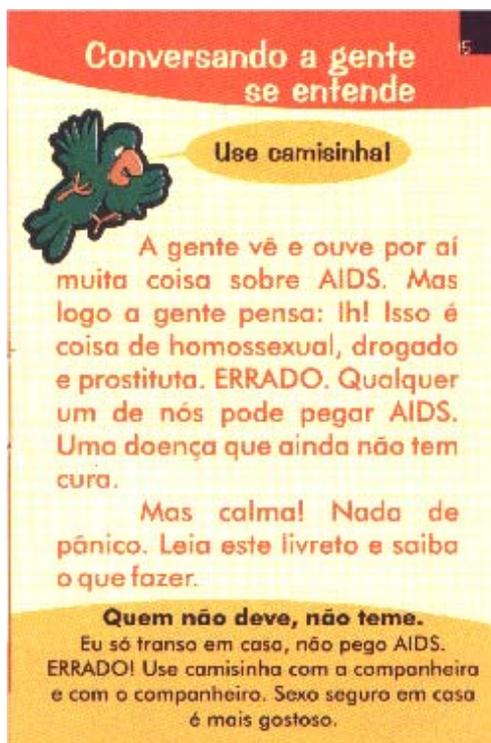
A forte carga moral associada à infecção pelo HIV no início da epidemia da aids potencializou a visibilidade da mesma, relacionando a infecção pelo vírus à idéia de doença fatal. Essa associação, aliada aos pressupostos da epidemiologia, que definia grupos de risco, legitimou a idéia de que determinados grupos eram de maior risco do que outros. A legitimidade conferida a caracterização dos grupos de risco, traduziu os aspectos morais vigentes, configurando-os ora como vítimas e inocentes (os hemofílicos), ora como promíscuos e culpados (homossexuais, prostitutas e usuários de drogas) (PAIVA, 1992). Esses sentidos produziram estratificações entre os próprios portadores, que passaram a se organizar de acordo com suas orientações sexuais, gênero, ou pelo próprio modo de lidar com a infecção pelo HIV.

A classificação de “grupos de risco” legitimou, naquele momento, certos comportamentos sexuais como desviantes, como, por exemplo, ter vários parceiros sexuais ou ser homossexual. Eram esses os sujeitos considerados o alvo das políticas de prevenção à aids, que passaram a ser abordados através de suas “opções”<sup>7</sup> sexuais, de forma a conscientizarem-se da necessidade de terem cuidados específicos nas suas relações sexuais. Estes cuidados implicavam desde o uso de preservativo até a diminuição do número de parceiros, ou mesmo a definição de um único parceiro. As estratégias direcionavam-se para a prescrição de determinados modos de experimentar a vida sexual de forma a inscrevê-los nos códigos morais vigentes. Essas estratégias não colocavam em questão discussões polêmicas como a fragilidade do casamento monogâmico e da família e a infidelidade, que, mais tarde, a epidemia da aids viria a questionar. Naquele

---

<sup>7</sup> O termo “opção”, utilizado inicialmente nas discussões sobre o tema da aids, indica responsabilidade individual por uma escolha e não leva em conta uma série de aspectos que atravessam os sujeitos na definição de seus modos de viver.

momento, a aids ainda era diretamente relacionada àqueles comportamentos “fora” da norma.

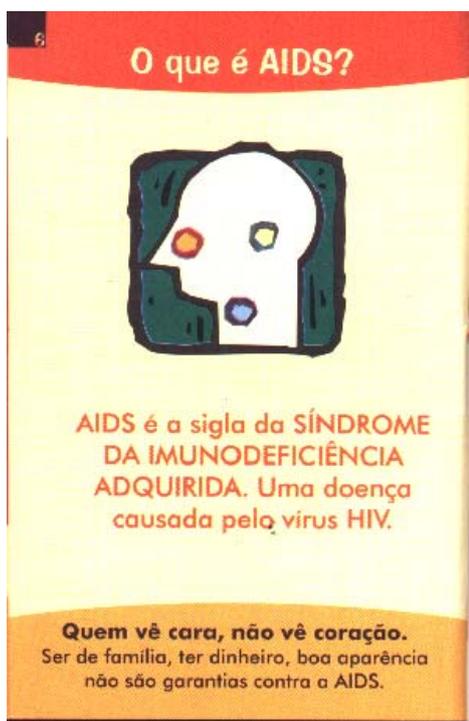


Nesse sentido, podemos evocar os ideais eugenistas para entendermos como as classificações foram produzindo práticas divisórias nas formas de exercício da sexualidade como normais ou desviantes: “os mais fortes deveriam sobreviver; os mais fracos desaparecer. A tarefa principal do eugenista consistia em evitar os desvios dessa evolução natural da espécie, provocados pelas ações culturais de certos indivíduos ou grupos sociais” (COSTA, 1980). No caso da aids, foi em nome da ciência que se legitimaram práticas de marginalização de diferentes segmentos sociais, caracterizados pelos grupos de risco, que marcaram o início da epidemia. No caso em estudo, pode-se pensar que a associação da infecção pelo HIV a determinados comportamentos individuais e moralmente discriminados é uma regularidade.

Um dos argumentos que busca romper esses sentidos é o estímulo e reforço da necessidade do uso do preservativo em todas as relações, inclusive nas relações estáveis. Associa-se, assim, à necessidade de conversar para se entender, o que demonstra que adotar o uso da camisinha pressupõe certas reflexões. Instaurar a necessidade de refletir é, de certa forma, propor uma forma de sujeição. A argumentação sugere que a reflexão, incentivada pela conversa, leve à adoção do sexo seguro.

A aids aqui, funciona como dispositivo que organiza os elementos relacionamentos, casamento, sexo, dever, temor. A idéia é de que a aids pode estar presente mesmo em uma relação conjugal, colocando em questão o valor da fidelidade e mesmo da monogamia. Pensar dessa forma introduz uma tensão na forma de pensar sobre os relacionamentos. De certa forma, essa tensão incita reflexões sobre as assimetrias nos relacionamentos, principalmente nos heterossexuais, em que a mulher assume uma postura de passividade. Falar sobre aids, nessa perspectiva, implica colocar essa postura em xeque, exigindo protagonismo e atividade na discussão das questões envolvidas, aqui o sexo seguro, por exemplo.

Essa necessidade é reforçada pela configuração atual da epidemia, que atinge cada vez mais populações materialmente carentes, mulheres e heterossexuais. Há, porém, o perigo de que, novamente, se configurem práticas divisórias que passem a definir novos grupos marcados pelos ideais eugenistas, principalmente se tomarmos em conta a pauperização da epidemia da aids.



Também se mantém alguns sentidos construídos sobre os portadores do vírus, vistos, muitas vezes, como doentes, promíscuos e marcados por uma constante eminência da morte. Esse aspecto produz divisões bastante explícitas entre grupos de soropositivos e o 'resto' da sociedade. O olhar sobre esse outro -o soropositivo- está quase sempre coberto de um julgamento moral, que traz como

efeito discriminação e estranhamento. A maneira como as campanhas atuais traduzem as formas pelas quais não se transmite o HIV tendem a 'borrar' essas fronteiras rígidas, realçando que a proximidade com um portador de HIV não gera contaminação.



A definição de grupos de risco, como resposta ao surgimento da epidemia, produziu também estratégias de abordagem da soropositividade que buscavam dividir as práticas sexuais, entendidas como normais ou desviantes, e que podiam ser monitoradas por meio da confissão. A confissão aparece como uma tecnologia de monitoramento que pode legitimar as práticas sexuais como normais ou não. A confissão, assim, oportuniza que se trate de cada sujeito em seu lugar, a partir de sua condição, e que, individualmente, se proponha seus cuidados, sua regeneração. Estas tecnologias reforçam a noção de individualismo e de normalidade, permitindo categorizar os sujeitos colocando “cada indivíduo no seu lugar; e em cada lugar, um indivíduo” (FOUCAULT, 2002, p.123). Nas entrevistas preliminares realizadas com trabalhadores da saúde da área de prevenção e assistência ao HIV, visualizamos algumas configurações que incitam essa confissão: o momento da testagem anti-HIV<sup>8</sup>, o olhar curioso das pessoas com quem os portadores de HIV convivem, ou a situação de um acidente de trabalho em uma consulta médica. A necessidade de se ‘confessar’ marca uma série de relações e instituições que atravessam o sujeito. Nas

<sup>8</sup> Os centros de testagem anti-HIV aplicam pré e pós testes e que avaliam, por exemplo, a exposição a situações que possam ter levado a contaminação.

próprias oficinas de prevenção à aids, comumente no fim dos encontros participantes relatavam sobre seu convívio com alguém soropositivo ou mesmo sobre suas práticas sexuais não seguras: “ai, tenho que admitir... não uso camisinha!”.

Partindo do contexto da confissão, porém ampliando suas estratégias, foi sendo possível que a epidemia da aids iluminasse diversas questões relacionadas ao sexo, trazendo-as para o espaço público, algo que, até então, deveria ser mantido no espaço privado. Foi a partir de sua configuração como problema de saúde pública, que se produziu esse deslizamento. Assim, a reinstalação das estratégias de (bio)poder abriram outras possibilidades de resistência e criação, ainda que a discussão sobre o controle da epidemia tivesse sido mantida como algo primordialmente da esfera do indivíduo. É com a pressão dos movimentos sociais, na época denominados GLS, que se passou a falar, então, não mais em grupos de risco, mas comportamento de risco. Trevisan (2000, apud LOURO, 2001, p.545) explicita esta questão:

o vírus da Aids realizou em alguns anos uma proeza que nem o mais bem-intencionado movimento pelos direitos homossexuais teria conseguido, em muitas décadas: deixar evidente à sociedade que homossexual existe e não é o *outro*, no sentido de um continente à parte, mas está próximo de qualquer cidadão comum, talvez ao meu lado e -isto é importante!- dentro de cada um de nós, pelo menos enquanto virtualidade.

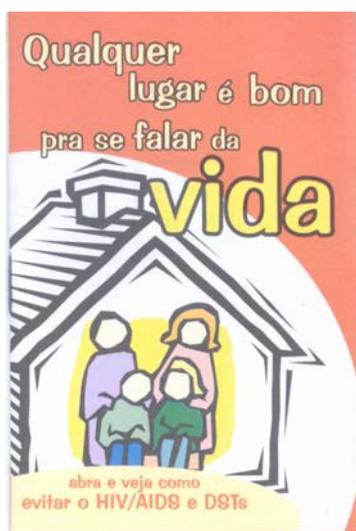
É no tensionamento entre estas diferentes práticas discursivas, que separam público/privado, indivíduo/sociedade que se produzem os trabalhadores da prevenção à aids. Em uma primeira resposta aos movimentos sociais, passou-se a falar de comportamento de risco. “A vantagem desse tipo de aproximação é que a partir dele não há mais qualquer grupo particular que detenha o peso e a tarefa de haver-se com a epidemia” (AYRES, 1998, p. 414). Esta noção introduz toda a população como ‘alvo’ da infecção e coloca que a infecção se dá a partir de um comportamento arriscado, exercido por um indivíduo.

Este enfoque, no entanto, continuou restringindo a epidemia a decisões individuais, portanto, sem levar em conta os modos de subjetivação que produzem determinadas formas de ser homem, mulher, heterossexual, bissexual, homossexual, trans ou outra forma de classificação. Esta perspectiva “não encara de frente o fato de que os comportamentos de risco serão sempre fruto dos contextos e

relações em que os indivíduos estão imersos, determinando chances diferentes de serem atingidos e de se defender do problema” (AYRES, 1998, p.415).

Outros deslizamentos também foram produzidos, na tentativa de desvincular a aids à morte, em que atribuía-se ao resultado positivo do exame anti-HIV o significado de um atestado de óbito<sup>9</sup> ou de um castigo, como uma forma de punição àqueles que tiveram ‘maus’ comportamentos sexuais. A associação da aids com morte, corrente no início da epidemia, ajudou a produzir estigmas quanto aos sujeitos a quem as práticas de prevenção deveriam dirigir-se. Morte esta caracterizada não só no sentido físico, mas, e mais importante, como morte civil. Esta morte é caracterizada por Seffner (1995, p.11) como “sendo aquela pressão que se desata a partir da sociedade, do Estado e dos outros indivíduos no sentido de cercear as possibilidades de vida civil do portador do HIV”.

Nas campanhas atuais, falar em aids é falar de vida. Com isso, produz-se uma outra forma de discussão sobre a epidemia, pautada mais no controle das práticas sexuais – entendidas enquanto vida- do que na associação da infecção à morte. “Quando se associa a Aids com coisas que o indivíduo não quer se identificar (a morte macabra, o doente terminal, a sujeira, o crime, a promiscuidade, etc.), ele tende a afastar o assunto. Por isso, as propagandas que mostram dados e situações que assustam não têm efeito” (SEFFNER, 1998, p. 58).



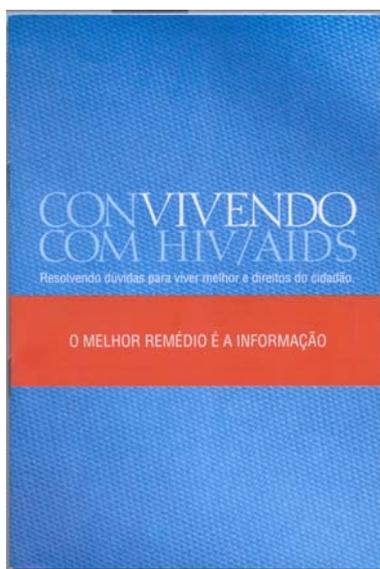
Algumas práticas discursivas que tomam, atualmente, a questão da assistência ao HIV/aids, entendem-na muito mais a partir de uma perspectiva

---

<sup>9</sup> A denominada ‘morte anunciada’ é trazida por Seffner (1995) como uma presença constante da idéia do encurtamento da vida e da presença da morte.

biologicista -calcada nos exercícios de controle da área médica, através de tecnologias de biopoder- do que na idéia de punição ou castigo. Essas tecnologias dizem respeito ao prolongamento da vida dos portadores de HIV através das inovações nos sistemas de monitoramento do vírus no organismo e no desenvolvimento de drogas cada vez mais poderosas no controle da carga viral<sup>10</sup>. Essas formas de controle monitoram o organismo do soropositivo, ao mesmo tempo em que também permitem monitorar quem são eles, como vivem, de que forma devem se alimentar, etc. Uma vez que a aids se constitui enquanto problema de saúde pública, justifica-se o controle, assim como a indução a outras formas de viver. Segundo Parker (2000, p. 7), esses tratamentos transformaram a contaminação pelo HIV “em um problema crônico de saúde, porém administrável”.

Além disso, há a marca da necessidade de adaptação do soropositivo a uma série de situações cotidianas, tais como a necessidade constante de realização de exames e a ingestão de inúmeros medicamentos, que geram diversas reações adversas. Ou seja, o exercício do poder passou a ser feito através de mecanismos de controle, presentes no dia-a-dia dos portadores, que regulam não só seu corpo, mas marcam sua vida cotidiana. Essas ‘características’ presentes no cotidiano dos soropositivos forjam, então, modos de sujeição.



## 5.2 Novos alvos, outros significados

---

<sup>10</sup> Ou seja, a quantidade de vírus no organismo.

O aumento do número de casos de mulheres heterossexuais infectadas, a evolução da medicação no controle da proliferação do vírus no organismo, e a visibilidade de alguns movimentos sociais, como dos GLS (gays, lésbicas e simpatizantes), hoje o LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros), pressionaram a constituição de diferentes práticas discursivas sobre HIV/aids. A produção desses outros significados forçaram um ‘deslocamento de alvo’ das políticas de prevenção. Isso porque a consolidação daqueles movimentos enquanto movimentos sociais, tornou visível suas formas de resistência, que ocasionaram, por exemplo, a dissociação entre as denominadas “opções” sexuais e a infecção pelo HIV.

Essas resistências, aliadas aos poderosos medicamentos de controle do vírus, poderiam fazer com que estigmas como o da morte anunciada, entre os portadores do HIV, fosse desconstruído. Porém, ainda hoje se mantêm vários preconceitos, que associam aids e morte, por exemplo, baseados em sentidos construídos no início da epidemia. A regularidade desses estigmas criou a necessidade de que se desestabilizasse a idéia de ‘morte anunciada’, na tentativa de diminuir o preconceito em relação aos soropositivos. Uma das estratégias delineadas para tal, foi a de invocar toda a população, através dos diferentes modos de viver, a se sentir alvo da prevenção.



A evocação de diferentes modos de subjetivação na prevenção à infecção pelo HIV implica reforçar a idéia de que não existem grupos de risco. O enunciado força uma interlocução com o 'leitor' ("E você?"), que remete à discriminação, demonstrando que, ainda que a aids não discrimine, o preconceito se mantém. Aqui aparece novamente o enunciado que trata da vida, portanto não da morte, e que associa a não adoção de práticas seguras a uma atitude de preconceito.

Entre as possibilidades de produção de outros sentidos, a própria designação dos portadores de HIV passou por deslocamentos, constituindo outras formas de objetivação dos portadores. O termo 'aidético', segundo Seffner (1996), era proveniente da associação entre homossexualidade e AIDS, via idéia dos grupos de risco, e reforçava, com isso, a marca de um estigma, produzido pelas diferenças, relacionadas a soropositividade e a orientação sexual. Atualmente, é este o termo – soropositivos- utilizado nas políticas de prevenção e assistência para designar os portadores de HIV. A soropositividade ilustra uma forma diferente de abordagem da epidemia da aids, fundamentada nas noções de cidadania e de diferença. Essas noções se articulam, no caso da aids, de forma a instituir que o portador de HIV é também portador de direitos civis como qualquer outro cidadão. Nesse sentido, as resistências dos movimentos sociais foram nessa articulação que busca desmistificar a contaminação pelo HIV como atestado de óbito ou mesmo de morte civil.



**Conheça seus direitos usando CAMISINHA**

**PREVENÇÃO É RESPEITO!**

**Conheça o grupo de multiplicadores de informação em DST/AIDS.**  
Fornecemos gratuitamente qualquer tipo de informação em DST/AIDS. Estamos à disposição para realizarmos oficinas, palestras e esclarecer dúvidas em geral em todas as comunidades.

**PMPA - Secretaria Municipal de Saúde**  
Política Municipal de Controle de DST/AIDS

Rua Manoel Lobato, 151 - Centro de Saúde  
Vila dos Comerciantes - fone/FAX: 3230.3083/3231.7114

## ONDE FAZER O TESTE ANTI-HIV

(anônimo e gratuito)

**Centro de Testagem e Aconselhamento Paulo César Bonfim**  
Rua Prof. Manoel Lobato, 151 - térreo Fone: 3230-3050

**Centro de Testagem e Aconselhamento Calo Fernando de Abreu**  
Av. Bento Gonçalves, 3722 / Fone: 3336-1883

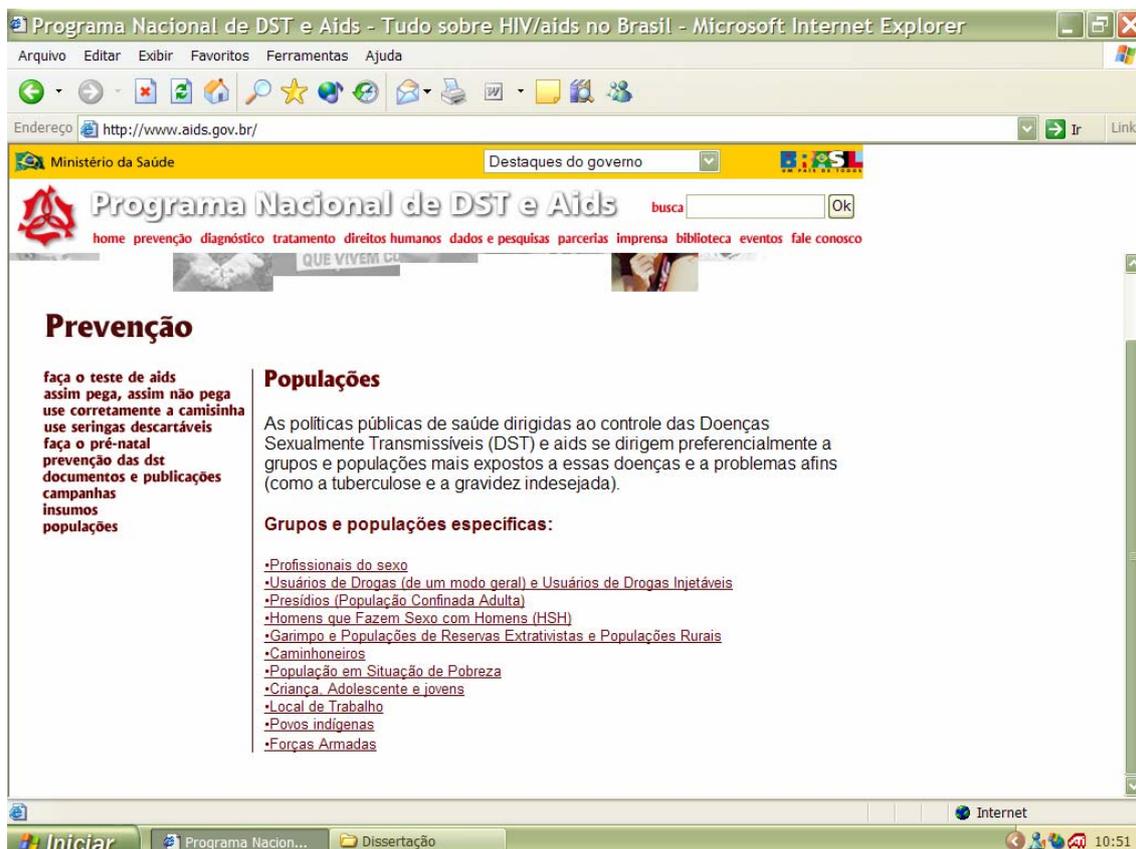
**Ambulatório de Dermatologia Sanitária**  
Av. João Pessoa, 1327 / Fone: 3225-5207

**Outros Endereços Úteis**

<p><b>Disque Aids</b> - 197</p> <p><b>Disque Solidiedade</b> 3221-6363</p> <p><b>Serviço de Atendimento Especializado em DSTs/AIDS</b> Rua. Manoel Lobato, 151 Fone 3230-3048</p> <p><b>CD QUIM</b> Av. Oscar Pereira, 8300 Fone: 3336-2155</p> <p><b>Cruz Vermelha do Brasil</b> Av. Independência, 993 Fone: 3311-4528</p>	<p><b>GAPA</b> R. Luiz Afonso, 234 Fone: 3221-6363</p> <p><b>Hospital Conceição</b> Av. Francisco Trein, 596 Fone: 33411300</p> <p><b>Hospital de Clínicas</b> Av. Ramiro Barcelos, 2350 Fones: 3332-1011 e 3331-6699</p> <p><b>Santa Casa de Misericórdia</b> Praça Dom Feliciano, s/nº Fone: 3228-1566</p>
--	--

Hoje, alguns sentidos que vinculam determinadas orientações, comportamentos e práticas sexuais à contaminação pelo HIV aparecem, mesmo que de forma irregular. A grande incidência de mulheres heterossexuais e monogâmicas

contaminadas, por exemplo, produziu uma abertura à possibilidade de pensar a epidemia sem o estabelecimento de “alvos” de intervenção. Porém, ainda mantém-se a idéia de grupos e populações específicas a quem devem ser direcionadas as ações de prevenção. Algumas práticas discursivas ainda configuram a epidemia como específica de determinadas populações.



(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b)

As políticas de prevenção à aids têm se esforçado em demonstrar os graves efeitos dos preconceitos que fazem com que aumentem o número de infectados – presentes no alto número de mulheres infectadas, por exemplo- ressaltando que não existem mais grupos de risco. Para isso, incitam alvos antes impensados na prevenção a infecção pelo HIV, como as mulheres e/ou heterossexuais, e estipulam populações mais vulneráveis à epidemia. Essa questão aparece como uma regularidade do discurso sanitarista das políticas de saúde, em que se prioriza uma população, considerada de maior risco epidemiológico, e busca-se atingi-la de maneira eficiente. Essas populações mais vulneráveis à epidemia são denominadas pelo Ministério da Saúde de “grupos e populações específicas”.

Ao mesmo tempo, as discussões sobre a aids, atualmente, deixaram de ser colocadas apenas no âmbito das doenças de determinados grupos, e passaram a

incluir a problematização sobre a normatização da sexualidade ou a reflexão sobre formas tradicionais de relacionamento, desestabilizando as intervenções na área da prevenção baseadas apenas nos pressupostos sanitaristas ou higienistas. Constituiu-se assim, de forma diferente de como era objetivada no início da epidemia, e criou aberturas de forma a visibilizar “elementos essenciais e tradicionais da relação entre os gêneros”, produzindo questionamentos de valores como a monogamia e a fidelidade nos casamentos (SEFFNER, 1996, p. 76).

Até hoje muitas pessoas acreditam que a aids é uma doença restrita aos chamados grupos de risco, como os profissionais do sexo ou os homossexuais. Mas a epidemia de aids mostrou que todos têm de se prevenir: homens e mulheres, casados ou solteiros, jovens e idosos, todos, independente de cor, raça, situação econômica ou orientação sexual.

### **5.3 Sexo seguro e sociedade do risco**

Ainda que as ações em prevenção à aids não estipulem mais ‘grupos de risco’, a noção de risco aparece como importante estratégia nas diretrizes para essas ações. Segundo Spink (2000), atualmente existem inúmeras formas de avaliar os riscos em diversos âmbitos da vida social: existem seguros de vida, os que avaliam os danos ao ambiente, os acidentes naturais, etc. No caso da aids, segundo a autora, o uso do conceito de risco é central, e, ao mesmo, tempo problemático. Central por possibilitar, sustentado pela epidemiologia, a caracterização da epidemia, indicando as formas de contágio, populações atingidas, número de pessoas infectadas. Porém problemático, já que essas análises, por partirem do nível macro, ao serem trazidas para o nível dos comportamentos, acabam por gerar discriminações (SPINK, 2000). Essa questão pode ser ilustrada pelo efeito das denominações de grupos de risco delimitados no início da epidemia. Efeitos esses, traduzidos em atitudes de culpabilização individual pela contaminação ou de discriminação dos portadores de HIV.

O risco, segundo Spink (2000) pode ser entendido através de dois aspectos: um diz respeito à relação entre possível e provável, que “pressupõe alguma forma de aprender a regularidade dos fenômenos” (p. 162). O outro aspecto se refere aos

valores, que definem que estar em risco é colocar algo que é valorizado em jogo, por exemplo, a própria vida<sup>11</sup>.

Em relação ao primeiro aspecto, foi baseado nos pressupostos das teorias de probabilidade que se fundamentaram as idéias sobre a possibilidade de gerenciamento dos riscos, os quais, associados à valorização da racionalidade humana, ampliaram as alternativas para compreensão dos riscos (SPINK, 2000). Isso fez com que a reflexão sobre riscos, assim como a responsabilidade pelas suas conseqüências, fosse tratada também de forma racionalista. Essa perspectiva produziu formas de caracterização dos riscos em âmbito individual, enfatizando o modo culpabilizador.

Na esfera da saúde, especificamente no âmbito dos riscos de adoecimento das populações, essa questão aparece na concepção de que cada pessoa deve se autogerenciar. A partir daí “se delineiam os contornos da educação em saúde e da postura prevencionista: provê-se a informação necessária para que as pessoas, como seres racionais, gerenciem seus comportamentos em busca de saúde plena” (SPINK, 2000, p. 163). O papel das políticas de saúde aqui é fundamental, pois estipula a maneira como isso deve ser feito, de forma a garantir o controle dos corpos e dos comportamentos.

No caso da aids, por um lado a normatização age via estímulo ao uso do preservativo e não pela imposição e controle desse uso. Por outro lado, existe a impossibilidade de ‘conferir’ se as práticas seguras estão efetivamente sendo tomadas no âmbito individual. Ou seja, esse autogerenciamento só pode ser ‘testado’ no âmbito dos seus efeitos nas populações através da visualização do número de contaminações e de sua incidência, observando se número de contaminações diminuiu ou se a distribuição de camisinhas aumentou, por exemplo.

Assim, a possibilidade de mensuração dos riscos vai se tornando uma ferramenta útil no controle das populações ao longo da história (SPINK, 2003). Fato este que pode ser associado à noção foucaultiana de biopoder, já discutida ao longo deste estudo, pois o controle das populações implica, ao menos em algum nível, no governo dos homens e de suas vidas.

Quanto ao governo das populações, foi com o desenvolvimento, a partir do século XIX, das análises estatísticas, que teve sustentação a emergência de novas

---

<sup>11</sup> Como mais adiante veremos, na perspectiva do risco como aventura.

disciplinas, como a Epidemiologia, encarregadas de organizar as condições de vida da população, principalmente no que diz respeito à saúde. As estatísticas sobre mortalidade e morbidade, por exemplo, passaram a assumir fundamental importância, e o estudo do risco passou a ser central nas intervenções em saúde (SPINK, 2003). Em relação à epidemia da aids, as análises de risco, permitiram que se delineassem os contornos da doença, suas formas de transmissão, número de pessoas infectadas, etc. Com isso, se produziu uma série de normatizações que indicavam as formas de se proteger da contaminação e que buscavam reduzir os riscos de infecção pelo vírus do HIV via mudança de comportamentos. Essa idéia se fez presente desde o início da epidemia, e manteve-se nas campanhas atuais, porém incitando os sujeitos de maneiras diferentes, como, por exemplo, através da associação aids/morte ou da chamada à reflexão sobre as situações de vulnerabilidade.

Atualmente os discursos sobre risco aparecem, basicamente, de duas formas: uma que se refere a esse governo das populações e outra que relaciona risco com aventura (SPINK, 2003).

Com relação ao risco como aventura, Spink (2003) discute a associação da noção de risco à idéia de que é necessário correr riscos para se obter determinados ganhos. Essa perspectiva fundou uma tensão entre a racionalidade, presente na lógica dos cálculos de riscos, e o *flow*, caracterizado por uma exclusiva focalização do momento presente, em que ação e atenção se fundem. O maior exemplo dessa conotação do risco como aventura, na contemporaneidade, está presente na economia. “Correr riscos é, a bem dizer, o cerne dos investimentos em economia” (SPINK, 2003, p. 301).

Porém, o risco como aventura também adquire outros significados, especialmente relacionados às práticas de lazer, representadas principalmente pelos esportes de aventura. O aperfeiçoamento, cada vez maior, dos equipamentos de segurança que hoje compõe a execução desses esportes, de certa forma, produz uma associação entre o *flow* e os elementos da governamentalidade. Além dos esportes radicais, podem ser citadas como exemplo as experiências que rompem com pressupostos da racionalidade, como o uso de substâncias que têm por objetivo alterar estados de consciência (SPINK, 2003).

A associação dessa perspectiva do risco como aventura com as proposições das campanhas de prevenção à aids, forja tensões que se expressam entre a

adrenalina de correr riscos e a necessidade de se prevenir do vírus HIV. Isso aparece porque, assim como nos esportes radicais, o risco está intimamente relacionado ao prazer. Assim, pensar em se proteger em relações sexuais ou no uso de drogas injetáveis, é assumir que estas práticas –relacionadas ao prazer– se caracterizam por certos riscos e pressupõe a adoção de outras formas de comportamento diante deles.

Ao longo de minha trajetória como facilitadora de cursos de prevenção à aids, por diversas vezes escutei relatos em relação ao uso do preservativo. Muitas dessas falas eram explícitas em relação ao não uso do preservativo. Muitas outras questionavam a obrigatoriedade de tal: ‘Então tu tá querendo dizer que a gente **tem que** usar camisinha? Mas não é fácil!’. Esse questionamento ilustra o quanto as perspectivas de prevenção, ainda que problematizem as questões as quais se referem em suas práticas, de qualquer forma, conduzem a uma normatização que se expressa no contexto íntimo e individual. Porém, ao pensarmos na experiência como algo que possa extrapolar as normatizações, cabe às estratégias de prevenção, poderem problematizar o quanto é possível produzir reflexões, neste caso, relacionadas ao uso do preservativo.

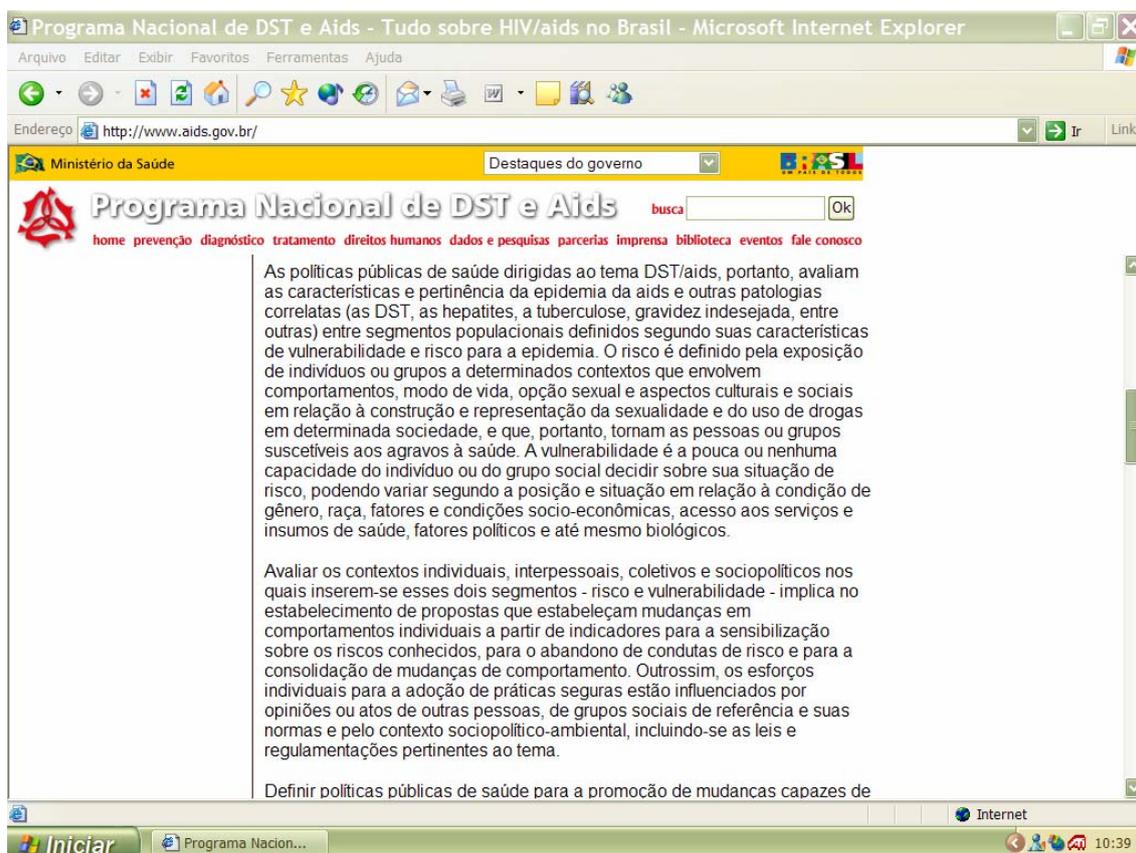
Essa configuração explicita o quanto é necessária a reflexão sobre o uso do preservativo ou de seringas descartáveis, por exemplo, para que as posturas de prevenção sejam adotadas. A fala de um colega, do projeto de prevenção em que trabalhava, apontava que, para adotar algumas destas posturas, é preciso pensar e decidir por elas muito antes do momento de colocá-las em prática. Ele exemplificava essa questão através do conhecimento sobre o uso de extintor de incêndio, no caso de fogo: quem não sabe utilizá-lo, provavelmente não leria as suas instruções de uso durante o incêndio. É necessário que se busque conhecer as formas de controle e prevenção antes do momento de precisar fazer uso delas, porque no momento ‘do fogo’, dificilmente o fará.

A associação risco/prazer está ainda mais explícita nas práticas de “barebacking”. Estas práticas, segundo Ângelo (2005), denominadas em português de cavalgada sem sela, são caracterizadas por festas e encontros em que as pessoas mantêm relações sexuais sem o uso do preservativo, sendo que algumas delas podem (ou devem) ser soropositivas. Nestas práticas não somente há a consciência do risco, como também há atração por ele, aliando explicitamente o prazer das relações sexuais com o risco da contaminação pelo HIV.

Estes aspectos mostram as tensões entre as chamadas para a prevenção à aids através do uso de preservativos e práticas sexuais seguras e a valorização da busca de correr riscos que marca a produção subjetiva contemporânea. Faz pensar sobre a eficácia de estratégias de prevenção baseadas somente na discussão sobre a segurança, que desconsideram o valor do sujeito audacioso na sociedade contemporânea. Interessante pensar que, frente a situações que fogem ao controle, como a da contaminação pelo HIV, a sociedade também pode reagir de forma a negar e menosprezar o risco. Algo que poderia ser pensado, inclusive, como uma forma defensiva de lidar com este risco associado diretamente às práticas sexuais. Práticas estas, geralmente associadas à vida, ao prazer e a “liberação”. Como já referido ao longo deste estudo, a prática de prevenção à aids diz respeito aos modos de viver a sexualidade e, desta forma, carrega consigo as tensões sociais que se produzem na busca de definir as formas de governar a sexualidade, os relacionamentos pessoais e seus efeitos nos modos de viver. Deste modo, as práticas de prevenção implicam formas de sujeição múltiplas, que produzem diferentes modos de pensar e viver a vida.

#### **5.4 A perspectiva da vulnerabilidade nas diretrizes das políticas de prevenção à aids**

No que tange as diretrizes para o desenvolvimento de ações em prevenção à aids, o enfoque do Ministério da Saúde (2004) mantêm-se sustentado na idéia de indivíduo. A responsabilização do indivíduo aparece, mesmo que seja ressaltada sua relação com outras pessoas, grupos e normas. Esse tensionamento aparece marcando o indivíduo como protagonista do processo de cuidados com a sua saúde, ao mesmo tempo em que busca inseri-lo nas discussões sobre o funcionamento dos serviços responsáveis por tal cuidado.



(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b)

Estas políticas buscam entender que a contaminação pelo HIV é condicionada a um amplo espectro de condições de vida e vulnerabilidades. Não se trata, portanto, de uma doença fatal específica de determinados grupos ou comportamentos. Parker (2000, p. 103) coloca o quanto, na década de 90, houve esforços para superar essa dicotomia, “deslocando-nos da noção de risco individual para uma nova percepção de vulnerabilidade social”. Esta noção de vulnerabilidade é fundamental, já que este deslocamento provocou uma série de mudanças nas áreas de pesquisa e intervenção ao HIV/aids, as quais passaram a focar a necessidade de capacitação coletiva e mobilização comunitária como elementos cruciais nas respostas à epidemia (PARKER, 2000).

Ayres (1998) define três âmbitos dessa vulnerabilidade: individual, social e programático. Ainda que, para fins didáticos estes três âmbitos estejam separados, na realidade, eles se inter-relacionam. No plano individual, a vulnerabilidade está associada à exposição individual às situações que possibilitam a infecção. Porém, estas situações devem ser entendidas a partir do grau de acúmulo de conhecimento que os indivíduos têm sobre o problema e a possibilidade de transformarem esta

condição frente a ele, e não a partir de uma “decorrência imediata e exclusiva da vontade das pessoas” (AYRES, 1998, p. 417).

A vulnerabilidade social deve ser entendida a partir de um espectro mais amplo e em função de condições coletivas, em que devem ser levados em conta aspectos como o acesso à informação, os recursos investidos na saúde -bem como o acesso a esses serviços-, aspectos sócio-políticos e culturais, maior ou menor possibilidade de participação nas decisões de seu interesse, acesso a condições sociais básicas (como moradia, escola, etc.).

O âmbito da vulnerabilidade programática refere-se ao desenvolvimento das ações de saúde especificamente voltadas para o problema da aids, e pode ser entendida por aspectos como o compromisso, da parte das autoridades, em solucionar o problema, o planejamento de ações destinadas para tal, bem como o gerenciamento, manutenção, investimentos e avaliação dessas ações e programas envolvidos.

A partir do site do Ministério da Saúde (2004) também há a indicação da necessidade de uma discussão ampliada como diretriz para o trabalho na área da prevenção:

Programa Nacional de DST e Aids - Tudo sobre HIV/aids no Brasil - Microsoft Internet Explorer

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Endereço <http://www.aids.gov.br/> Ir Links

Ministério da Saúde Destaques do governo

**Programa Nacional de DST e Aids** busca  Ok

home prevenção diagnóstico tratamento direitos humanos dados e pesquisas parcerias imprensa biblioteca eventos fale conosco

**Prevenção**

faça o teste de aids  
assim pega, assim não pega  
use corretamente a camisinha  
use seringas descartáveis  
faça o pré-natal  
prevenção das dst  
documentos e publicações  
campanhas  
insumos  
populações

**Políticas de Prevenção**

**Políticas Públicas de Saúde para a Promoção à Saúde, Prevenção das DST/Aids e garantia dos Direitos Humanos das Pessoas Vivendo com HIV/Aids**

A construção de políticas públicas de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde para as doenças sexualmente transmissíveis exige constantes reflexões sobre os conceitos de prevenção, promoção à saúde, vulnerabilidade e direitos humanos. Essas reflexões, pensadas no campo de saberes e práticas da saúde à luz dos princípios do SUS, ou seja, a Descentralização, Equidade, Integralidade e Controle Social são constantemente requisitados para a definição e pactuação de estratégias, estabelecimento de parcerias e repasse de recursos.

<http://www.aids.gov.br/final/dh/dh.htm> Internet

Iniciar Programa Nacion... Dissertação dissertacao\_09.12... 14:16

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004c)

Isso demonstra como a discussão da prevenção ao vírus da aids está vinculada a uma série de aspectos da vida cotidiana que são necessários de serem problematizados nas intervenções. Reflexões sobre preconceito, solidariedade, acesso a redes de saúde e mesmo a direitos básicos (como água, luz, esgoto, por exemplo) são priorizadas nas políticas públicas da área da promoção e prevenção dirigidas às DST/HIV/aids.

Programa Nacional de DST e Aids - Tudo sobre HIV/aids no Brasil - Microsoft Internet Explorer

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Endereço <http://www.aids.gov.br/> Ir Links

Ministério da Saúde Destaques do governo

**Programa Nacional de DST e Aids** busca  Ok

home prevenção diagnóstico tratamento direitos humanos dados e pesquisas parcerias imprensa biblioteca eventos fale conosco

Definir políticas públicas de saúde para a promoção de mudanças capazes de se manterem estáveis nos diferentes níveis envolvidos, requerem:

- mudanças individuais de comportamento que estão diretamente vinculadas a estratégias globais de diminuição de riscos individuais e nos grupos de pares;
- à mudança de crenças e normas sociais;
- às ações de informação e prevenção destinadas à população em geral, com vistas na participação comunitária; e
- à diversificação e ampliação da oferta de serviços assistenciais e de insumos de prevenção.

A disponibilização desses serviços, por sua vez, implica na necessidade de se posicionar o indivíduo como protagonista no processo, objetivando o fortalecimento da sua colaboração com os cuidados à saúde e a inserção de formas de acolhimento dos serviços aos usuários, implicando, em sua maioria, numa ruptura com as formas de relação profissionais/usuários estabelecidas.

As políticas públicas na área da promoção e prevenção dirigidas às DST/HIV/aids, no Brasil, tomam como paradigma uma **abordagem da saúde que dá ênfase ao**

**desenvolvimento sustentável,  
à melhoria da qualidade de vida das pessoas e  
ao direito de cidadania, participação e controle social.**

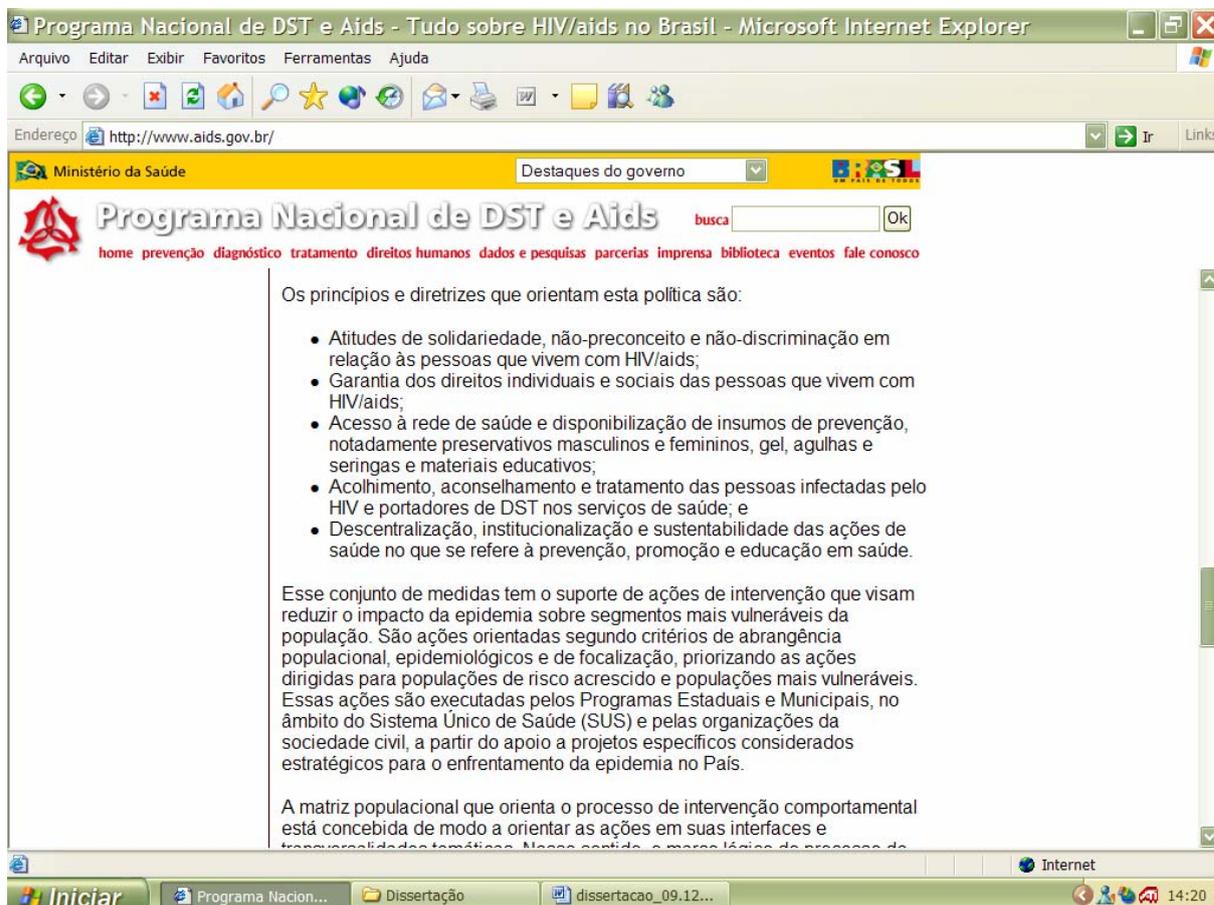
Internet

Iniciar Programa Nacion... Dissertação dissertacao\_09.12... 14:17

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004c)

A normatização do trabalho em prevenção, com isso, pressiona a contextualização das intervenções da prevenção ao vírus da aids, em função de diferentes momentos, com base em contextos específicos, e que fogem a simples prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, no sentido do que se pode e o que não se pode fazer. Assim, da mesma forma que a aids explicita uma série de questões relacionadas a certas regras morais, ela também coloca em xeque as intervenções delineadas pelas políticas públicas que não levam em conta o contexto no qual serão aplicadas.

Nesse sentido, alguns princípios que norteiam as ações em prevenção à aids trazem, para além das prescrições, a necessidade do fortalecimento de uma rede ampla de acessos à saúde.



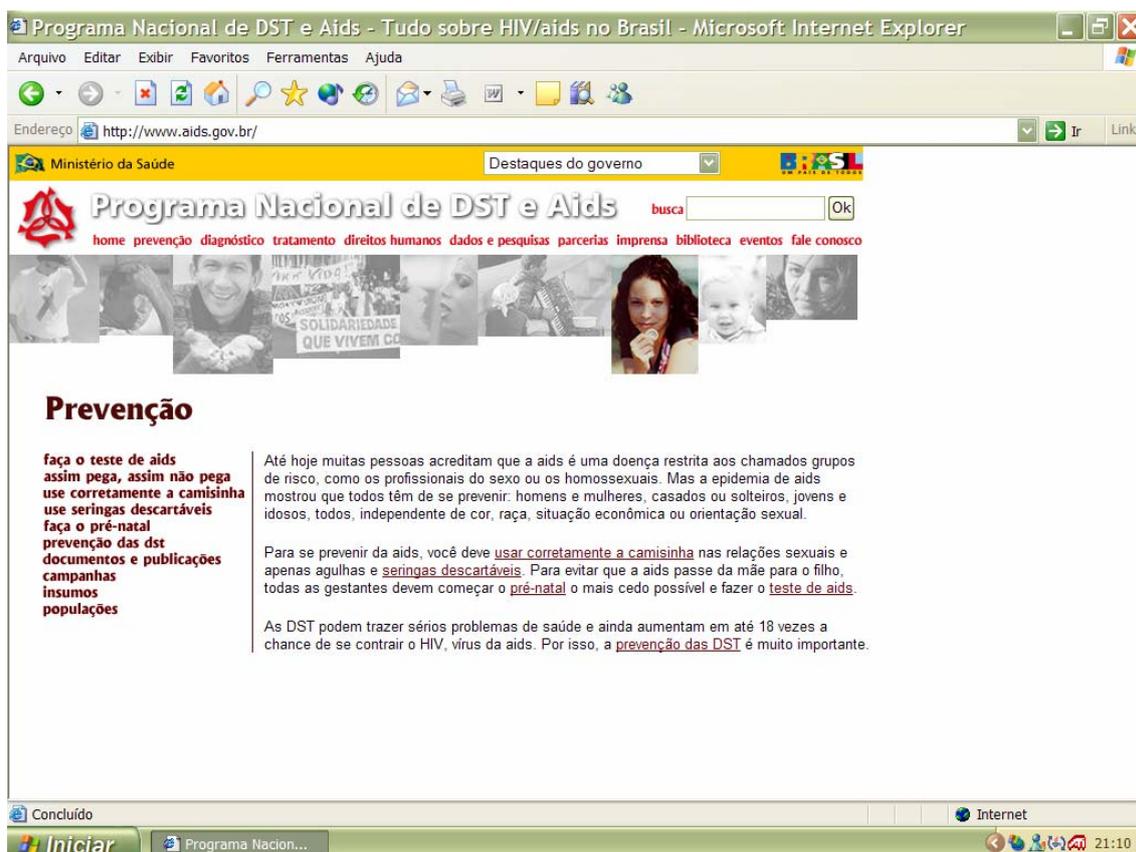
(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004c)

Esses princípios, de certa forma, pressionam a implicação do trabalhador nas suas ações, já que demonstram a necessidade deste trabalhador conhecer a comunidade na qual desenvolverá suas ações e estabelecer relações com outras instituições, a fim de construir estratégias efetivas de prevenção.

Ou seja, a aids torna-se dispositivo na medida em que reúne questões como sexualidade, saúde, normalidade, direitos básicos. É neste sentido que a discussão sobre aids se mostra como um campo de práticas e tensionamentos, e não como sinônimo à simplificada “noção” de saúde, entendida como um estado ou como um bem, o qual se possui ou não. Sendo assim, esse campo produz sujeitos marcados pela sexualidade, saúde, normalidade, direitos básicos.

A discussão relacionada à epidemia da aids, como vimos, também não enfoca estritamente o comportamento de risco, apesar desse ainda ser considerado fator que indica maior ou menor vulnerabilidade de determinada população.

Entendendo que a normatização dessas políticas referem-se às práticas exercidas pelos sujeitos em âmbito privado, torna-se ainda possível falar em indivíduos como alvo da prevenção. Ou seja, diferente de outras políticas e estratégias de prevenção, como por exemplo, a campanha contra o mosquito da dengue, em que agentes comunitários visitavam as casas para ensinar ações que dificultavam o aparecimento do mosquito, em última instância as práticas seguras e preventivas da aids dão-se fora da visibilidade dos agentes da prevenção. Assim, só é possível perceber o nível de alcance das ações de prevenção através de dados epidemiológicos e do estabelecimento, como foi colocado, de populações entendidas como vulneráveis. De maneira geral, as orientações para a prevenção à aids centram-se no estímulo ao uso correto da camisinha nas relações sexuais, ao uso de seringas descartáveis e no incentivo à realização do pré-natal e teste de aids para as gestantes.

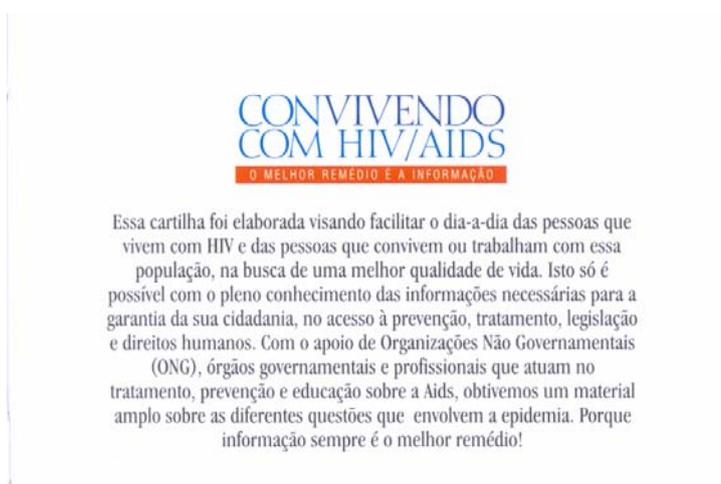


(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b)

Em função das questões mais amplas, incluídas nos discursos atuais de prevenção à aids, e a necessidade de mobilização comunitária e engajamento político do trabalhador deste campo (PARKER, 2000), entendemos que o campo da aids força a produção de reflexões e diferentes éticas. Essas práticas discursivas,

portanto, acionam dispositivos de subjetivação, constituindo diferentes sujeitos. No início da epidemia, por exemplo, com a denominação dos grupos de risco, se estabeleceram certas formas de relação que tendiam a classificar e culpabilizar determinados indivíduos por seus comportamentos considerados desviantes. Essa lógica produziu processos de subjetivação diferentes dos que as práticas atuais, que incluem a discussão sobre as diversas formas de vulnerabilidade. Nessa perspectiva última, há maior abertura à possibilidade de exercícios de reflexão sobre questões mais amplas (como cidadania, condições de saúde), incluídas nas discussões atuais sobre a vulnerabilidade, seja no âmbito social, programático ou individual. Ou seja, essas discussões atuais incluem a necessidade de reflexão, estabelecendo relação com os preceitos éticos, sugerindo formas de posicionamento em relação à cidadania, condições de saúde, etc.

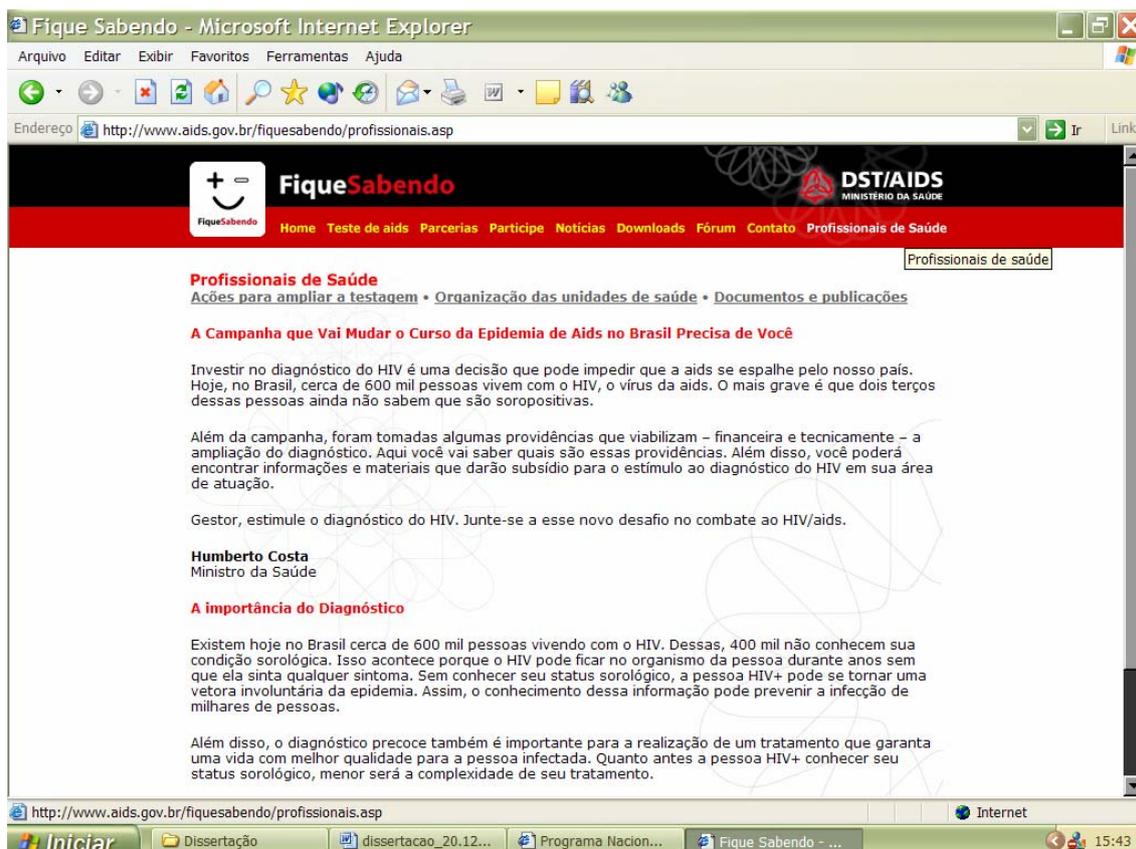
A epidemia da aids produziu questionamentos e reflexões que não fazem parte apenas da vida dos portadores do vírus, mas perpassam determinadas relações dos trabalhadores inseridos em políticas de prevenção consigo e com os outros, e mesmo das pessoas a quem essas ações são dirigidas. As práticas discursivas sobre HIV/aids produzem sujeitos, sejam eles soropositivos, trabalhadores da saúde, ou indivíduos sensibilizados pela presença da epidemia. Esses sujeitos podem ser interpelados pelos discursos da saúde e, seja através de suas práticas de prevenção à infecção pelo HIV/aids ou mesmo por suas formas de experienciar essas questões, virem a exercer reflexões que pressionem a produção de outros modos de viver.



Na medida em que os modos de vida, e não só as práticas sexuais, passam a ser problematizados nas estratégias de prevenção à aids, busca-se sensibilizar toda a população, possibilitando a desestabilização dos modos como os próprios

trabalhadores em prevenção orientam suas práticas e suas vidas. As questões relacionadas ao HIV/aids pensadas no âmbito do trabalho em prevenção pressionam os trabalhadores a pensarem suas próprias condições de vulnerabilidade.

Porém, ao buscarmos textos dirigidos aos profissionais de saúde desta área, encontramos no site apenas um link que convocava esses profissionais diretamente. Este link está inserido na página da campanha 'Fique Sabendo – tudo sobre o teste da aids', que procura estimular as pessoas a fazerem o teste anti-HIV.



(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004d)

A convocação aqui é para que os trabalhadores da saúde incentivem a realização do teste que diagnostica a infecção pelo HIV. Porém, ainda que as atuais perspectivas de prevenção à aids pressionem os trabalhadores a pensarem sobre suas próprias vulnerabilidades, não há chamadas diretas para isso nos materiais investigados.

Ainda no caso dos trabalhadores, a perspectiva da vulnerabilidade também pressiona para importantes reflexões sobre os modos de trabalhar, já que se torna necessário inventar estratégias que sensibilizem os indivíduos a adotarem as práticas seguras. O percurso da epidemia da aids foi demonstrando que certas formas de intervenção, como a que focava os comportamentos de risco, por

exemplo, poderia ter efeitos individuais, mas não representava uma ação ampla e problematizadora. Aquelas intervenções pautavam-se na perspectiva preventivista das estratégias de saúde pública, indicando que saúde era um 'bem' individual. Essa noção individualista de saúde sustenta-se, por exemplo, no olhar da psiquiatria/psicologia, que, segundo Lancetti (1989) atribuí ao indivíduo a capacidade de atravessar suas crises, viver seus lutos, adaptar-se a situações novas.

Isso demonstra como as perspectivas dos programas de prevenção são correlatas aos diferentes significados atribuídos à aids e ao HIV. As diferentes formas de objetivação da epidemia da aids -via medo da morte ou através da reflexão sobre vida, via culpabilização individual ou problematização de contextos mais amplos- constituem diferentes maneiras de intervir, que passam a operar diversos processos de subjetivação.

Para compreender esses movimentos que marcam a produção de sujeitos associada às práticas da área de prevenção à contaminação pelo HIV, Sweat e Dennison (1995 apud PARKER, 2000, p.106) definem o modo como as intervenções nesta área devem se constituir:

...ultrapassar campanhas de informação, educação e comunicação para garantir diversas formas de mudança estrutural e promover estratégias capacitadoras destinadas a dotar mais adequadamente as comunidades vulneráveis com os instrumentos necessários para lidar com sua própria vulnerabilidade.

Estas estratégias sugerem que é preciso problematizar as formas de intervenção em saúde pública, nesta pesquisa especificamente no que diz respeito às estratégias de prevenção à infecção pelo HIV/aids. O questionamento produzido por essas diferentes formas de intervir passam pela problematização da homogeneidade, da igualdade e da repetição nos contextos de intervenção. A idéia é de que se criem práticas reflexivas que comportem as diferentes vulnerabilidades, e que possam produzir, para além das normatizações, diferentes modos de viver.

Assim, entendemos que as ações de prevenção devem procurar demonstrar que existem várias formas de exercício da sexualidade e que não são elas que determinam uma maior ou menor vulnerabilidade ao vírus da aids. Assim como a devem atentar a possibilidade de pensar a saúde sem que sejam denominados ou prescritos comportamentos normais/desviantes. Como ilustra Parker (2000, p. 110),

o desafio do trabalho em prevenção à aids é o de “perceber nossa luta contra a Aids como parte de um projeto muito mais amplo de transformação social”.

## CONSIDERAÇÕES SOBRE AS (IN)CERTEZAS...

O principal objetivo deste estudo foi o de problematizar as práticas de prevenção ao HIV/aids, através da análise de material recente utilizado nas estratégias de prevenção oficiais-governamentais. Através destas análises, foi possível visualizar diversos sentidos produzidos pela e sobre a epidemia, desde seu surgimento até o momento atual, sendo que os enunciados analisados foram retirados de materiais impressos (folders, cartazes) e do site do ministério da saúde destinado às questões da epidemia da aids.

De acordo com a proposta desse trabalho, e com base na perspectiva genealógica de Foucault, foi sendo possível traçar (des)continuidades que vêm compondo as configurações da epidemia da aids e que se expressam nas estratégias de prevenção. A associação da aids à morte, como tentativa de sensibilização às formas prevenção, por exemplo, foi uma estratégia bastante utilizada no início da epidemia. Porém, os efeitos dessa estratégia se concretizaram na estigmatização das pessoas infectadas e um distanciamento dos modos efetivos de prevenção.

Enfrentamos, então, um impasse: de que forma é possível incitar as pessoas a se prevenir, sem que se imponham certas formas de comportar-se, ou, mais especificamente, de prevenir-se?

A discussão no campo da aids remonta também às diversas campanhas da área da saúde (preventivista, sanitarista, entre outras), que passaram a delinear os modos de controlar e de capturar os sujeitos a quem se destinam. Nesse sentido, as campanhas contêm não só diferentes significados que designam a epidemia da aids -forjando sujeitos que devem ser alvos da prevenção, ou aqueles já infectados- mas também anunciam quais as práticas de prevenção previstas nos modelos adotados.

Atualmente, observamos que as campanhas de prevenção estão se direcionando à produção de normatividades, ou seja, ao incentivo de que os próprios sujeitos construam as suas formas de prevenirem-se, de acordo com suas preferências e experiências. Ainda assim, retornamos ao mesmo impasse: como

levar em conta diversos modos de subjetivação, várias maneiras de viver a sexualidade, se, em última instância é necessário inserir formas de controle - como o uso do preservativo ou de seringas descartáveis?

Talvez o problema possa estar justamente nos modos de focalizar essas questões. Se a discussão sobre a prevenção à aids indica necessariamente a transformação de sujeitos, seja no sentido da adoção de práticas sexuais seguras, seja na reflexão sobre preconceito e discriminação, podemos refletir sobre que sujeitos essas estratégias de prevenção visam formar. Quem sabe sejam sujeitos da diversidade, que se produzam pela diferença, e não pelo que os tornam uns iguais aos outros? Que compreendam que suas situações de vulnerabilidade estão para além de suas responsabilidades individuais, mas ao mesmo tempo, que devem ser ativos na busca da diminuição dos graus dessa vulnerabilidade?

As discussões no campo da aids ainda nos deixam muitas dúvidas sobre como produzir efetivamente sujeitos que reflitam sobre seus graus de liberdade, especialmente nas situações que se referem aos seus riscos e às possibilidades que têm de prevenirem-se. Ainda assim, nos deixam algumas certezas no que se refere à necessidade de desconstrução de estigmas e supressão de discriminações presentes ainda nas discussões de um tema delicado e importante como este.

## REFERÊNCIAS

ÂNGELO, Vitor. Usar ou não usar camisinha: eis a questão. Disponível em <http://mixbrasil.uol.com.br/cultura/especiais/bareback/bareback.shl>. Acesso em 15/01/2005, às 20hs30min.

AYRES, José Ricardo C.M. Vulnerabilidade dos jovens ao HIV/Aids: a escola e a construção de uma resposta social. In: SILVA, L.H. *A Escola Cidadã no contexto da globalização*. Petrópolis: Vozes, 1998.

AYRES, J. Ricardo, FRANÇA, Ivan, et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R. e PARKER, Richard (orgs.) *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. São Paulo: IMS/UERJ, 1999.

BIRMAN, Joel. A physis da saúde coletiva. *Physis*, vol. 1, no. 1, 1991. p. 7-11.

CANGUILHEM, Georges. *O Normal e o Patológico*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

COSTA, Jurandir F. *História da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

DRUCK, Jenny Milner. Aconselhamento e testagem anônima em HIV: a perspectiva do cliente. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1998.

FOUCAULT, Michel. *Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

\_\_\_\_\_. A Ética do Cuidado de Si como Prática da Liberdade. In: *Ditos e Escritos*. Forense Universitária: 2003.

\_\_\_\_\_. Foucault. In: *Ditos e Escritos*. Forense Universitária: 2003b.

\_\_\_\_\_. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. 14. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2001.

\_\_\_\_\_. *História da Sexualidade II: o uso dos prazeres*. 9.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001b.

\_\_\_\_\_. *Microfísica de Poder*. 16 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001c.

\_\_\_\_\_. O Sujeito e o Poder In: DREYFUS, H., RABINOW, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

\_\_\_\_\_. O Uso dos Prazeres e as Técnicas de si. In: *Ditos e Escritos*. Forense Universitária: 2003c.

\_\_\_\_\_. Sobre a genealogia da ética. In: DREYFUS, H., RABINOW, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995b.

\_\_\_\_\_. Técnicas de Sí. In:\_\_\_\_\_. *Estética, Ética y Hermenêutica*. Trad. Angel Gabilondo. Obras esenciales, v.III Paidós: Barcelona, 1999b.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e Punir*. 25.ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

\_\_\_\_\_. La hermenéutica del sujeto. In:\_\_\_\_\_. *Estética, ética e hermenêutica*. Trad. Angel Gabilondo. Obras esenciales, v.III. Barcelona: Paidós; 1999c. p. 275-88.

LANCETTI, A. *Saúdeloucura*1. São Paulo: Hucitec,1989.

LOURO, Guacira L. Teoria Queer – uma política pós-identitária para a educação. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, ano 9, jul./dez. 2001, p. 541-553.

MACHADO, R. (org). *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Dados e pesquisas em DST e Aids*. Disponível em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br). Acesso em 20/12/2004a, às 15hs.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico*. Casos de aids (número e taxa por 100.000 hab), segundo ano de diagnóstico por sexo. Disponível em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br). Acesso em 05/01/2005, às 22hs.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Prevenção*. Disponível em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br). Acesso em 15/12/2004b, às 10hs39min.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Unidade de Prevenção*. Disponível em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br). Acesso em 22/12/2004c, às 14hs16min.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Fique Sabendo*. Disponível em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br). Acesso em 22/12/2004d, às 15hs43min.

NARDI, H. *Trabalho e Ética: os processos de subjetivação de duas gerações de trabalhadores metalúrgicos e do setor informal (1970-1999)* [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Programa de Pós Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

ORTEGA, Francisco. *Amizade e Estética da existência em Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

PAIVA, Vera (org). *Em Tempos de AIDS*. São Paulo: Summus, 1992.

PARKER, Richard. *Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

ROCHA, Solange. AIDS: uma questão de desenvolvimento? In: PASSARELLI, Carlos A., PARKER, Richard, et al. (orgs). *AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas*. Rio de Janeiro: ABIA, 2003.

SEFFNER, Fernando. Derivas da sexualidade masculina na era da AIDS. *Educação, Subjetividade & Poder*, Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Educação da Ufrgs, n. 3, abr.1996, p. 75-83.

\_\_\_\_\_. O conceito de vulnerabilidade: uma ferramenta útil em seu consultório. *Stomatos*, Canoas, n.7, jul./dez. 1998, p. 53-58.

\_\_\_\_\_. *O Jeito de Levar a Vida: trajetórias de soropositivos enfrentando a morte anunciada*. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 1995.

SILVA, Rosane Neves. Ética e Paradigmas: desafios da psicologia social contemporânea. In: PLONER, Kátia S. (org.) *Ética e Paradigmas na Psicologia Social*. Porto Alegre: ABRAPSOSUL, 2003.

SPINK, Mary Jane. Contornos do risco na modernidade reflexiva: contribuições da psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, vol. 12, no. 1/2, jan/dez 2000. p. 156-173.

SPINK, Mary Jane. *Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes, 2003.