

Universidade Católica de Pernambuco

Pro-reitoria Acadêmica - PRAC

Coordenação Geral de Pesquisa e Pós-graduação

Curso: Doutorado em Psicologia Clínica

RICARDO DELGADO MARQUES DE LIMA

**A Experiência de Viver com HIV/Aids, Relações Afetivo-Sexuais e Adesão
ao Tratamento**

Recife

2015

RICARDO DELGADO MARQUES DE LIMA

**A Experiência de Viver com HIV/Aids, Relações Afetivo- Sexuais e Adesão
ao Tratamento**

Tese apresentada ao Doutorado em Psicologia Clínica do Programa de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica.

Linha de Pesquisa: Psicopatologia Fundamental e Psicanálise.

Professoras Orientadoras: Dra. Luciana Leila Fontes Vieira e Dra. Maria Cristina L. de A. Amazonas.

Recife

2015

Autorizo a reprodução e divulgação parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, somente para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Universidade Católica de Pernambuco

L732e Lima, Ricardo Delgado Marques de

A experiência de viver com HIV/aids, relações afetivo- sexuais
e adesão ao tratamento / Ricardo Delgado Marques de Lima ; orientador
Luciana Leila Fontes Vieira e Maria Cristina L. de A. Amazonas, 2015.
176 f.

Tese (Doutorado) - Universidade Católica de Pernambuco.
Pró-reitoria Acadêmica. Coordenação Geral de Pós-graduação. Doutorado
em Psicologia Clínica, 2015.

1. Psicologia clínica. 2. Pessoas HIV-positivo - Aspectos psicológicos.
3. Pessoas HIV-positivo - Aspectos sociais. 4. AIDS (Doença) - Pacientes.
5. AIDS (Doença). 6. Comportamento sexual. 7. Psicanálise. 8. Foucault,
Michel, 1924-1984. 9. Sexo. I. Título.

CDU 159.922.1

Nome: Ricardo Delgado Marques de Lima

Título: A Experiência de Viver com HIV/Aids, Relações Afetivo- Sexuais e Adesão ao Tratamento: Diálogos com Foucault

Tese apresentada à Universidade Católica de Pernambuco como requisito para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia Clínica

Aprovada em: _____

Banca examinadora

Professora Dra. Jaileila de Araújo Menezes (UFPE)

Professora Dra. Euda Kaliane Rocha (UFPE)

Professora Dra. Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto (UNICAP)

Professora Dra. Ana Lúcia Francisco (UNICAP)

Professora Dra. Luciana Leila Fontes Vieira (UFPE - orientadora)

Professora Dra. Maria Cristina L. de A. Amazonas (UNICAP - orientadora)

À meu pai **Manoel Marques** (*in memoriam*) e à minha mãe **Maria Auxiliadora**, que sempre me orientaram com seus exemplos pelos caminhos da vida. O amor deles foi a experiência básica para a construção de uma maneira segura e feliz de viver.

AGRADECIMENTOS

Às minhas orientadoras desta tese, Luciana e Cristina, que mostraram que seriedade no trabalho não prescinde de afeto; por esta razão, dirijo-me a elas pelo primeiro nome e sem títulos. Orientaram e cuidaram, mostrando que o processo de ensino-aprendizagem acontece na relação entre pessoas.

À Luciana, que esteve presente desde antes do início deste projeto, apresentando-me Foucault, mostrando-se muito mais que uma professora e orientadora, mas uma amiga, capaz de acolher, inclusive, nas horas das dificuldades pessoais. Meu eterno carinho e agradecimento.

À Cristina, que chegou “no meio do caminho”, mas logo “comprou a briga”. Ofereceu-me uma acolhida imprescindível para realização deste doutorado. Pessoa extremamente generosa intelectualmente, confiou e acreditou nas possibilidades deste trabalho sem reservas, orientando, cuidando e acolhendo sempre que necessário.

Aos meus colegas de turma. Destaco em particular alguns deles, entre eles, os colegas de grupo de orientação: Clarck, Taciano e Valéria, com quem dividi agonias e alegrias. Às colegas que encontrei nas nossas disciplinas de discussão de Foucault e Butler: Renatinha, Roberta, Gil, Virgínia, Margarida, Dani e Fernanda. Às amigas de turma: Veridiana, Bete e Neidoca. Essas são parcerias para serem guardadas para o resto da vida!

Aos meus professores do programa que contribuíram para o crescimento de meu conhecimento. Destaco em especial os Professores Dra. Carmem Barreto, Dra. Cristina Brito e Dr. Marcos Túlio.

Aos funcionários da secretaria Nélia e Sérgio Wanderley, que sempre estavam lá com um sorriso, prontos para ajudar... e ajudaram!

À minha família, em especial a minha mãe Auxiliadora. Eles sempre torceram pelo meu sucesso e me apoiaram em todas as horas. Mesmo de longe, meu irmão Fábio e minha cunhada Fabiana sempre estiveram presentes.

À minha sobrinha Maria Antônia, que chegou em 2014 trazendo alegria e mostrando de perto o fluxo da vida que segue.

À Caio, que sempre esteve presente e apoiando, suportando as minhas ausências e impaciências. Seu apoio e amor foram fundamentais.

Aos amigos que vibraram, a cada momento, em cada conquista, comemorando tudo como se a vida fosse sempre uma festa muito intensa!

Não sei quantas almas tenho

Não sei quantas almas tenho.
Cada momento mudei.
Continuamente me estranho.
Nunca me vi nem acabei.
De tanto ser, só tenho alma.
Quem tem alma não tem calma.
Quem vê é só o que vê,
Quem sente não é quem é,

Atento ao que sou e vejo,
Torno-me eles e não eu.
Cada meu sonho ou desejo
É do que nasce e não meu.
Sou minha própria paisagem;
Assisto à minha passagem,
Diverso, móbil e só,
Não sei sentir-me onde estou.

Por isso, alheio, vou lendo
Como páginas, meu ser.
O que segue não prevendo,
O que passou a esquecer.
Noto à margem do que li
O que julguei que senti.
Releio e digo: “Fui eu?”
Deus sabe, porque o escreveu.

(Fernando Pessoa, 24 – 08 – 1930)

RESUMO

Lima, Ricardo D. M. (2015) *A Experiência de Viver com HIV/Aids, Relações Afetivo- Sexuais e Adesão ao Tratamento: Diálogos com Foucault*. Tese de doutorado, Programa de Pesquisa e Pós Graduação da Universidade Católica de Pernambuco.

Este estudo qualitativo problematizou os processos de subjetivação das pessoas vivendo com HIV e Aids (PVHA) na contemporaneidade, buscando questionar as concepções naturalizadas e universais sobre o fenômeno do HIV/Aids, ressaltando suas nuances históricas e políticas. O objetivo geral foi de investigar a experiência de se viver com HIV/Aids, analisar as questões da descoberta da soropositividade, investigar a vida afetivo-sexual dessas PVHA após a descoberta do HIV e problematizar sobre o significado que atribuem à adesão e ao uso da medicação. Utilizou-se de um referencial teórico pós-estruturalista, baseado no pensamento de Michel Foucault. Seis entrevistas semiestruturadas foram realizadas com PVHA que são atendidas em um SAE (Serviço de Atendimento Especializado em DST e Aids) de Recife-PE. Os sujeitos foram selecionados através de uma amostra acidental e intencional. Problematizou-se a existência de um método em Foucault, não sendo possível falar em método a partir deste pensador, mas em metodologias. Seu objeto de estudo foi sempre o sujeito, assim, seu caminho foi problematizá-lo, considerando sua contingência histórica, tensionada pelos jogos de verdade e pela dimensão ética da relação consigo e com o outro. Trabalhou-se com o conceito de experiência, como central a esta pesquisa, tomando-o como parte dos processos de subjetivações. O estudo sobre a experiência de viver com HIV/Aids mostrou que os sujeitos da Aids vivenciam, ainda muito de perto, a perspectiva de doença e morte, apesar do tempo passado e dos avanços conseguidos. Quanto às experiências afetivo-sexuais, evidenciou-se mediada pela questão da contaminação e prevenção do HIV, sendo possível apontar como a Aids como um discurso, funcionando dentro de dispositivos de vigilância e controle da sexualidade, interferindo diretamente nessas práticas sexuais. É sob a insígnia da prevenção que uma lógica sanitária media os engajamentos numa relação amorosa e/ou sexual, onde predominam a preocupação consigo e com o outro, através das técnicas de si e de uma ética do cuidado. Finalmente, a experiência com uso da medicação e com a adesão ao tratamento, tomados como discursos enredados com o dispositivo de controle sobre a vida. Assim, sujeitos seguem prescrições médicas que lhes guiam num cuidado com sua saúde e com a da população, onde esses discursos parecem estabelecer pilares para uma sociedade orientada pelo biopoder e por biopolíticas onde o corpo transforma-se num campo de batalhas. A Aids parece circular como um dos discursos que servem ao dispositivo da biopolítica na sua vigilância sobre a preservação da vida.

Palavras-chaves: Aids; Experiência; Vida sexual; Adesão; Foucault

ABSTRACT

Lima, Ricardo D. M. (2015). The experience of living with HIV/AIDS, affective-sexual relations and adherence to treatment: Dialogues with Foucault. Tese de doutorado, Programa de Pesquisa e Pós Graduação da Universidade Católica de Pernambuco.

This qualitative study problematized processes of subjectivation on people living with HIV/AIDS in the contemporaneity; it aimed to question the naturalized and universalised conceptions on the phenomena of HIV/AIDS, highlighting their historical and political nuances. Therefore, general objective was to investigate the experience of living with HIV/AIDS. It was also to analyse discovery of the HIV status, to investigate the affective-sexual lives of those people post HIV and problematize the meaning given by them to adherence to the treatment and use of medication. A post-structuralism theoretical approach was used, based on Michel Foucault's thought. We conducted 6 semi-structured interviews with HIV/AIDS people attending a SAE (special care service for STD's and AIDS) in Recife-PE, where subjects were accidental and deliberately chosen. The study on experience revealed HIV/Aids people facing a perspective of illness or death, regardless all time elapsed and advances acquired. As for the affective-sexual experiences, we were able to see they were mediated by matters of contamination and how AIDS as a Discourse was used by dispositif of surveillance and control for the sexuality, directly interfering on sexual practices. It is under the insignia of prevention that a sanitation order intervene engagements on love or sexual relationships, where predominates a concern of oneself or towards the others through some Techniques of the self and Ethics of Care. Finally, the issue of medication and adherence seem to work as a dispositif controlling life where medical prescriptions guided them with their health care and the population caring; those discourses seem to set foundations for a biopolitics oriented society whereas the body is transformed into a field of battles.

Key-words: AIDS; Experience; Sexual life; Adherence to treatment; Foucault

SUMÁRIO

Apresentação	12
Introdução	19
Caminho epistêmico-metodológico	22
O fio condutor da pesquisa	26
A organização do percurso	30
1. Revisão de literatura ou Estado da Arte: Aids, experiência, relações afetivo-sexuais, adesão e Foucault	32
1.1. Procedimentos	33
1.2. Critérios de inclusão e exclusão na pesquisa	35
1.3. Apresentação dos trabalhos encontrados e selecionados: o <i>Corpus</i>	36
1.4. O que se diz sobre Aids e Foucault	42
1.5. O que se diz sobre a experiência e Foucault	44
1.6. O que se diz sobre as relações sexuais e Foucault	46
1.7. O que se diz sobre a adesão ao tratamento e Foucault	47
1.8. Algumas reflexões sobre o que se disse a respeito de tudo até agora	47
2. Qualquer semelhança com a realidade terá sido mera coincidência: Sujeito, História e Método em Foucault	50
2.1. Foucault, sua obra e seu método	51
2.2. Método ou Metodologia: o labirinto de Foucault	54
2.3. Sujeito e historicidade	58
2.4. Sujeito, discurso e método em Foucault	62
2.5. E agora, o que fazer com tudo isso?	67

3. A experiência de viver com HIV/Aids	74
3.1. Uma história da Aids	75
3.2. A Noção de Experiência: a tentativa de teorização em Foucault	77
3.3. Os discursos da Aids e as experiências de sujeição	79
3.4. A Aids e a experiência, uma reflexão final com essas pessoas	91
4. A Ratoeira do sexo: Pessoas Vivendo com HIV/Aids e suas Vidas Afetivo-sexuais	92
4.1. Corpo, saúde e a ciência médica	99
4.2. Biopolítica diante da Aids	101
4.3. Aids, exclusão e seus mecanimso	107
4.4. A Aids, os discursos sobre a sexualidade e os novos discursos	114
4.5. A sexualidade e a Aids: reflexões finais	116
5. A pessoa medicada: HIV/Aids e adesão ao tratamento	120
5.1. Biopoder e biopolítica: uma aproximação ao campo das subjetivações	125
5.2. Pensando a Aids e a biopolítica	131
5.3. E, finalmente, tomo ou não tomo o remédio?	145
6. Considerações Finais da Tese	151
Referências	168
Anexos	173

Apresentação

É improvável que nessas décadas que se seguiram à epidemia da Aids, de uma forma ou de outra, alguém não tenha sido afetado por ela. Seja porque adquiriu o HIV/Aids, porque conhece alguém que o tem ou, simplesmente, porque trabalhou com essas pessoas. Eu me incluo neste último caso e, por essa razão, tornou-se importante para mim fazer alguma coisa com esta experiência profissional, e isso se constituiu uma das justificativas para este trabalho.

Esta tese tem várias motivações, umas mais explícitas, outras nem tanto. Trabalhei aproximadamente por quatro anos com pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) como psicólogo clínico e aconselhador. Isso, sem dúvida, afetou-me, tanto como profissional como pessoalmente. Estou usando, neste momento, a inflexão do verbo na primeira pessoa do singular, pois estas experiências aqui relatadas me pertencem, e fazem parte de meu processo de subjetivação.

A Aids apareceu no mundo em 1981, considerado o ano em que se relatou o primeiro caso de um homem adulto infectado nos Estados Unidos da América. A resposta sanitária epidemiológica brasileira veio rápida. Em 1986, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais foi criado no Brasil. Ele está ligado à Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde, e tem como missão reduzir a transmissão do HIV/Aids e das hepatites virais, promovendo a qualidade de vida dos pacientes (Ministério da Saúde, 1999).

O departamento foi criado pela portaria nº 236, de 2 de maio de 1985, do Ministério da Saúde. Ele foi a base para a organização do Programa Nacional de DST/Aids (Ministério da Saúde, 1999, p. 05): “Essas ações têm como base os fundamentos do SUS: a integralidade, a universalidade, a equidade, a descentralização e o controle social... ”.

O programa contempla as três instâncias de atenção e cuidado à saúde: a primária, a secundária e a terciária. A instância primária destina-se, prioritariamente, às ações de prevenção. Assim, além de campanhas e ações nacionais, os CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/aids e Hepatites virais) destinam-se a oferecer a testagem para o HIV, sífilis e hepatite B, e organizar ações de aconselhamento dentro e fora das unidades. O âmbito secundário compreende os SAE (Serviço Especializado de Atenção às DST/Aids e Hepatites virais), onde são oferecidos os serviços ambulatoriais. O SAE é composto por uma equipe multiprofissional de saúde com médicos, enfermeiras e técnicas de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos e pessoal administrativo. É nesse lugar que as pessoas com queixas de DST (doenças sexualmente transmissíveis) serão atendidas, além daquelas encaminhadas quando diagnosticadas com HIV/Aids. Por fim, a atenção terciária, compreendendo os hospitais e unidades de internamento especializadas, para acompanhamentos mais intensivos e longos das PVHA.

Trabalhei neste período, tanto em um CTA como aconselhador e como psicólogo clínico de um SAE do Recife-PE. O aconselhador é o profissional (qualquer especialidade) que, no CTA, atende às pessoas que buscam a testagem para HIV antes e depois do exame. No SAE acompanhei, em atendimentos ambulatoriais, como membro da equipe multiprofissional, as pessoas já diagnosticadas com o HIV. Além disso, também sou psicólogo clínico e psicoterapeuta em consultório particular, onde também tive a oportunidade de atender PVHA.

Essas experiências profissionais me trouxeram, desde então, uma série de perguntas e questões que hoje estão, de várias maneiras, contidas e discutidas ao longo deste trabalho. Eu tinha algumas ideias de que ouvir pessoas que têm o vírus a respeito de questões do HIV/Aids seria algo difícil, pois esta é uma experiência muito dolorosa para elas e cercada de grandes preconceitos. Contudo, ao contrário do que se pensava, tais pessoas queriam falar sobre seus

sofrimentos, angústias e medos; fosse antes ou depois de um resultado de exame para o HIV, ou durante seu tratamento no SAE. Era muito nítida a disposição ou necessidade que demonstravam ao falarem. Quem procura um serviço de Aids, de alguma forma e em diversas dimensões, já entrou em contato com o “mundo da Aids”.

Muitos amigos, não psicólogos ou profissionais de saúde, sempre se espantavam quando eu dizia que trabalhava “entregando resultados de exames” e acompanhando “pessoas com Aids”. Para muitos, parecia ser um trabalho difícil, pois sempre se referiam à dor, ao sofrimento e à morte. Outros perguntavam como eu ficava depois de entregar um exame confirmatório de HIV para alguém, por exemplo. O que eu descobri com o trabalho junto a essas pessoas foi sobre a vida, muito mais do que a morte. Isso me fez pensar sobre a vida, seu valor e suas significações.

O sofrimento e a alegria das pessoas já faziam parte de minha “rotina” como psicólogo clínico. Alegrias também, pois nem somente de exames positivos para o HIV vivia este psicólogo: eram os modos de ser depois do HIV, que me surpreendiam. Era quando falavam de suas vidas que a alegria vinha; algumas vezes, da sensação de ter podido proporcionar um espaço de segurança para que as pessoas que se descobriam com o HIV pudessem falar, ter raiva, medo ou se revoltar antes de começarem a viver suas vidas com algo que os acompanharia para sempre e mudaria sua visão de si e do mundo. E também me mudaram.

Assim, pude entrar em contato com experiências de todo tipo, que surgiam com a fala dessas pessoas e que se estendiam para muito além do HIV. Não se pode querer romancear demais algo pesado como a Aids, que se impunha a essas pessoas, pois viviam um sofrimento adiantado, tentando imaginar o que iria mudar em suas vidas, desde o âmbito pessoal, passando pelo social, invadindo o afetivo e alterando o sexual. E mudava! Elas ainda não

sabiam, mas, como disse antes, todos nós éramos afetados de alguma forma pela Aids e seus discursos.

Passaram por meus atendimentos pessoas com várias histórias de vida, desde as mais simples e triviais, até aquelas mais dramáticas. Lembro-me, por exemplo, de uma jovem adolescente, com aproximadamente 13 anos de idade, que era prostituída pela sua mãe nas ruas e foi diagnosticada com HIV; ou de um rapaz de 16 anos, *gay*, iniciando sua vida afetiva e sexual; ou de um homem e uma mulher jovens, com o casamento marcado, quando o noivo cai doente e ambos se descobrem HIV, vindo ele a morrer meses depois do diagnóstico; um senhor em seus sessenta e poucos anos, desesperado, porque teve relações com um rapaz, e se perguntava como contaria a sua esposa, caso descobrisse o HIV, ajoelhando-se na sala em agradecimento quando recebeu seu resultado negativo; uma mulher transgênero, loira alta, de cabelos compridos e salto alto, que tinha em sua ficha ainda o nome masculino, causando estranheza na recepção ao ser chamada para o atendimento, até que alteramos seu nome na ficha. Esses e tantos outros casos nos apontavam as várias dimensões a serem estudadas quando pensamos em Aids: o social, o psicológico, o biológico, o político, o econômico, entre tantos outros. Eles tinham alguma coisa em comum? Sim, o medo do preconceito, da morte, da doença ou da estigmatização. Isso ainda estava muito presente ao redor da Aids.

O programa brasileiro de Aids organizou-se para tentar dar conta de várias dessas demandas, tentando entender, desde o início da epidemia, a dimensão multifacetada da Aids. Vitórias e fracassos se deram, mas é possível destacar, mesmo que criticamente, algumas iniciativas importantes que surgiram para dar sustentação e oferecer cuidado a tantas pessoas.

Meu trabalho no CTA, como mencionei no início, foi como aconselhador. O aconselhamento cabe ao profissional de saúde do CTA, tendo ele a função de acolher as demandas emocionais, cognitivas e técnicas, e fazer os encaminhamentos necessários à rede

de atenção à saúde. O acolhimento é um dos elementos principais do momento de testagem, podendo acontecer individualmente ou em grupo, antes e depois da realização do exame para HIV. É necessário ressaltar aqui, a importância do cuidado por parte do aconselhador em não tomar atitudes prescritivas ou julgamentos morais sobre as escolhas feitas pelo usuário do serviço em relação ao seu “tratamento” para o HIV, pois o aconselhamento comporta várias questões ¹.

No SAE, fui psicólogo e atendia no regime ambulatorial, recebendo tanto demandas espontâneas (aquelas pessoas que simplesmente chegavam ao serviço e me procuravam na minha sala) ou as pessoas encaminhadas pelos outros profissionais da equipe. Algumas situações demandavam ajustes no enquadre terapêutico como psicólogo (negociação de um formato de funcionamento da psicoterapia), devido a variáveis de todo tipo, desde falta de recursos financeiros para custear uma ida semanal ao SAE, até a relativização da importância de um atendimento psicológico, quando o remédio, o médico e os exames pareciam ser a única razão de frequência ao SAE. Sou psicoterapeuta que trabalha a partir de um referencial da psicanálise e essa experiência me trouxe desafios e necessidades de reconsiderar a forma de fazer psicanálise numa instituição, inclusive quanto à flexibilização ou adaptação de uma técnica.

Além do espaço como Aconselhador no CTA e psicólogo clínico do SAE, também tive a oportunidade de ser um dos profissionais facilitadores do chamado “Grupo de Adesão” (que, na verdade, levava parte do tempo sozinho com os usuários). Este funcionava no SAE e era um espaço de acolhimento em grupo, que se caracterizava por encontros semanais,

¹ Para uma discussão mais aprofundada sobre o aconselhamento e a sua dimensão política, ver *Galindo, W. (2013). O dispositivo do aconselhamento na resposta à aids. Tese de doutorado. Programa de pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), Recife.*

frequentado por PVHA. Havia a presença, inclusive, de usuários que eram atendidos em outros SAE de Recife. A característica do grupo de adesão era de acolhimento. A riqueza da experiência era a possibilidade de troca entre essas pessoas, que, a partir de seus exemplos e experiências de vida, possibilitavam às outras, sem serem a mesma as suas situações, a oportunidade de refletir e “conversar” sobre viver com HIV/Aids. Ali as pessoas podiam falar não somente sobre a Aids, mas sobre as suas vidas. Muitos só ouviam, outros falavam mais, porém, no final, o clima de acolhimento era a tônica desses encontros. Houve um tempo em que eles mesmos propuseram a ideia de se mudar o nome do grupo de “grupo de adesão”, para “grupo de adesão à vida”.

Tal experiência, conjuntamente com várias outras, reforçou em mim a importância de se acolherem as diferenças, trabalhar com essas pessoas e seus projetos de vida, sem julgamentos morais e normativos, caminhando para a construção de uma possibilidade de vida. Uma vida possível com o HIV/Aids, organizada em consonância com a visão de mundo de cada um. Ou seja, uma prática pautada pela política e pela ética.

O trabalho com eles era “fazer” o possível para que tivessem uma vida “normal” apesar da Aids. Isso era muito desejado por todos, colocando a mim psicólogo como o agente para a realização desse objetivo. Então, desde aquele momento, a ideia de uma normalidade que orientasse a vida era posta em questão por mim, assim como as condutas prescritivas, frutos da construção do espaço PSI ao longo da história de surgimento da ciência da Psicologia². Normalizar, pois, significaria fazer igual a todo mundo, e este, definitivamente não poderia ser o caminho nem a minha função. Cada forma de viver uma experiência era singular.

² Para uma leitura mais aprofundada sobre o surgimento da psicologia e a criação do “psicológico”, como denomina o autor, vide Figueiredo, L. C. (1999). A invenção do psicológico – quatro séculos de subjetivação 1500 – 1900. Escuta/educ: São Paulo e Francisco, A. L. (2012). Psicologia Clínica: prática em construção e desafios para a formação. CRV: Curitiba.

Entrei em contato com o pensamento do francês Michel Foucault, quando dos estudos neste programa de doutorado, e com ele comecei a pensar essas questões sobre o sujeito, a experiência e os jogos do saber-poder, com seus desdobramentos denominados de biopolíticas. Comecei a aprender com Foucault a pensar criticamente o mundo e as pessoas, uma vez que, no humano, nada é natural e universal.

Disso tudo e muito mais foi surgindo esta Tese, que faz parte do percurso de meu doutoramento em Psicologia Clínica.

Introdução

Hoje, mais de 30 anos depois do início dos primeiros casos de Aids, registram-se mais de 25 milhões de vidas consumidas pela epidemia no mundo todo; calcula-se que, atualmente, existam em torno de 33 milhões de outras pessoas vivendo com o HIV (UNAIDS, 2013).

A Aids, no seu início, foi marcada pela morte, seu diagnóstico equivalia a uma sentença de morte. As pessoas, ao descobrirem-se doentes, tinham poucas chances e meios de combater as doenças/infecções chamadas de oportunistas. Hoje, com o conhecimento adquirido e as tecnologias de tratamento desenvolvidas, ter-se-ia alterado a situação?

Os relatórios organizados pela UNAIDS (Programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids) podem mostrar algumas considerações importantes a partir dos dados epidemiológicos desta doença, dando conhecimento dos avanços e vitórias conseguidos pelos esforços dos programas de prevenção e assistência no mundo todo e, em particular, destacando-se a experiência do programa brasileiro como exemplo referenciado pela comunidade internacional de vigilância e cuidado com a saúde.

Várias são as formas de se descrever uma doença, o uso de dados estatísticos é apenas uma delas. Este trabalho não seguirá essa linha. O que interessa aqui é o que a Aids fez com os indivíduos a partir daquilo que definiremos por experiência, a partir de Foucault, e como os tornou sujeitos da Aids.

Bastos (2006) alude que a Aids, ao assolar o mundo nas últimas três décadas, adquiriu características próprias e caminhos marcados, como por exemplo, o que chamou de a “Fábula dos 4 H’s”, a partir da qual, na primeira década do surgimento desta enfermidade, haveria ocorrido sua caracterização de maneira equivocada. Os 4H’s representavam algumas categorias das pessoas sobre as quais a Aids incidiu mais naquela época. Os homossexuais, as

hokers (prostituta em inglês), os haitianos e os heroinômanos (usuários de heroína, principalmente na sua forma injetável).

Esses grupos foram apontados como os responsáveis pela doença. Tal caminho teria sido um erro ou engano por parte dos epidemiologistas. Esse engano contribuiu para que se promovesse uma verdadeira caça às bruxas, configurada a partir de uma visão de mundo maniqueísta, na qual haveria culpados e vítimas.

A ascensão de tal fábula à categoria de verdade possibilitou que se tomasse como guia do combate à epidemia, a ideia de que se precisaria afastar os culpados, promovendo o controle social de alguns grupos, e tomando esse referencial como orientador de políticas públicas de saúde.

A história da Aids foi assim construída sobre pilares homofóbicos, racistas e xenofóbicos (Pelúcio & Miskolsi, 2009). Um exemplo histórico dessa estratégia foi a eleição do comissário de bordo da Air Canada, o franco-canadense *Gaetan Dugas*, como paciente “zero”. Ele era um homem gay, destacado pela sua imensa beleza e apelo sexual, além do seu estilo de vida “promíscua”, e tinha acesso a viagens pelo mundo, que se caracterizavam pela facilidade e velocidade de deslocamento.

Assim, corporificou-se nele a imagem da Aids, dando forma a pensamentos sobre a necessidade de barreiras e fronteiras que dessem conta não só da imigração do estranho, como também de subversões e novas culturas morais. Era a sociedade invadida por *gays* e estrangeiros. Tudo isso precisava ser combatido, tudo isso precisava parar.

O Brasil se destacou mundialmente pela forma como seu programa de combate à epidemia foi organizado. Apesar das inovações e pioneirismo com que o programa brasileiro foi celebrado, Pelúcio e Miskolsi (2009) destacam que ele não necessariamente rompeu com os parâmetros transnacionais de combate. O combate à Aids, no Brasil, teria sido estruturado

a partir de categorias de viés universalizantes, como o risco, a vulnerabilidade e o protagonismo.

Esse caminho, refletem os autores, fez com que se organizassem campanhas que visavam às mudanças de comportamento e à incorporação de práticas disciplinadoras a certos grupos sociais em seus estilos de vida peculiares.

Pelúcio e Miskolsi (2009) postulam que parte do discurso que define e organiza as ações de prevenção e cuidados com a Aids são de ordem preventiva, ou seja, prescreve atitudes e comportamentos sanitariamente seguros. Assim, questionam esses autores: ter-se-ia tornado a Aids mais um dispositivo.

O dispositivo funciona como uma trama formada por vários elementos discursivos e não discursivos que fazem circular o saber-poder. Foucault define dispositivo 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 os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos. (Foucault, 2007/1979)

O dispositivo raramente proíbe ou nega, antes controla e produz verdades moldando subjetividades. No caso da Aids, segundo Pelúcio e Miskolsi (2009), esse dispositivo produziria subjetividades marcadas pela culpa e pela impureza, sintetizadas nos seus desejos tomados como ameaçadores da ordem social.

Assim, conceitos como o de prevenção e protagonismo individual (*empowerment*) se disseminaram para que tornasse possível o funcionamento da lógica de prevenção pelo Estado, que, de certa forma, através de corpos dóceis (formas-sujeito), imputa ao indivíduo a responsabilidade sobre si e sobre a sociedade através da doença/saúde. O conceito de

protagonismo individual (*empowerment*) refere-se exatamente à atribuição ao indivíduo de decisões sobre seus comportamentos e cuidados.

“Se o indivíduo, que tem todo conhecimento sobre como se prevenir se expõe, ele deve estar preparado para ser acusado e culpabilizado, afinal a “boca é para comer, o cú para cagar e o pênis para usar na vagina.” (Perlongher, 1987, p. XX). Os desvios da sexualidade dita “normal” e o mau uso do sexo, nessa óptica, são fatores que transformam sujeitos do desejo em sujeitos do desvio e da exclusão da racionalidade sanitaria. O sujeito da Aids é constituído transgressor e dono de uma sexualidade sem controle, excessiva.

A abordagem do discurso da Aids pode apontar para a organização de um tipo de subjetivação pela qual a sexualidade é vigiada: faça sexo, mas faça assim! O dispositivo da prevenção, por mais necessário que seja e possa ser defendido, não seria a única forma de se abordar a epidemia, pois é prescritivo, assim, talvez, o modo como se pauta a prevenção precisaria ser revisto.

Francisco Ortega (2004) propõe o conceito de bioidentidade, e ele ajuda a pensar como o saber médico tem organizado espaços identitários de convivência que podem tanto agregar como segregar, como é o caso da figura do “aidético”, que fez com que comportamentos pudessem ser regulados e pessoas marcadas (identificadas).

Será que isso tudo foi feito com a Aids? Ao falar-se de dispositivos no sentido foucaultiano, aponta-se para os processos de subjetivação possíveis, considerando-se que essas subjetivações estão ligadas às contingências históricas dos indivíduos. Quando são mencionadas ideias de experiência, não são tomadas como o evento ou acontecimento que possa servir de fator explicativo para determinado fenômeno, mas, de novo, no sentido foucaultiano, como fazendo parte do processo de subjetivação.

O processo de subjetivação seria algo que acontece e atravessa o indivíduo dando-lhe as condições para a organização de um conjunto de saberes e poderes na organização do

indivíduo em sujeito: o sujeito da Aids. Assim, partindo de Foucault, o objetivo deste trabalho será desde sempre o sujeito e seus processos de subjetivação.

O objetivo geral deste trabalho é problematizar a experiência de viver com o HIV/Aids a partir de uma teorização foucaultiana. Problematizar é pensar esse sujeito a partir do atravessamento dos discursos e da operacionalização dos dispositivos no seu processo de subjetivação.

Os objetivos específicos são analisar a experiência da descoberta da soropositividade para essas PVHA; investigar como essas pessoas vivem suas vidas afetivo-sexuais após o HIV/Aids; e problematizar os sentidos que eles atribuem à adesão ao tratamento e o uso da medicação.

Caminho epistêmico-metodológico

Trata-se de uma pesquisa qualitativa. A referência tomada para uma teorização foi inspirada no pensamento de Michel Foucault, especialmente, na genealogia do sujeito. Utilizou-se de uma amostragem acidental e intencional, quando os sujeitos devem atender aos critérios de inclusão da pesquisa, sendo selecionados quando da visita do pesquisador ao serviço ao longo de suas rotinas de atendimento ambulatorial no SAE. Essas pessoas eram indicadas pelos membros da equipe de saúde ou outros usuários do serviço, e convidadas a dele participar.

O SAE é o serviço especializado dentro da organização do Programa Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais (PNDA), que oferece o acompanhamento clínico ambulatorial (atenção secundária) multiprofissional às pessoas que apresentem queixas referentes às doenças sexualmente transmissíveis (DST) ou que tenham sido testadas e diagnosticadas com HIV/Aids.

Os critérios de inclusão foram: estar infectados pelo HIV ou já terem passado por um quadro de Aids; serem acompanhados ambulatorialmente em um SAE da cidade do Recife-PE; estar em uso de Terapia Antirretroviral (TARV). Todos os seis participantes da pesquisa contemplam os critérios de inclusão estabelecidos.

Ao se distinguir aqui o HIV da Aids, a referência é daquelas pessoas diagnosticadas como infectados pelo HIV (através de exames laboratoriais) e que estão em tratamento, enquanto que a Aids se constitui um quadro sindrômico de sinais biomédicos (como medição de carga viral e linfócitos de defesa do tipo CD4, CD3 e CD8, além do histórico de doenças ou infecções oportunistas que estão ligadas ao quadro de baixa imunidade de pessoas afetadas pelo HIV).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), sob o número 279.481, em 31/05/2013. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (vide anexos).

Entrevistas semiestruturadas foram realizadas com seis (06) pessoas que estão em tratamento em um SAE do Recife-PE. As entrevistas aconteceram individualmente e em ambiente privado.

Duas mulheres e quatro homens (vide tabela 1) participaram, com idades entre 30 e 68 anos. Três deles se declararam heterossexuais e outros três homossexuais. Quanto à designação étnico-racial dessas pessoas, considerando-se a autoclassificação, metade se reconhece como pardo/negro e a outra branco. E na questão das religiões, os entrevistados se mostraram também bem heterogêneos: há pessoas de quase todas as religiões mais comuns no Brasil: evangélico, espírita, candomblé, católico e apenas uma pessoa declarou-se não religiosa.

Na questão da escolaridade, houve contato com pessoas que tinham desde pós-graduação, passando por uma com o ensino médio completo, até pessoas que somente iniciaram e não concluíram seus estudos. Mais uma vez, nesse aspecto, a amostra mostrou-se heterogênea. Em relação à renda média mensal, havia pessoas vivendo com um salário-mínimo e meio até pessoas com até 20 salários mínimos por mês. De todos os entrevistados, apenas um residia em uma cidade do interior de Pernambuco, todas as outros residiam no Recife-PE.

Tabela 1 - Dados sócio-demográficos dos entrevistados

Apelido	Idade	Etnia-raça	Orientação sexual	Instrução	Religião	Renda mensal (R\$)	Residência
Sandra	65 anos	Negra	Heterossexual	Pós-graduada	Espírita	2.500,00	Recife-PE
Fred	38 anos	Branco	Homossexual	Pós-graduado	Sem religião	10 a 15.000,00	Recife-PE
Agenor	30 anos	Pardo	Homossexual	Fundamental completo	Candomblé	1.000,00	Recife-PE
Renato	33 anos	Branco	Homossexual	Médio completo	evangélico	1.500,00	Recife-PE
Isabela	48 anos	Branca	Heterossexual	Fundamental incompleto	Católica	1.000,00	Primavera-PE
Herbert	33 anos	Negro	heterossexual	Fundamental incompleto	protestante	800,00	Recife-PE

Existia, antes das entrevistas, certo receio da dificuldade que poderia haver em realizá-las face às temáticas dolorosas que poderiam emergir para os sujeitos da pesquisa ao falarem sobre as suas experiências relacionadas ao HIV, principalmente porque se imaginava que,

como a Aids é colocada no lugar de ser eminentemente uma DST (doença sexualmente transmissível), fatalmente poderiam vir à tona detalhes e aspectos de suas vidas privadas de ordem afetiva e sexual.

As entrevistas semiestruturadas foram iniciadas com a pergunta disparadora “como é para você viver com HIV/Aids”? Depois, pediu-se a essas pessoas que falassem livremente sobre suas experiências. Diferentemente da expectativa, as entrevistas se mostraram fluentes e as pessoas interessadas em contar suas histórias. A vontade de falar sobre suas experiências era grande. Assim, elas falaram sobre o seu HIV, o tratamento e suas vidas. Os nomes das pessoas que participaram deste estudo foram mudados para se preservar suas identidades.

O fio condutor da pesquisa

O fio condutor desta pesquisa é o de uma teorização foucaultiana, dessa forma, nunca foi objetivo dela, esgotar o tema da Aids ou do sujeito da Aids, pois isso seria impossível. Além disso, a proposta qualitativa e a visão foucaultiana pressupõem um caráter não universalista ou generalista das discussões. O intento era de problematizar certos aspectos da experiência de viver com HIV/Aids a partir dos objetos de estudo circunscritos, o sujeito e a Aids.

O que faz Foucault? Ele propõe uma teoria das práticas discursivas, ou seja, uma capacidade de “flutuar no limite das coisas e das palavras” (Fischer, 2012, p. 25). O que interessa é o sujeito, e este não é um produto causal de discursos nem das características e acontecimentos de um tempo. Ele é a expressão de um modo de ser e de fazer a partir das condições discursivas e suas contingências históricas.

É possível colocar em dúvida a própria noção de sujeito em Foucault, e é bem verdade que o próprio Foucault nunca determinou uma noção universal dele. Ao longo de seus estudos, que podem ser didaticamente divididos nos momentos arqueológico, genealógico ou

ético, pode-se derivar de sua forma de abordar o objeto de pesquisa uma noção ou maneira de entendimento de sujeito.

No momento arqueológico, quando se dedica a entender eminentemente as formações de saberes circulantes, a ideia de sujeito talvez possa ser circunscrita como uma maneira diferente de se definir um indivíduo nas suas relações temporais, seja na definição dele para si mesmo (uma identidade), seja na maneira como os outros (os saberes) podem denominá-los, categorizando. Por outro lado, no momento genealógico, Foucault toma como referencial de análise a questão do poder. É através dos regimes de verdade que o saber se organiza e dá a possibilidade de formação de uma forma-sujeito, pois impõe-se-lhe um regime de verdade (por exemplo, o louco ou o aitético). E, por fim, nas suas últimas reflexões, Foucault vai pensar as questões éticas, aquelas que dizem respeito a como os indivíduos se tornam sujeitos a partir da maneira como organizam suas relações consigo ou com o outro (Foucault, 1984/2010). Nas palavras dele:

Essa forma de poder aplica-se à vida cotidiana imediata, que categoriza o indivíduo, marca-o com sua própria individualidade, liga-o à sua própria identidade, impõe-lhe uma lei de verdade, que devemos reconhecer e que os outros têm de reconhecer nele. É uma forma de poder que faz dos indivíduos sujeitos. (Foucault, 1984/2010, p. 278)

Dessa forma, Foucault diz que não possui instrumentos prontos para conduzir suas pesquisas. O que faz são inquirições empíricas precisas sobre áreas e campos muito específicos. Enfatiza que não tem pretensões globais ou gerais sobre seus campos de estudo: “... e como não há teorias gerais para apreendê-las [as relações de verdade] eu sou, se quiserem, um empirista cego, quer dizer, estou na pior das situações. Não tenho teoria geral e tampouco tenho um instrumento certo” (Foucault, 1977/2010, p. 229).

A ideia é a de um sujeito ativo, que tem o que diz condicionado ao ato de dizer, pois a linguagem estaria enraizada no sujeito ativo e não na coisa, uma vez que não se trata de um simples produto da memória que reproduziria o real, imitando e duplicando-o. Mas, como uma manifestação daquilo que o sujeito quer, uma tradução desse querer que se torna possível graças às condições dessa linguagem (Foucault, 1982/2010; Veiga-Neto, 2011).

Dado que cada um de nós nasce num mundo que já é linguagem, num mundo em que os discursos já estão há muito tempo circulando, nós nos tornamos sujeitos derivados desses discursos. Para Foucault, o sujeito de um discurso não é a origem individual e autônoma de um ato que traz à luz os enunciados desse discurso; ele não é o dono de uma intenção comunicativa, como se fosse capaz de se posicionar de fora desse discurso para sobre ele falar (Veiga-Neto, 2011, p. 91).

A noção de Foucault (1984/2010) sobre uma possível definição de sujeito remete o próprio significado da palavra sujeito: ou como uma forma de estar submetido ao outro numa relação de controle e dependência, ou como ligação com a sua própria identidade, aqui tomada como uma consciência ou autoconhecimento. Em outro momento, Foucault discute como o sujeito está ligado a uma noção de processo, por isso usa muito a ideia de um processo de subjetivação, algo em constante movimento fazendo-se objetivo dentro dos limites do momento histórico e dos jogos do saber-poder em circulação (Castro E. , 2009). Mas lembra que a forma-sujeito é uma maneira de experienciar a vida, e compara o processo de subjetivação com uma obra de arte, já que é a capacidade e a possibilidade de se tornar inteligível a partir de certas características temporais, numa construção constante e datada (Foucault, 1984/2014). Nas suas palavras:

... será a criação de novas formas de vida, de relações de amizades, na sociedade, na arte, na cultura, novas formas que se instaurarão através de nossas escolhas sexuais, éticas e políticas. Devemos não somente nos defender, mas também nos afirmar, e nos afirmar não somente como identidades, mas como força criadora (Foucault, 1984/2014, p. 252).

Outra questão a ser discutida, já que se seguiu esse fio condutor, era quanto ao *corpus* da pesquisa. *Corpus* em pesquisa é o conjunto de dados tomados como objeto de uma pesquisa com objetivo de se proceder às análises.

Foucault aborda os discursos, considerando-os como organizações de sentido que circulam como verdades a partir de uma articulação com o saber-poder, e se organizam funcionando como dispositivos que, em última instância, participarão no processo de subjetivação, dando a condição para a formação dos indivíduos em sujeitos historicamente ancorados.

Foucault³ afirma que há uma dificuldade de se organizar um *corpus* de pesquisa na perspectiva de seus estudos, pois a preocupação centra-se muito mais nos discursos que emergem e circulam em certos períodos históricos, do que na eleição de objetos de pesquisa específicos. Destaca que seria impossível levantar todos os discursos em determinado tempo sobre algum objeto de pesquisa. A eleição é muito mais no sentido estratégico político, atentando-se, sobretudo, para as descontinuidades históricas de certos discursos ou regimes de verdade. A preocupação é com a possibilidade de que a eleição de um objeto seja um caminho para uma possível redução do problema à naturalização dele.

Não se trata, pois, de uma análise do discurso no sentido tradicional e consagrado, mas de uma analítica do sujeito, que deve ser tomada sem se desconsiderar os aspectos de um processo que se dá pela articulação entre regimes de verdade e formas éticas de relação consigo e com o outro. Se quiserem, uma genealogia do sujeito.

³ ver Foucault (1975/2010) Entrevista sobre a Prisão: o livro e seu método in Ditos e Escritos VI, p. 159

Organização do percurso

Este trabalho foi organizado em seis capítulos, sendo o primeiro destinado a se fazer o levantamento bibliográfico ou do Estado da arte. Foram selecionados alguns descritores de pesquisa e bancos de dados eletrônicos, dentro do período determinado de 2004 até 2014. O objetivo deste capítulo foi de explorar os trabalhos existentes sobre o objeto de estudo Aids, a partir de uma perspectiva foucaultiana, e fazendo um recorte em relação a três dimensões: as experiências, a vida afetivo-sexual e a adesão ao tratamento.

O segundo capítulo, de cunho teórico, discutirá, de forma mais aprofundada, a possibilidade de se pensar um método em Foucault. Sendo seu objetivo a discussão epistemológica, este capítulo explorará caminhos de pesquisa nesta perspectiva, não necessariamente atendo-se exclusivamente à questão da Aids e das PVHA. Ele servirá de subsídio para se proceder a abordagem dos objetos de estudo dos capítulos subsequentes, estes diretamente construídos a partir das entrevistas realizadas e da problematização por elas suscitadas.

O terceiro capítulo explorará o conceito de experiência em Foucault, tomando-o como referencial para se pensar como essas pessoas entrevistadas lidaram com o conhecimento (saber) de se descobrirem infectados pelo HIV. Grosso modo, a pergunta que se faz é como, para eles, é viver com HIV/Aids; mas, não procurando traçar relações de causalidade explicativas sobre sua vida e sua condição de HIV/Aids. Considerando-se a experiência, a partir da forma como Foucault a circunscreveu (como um elemento do processo de subjetivação), entender como se organizaram subjetivamente neste contexto dos discursos do HIV/Aids.

O capítulo seguinte, um estudo qualitativo a partir das falas das PVHA, será discutido como suas vidas afetivo-sexuais foram afetadas pelo discurso do HIV/Aids e tentar refletir

sobre o sujeito sexual da Aids. Afinal, a epidemia da Aids foi atribuída a um agente etiológico de transmissão eminentemente sexual. Assim, discutir as implicações políticas sobre os corpos e as sexualidades dessas pessoas, partindo da história da sexualidade de Foucault, que toma a sexualidade como um dispositivo.

Em seguida, o sexto capítulo abordará esses sujeitos do HIV/Aids a partir do tratamento e uso de medicação, que, em geral, são olhados a partir da adesão ao tratamento, quando esta se restringe frequentemente ao uso “adequado” da medicação, um viés biologicista, então, reducionista. Serão discutidas essas questões a partir do conceito foucaultiano do biopoder e de governabilidade, ambos articulados aos dispositivos de politização dos corpos, a biopolítica.

Entende-se que o fio condutor desta pesquisa, aqui organizada como uma tese de doutorado, toma as ideias de Foucault como interlocutor das reflexões realizadas, mas, prioritariamente, foca-se em pensar o sujeito e suas formas de subjetivação. O que nos interessa, prioritariamente, é estudar a experiência de viver com HIV/Aids como um processo de subjetivação dos sujeitos da Aids.

1. Revisão de literatura ou Estado da Arte: Aids, experiência, relações afetivo-sexuais, adesão e Foucault

Neste capítulo será apresentada uma revisão de literatura acerca dos estudos já realizados sobre a Aids, a partir de uma perspectiva foucaultiana, que tenham, direta ou indiretamente, abordado a experiência de viver com HIV/Aids, as relações afetivo-sexuais de PVHA e o processo de adesão ao tratamento. Esta revisão de literatura compreendeu o período de 2004 a 2014, com o objetivo de se verificar o que foi produzido de mais relevante e mais recente sobre o assunto, traçando um panorama das discussões nesse campo.

Focou-se o olhar sobre a Aids como fenômeno que não se restringe ou se esgota no âmbito biológico. Nesse sentido, parte-se do princípio de que a Aids é um discurso que circula funcionando como um operador político sobre corpos e à sexualidade. Seguindo esse caminho, Michel Foucault foi tomado como interlocutor, por se considerar que suas teorizações auxiliariam a responder à questão levantada como problema desta pesquisa: como era, para esses sujeitos, viver com HIV/Aids.

É importante registrar que o caminho para responder ao problema de pesquisa, desde o início da produção da tese, foi muito alterado em função do que se encontrou no percurso. Esse processo colocava novas questões e trazia reformulações às perguntas iniciais, expressas nos objetivos da tese: interrogar-se como é viver com HIV/Aids, problematizar a vida afetivo-sexual em tempo pós-Aids e refletir sobre o processo de adesão ao tratamento. E, assim, seguiu-se com a pesquisa, considerando-se sempre o caráter inacabado de qualquer teorização, principalmente quando se toma Foucault como interlocutor.

Sabe-se que o *Corpus* em pesquisa é o conjunto de dados tomados como objeto de uma pesquisa com o objetivo de se proceder às análises. Foucault (1975/2010) afirma que há

uma dificuldade em se organizar um *corpus* de pesquisa, dentro da perspectiva de seus estudos, pois a preocupação centra-se muito mais nos discursos que emergem e circulam em certos períodos históricos, do que na eleição de objetos de pesquisa específicos. Destaca que seria impossível levantar todos os discursos em determinado tempo sobre algum objeto de pesquisa.

A eleição é muito mais no sentido estratégico político, atentando-se, sobretudo, para as discontinuidades históricas de certos discursos ou regimes de verdade. A preocupação é com a possibilidade de que a eleição de um objeto seja um caminho para uma possível redução e naturalização do problema.

1.1. Procedimentos

Foram realizadas várias explorações em bancos de dados *on line* de pesquisa, tais como o *Scielo* ou o *google acadêmico*. O termo Aids mostrou-se extremamente abrangente quanto aos resultados observados e aos campos de conhecimento que o tomam como objeto de pesquisa.

Considerando-se que o objeto de estudo desta tese não foi a Aids, mas a experiência de se viver com HIV/Aids e suas possíveis implicações na vida afetivo-sexual e na adesão ao tratamento, realizou-se a pesquisa procurando trabalhos que tratassem da Aids sob esses aspectos, considerando-se também suas relações com as teorizações foucaultianas.

A construção do *corpus* da pesquisa foi realizada a partir das buscas em bancos de dados eletrônicos de trabalhos e publicações em português que estivessem disponíveis para acesso público, ligadas às áreas de saúde e em psicologia. Entende-se que o levantamento bibliográfico serve prioritariamente ao pesquisador como um referencial para a escolha dos caminhos, meios de pesquisa e análise da viabilidade de um estudo.

Elegeram-se a Biblioteca Virtual em Saúde – psicologia (BVS-PSI), pois ela congrega informações sobre publicações científicas na área de saúde a partir de vários bancos de dados, e a sua derivação BVS-PSI corresponde a uma organização de publicações na área de psicologia relacionada a todas essas outras áreas. Além disso, o BVS-PSI está organizado por temáticas e instituições, e tem como critérios de organização alguns eixos: cobertura temática (refere-se às ciências em saúde em geral, incluindo outras áreas relacionadas, por exemplo, a psicologia); cobertura geográfica (publicações realizadas no Brasil, e as fora do país, mas que dizem respeito ao Brasil); tipos de informação (informação científica, técnica, documentos governamentais, dentre outros); conteúdo (fontes de informação produzidas pela rede Brasileira de Informação em ciências da saúde); acesso (garantia de acesso a textos completos por via eletrônica) e atualização permanente (Biblioteca Virtual em Saúde, 2015).

O portal é uma iniciativa do Ministério da Saúde brasileiro, o BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo seu nome original Biblioteca Regional de Medicina), OPS (Organização Pan-americana de Saúde) e a OMS (Organização Mundial em Saúde) e com parcerias com instituições nacionais e foi lançado em 2008 (Biblioteca Virtual em Saúde, 2015).

No curso da busca utilizaram-se os seguintes descritores: “Aids + Foucault”, “Aids + experiência + Foucault”, “Aids + relações + afetivo + sexual + Foucault” e “Aids + adesão + Foucault”.

O descritor Aids (como se decidiu grafá-lo neste trabalho) foi utilizado em seus variados e possíveis formatos: AIDS, Aids e aids. A escolha por essa grafia se refere à variedade de maneiras possíveis que se encontram em diferentes leituras realizadas anteriormente. Essas diferenças têm como justificativas questões que vão desde aquelas concernentes à ortografia oficial (AIDS, pois se trata de uma sigla), até justificativas políticas

de substantivar a palavra (aids, um neologismo, se preferirem), como um substantivo comum e singular.

Apesar de existir a correspondência para a sigla em inglês *Aids* (*acquired immunodeficiency syndrome*) na língua portuguesa, que é SIDA (síndrome da imunodeficiência adquirida), esta nunca foi oficialmente assumida e extensivamente utilizada, haja vista o próprio nome do programa nacional de saúde destinado pelo Ministério da Saúde brasileiro ao combate, vigilância e tratamento da epidemia, o Programa Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais (PNDA). Esta tese utilizou a palavra Aids com a primeira letra maiúscula.

Dentro de uma perspectiva foucaultiana, reflete-se que toda e qualquer escolha por parte de um pesquisador, tanto em trabalhos, teorias ou metodologias que seleciona, têm um caráter arbitrário e funciona dentro da lógica foucaultiana do saber-poder, que institui e entende que verdades são produto de articulações entre variados discursos que circulam.

Quando se toma um campo ou uma teoria em detrimento de outras, isso é feito por um indivíduo-sujeito que carrega no seu processo de subjetivação assujeitamentos e resistências aos jogos de verdade estabelecidos. Assim, nenhuma escolha é definitiva e totalizante no âmbito de uma pesquisa. E toda escolha, em certo grau, carrega a potencialidade da repetição, subversão ou, até mesmo, resistência. Fazer pesquisa é uma ação política no mundo do saber-poder.

1.2. Critérios de inclusão e exclusão na pesquisa

Todos os estudos identificados foram selecionados para inclusão e exclusão, a partir dos critérios abaixo:

- Critério para inclusão dos estudos:

- abordagem da temática da Aids a partir de uma perspectiva foucaultiana;
 - alusão a Aids em relação à experiência, relações afetivo-sexuais ou adesão;
 - trabalhos publicados no período de 2004 a 2014;
 - trabalhos disponibilizados em banco de dados de acesso público BVS-PSI;
 - publicação em língua portuguesa.
- Critérios para exclusão dos estudos:
- trabalhos sobre Aids desenvolvidos numa perspectiva “teórica” diferente deste trabalho;
 - trabalhos de acesso pago;
 - trabalhos anteriores ao período cronológico definido.

1.3. Apresentação dos trabalhos encontrados e selecionados: o *Corpus*

A busca realizada na Biblioteca Virtual de Saúde em Psicologia (BVS-PSI) foi realizada utilizando-se o “método integrado”, de trabalhos em português, e inserindo as palavras descritoras no campo “pesquisa na BVS”. O uso do método integrado procede com buscas em literatura científica (por exemplo, artigos, teses e dissertações, dentre outros), em bases de textos completos, livros eletrônicos de psicologia em bases abertas, vídeos e bases em ciências da saúde e áreas correlatas (Biblioteca Virtual em Saúde, 2015).

O mecanismo de busca não faz distinção entre as palavras usadas como descritores, no singular ou plural, em letras maiúsculas ou minúsculas. Assim, por exemplo, quando do uso das palavras “sexual” ou “sexuais”, ainda Aids ou aids, não se detectou nenhuma diferença nos resultados.

Para uma maior eficiência no uso da ferramenta de busca, a pesquisa foi realizada utilizando-se como referência a base de dados de terminologias em psicologia e descritores

em ciências da saúde (DeCs). Esses são bancos de dados que têm como objetivo padronizar as palavras descritoras, visando a uma maior facilidade e organização da informação armazenada. Assim, realizou-se a correspondência entre as palavras descritoras aqui escolhidas e aquelas apontadas pelo banco de terminologias e descritores em ciências da saúde do BVS-PSI.

Os descritores encontrados no BVS-PSI, que correspondem ao objetivo da busca deste trabalho, foram abaixo indicados.

- a. Para “Aids”, foi sugerido o descritor com a grafia “AIDS”, apresentando 22 resultados que se referem predominantemente a aspectos fisiológicos e biológicos (tais como antígenos, patologias, sorologia, etc.), com somente um resultado em que se aponta a definição do termo como síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA ou Aids, sem diferenciação em português). Não apresentou nenhuma ligação com a psicologia, somente aos aspectos biológicos e médicos. Selecionouse, então, o descritor AIDS para a busca no BVS-PSI.
- b. Para a “experiência” aponta quatro resultados para esse termo. O primeiro refere-se à experiência de morte, apontando para o sentido biológico, social ou psicológico desta; o segundo relaciona-se a aspectos de acontecimentos que mudam a vida (sejam eles sociais, ambientais ou psicológicas), estando muito ligados à área da história como algo explicativo de uma relação de causalidade; o terceiro remete ao campo da psicologia, mas como um aspecto de alteração da aprendizagem, onde se altera o modo de ver ou fazer algo anteriormente sedimentado e, como qualificador, liga-se ao campo da ética em relação aos valores humanos; e por fim, o último resultado que remete ao seu uso educacional, com o uso de exemplos e casos para ensinar técnicas de solução de problemas;

escolheu-se utilizar o descritor “experiência”, pois apresenta alguma relação, mesmo que discutível, na maneira como abordada nesta tese.

- c. Para “relações afetivo-sexuais”, não foi encontrada nenhuma correspondência como descritor no âmbito do BVS-PSI. Experimentou-se o descritor “relação sexual” e obteve-se como resultado apenas uma referência a esse termo, remetendo em português a “coito”. Esse termo é definido como um vocábulo usado somente para humanos, que designa o encontro sexual entre um homem e uma mulher. Apresenta uma nota apontando que, para animais, usar “copulação”, e se o objetivo do descritor for “sexo oral” ou “sexo anal”, utilizar-se do descritor “comportamento sexual”. Oferece como sinônimo de coito tanto “relação sexual” ou “relações sexuais”. O descritor “relação sexual” foi escolhido para as buscas, tendo como justificativa que, no enfoque dado pela psicologia, na organização do BVS-PSI, ele está ligado, também, aos aspectos afetivos. A busca através dos descritores “relação afetiva”, “afetivo-sexual” ou “afetivo sexual” não apresentaram nenhum resultado.
- d. Para “adesão ao tratamento”, o banco não apresentou nenhum resultado na busca. Experimentou-se o descritor “adesão” e obtiveram-se vinte e sete resultados, predominantemente ligados a processos biológicos celulares, e com somente uma menção relacionada a uma adesão ao tratamento, remetendo o termo a “cooperação do paciente”. Decidiu-se por realizar a pesquisa utilizando-se ambos os descritores: “adesão” e “cooperação do paciente”.

Tabela 2 - Resultado da busca em base de dados das terminologias em psicologia e descritores em ciências da saúde (DeCs) para o BVS-PSI

Descritores	Quantidade de respostas encontradas por similaridade	Sentido predominantemente atribuído pela definição	Termo escolhido como descritor para a busca
Aids	22	Biológico	AIDS
Experiência	04	Acontecimentos que mudam a vida	Experiência
Relação afetivo-sexual	01	Coito (aspecto reprodutivo)	Relação sexual
Adesão ao tratamento	27 (somente adesão)	Biológico, com um sentido de adesão ao tratamento	Adesão e cooperação do paciente

Depois de ter sido realizada esta busca, para se definir os descritores a serem utilizados na pesquisa com o BVS-PSI, objetivando-se uma maior eficiência na localização de textos relacionados a esta pesquisa em curso, definiu-se que os descritores a serem utilizados seriam: “AIDS”, “experiência”, “relação sexual”, “adesão” e “cooperação do paciente”, todos associados a “Foucault” e a “AIDS”, pois interessavam os trabalhos que abordassem essas temáticas a partir da perspectiva foucaultiana. Quanto à utilização do descritor AIDS, ele servia para explorar as possibilidades de refinamento na busca, também em função do objetivo desta pesquisa. Porém, nenhum resultado foi encontrado a partir da associação do descritor “AIDS” às buscas.

A seguir, apresentam-se os resultados encontrados em diferentes bases de dados que compõem o BVS-PSI, quando da realização da busca por trabalhos:

Tabela 3- Resultado da busca por trabalhos organizada por descritores e base de dados associada

Descritores	Base de dados			
	Scielo	LILACS	PePsic	Total
AIDS + Foucault	11	15	00	26
Experiência + Foucault	56	70	23	149
Experiência + Foucault + AIDS	00	00	00	00
Relação sexual + Foucault	11	11	03	25
Relação sexual + Foucault + AIDS	00	00	00	00
Adesão + Foucault	02	02	00	04
Adesão + Foucault + AIDS	00	00	00	00
Cooperação do paciente + Foucault + AIDS	00	00	00	00
Total de achados	80	98	26	204

A etapa seguinte foi de se fazer um levantamento dos trabalhos selecionados, para que se fizesse a exclusão daqueles que estavam repetidos nos diferentes bancos de dados. Encontrou-se o seguinte conjunto de textos, conforme a tabela abaixo:

Tabela 4 - Número de textos identificados de acordo com os descritores após a exclusão das repetições

Textos agrupados por descritores	Quantitativo após a exclusão por repetição
AIDS + Foucault	13
Experiência + Foucault	129
Relação sexual + Foucault e Relação sexual + Foucault + AIDS	22
Adesão + Foucault	02
Total	166

Conforme já apontado anteriormente, a produção sobre a Aids é muito grande e há trabalhos realizados dentro de diferentes campos de conhecimento. O levantamento realizado na base de dados BVS-PSI compreendeu o período de 2004 até 2014. Remetendo sempre aos objetivos “geral” e “específicos” desta Tese, procedeu-se à leitura do resumo e, somente

quando necessário, da leitura de trechos ou da totalidade dos trabalhos selecionados nessa etapa. Trabalhos foram descartados quando não possuíam relação ou relevância em relação ao campo desta pesquisa. Depois de realizada mais uma operação de exclusão, obteveram-se os quantitativos de resultados demonstrados na tabela abaixo.

Tabela 5 - Quantitativo de trabalhos selecionados após a segunda operação de exclusão, considerando-se o critério de relação ou relevância em relação ao campo pesquisado

Textos agrupados por descritores	LILACS	Scielo	PePSIC	Total
AIDS + Foucault	06	06	00	13
Experiência + Foucault	12	05	02	19
Relação sexual + Foucault e Relação sexual + Foucault + AIDS	02	02	00	04
Adesão + Foucault	00	00	00	00
Total				45

Mesmo depois deste último corte por relação ou relevância com o tema, entre as diferentes fontes consultadas (LILACS, Scielo e PePSIC), utilizando-se das mesmas palavras descritoras, pôde-se identificar algumas repetições de trabalhos entre eles. Foi assim necessário proceder-se com um último corte por repetição dentro do mesmo descritor por repetição dentro dos diferentes bancos de dados que compreendem o BVS-PSI. Vale ressaltar que, algumas vezes, o mesmo trabalho abrangia diferentes descritores (por exemplo: ao descritor “AIDS + Foucault” e “relação sexual”), repetindo-se entre eles. Esses não foram excluídos como repetição, pois, apesar de ser o mesmo trabalho, abordam os diferentes aspectos buscados nesta pesquisa através desses diferentes descritores. Apresenta-se, a seguir, o *corpus* final para este trabalho de levantamento bibliográfico, após todas as considerações realizadas e critérios adotados.

Tabela 6: *Corpus* da pesquisa: Número de estudos apresentados a partir de cada descritor

Textos agrupados por descritores	Quantidade
AIDS + Foucault	06
Experiência + Foucault	10
Relação sexual + Foucault e Relação sexual + Foucault + AIDS	02
Adesão + Foucault	00
Total	18

1.4. O que se diz sobre Aids e Foucault

Identificaram-se, nos trabalhos selecionados por este critério, duas linhas possíveis de abordagem. Uma que destaca como o discurso da Aids produz sujeitos constituídos pelas posições de uma sexualidade transbordante ou excedente, e a outra que analisa as políticas de saúde pública organizadas historicamente na forma de reguladoras de condutas dentro de uma lógica sanitária.

Sampaio e Germano (2014) desenvolvem uma análise do desenvolvimento do movimento LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros) no Brasil. Destacam como historicamente esses movimentos pelo mundo utilizaram-se de uma estratégia de fortalecer a identidade *gay* no caminho de uma política de posituação desses sujeitos, mas que, ao mesmo tempo, naturalizaram o sujeito LGBT. Fazendo um recorte para a história do movimento no Brasil, destacam-se as “alianças” firmadas entre o movimento e o Estado, pois coincidiram com a época do surgimento da epidemia da Aids. Tal caminho, refletem os autores, serviu para fortalecer a associação entre a Aids e a homossexualidade, reforçando o estigma da

“doença dos gays”. É um estudo que se foca numa análise das políticas públicas e teve como metodologia o levantamento bibliográfico problematizado a partir das ideias de autores como Foucault e da Teoria *Queer*, estando dentro da área da saúde pública.

Pinheiros e Medeiros (2013) organizaram um estudo bibliográfico sobre as políticas públicas de saúde ligadas às DST/Aids, utilizando-se os conceitos de experiência moral em Foucault, os quais avaliam que as políticas públicas concernentes a essa área organizaram-se em torno de uma abordagem dos comportamentos sexuais de risco, com vistas a promover ações de prevenção. Seriam intervenções de caráter normatizadoras, baseadas preponderantemente no campo médico, que teriam como objetivo produzir sujeitos que organizam sua vida sexual baseada nos critérios de uma “conduta sexual saudável”.

Cunha (2012); Calais e Santana (2011) e Cruz (2007) também vão problematizar a questão do sujeito da Aids, enfocando, a partir de crianças e adolescentes, como uma subjetividade construída em torno da noção de cuidados de si, remete à formas possíveis de promoção de saúde e prevenção. Tomam os jovens como objeto de estudo, pois com o advento da descoberta da infecção pelo HIV nessa porção da população, eles também passaram a ser alvo de políticas públicas e intervenções específicas com preocupações com o futuro da população. Destacam como esse grupo populacional seria um problema, considerando-se que sua sexualidade seja exacerbada e sem controle e, assim, produtoras de riscos. Esses discursos criariam os “jovens da Aids”, promovendo certa modelagem social no tocante ao seu comportamento e, ao identificá-los como tal, localizam neles uma carga de preconceito e estigmatização, ditando-lhes o que podem ou não podem fazer.

Considerando-se o caminho metodológico seguido nestes trabalhos, Cunha (2012) organizou seu estudo a partir de uma etnografia com observação participante, dentro do campo de estudo da Antropologia Social. Calais e Santana (2011) realizaram uma pesquisa

bibliográfica com caráter qualitativo. E, por fim, Cruz (2007) realizou uma análise de discurso de inspiração foucaultiana através de revistas, jornais e documentos.

Madureira, Faganello e Trentini (2008), dentro do campo da enfermagem, promoveram um estudo sobre as relações afetivo-sexuais e a vida conjugal de pessoas em tempos de Aids. Colocam em questão a ideia de fidelidade, principalmente do homem em relação à mulher, como um pacto que precisa ser firmado. Propõem que se promovam maiores encontros de discussão entre casais para que, juntos, possam criar maneiras de se viver em casal, destacando isso como uma lacuna existente nas políticas públicas.

1.5. O que se diz sobre a experiência e Foucault

O conceito de experiência não aparece diretamente citado nos trabalhos obtidos com a pesquisa, mas pulverizado ao longo de reflexões que pensam de diversas formas, maneiras de se conceber o processo de subjetivação em Foucault.

Os estudos que, de alguma forma, abordaram uma noção aproximada daquilo que, nesta tese, chamou-se de experiência como conceito em Foucault, foram os estudos de Cruz (2007) e Pinheiro e Medeiros (2013). Ambos abordam a Aids como um discurso subjetivante que cria determinados tipos de sujeitos necessários à lógica sanitária da prevenção. Esses estudos estão dentro do campo da saúde pública, sendo o primeiro de cunho teórico e o outro uma pesquisa qualitativa a partir dos discursos sobre a criança e a Aids em revistas, jornais e a experiência da pesquisadora.

Outro caminho que se encontrou, trabalhando a questão da experiência, foi em relação ao seu uso no campo da clínica para se pensarem as subjetividades. Baroni e Figueiras (2012) discutem uma clínica da depressão a partir do campo dos discursos, tomando esta como sendo constituída através desses discursos, principalmente o médico-científico. Seria através da vontade de saber e do uso desses conhecimentos que o indivíduo se subjetiva na depressão.

Almeida e Atallah (2009), dentro do campo específico da psicanálise e numa pesquisa teórica, colocam em questão a interpretação psicanalítica como técnica, pois ela operaria a partir dos conceitos próprios da psicanálise, construindo assim uma clínica com posições universalizantes. Propõem essa leitura da prática psicanalítica a partir da noção de poder em Foucault, para poder pensar a clínica psicanalítica como um campo de experimentação, ou seja, de produção de subjetividades singulares. E, por fim, Baroni e Cunha (2008) levantam a discussão sobre o sujeito e seu lugar no contexto clínico como sendo de resistência e subversão, pois consideram o contexto terapêutico como um lugar de relações de poder. Assim, este contexto seria de possibilidade de construção de liberdade e novas formas de subjetivação, tomando esses conceitos a partir da perspectiva que Foucault as circunscreve, como modos de subjetivação.

Outra maneira de abordagem desta temática foi a discussão no campo mais filosófico, especificamente sobre a definição e entendimento da conceituação de subjetividade, tomando Foucault como debatedor, considerando-o como possível de trazer inovações a este campo. Generoso (2013), por exemplo, promove uma discussão filosófica sobre a formação do sujeito através da “antropofagia” de Oswald de Andrade (no campo da literatura), contrapondo-a à ideia de alteridade em Foucault. Para essa autora, a subjetividade é uma experiência construída na relação com o outro, que, por identificação ou rivalidade, pode ser “devorado”. Essa incorporação levaria o sujeito à experiência de hospedagem da alteridade (outro) através de sua subjetivação. Entende sua reflexão como uma crítica à razão ocidental na sua racionalidade da compreensão dos processos de subjetivação.

Ainda no campo das reflexões filosóficas, Mélló e Di Paolo (2007), dentro do campo da psicologia e através de uma pesquisa teórica, problematizam o conceito de identidade como sendo herdeiro do iluminismo e, assim, reducionista. Concebem o humano como um processo instável e de criação, articulado pela rede de discursos, possibilitando uma

experiência de si e de diversidade no devir. Moutinho (2004), através de uma pesquisa teórica, discute a crítica foucaultiana do humanismo, refletindo que esta se deu processualmente como uma crítica ao próprio trabalho do autor quando partiu de um projeto filosófico do sujeito na construção de uma ontologia, e que, ao longo de sua obra, Foucault constrói, a partir do negativo, a noção de experiência sem sujeito, objetivando, em última instância, o rompimento da identidade.

Dois outros estudos foram construídos através de uma pesquisa qualitativa, na qual os pesquisadores foram a campo para entrar em contato com os discursos circulantes de determinados grupos, para refletir sobre a construção da subjetividade a partir de Foucault. Um desses estudos foi o de Boechat e Kastrup (2009) realizado através de uma oficina de leitura dentro de um sistema prisional, onde analisam a arte como possibilidade de experiência na produção de subjetividade, promovendo uma transformação social. O segundo foi o de Leite e Andrade (2010), realizado com observações e entrevistas de pessoas dentro de um fórum. Eles discutem os processos de produção de subjetividade ético-política, a partir das experiências relacionais do cuidado de si. Tomam a subjetividade como uma consciência de si que se dá através das técnicas de governo do sujeito consigo mesmo e com o outro. Essa pesquisa se deu no campo da psicologia.

1.6. O que se diz sobre as relações sexuais e Foucault

O estudo de Pinheiro e Medeiros (2013), que também é apontado e discutido no item sobre a “Aids e Foucault”, foi um trabalho que abordou a questão das relações sexuais em tempos de Aids, fazendo esta análise através da maneira como as políticas públicas foram organizadas como discursos de controle sobre esta sexualidade. Quando se aborda a Aids, frequentemente, o tema das “relações sexuais” vem à tona por ter sido uma preocupação prioritária. Isso pode ser visto também no já citado estudo de Madureira, Faganello e Trentini

(2008) sobre as relações conjugais. O que foi possível identificar sobre a Aids e as relações sexuais é uma preocupação sanitarista, voltada para uma política de controle dos comportamentos considerados de risco, visando à produção de subjetividades com uma consciência de si quando se referem a suas vidas sexuais. É digno de nota que a dimensão afetiva das relações, em tempos de Aids, não foram encontradas nos estudos que focam estritamente a questão das relações sexuais.

1.7. O que se diz sobre a adesão ao tratamento e Foucault

Depois de realizados todos os cortes com a finalidade de se refinar os resultados da pesquisa e melhor alinhá-los aos objetivos desta, não se encontrou nenhum trabalho que pensasse a questão de adesão ao tratamento a partir de Foucault. Na verdade, os trabalhos encontrados sobre adesão focavam quase que estritamente nos aspectos biológicos da Aids, enfatizando sempre a importância do uso da medicação, mas descrevendo eminentemente o processo de funcionamento fisiológico deles.

1.8. Algumas reflexões sobre o que se disse a respeito de tudo até agora

Pode-se perceber como o estudo sobre a Aids se ramifica por vários campos de conhecimento e maneiras de abordagem. O pensamento de Michel Foucault, ainda que já bastante usado e difundido na atualidade, não se mostrou muito significativo nos recortes feitos para este estudo. Considerando-se a grande quantidade de publicações de trabalhos de todo tipo, a utilização desse autor ainda é relativamente pequena ou se dá através, predominantemente, do estudo da subjetividade, principalmente pela psicologia. O campo de estudo da saúde pública parece já se utilizar desse autor, valendo-se eminentemente da sua noção de poder e das técnicas de si.

A psicologia, em particular, ainda não parece utilizar-se de teorizações sobre a Aids a partir de Foucault, o que poderia enriquecer muito a discussão acerca da subjetividade, uma

vez que aponta para posições menos generalizantes. Essas posições são características do Iluminismo com sua centralidade no racionalismo, e é uma característica muito própria das ciências médicas. A psicologia, apesar de muita discussão, não é uma ciência da saúde, mas uma ciência humana; como tal, poderia beneficiar-se do “instrumental foucaultiano” como forma política de crítica tanto à sua construção como ciência como na seleção de seus instrumentos técnicos de intervenção.

Foi possível ver a riqueza de possibilidades que a teorização a partir de Foucault pode oferecer, e a amplitude de aplicações de seu pensamento. Identificaram-se, porém, estudos eminentemente teóricos dentro da abrangência desta pesquisa. Isso levanta uma crítica, destacando-se a importância dos estudos que abordem os assuntos da subjetividade a partir do contato direto com os “sujeitos-problema” de cada pesquisa, considerando-se que a característica principal da visão de Foucault é da singularidade, apesar dos agenciamentos da produção de subjetividade. Sua visão de poder pede por isso. Esta forma de pesquisa levaria também a perspectiva política numa crítica às visões universalizantes de teorizações que buscam uma unidade e atemporalidade de fenômenos tão complexos.

Apesar do número muito maior de trabalhos selecionados inicialmente, o número final de trabalhos utilizados reduziu-se bastante. Constatou-se que a abordagem da Aids ainda se dá a partir de sua perspectiva biológica. Pode-se reforçar que as dimensões social, psicológica e política da Aids, ainda carecem de mais estudos.

A psicologia clínica também não parece se utilizar muito amplamente de Foucault para pensar a Aids e nem as PVHA. A teorização a partir desse autor mostrou-se bastante rica e vitalizada, podendo trazer problematizações, exatamente, para os campos menos estudados, como a dimensão social, a psicológica e, principalmente, a política da doença.

Os próximos capítulos apresentarão discussões mais aprofundadas dos temas aqui explorados, e novas problematizações serão levantadas. Inicia-se pela problematização do método em Foucault, destacando-se a importância do sujeito como objeto de estudo central nessa perspectiva e fio condutor da pesquisa nesta tese.

2. Qualquer semelhança com a realidade terá sido mera coincidência: Sujeito, História e Método em Foucault

Este capítulo tem como objetivo discutir a possibilidade de um caminho epistêmico-metodológico que possa ser usado para compreender criticamente a Aids, utilizando-se de uma teorização foucaultiana para se pensarem as possibilidades de subjetivação das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA).

A herança moderna e racionalista atrela a construção do conhecimento a uma lógica causal, na qual o método ganha preponderância, tornando-se, muitas vezes, o aspecto mais importante a que um pensador ou cientista deve concentrar-se, já que a replicação de um estudo é condição de sua prerrogativa de verdade universal.

Foucault foi frequentemente acusado de filiar-se a esta ou aquela linha teórica, como a fenomenologia ou o estruturalismo, mas construiu uma forma de pensar que podemos tomar como não alinhada. Ele se interessava por entender, em última instância, o homem (sujeito), que foi objeto de escrutínio da ciência, ao longo de séculos (especialmente XIX e XX), quando se tentou desvendar sua natureza ou essência fundante (Foucault, 2011/1966; 2011/1968).

Michel Foucault pode ser apontado como um pensador que fez um percurso original e crítico quando questionava a lógica causal e universalista, propondo-se pensar historicamente, mas fugindo de uma linearidade causal na análise dos acontecimentos. É exatamente na ruptura dos acontecimentos históricos que lhe era possível pensar seus objetos de estudo. Ele assim tenta escapar de um pensamento reducionista dos fenômenos ou objetos estudados, criticando uma posição metafísica do racionalismo (Williams, 2012).

Nesta tradição, trata-se de fazer uma história do presente, ou uma história crítica dos modos de subjetivação pelo HIV/Aids, que será uma discussão no âmbito teórico:

Compreendo que a conceituação não deveria estar fundada em uma teoria do objeto – o objeto conceituado não é o único critério de uma boa conceituação. Temos de conhecer as condições históricas que motivam nossa conceituação. Necessitamos de uma consciência histórica da situação presente (Foucault, 1984/2010, p. 274).

Assim, pensar uma história do presente é contemplar determinado objeto, não na sua materialidade natural, mas observar os discursos que circulam num determinado tempo histórico que proverão suas possibilidades de surgimento e inteligibilidade.

É importante destacar então que os objetos circunscritos neste estudo são o HIV/Aids e a subjetivação das PVHA. Não a Aids como realidade natural e universal, mas como fenômeno histórico estrategicamente organizado que proveu as contingências possíveis para a formatação dos processos de subjetivação das PVHA. São fenômenos complexos e não possíveis de redução a uma explicação causal única, pois atravessado por redes do saber-poder e pelos regimes de verdade.

Para tanto, faz-se necessário definir a noção de história e método em Foucault, além de sua noção dos processos de subjetivação, para compreendê-las na sua relação com este saber-poder e os tais regimes de verdade.

2.1. Foucault, sua obra e seu método

Michel Foucault foi Psicólogo, Historiador e Filósofo: um pensador. Sua obra, para fins puramente didáticos, divide-se em três tempos: (a) o momento conhecido como arqueológico, no qual ele estava interessado em estudar como o saber se organiza e constrói a história com suas verdades, as epistemes; (b) outro chamado de genealógico, no qual Foucault introduz a noção de poder, que, combinado com o saber através de várias estratégias e

dispositivos, organiza os regimes de verdade e sua circulação; (c) e a última fase de seu pensamento, dedicada à ética (formas possíveis de relação consigo e com o outro) e a estilísticas da existência, focando no sujeito, ou melhor, nas condições históricas de saber e estratégias de poder que possibilitaram a emergência datada de certos modos de subjetivação (Bert, 2013).

O seu projeto foi, desde sempre, apontam estudiosos e o próprio Foucault, compreender a história do presente e das diferentes formas de subjetivação, ou como os seres humanos são transformados em sujeito a partir de certas contingências (Foucault, 1982/2010; Araújo, 2008).

Fazendo um resumo, se assim se pode colocar, o próprio Foucault, sempre muito questionado sobre o seu método, expõe o modo como, ao longo de seu projeto de pensamento, foi modificando o foco e inventando e reinventando maneiras de se abordar a realidade e seus problemas de pesquisa. Apesar da citação longa, vale a pena resgatar as palavras de Foucault sobre seu objeto de pesquisa, ou objetos de pesquisa, e a questão do sujeito ou das formas de subjetivação:

Um deslocamento teórico me pareceu necessário para analisar o que frequentemente era designado como progresso dos conhecimentos: ele me levava a interrogar-me sobre as formas de práticas discursivas que articulavam o saber. E foi preciso também um deslocamento teórico para analisar o que frequentemente se descreve como manifestações do “poder”: ele me levava a interrogar-me sobretudo sobre as relações múltiplas, as estratégias abertas e as técnicas racionais que articulam o exercício dos poderes. Parecia agora que seria preciso empreender um terceiro deslocamento a fim de analisar o que é designado como “o sujeito”; convinha pesquisar quais são as formas e as modalidades da relação consigo através do qual o indivíduo se constitui e se reconhece como sujeito (Foucault, 1984, p. 12).

Assim, essa abordagem remete a várias possibilidades de se pensar a Aids e as PVHA, vez que coloca uma série de questões: como a Aids afetou a relação dos indivíduos com o próprio corpo e a sexualidade? Como estão organizadas hoje as relações afetivo-sexuais na

era pós-Aids? Como essas pessoas se relacionaram consigo e com o outro? Como se subjetivam num tempo em que a medicação e o tratamento médico parecem ser as únicas coisas que importam para suas vidas?

Pensou-se que o caminho para tais respostas pudesse ser o estudo de alguns pontos nos quais certos discursos se formaram, ao invés do estudo de um objeto específico e a busca de respostas definitivas. Um caminho possível, lastreado nas ideias de Foucault, é de se pensar o sujeito da Aids em suas várias dimensões. Este “método” foucaultiano pode ser útil e bastante produtivo para tal.

Em relação ao método, este autor foi sempre questionado sobre quais seriam suas referências e, muitas vezes mesmo, acusado de não possuir um método. Foucault referiu-se ao seu fazer, sua forma de trabalhar, pensar e construir o conhecimento como uma eterna procura e ajustamento do método para cada estudo, como que uma caixa de ferramentas (Foucault, 1977/2010).

Ele queria dizer que não existiria uma maneira de fazer e produzir conhecimento, mas formas de pensar o mundo e de se delimitar os objetos de estudos que podem ser guiados por um conjunto de construções teóricas e metodológicas, considerando-as pelo aspecto de sua historicidade. São objetos não naturais e não universais, mas circunstanciais e contingentes a certos discursos e regimes de verdade.

Foi isso que ele fez, lançando mão de sua abordagem do saber, o projeto arqueológico inicial, que, mais adiante, demandou por novas articulações, fazendo-o incluir o poder em suas reflexões, então sua genealogia, para finalmente dedicar-se a refletir sobre a ética (formas de relação consigo e com o outro), através das formas de subjetivação e estilísticas da existência (modos de subjetivação que não somente se submetem aos jogos de verdade, mas criam efeitos de subversão).

Pensar em um método poderia nos remeter à necessidade de constituição de um *corpus* da pesquisa. Toma-se aqui *corpus* como sendo o conjunto de dados que são selecionados e constituirão as unidades de estudo. Mas Foucault (1984/2010) destaca a dificuldade por ele encontrada nas suas pesquisas pela complexidade de se constituir um objeto de estudo e o *corpus* da pesquisa.

A constituição de um *corpus* apresenta um problema para minhas pesquisas [...]. No domínio muito mais impreciso estudado por mim, o *corpus* é um sentido indefinido: jamais se chegará a constituir o conjunto de discursos pronunciados sobre a loucura, ainda que se limitando a uma época dada em um dado país (Foucault, 1984/2010, p. 160).

Foi realizado exatamente isso, neste estudo, com a Aids. Ela não é tomada como uma realidade já construída, pois, após tantos estudos realizados e conhecimentos produzidos, pensou-se, a partir das falas das PVHA, quais seriam os problemas e questões que o discurso sobre o HIV/Aids estava suscitando. O interesse estava nas estratégias de subjetivação e as sujeições a estes discursos atualmente depois de mais de 30 anos de epidemia.

2.2. Método ou Metodologia: o labirinto de Foucault

Uma pessoa, ao entrar em um labirinto, depara-se com um conjunto de percursos ou caminhos que servem para desorientá-la. Essa imagem serve para ilustrar a sensação que a perspectiva foucaultiana deixa em seus leitores neófitos. Num labirinto há vários caminhos possíveis, e vários deles nos levam a uma saída.

Foucault subverteu - na tradição de Nietzsche - a forma de se pensar o homem e seus fenômenos, como já dissemos, criticando-os e lançando-nos na possibilidade de abordar o sujeito, contentando-nos com a incerteza provisória. Criticando o humanismo, vai colocar a ideia de sujeito no plano de algo que é fantasmático e arbitrário, aliás, arbitrário como todo conhecimento produzido pelo homem em determinado tempo (Veiga-Neto, 2011).

Definir, com o maior carinho, as transformações que, não digo, provocaram, mas constituíram a mudança. Substituir, em suma, o tema do devir (forma geral, elemento abstrato, causa primeira e efeito universal, mistura confusa do idêntico e do novo) pela análise das transformações em sua especificidade (Foucault, 1975/2010, p. 05).

Falar de método em Foucault parece ser também algo questionável: esse pensador nunca falou que usava um método, nem circunscreveu seu trabalho em torno de uma maneira que o conduzisse (Fischer, 2012).

A tradição ocidental cartesiana, com o advento da ciência moderna, tenta traçar os caminhos – o método – para se garantir a certeza do lugar a chegar. O conhecimento é tratado a partir de suas propriedades como uma linearidade causal.

Foucault, por sua vez, nunca se posicionou sobre seguir determinado método, apenas problematizou seus objetos de estudo a partir de uma visão própria de como a realidade ganha sentido e oferece as condições possíveis para o surgimento do sujeito, habitante atravessado e replicador das redes de saber e poder de determinado tempo histórico.

A palavra método designa, etimologicamente, um caminho ou modo de se chegar a algo. Em ciência, significa a maneira como os pesquisadores organizam e constroem seus conhecimentos em diferentes campos da ciência (Turato, 2008).

Longe de ser unânime, a noção de método comporta uma variada possibilidade de aplicações de acordo com o campo e a evolução histórica do seu desenvolvimento. É inegável que o método parece ter adquirido uma conotação universal de caminho absoluto de busca da verdade e isso se deve, epistemologicamente, a uma forma de se fazer ciência em que o estudo dos fenômenos naturais serve de modelo para as demais áreas de conhecimento, inclusive para as ciências sociais e humanas.

Quantificar parece ser o caminho mais correto e também referencial de eleição de objetos e campos de estudo. Turato (2008) destaca como o pensamento de inspiração cartesiana serviu e serve até hoje de horizonte epistemológico à filosofia moderna. Destaca ele como várias críticas foram surgindo, questionando o excesso de racionalismo e matematização da realidade.

O efeito direto desse debate sobre as ciências sociais e humanas foi o desenvolvimento de uma abordagem que privilegia um automatismo e naturalismo do fenômeno humano, destacando esse caminho como a única possibilidade de se encontrar e decifrar a “verdade”: essa seria a quantificação e descrição exaustiva do objeto de estudo.

Turato (2008) ainda distingue a diferença entre método e metodologia. Todo estudo científico pressupõe um método, um caminho, um encadeamento de passos para se chegar à construção de um conhecimento. Metodologia por sua vez, destaca o autor, compreende o campo filosófico que estuda e ordena os vários métodos e os relaciona aos campos epistemológicos, paradigmáticos ou, como queria Foucault, as *epistemes* com seus jogos do saber-poder (Foucault, 1966/2011). No entanto, é importante enfatizar que pesquisadores fazem uso frequente de um ou outro termo, indiferentemente, para falar da proposta metodológica que vão utilizar.

Cabe lembrar, mais uma vez, que Foucault não postulou um método que guiasse o seu trabalho. Veiga-Neto (2009) discute se existiria ou não a possibilidade de se pensar em um método ou uma teoria foucaultiana, argumentando que, para poder pensar, se existe ou não tal possibilidade, seria necessário retomar a antiga questão do método dentro dos ideais do Iluminismo na modernidade.

Veiga-Neto (2009) aponta que a própria etimologia da palavra método remete à *meta*, com o sentido de “*para além de*”, e *odos*, apontando para o “*caminho*”; assim qualquer que

seja a área de conhecimento e pesquisa, será composta por um método. O problema reside em saber sobre qual campo de conhecimento é o objetivo da pesquisa, quando se quer apossar de um objeto de estudo ou fenômeno. Sim, apossar, pois:

... sem um método, não se chega a ter uma percepção ou um entendimento sobre as coisas. Se sabemos ou não sabemos que existe sempre um método ou se sabemos ou não sabemos que método é esse, pouco importa. Se ele já foi pensado e construído por outros, ele estará ali para ser trilhado; caso contrário, teremos nós mesmos de inventá-lo, construí-lo. (Veiga-Neto, 2009, p. 84)

Mas, não se deve perder de vista que Foucault foi um filósofo não representacionista, não essencialista e não fundacionista (Veiga-Neto, 2009). A implicação disso está na sua visão de homem e de mundo bem própria e peculiar que, na perspectiva pós-estruturalista, também não admite generalizações e universalizações, e ainda, não toma os fenômenos e objetos como naturais.

Para ir além desta perspectiva reducionista, sublinha-se que Foucault (1978/2010) evocou como noção importante na sua forma de tratar “seus objetos de pesquisa”: a ideia de “acontecimentalização”. Ele tomava o princípio de historicidade de um fenômeno não como uma explicação causal de si mesmo, mas se interessava pelas rupturas e discontinuidades dos acontecimentos e tradições de pensamentos que possibilitariam o surgimento de novas realidades tomadas como naturais, o acontecimento. “Não se trata, portanto, de reencontrar uma continuidade escondida, mas de saber qual a transformação que tornou possível essa passagem tão apressada” (Foucault, 1978/2010, p. 338).

Ele considerava que a ideia de acontecementalização havia sido pouco utilizada ou mesmo negligenciada pelos historiadores. Ela evocaria o sentido de uma ruptura radical, pois deixaria de lado certa tradição em se buscar a constante histórica, para se debruçar exatamente sobre uma singularidade: “Ruptura das evidências, essas evidências sobre as quais se apoiam nosso saber, nossos consentimentos, nossas práticas. Tal é a primeira função teórico-política do que chamaria de ‘acontecimentalização’” (Foucault, 1978/2010, p. 339).

Adverte, porém, que a acontecimentalização não se refere a apontar a ruptura ou surgimento da singularidade sem razão, como um fato inerte em oposição a uma continuidade. A ideia é de reencontrar uma série de relações e ligações entre fenômenos e acontecimentos através de uma “desmultiplicação causal”, pois pressupõe os acontecimentos como atravessados por vários processos; uma “diminuição do peso causal”, tratando o acontecimento singular como processo, que chamou de “poliedro de inteligibilidade”; e por fim, encarar a análise como sendo de uma qualidade de um “polimorfismo crescente” no seu processo de realização (Foucault, 1978/2010).

Foucault trabalhou com os saberes, depois acrescentou a sua análise às relações deste com o poder e finalmente chegou ao sujeito. Logo, se o objetivo de Foucault foi o sujeito, ou como um indivíduo torna-se sujeito, cabe discutir se existiria ou não em seu pensamento uma noção básica de sujeito com que ele trabalhou. Existe uma noção de sujeito em Foucault?

2.3. Sujeito e historicidade

A afirmação de que Foucault, como pós-estruturalista, não trabalha com a noção de sujeito, precisa ser cuidadosamente explorada. É possível afirmar que ele tem uma noção de sujeito, mas de um sujeito descentrado de uma origem e de uma substância naturalizante.

Veiga-Neto (2011) coloca que Foucault partiu de uma crítica àquilo que ele chama de um “sujeito desde sempre aí”, esta noção de sujeito, que é própria da modernidade, tomando-o como natural e universal, além de atemporal. Para Foucault, o sujeito não preexiste a um mundo social e nem é causa dele. Em sua obra, dedica-se a entender como alguém se constitui como sujeito dentro dessas condições históricas dadas (Araújo, 2008; Bert, 2013).

Foucault (1982/2010, p. 273) afirmou que o seu objetivo foi o de “... criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornam-se sujeitos”. Para ele, o sujeito seria “modos de objetivação” que se configuram a partir das relações entre

os contextos históricos e os jogos de verdade do saber-poder, relações complexas e não causais. O pensador francês considerou importante a historicidade desses fenômenos estudados, fenômenos estes em que também se localizava o homem e:

É também por ter se tornado manifesto o fato de que somos, em grande parte, “história incorporada”, quer dizer, esquecida e como que naturalizada, especificando que por trás das coisas não se encontra a origem, mas um entroncamento de construções plurais, individuais e coletivas, que esse autor [Foucault] continua a assombrar grande parte das reflexões sociológicas, históricas ou antropológicas. (Bert, 2013, pp. 10-11)

O ponto que destaca Foucault é que, quando se pensa no sujeito, leva-se em conta a noção cartesiana e racional da modernidade que o centrava em uma origem autofundante. Essa vai ser uma de suas críticas e mostra o caminho que ele toma. Esse caminho da modernidade pode ser ilustrado como importante e central no desenvolvimento da ideia de um sujeito “desde sempre aí”, com as noções de “eu pensante” de Descartes. Essa visão de mundo e de sujeito influenciaram várias áreas do saber (Veiga-Neto, 2011).

Veiga-Neto (2011) ainda aponta outras ressonâncias dessa influência, exemplificando como a educação moderna trabalhou com a noção de sujeito como algo a ser transformado, levando-o de um estado selvagem para um civilizado (a noção de Rousseau) ou a partir de Marx, Hegel ou Kant, levando o sujeito de uma posição de minoridade para uma de maioria.

O que se destaca como central para essa discussão, é como se tomou, a partir destes e vários outros referenciais, a ideia de um sujeito natural, que é anterior a uma realidade social, política, cultural e econômica. Ou, tomando-o como consequência, no sentido de causa-efeito desse ambiente ou realidade externa. Também é possível ter o sujeito como facilmente manipulável, já que, ao se identificarem as fontes de formação dele, é possível uma intervenção, como por exemplo, na pedagogia ou na psicologia. É esta a tônica da

modernidade: produzir conhecimentos sobre o sujeito, que vem de fora e de dentro dele mesmo, ao mesmo tempo.

Araújo (2008) ainda discute outra crítica possível em Foucault quanto a essa posição “naturalizante” do sujeito, que seria uma forma de conceber a relação do sujeito com o objeto, fruto da forma cartesiana de pensar a realidade e os objetos. Dessa forma, considerando-se que as coisas do mundo são preexistentes às condições históricas, o conhecimento teria como objetivo identificar e descrevê-las em suas pesquisas, tomando-as como realidades naturais. Isso possibilitou que o homem não somente construísse suas teorias sobre o mundo como tomasse a si próprio como objeto de seu conhecimento, mas sempre num sentido a-histórico.

Araújo (2008) aponta que o material de trabalho de Foucault foi sempre o discurso, e como ele participa na formação do sujeito. Destaca ela: “Seu material é o discurso científico e os objetos que determinados discursos, em cada época, podem dispor e apresentar, isto é, como um objeto se torna inteligível e como alguém pode apropriar-se de certos objetos para falar deles” (Araújo, 2008, p. 58).

A consequência direta disso é que possa haver uma mudança da forma de pensar representacionista, aquela da relação do sujeito que conhece e do objeto conhecido, para a relação entre atos linguísticos. Essa perspectiva coloca em jogo a discussão sobre a validade de tal objeto, e não acerca de uma possível relação especular entre pensamento e realidade, entendida como o pensamento sendo capaz de retratar total e fielmente a realidade.

Assim o sujeito seria, a partir de uma perspectiva foucaultiana, uma forma-sujeito dentro das condições históricas que torna possível o indivíduo tomar aquela forma, com toda

essa trama que o rodeia e provê as condições de existir, falar sobre o mundo e sobre si mesmo. Sempre atravessados por discursos⁴.

Porém, tal visão de sujeição pelas articulações do poder pode levar a uma primeira impressão de que não há escapatória dessa rede de relações com os outros e com as instituições. Foucault, no entanto, desenha uma visão do poder que lhe é própria, e que faz com que se possa pensar em um não determinismo. O sujeito poderá sempre resistir a esse poder, ou produzir efeitos de resistência, o que causa uma eterna tensão entre seu lugar político no mundo – como produtor de novos sentidos - e o fato de ser datado. Essa tensão entre um possível determinismo da rede de poder e das possibilidades de subjetivação é que fazem o homem assujeitar-se, tornar-se sujeito, pondo-se assim sob certas condições de inteligibilidade.

A realidade da Aids não é somente uma questão do âmbito biológico e epidemiológico, com a descoberta do HIV e dos tratamentos; mas também do que esse discurso fez com certos indivíduos. Vários discursos foram sendo convocados e criados para dar sentido àquilo que surgia de novo. Por exemplo, assistiu-se a denominação de peste gay e toda a implicação que isso teve para aquele momento e aqueles indivíduos. A Aids como um discurso circulou e organizou-se funcionando como um dispositivo; foram dadas, então, as condições de criação de sujeitos, sujeitos da Aids.

Foucault (1982/2010) destaca ainda que há duas maneiras ou significações para a ideia de sujeito: a primeira refere-se àquela em que este sujeito está assujeitado ao outro, seja por controle ou dependência; a segunda diz respeito àquela que se liga a si mesmo através da noção de identidade, fruto de uma consciência ou autoconhecimento. Seja como for, em ambas, há uma forma de poder que subjuga e sujeita, que objetifica o indivíduo como sujeito.

⁴ Mais adiante, neste trabalho, será discutida mais detalhadamente a noção de discurso em Foucault.

O trabalho de Foucault foi de demonstrar como essas maneiras de se instituir o sujeito aconteceram. Este autor prefere falar de processos de subjetivação a falar de sujeito, já que se trata de uma possibilidade de formação dentro dessas já discutidas contingências históricas.

O que Foucault entende aqui por “forma” depende, precisamente, de que ela não é idêntica a si mesma. Com efeito, o problema do sujeito é, para Foucault, o problema da forma-sujeito. (...) Foucault é conduzido a uma história das práticas nas quais o sujeito aparece não como instância de fundação, mas como efeito de uma constituição do sujeito. (Castro E. , 2009, pp. 407-408)

Uma vez discutida e circunstanciada a questão do sujeito em Foucault, seria agora útil discutir, já que o objetivo deste capítulo é o método, como ele vai tomar essa visão de sujeito e utilizá-la na sua prática crítica e política.

2.4. Sujeito, discurso e método em Foucault

O trabalho de Foucault girou em torno daquilo que ele chamou de os três modos de subjetivação que transformariam os seres humanos em sujeitos, já que esses são formas de objetivação datadas.

Veiga-Neto (2011) aponta que o primeiro caminho que Foucault tomou foi o da objetivação a partir de campos do saber, como já vimos, que ele denominou de arqueologia; o segundo foi o das objetivações, que se dariam a partir das práticas de poder que dividem e classificam, que chamou de genealogia; e, por fim, a terceira via, que seria o seu projeto ético, pensou a subjetivação de um indivíduo que trabalha e pensa em si mesmo: “Em outras palavras, nos tornamos sujeitos pelos modos de investigação, pelas práticas divisórias e pelos modos de transformação que os outros aplicam e que nós aplicamos sobre nós mesmos” (Veiga-Neto, 2011, p. 111).

Depois de discutida a definição foucaultiana de poder, para que se possa entender a sua posição de sujeito como processo de subjetivação, surge a perguntar sobre qual a

importância desta noção de sujeito para o entendimento de um método neste autor. Assim, é possível afirmar-se que, para se trabalhar com Foucault e se proceder a uma análise de um determinado tipo de sujeito, não é possível partir simples e diretamente dele, como ente natural e desde sempre ali.

Deveria ser realizada uma analítica do sujeito, ou seja, uma tentativa de se “descascar” as camadas que o atravessam e se sobrepõem nele e à sua volta, constituindo-o, objetivando-o. Mas atenção, não se trata de apontar uma origem ou causa desse sujeito, mas de levantar e problematizar os elementos discursivos e não discursivos que o rodeiam e o atravessam, para assim podermos dizer, problematizando, quem é esse sujeito: “Trata-se de deslocar as análises para o plano das relações de poder e de saber em cada momento histórico e em cada espaço social específico.” (Veiga-Neto, 2011, p. 113).

Ou melhor, problematizar que posição esse sujeito ocupa nos discursos que o atravessam e que revela, quais as condições históricas que possibilitaram a sua emergência, como foi possível falar o que se fala dele e como sua posição dá sentido a certo campo de conhecimento. Ou seja, uma verdade tomada como desde já instituída. Dessa forma, faz-se necessário discutir agora o conceito de discurso em Foucault e, assim, compreender melhor o seu fazer, o método.

Castro (2009) aponta como as “coisas” do mundo não preexistem a nossos olhos de observador, mas são efeitos de uma intrincada rede de influências e afetações que provém de um sistema de formação e se “materializam” como enunciados; a isso, diz ele, Foucault dará o nome de discurso.

A ideia desenvolvida por Foucault acerca do discurso será de grande utilidade para se pensar a circunscrição de um possível método, e a Aids, pois esta parece ter características de um discurso sobre a sexualidade e que funcionou como um dispositivo da sexualidade.

Castro (2009) entende o termo discurso como um dos marcos centrais de todo trabalho de Foucault. Para ele, a arqueologia seria uma modalidade de análise de discurso, ideia essa corroborada por Machado (2009), pois os livros de Foucault estariam relacionados com uma história das ideias e das ciências.

Fernandes (2012) defende que é a partir dos discursos que surgirão os objetos de estudo a serem eleitos pelas várias áreas de conhecimento; e, quando identificados esses objetos de estudo, seria possível pensar os processos de subjetivação e os sujeitos (Fernandes, 2012).

Como então trabalhar com o pensamento de Foucault? Tomando certos objetos do conhecimento a partir de como eles encontraram na história seu lugar e possibilidade de emergência. No caso particular deste estudo, tomou-se a Aids, não como um acontecimento casual na história do homem, mas como um vírus e uma doença se enredaram nos processos de subjetivação das últimas décadas do século XX, recolando em discussão a sexualidade e os estilos de vida de certos indivíduos. É tomar a Aids como um discurso.

Foucault, em várias de suas obras, deu exemplos de como toma certos objetos de estudo de uma forma inusitada, e procede com a sua arqueologia com o objetivo de compreender os campos de saberes legitimadores daquela forma de pensar.

Fernandes (2012) destaca como exemplo “A História da Loucura”, apontando como Foucault não estava interessado na psicopatologia do fenômeno médico em si, mas tomando como objeto de estudo os discursos que possibilitaram o surgimento do objeto “sujeito louco”, ou mesmo “loucura”.

As relações discursivas oferecem o objeto de que se pode falar, determinam o feixe de relações que o discurso deve efetuar para discorrer sobre o objeto; elas caracterizam não a língua, nem as circunstâncias do discurso, mas o próprio discurso enquanto prática. (Fernandes, 2012, p. 14)

Foucault seguiria, segundo Fischer (2012), a mesma linha do pensamento de Wittgenstein, Nietzsche e Heidegger, quando afirma que a palavra ou o discurso, ou seja,

todas as coisas ditas não seriam meras designações, mas construções que têm uma relação complexa, pois são históricas, como o poder. Assim, palavras e coisas produzem sujeitos, subjetividades e modos de subjetivação.

Nesta tese, o foco do interesse, em última instância, está em pensar como a experiência do HIV/Aids, com todos os seus arranjos discursivos, participaram, mais ou menos, na forma como os sujeitos desta pesquisa organizaram-se em relação a diferentes aspectos de sua vida. Elegeu-se a noção de experiência entendendo-a como um processo que participa na configuração dos modos de ser (o processo de subjetivação), e não como algo que atinge ou acontece ao sujeito e causa algo. Trata-se de algo mais dinâmico, que, a partir do atravessamento do campo histórico de acontecimentos, possibilita a esse indivíduo tomar determinada forma como sujeito. Mas é sempre importante destacar que esse processo não acontece de maneira a transformar passivamente o sujeito numa forma assujeitada. O sujeito sempre causará tensões e colocará em movimento todos os discursos numa eterna configuração e reconfiguração. É um processo de construção, e não simplesmente de imposição causal.

O que parece é que Foucault, ao longo de sua obra e de seus estudos, seguindo a coerência de sua visão de mundo, vai construindo todo um instrumental para que seja possível apossar-se de certos objetos de estudo e adentrar os campos de pesquisa. Ele criou objetos de estudo a partir da identificação de certos discursos circulantes.

Ele faz isso de uma forma original, pois estuda dentro do que chamou de um campo prático-ativo. São fontes e fenômenos que, de certa forma, não eram tomados como de importância ou relevância numa pesquisa científica. “Mais do que buscar explicar esse saber do ponto de vista do prático-inerte, procuro formular uma análise do que se poderia chamar o *teórico-ativo*.” (Foucault, 2011, p. 139).

Tudo isso, por si só, já dá ao trabalho de Foucault uma potência criativa e uma abrangência dinâmica a partir do olhar entre vários campos de estudo que se articulam numa complexidade única, tornando imperiosa a visão histórica que ele dá aos fenômenos.

Trata-se de outra maneira de olhar o mundo para compreendê-lo, ou melhor, para atribuir-lhe sentido, numa perspectiva não essencialista, ou seja, saindo do campo das certezas absolutas e atemporais. O que será implementado neste trabalho com a Aids não será diferente. Não há interesse em explicar a Aids e construir uma representação das PVHA, mas de discutir a partir de suas formas de subjetivação como alguns discursos podem ser identificados e assim problematizar (contextualizar histórica e criticamente) a possibilidade das repostas subjetivadas originais que aparecem ou dos discursos que se repetem. Antes de tudo, não se trata de criar verdades e fazê-las circular mais uma vez como um conhecimento dado e finalizado.

A ideia de verdade e falsidade entra no debate, pois ela será sempre relativa; relativa ao campo de estudo e seus referenciais, funcionando como regimes de verdade. Parte-se dos novos referenciais que puderam surgir com as reflexões de Bachelard sobre as regionalidades epistemológicas e de Khun sobre a inseparabilidade entre teoria e método, uma vez que teoria e método estão sempre circunscritos em função de um determinado campo de saberes ou paradigmas (Veiga-Neto, 2009).

A perspectiva relativa de se tomar algo como verdade ou não, a partir de Foucault, foca na análise das condições históricas, para entender como determinados objetos são constituídos, ou seja, suas condições de existência, para que se tornem, em determinado tempo, inteligíveis.

Veiga-Neto (2009) defende a posição de que, para se pensar na possibilidade de falar em método foucaultiano ou teorias foucaultianas, será preciso entender que o termo mais adequado, talvez, fosse de teorizações e não de uma teoria foucaultiana.

Uma teoria, diz este autor, pressupõe algo dado anteriormente ao objeto estudado e que se caracteriza por ser essencialista a tal campo de estudo assim como tendo um ideal universalista. É geral e esgota o objeto de estudo. Enquanto uma teorização já nasce circunscrita sobre o frescor de seu caráter inacabado, incompleto. Algo em construção, que no seu movimento dinâmico desconstrói para poder fazer surgir algo novo e que dê conta de um ponto de vista regional.

Não se trata de achar uma maneira, um caminho, um método geral e absoluto, mas de experimentar aqui e ali como esse se comporta, e poder sempre relacionar o funcionamento de um método com determinado campo de teorizações.

2.5. E agora, o que fazer com tudo isso?

Fischer (2012, p. 100), em relação a um método a partir de Foucault, diz que prefere destacar como lições um pouco daquilo que aprendeu com Foucault, e as chama de atitudes metodológicas, muito mais do que propriamente um método.

A primeira é compreender que todas as lutas (e pesquisas) sempre têm a ver com linguagem, já que se está continuamente envolvido com lutas discursivas; a segunda atitude é atentar para a ideia de que palavras e coisas dizem respeito a fatos e enunciados, que a rigor são “raros”, isto é, não são óbvios, estão para além das “coisas dadas”; a terceira, que fatos e enunciados se referem basicamente a práticas, discursivas e não discursivas, as quais constituem a matéria-prima de nossas investigações, (não importa em que campo se concentrem) e que dizem respeito sempre a relações de poder e a modos de constituição dos sujeitos individuais e sociais; finalmente, a atitude de entrega do pesquisador a modos de pensamento que aceitem o inesperado, especialmente àquilo que se diferencia do que ele próprio pensa.

O que seria esta análise? Entender como se opera um complexo processo de comunicação que se dá entre produtores, técnicos, atores, criadores e espectadores, expondo

os enunciados que estariam circulando num determinado tempo e que são tomados como verdades. No campo de estudo da Aids, é inegável como os saberes já existentes e os que foram sendo construídos, foram utilizados e se fizeram circular entre esses atores e técnicos, dando sentidos àquilo que surgia na época e assustava, dentre outras coisas, pelo seu caráter de novidade. Como entender uma doença que só atacava gays, por exemplo?

Seguindo como Fischer (2012) descreve sua forma de trabalhar, destaca-se como ela toma a análise de discurso a partir de Foucault e sua perspectiva de uma análise enunciativa. Isso significa entender que descrever esses enunciados pretende apreender as coisas ditas como acontecimentos e que surgem em determinado tempo e espaço muito específico; ela se refere a certas formações discursivas.

O que seriam essas formações discursivas? Para Fischer (2012, p. 101), “(...) esse feixe complexo de relações que ‘faz’ com que algumas coisas possam ser ditas (e recebidas como verdadeiras), num certo momento e num lugar”.

Como selecionar o material empírico? Dependeria do objetivo específico da investigação. Assim, todo material empírico que é selecionado, deve ser estudado na sua multiplicidade de acontecimento. Todo e qualquer documento deve ser tratado como um objeto que existe dentro de toda uma rede de práticas discursivas e não discursivas. Por exemplo, as falas das pessoas entrevistadas no âmbito deste trabalho que oportunizaram acesso a suas experiências com o HIV, e como se organizaram como PVHA, a partir, através e além dos discursos do HIV/Aids.

Como fazer isso? Descrever todas as coisas que são ditas, as frases enunciadas, quem as enuncia, os cenários em que são ditas, assim como toda a prática institucionalizada do cotidiano social e cultural em questão. A lição que deve ser tirada aqui para o pesquisador é que um exercício de dúvida permanente quanto às nossas crenças deve sempre estar presente;

certas nomeações que são feitas ao longo de tanto tempo vão operando de uma maneira que as fazem ser tomadas como “afirmações e objetos plenamente naturalizados” (Fischer, 2012, p. 103).

O convite que o pensamento foucaultiano nos faz é o de imergir nesses ditos que se cristalizam e buscar descrever – tanto no interior das próprias pesquisas já feitas sobre o tema quanto numa nova proposta de estudo empírico – práticas discursivas e práticas não discursivas em jogo; o objetivo é que, de tal modo, possamos fazer aparecer justamente a multiplicidade e a complexidade dos fatos e das coisas ditas, que são, por isso mesmo, raros, no sentido de que não são óbvios, não são naturais, não estão imunes a imprevisibilidades. Expor essas multiplicidades nos permitirá descrever um pouco dos regimes de verdade de uma certa formação histórica e de determinados campos do saber. (Fischer, 2012, p. 103)

Moraes (2010) corrobora a ideia de Fischer de que o discurso em Foucault seria uma maneira de se chegar à formação do sujeito, partindo-se do entendimento de que há uma relação sua com os saberes e com o poder. Assim, aponta a pesquisadora que Foucault parte da noção de que o discurso é formado por um conjunto de enunciados que partem de uma mesma regra de formação.

Ele não está interessado em todo e qualquer discurso, mas naqueles que partem para formar um campo autônomo que passa a ser reconhecido como tal após sua submissão a certa forma de validação institucional. Ressalta-se que não é todo saber que irá importar e assumir o lugar de verdade, mas aqueles que atendem a certos critérios de verdade dentro de certas condições históricas de inteligibilidade.

Para Foucault, se há unidade em um discurso, ela não se deve a uma coerência visível e horizontal entre os objetos, mas ao sistema que torna possível a sua formação. O conhecimento das estratégias discursivas é a descrição do jogo complexo de interações, da proposição de generalidades e especificidades, abstrações e concretudes. (Moraes, 2010, p. 04)

Essas ideias de Moraes (2010) vêm da obra de Foucault “A Arqueologia do Saber”, considerada por muitos como uma tentativa de circunscrever um método. Porém, cabe aqui

pontuar que tal obra representa uma fase em que Foucault tentava estudar a formação do sujeito a partir de um campo, o do saber.

Machado (2009) pontua que, de alguma forma, essa obra serviu para esclarecer certas questões sobre o método, mas não a aponta como um trabalho sobre o método em Foucault. Não se propõe, diz ele, em um sentido rigoroso, a construir uma teoria ou uma metodologia da história arqueológica, mas, trata dos procedimentos utilizados: precisa suas categorias de análise, ou seja, como ele fez aquele estudo.

Não é objetivo direto deste texto fazer um estudo da Arqueologia em Foucault, mas alguns de seus aspectos apontados por Machado (2009) servem para um melhor clareamento daquilo que Foucault fez num determinado momento, objetivando certo estudo.

Assim, Foucault define discurso a partir da noção que constrói na discussão sobre a arqueologia, definida como uma análise de discurso. Os livros de Foucault estariam relacionados com uma história das ideias e das ciências (Machado, 2009).

Porém, vale destacar que, apesar das inúmeras discussões sem unanimidade, nossa posição é a de que Foucault não faz Análise de Discurso no sentido formal de um instrumental metodológico desenvolvido eminentemente na França por Pêcheux (Moraes, 2010).

Em Foucault, o que significa essa definição?

Os discursos são abordados em um nível anterior à sua classificação em tipos. (...) A análise é feita sem obedecer às distribuições tradicionais dos discursos da ciência, poesia, romance, filosofia, etc., sendo assim capaz de dar conta do que se diz em todos esses domínios sem se sentir limitada por essas divisões (Machado, 2009, p.145).

O problema é como seria possível estabelecer uma unidade sem se remeter às unidades tradicionalmente definidas? O argumento de Foucault, vai dizer Machado (2009), é que essas mesmas unidades nem sempre existiram, assim precisariam justificar a sua legitimidade, carecendo de uma teoria que é construída na perspectiva de sua historicidade.

Essa perspectiva aponta para o que o autor irá desenvolver ulteriormente, a abordagem genealógica que traz a questão do poder, como já discutido, para o entendimento da dinâmica de formação e articulação do discurso como operador dos processos de subjetivação.

Araújo (2008) ressalta que o método arqueológico não pretende substituir a história das ideias, nem tampouco subsidiar um método científico para as ciências humanas, mas o seu foco é nas práticas discursivas que formariam um saber de uma época, chamadas de arquivos. Estes servem para abordar os enunciados efetivamente ditos e o funcionamento dos discursos: não teria o objetivo de apreender estruturas universais responsáveis por todo o conhecimento ou toda ação moral possível, mas tratar dos discursos que articulam o que nós pensamos, dizemos e fazemos, como outros tantos acontecimentos.

Em resumo, partindo das ideias de Machado (2009), esta analítica do discurso se baseia nas seguintes proposições: (a) definir um campo de possibilidades temáticas; (b) a regra de formação dos temas possíveis; (c) os discursos não têm princípio de unidade, por isso, devem ser analisados como pura dispersão.

Ainda sobre os discursos, aponta Machado (2009, p. 146): “Os discursos são uma dispersão no sentido de que são formados por elementos que não estão ligados por nenhum princípio de unidade (...). (...) a análise dos discursos será a descrição de uma dispersão”.

Nesse caminho, qual o objetivo dessas análises descritivas de uma dispersão? Estabelecer regularidades que funcionam como leis de dispersão ou regras que sejam capazes de reger a formação dos discursos. Segundo Machado (2009), Foucault chamou de “Regras de

Formação” aquelas que seriam as condições de existência dos discursos e que devem explicar como os discursos aparecem e se distribuem no interior de um conjunto.

O que seriam essas Regras de Formação? Partindo do princípio de que uma unidade não estabelece objetos, enunciados, conceitos e temas, mas são eles que surgem, têm esse surgimento regulado e transformado pelas regras; é o que Foucault (1970/1999) chama de “Formação Discursiva”, esse conjunto de regras que disciplinam os objetos, enunciados, conceitos, provendo-lhes de uma regularidade que os delimitam.

O que o método arqueológico não faz é pensar em termos de causalidade, de uma noção transcendental, de influência, de tradição; também não importa se os conteúdos seriam falsos ou verdadeiros, pois não cabe a ele testá-los empiricamente; não pensar sobre a intenção do autor ou sobre o que pensa.

Foucault, neste sentido, defende Araújo (2008), fez uma crítica a uma tradição da história de traçar as relações causais, lineares e diacrônicas; esse tipo de história tentaria encontrar um *logos*, uma razão através da qual seria possível decifrar o sentido da história.

O pensamento de Foucault e sua forma de fazer ciência nos parecem inserir dentro de uma perspectiva mais política que possibilita que se utilize o conhecimento como um instrumental para um movimento revolucionário. Uma revolução na forma de pensar o sujeito e de fazê-lo pensar sobre si, abrindo para ele novos horizontes existenciais.

Um método deve ser capaz de dotar os pesquisadores da possibilidade de compreender a relatividade das condições da realidade e não somente de sua criação imposta - pois sujeita - ou da corroboração de um saber engendrado pelas redes do poder. Um conhecimento crítico e revolucionário.

Isso tudo discutido, parece importante, então, perguntar às pessoas com HIV/Aids sobre como é viver assim. Para tanto, no capítulo seguinte, será problematizada a experiência de se viver nessas circunstâncias, não tentando achar explicações causais ou universais, porém discutindo experiência a partir de Foucault, que a entende como uma forma de subjetivação. O foco é em perguntar a essas pessoas, como é viver com HIV/Aids.

3. A experiência de viver com HIV/Aids na contemporaneidade

É o inesperado que muda nossas vidas... (autor desconhecido)

Mais de 30 anos depois do seu surgimento, a epidemia da Aids ainda continua a ser uma preocupação importante para a administração da saúde coletiva, pois o tempo passou e as pessoas continuam a infectar-se com o HIV, a adoecer e a morrer. Mas será que ter HIV/Aids hoje é a mesma coisa do que anos atrás? Sabe-se que os remédios são mais eficientes e as pessoas vivem mais tempo. Assim, o objetivo primordial neste capítulo é investigar a experiência de uma pessoa viver com o HIV ou Aids na contemporaneidade.

A preocupação em investigar essas pessoas levou ao sujeito da Aids, e isso remete, necessariamente, à necessidade de uma noção de sujeito. Pode-se falar em sujeito da Aids? Escolheu-se caminhar com Foucault, que sempre foi crítico ao humanismo e às visões naturalistas, tomando a noção de sujeito, não como uma substância definitiva, mas uma forma. Ele trabalha com a ideia de modos de subjetivação, que deve ser tomada como certa objetivação no sujeito das relações do poder e do saber (assujeitamento); de outro modo, pode-se encontrar em Foucault um trabalho de genealogia do sujeito a partir de uma construção histórica dos modos de subjetivação e de objetivação na cultura. Ou seja, como pensar esta história de um sujeito convertido em objeto de conhecimento, também de si (consciência de si), a partir dos jogos de verdade (Castro, 2009; Foucault, 1984).

Tomam-se as dimensões do saber, do poder e da ética do sujeito articuladas a partir dos discursos e dos regimes de verdade como possibilidade para problematização dos processos de subjetivação. Inspirados na posição de Michel Foucault, elegeu-se o discurso

como uma possibilidade de compreensão dos processos de subjetivação e da história do sujeito (Fernandes, 2012). Sabemos que Foucault trabalhava com a noção de discurso como ideias ou conhecimentos que circulam e que tornam possível falar ou nomear alguma coisa. O discurso é, portanto, um conjunto de saberes que vai adquirindo o status de verdade sobre algo. No momento em que entramos em contato com tais verdades ou regimes de verdade, passamos a existir e a agir atravessados pelos sentidos que nos tomam como consciência de si.

... o discurso nada mais é do que a reverberação de uma verdade nascendo diante de seus próprios olhos; e, quando tudo pode, enfim, tomar a forma do discurso, quando tudo pode ser dito e o discurso pode ser dito a propósito de tudo, isso se dá porque todas as coisas, tendo manifestado e intercambiado seu sentido, podem voltar à interioridade silenciosa da consciência de si. (Foucault, 1970/1999, p. 49)

A experiência será vista como uma dimensão constitutiva da subjetivação, que, juntamente com as contingências temporais, dotará um sujeito de inteligibilidade em seu tempo. Nesse sentido, não se procura entender qual a origem dessas pessoas que vivem com HIV/Aids como sujeitos e nem mesmo o que as construiu, mas, compreender de que forma elas puderam construir-se, tomar forma ou fazerem sentido nesses tempos de Aids.

Como essas pessoas se fizeram a partir do que se tornou disponível para elas e do que passaram a viver quando foram atravessadas pelos discursos que circulavam sobre a sua “doença”. As questões aqui problematizadas não pretendem tornar-se um conhecimento universalizado, que sirvam para definir um “sujeito da Aids”. Apenas possibilitarão pensar criticamente sobre esse campo, fazendo uma história do presente (Foucault, 1977/2010).

3.1.Uma história da Aids

O advento da Aids, desde o registro do primeiro caso no ano de 1981, já consumiu mais de 30 milhões de vidas e outros milhões de pessoas estão infectadas pelo HIV. Não há

cura, mas tratamento. O discurso em voga das autoridades, profissionais e programas de saúde é “cuidar para viver mais” (UNAIDS, 2013; Dieffenbach & Fauci, 2011).

A Aids surgiu como uma doença de homossexuais, ficando na época conhecida como a “peste gay”. Essa marca possibilitou que muito se falasse e se pensasse sobre a sexualidade, as práticas sexuais e os cuidados com a saúde, não somente dos “gays”, mas, de certa forma, das pessoas em geral. Uma doença que trazia características novas e impunha às autoridades de saúde novos desafios de saúde pública e que demandava por respostas específicas.

Passados mais de 30 anos de epidemia, a virose mostra-se com outro desenho epidemiológico, ampliando a população afetada. O que era uma doença de gays e usuários de drogas começa a mostrar um aumento significativo entre heterossexuais, principalmente destacando-se a incidência em mulheres. A Aids muda de cara, passa por um processo de heterossexualização, interiorização, pauperização e juvenilização no Brasil (Brito, Castilho, & Szwarcwald, 2000).

Pode-se pensar a Aids de diversas formas e com diferentes marcos. Segundo Parker e Aggleton (2001), haveria três fases desta epidemia. A primeira seria a problemática de infecção pelo HIV, a virose. Na segunda fase, o momento da experiência com as infecções que surgiam e adoeciam as pessoas, a fase da Aids. E uma terceira fase, a das questões sociais e humanitárias, que destacam a Aids da exclusividade do saber médico, apontando a sua complexidade (Parker & Aggleton, 2001).

Será possível identificar um crescimento da discriminação e o surgimento de um estigma. Pessoas e comportamentos serão marcados por ele (Parker & Aggleton, 2001). A Aids como discurso funcionará fazendo efeitos de dispositivo de vigilância e controle social sobre a sexualidade e sobre os corpos sob a forma de prevenção (Pelúcio & Miskolsi, 2009). Mas, como nem todo discurso afeta soberanamente a realidade e as subjetivações,

alternativas, como se pode ver no Brasil, fizeram surgir o movimento chamado de “Prevenção Positiva”, que focava não somente as novas infecções, mas também a qualidade de vida das PVHA. A Aids é tomada não exclusivamente como uma questão médica, uma vez que o estigma, a discriminação e a negação da Aids mostram-se como também um problema social, passando a ser discutidos mais amplamente (Paiva, 2009).

Nesse panorama, vários saberes se constituíram sobre a Aids, rotulando pessoas, comportamentos e estilos de vida (Regato & Assmar, 2004). Novas formas de subjetivar-se se apresentaram dentro das experiências com a epidemia e todas as suas possibilidades.

3.2. A Noção de Experiência: a tentativa de teorização em Foucault

Sabe-se que a noção de experiência para Foucault apresenta diferentes sentidos, pois aparece, ao longo de sua obra, em diversos momentos e posições: primeiramente relacionada à fenomenologia existencial, como o lugar de onde se descobririam as significações originárias do sujeito e das coisas no mundo; em seguida, tomando a experiência como algo mais próximo de uma dessubjetivação, apontando para a impossibilidade de apreensão do “vivível”, modo de pensar de tradição *nietzschiana*, que faz, antes de tudo, uma crítica ao sujeito cartesiano do conhecimento com suas pretensões universalistas, uma posição de ausência de um sujeito da experiência, pois, para ele, não haveria um sujeito, mas um espaço anterior a ser assumido numa posição provisória; e, finalmente, assume a posição de uma abordagem histórica, na qual os conceitos de experiência e subjetivação se aproximam cada vez mais (Castro E. , 2009; Nicolazzi, 2004).

Fischer (2012) aponta que, com essa posição, Foucault rompeu com a tradição representacionista, que buscava a origem explicativa de um fenômeno, uma forma de falar de algo que busca certa fidelidade entre o que é dito e o que ele representa, uma interpretação do real, uma continuidade entre o real e o pensado.

A experiência, em termos propriamente foucaultianos, remete a formas históricas de subjetivação e escapa de qualquer tentativa de formulação de uma teoria geral sobre o ser humano. Foucault considerava a experiência como algo historicamente datada, não sendo de uma ordem natural no homem. Ele discute esse aspecto, por exemplo, na sua *História da Sexualidade*, refletindo que, com a “invenção” da sexualidade, foi possível constituir subjetivações em torno desta, fazendo surgir assim o sujeito-sexual (Foucault, 1984/2014).

Neste sentido, a experiência não seria um processo fundador do sujeito, algo preexistente a ele, mas algo que trabalha nas possibilidades dadas do processo de subjetivação a partir de “... uma correlação de um domínio de saber, de um tipo de normatividade, de um modo de relação consigo (...)” (Foucault, 1984, p. 208).

Ribeiro (2006) assevera que a experiência deve ser concebida como um conjunto articulado de condições que institui modos de conduta e de relações consigo, dando as condições de produção de subjetivações. “De forma mais precisa, o sujeito que aqui se enuncia remete aos efeitos dos ‘modos de subjetivação’ que implicam uma relação tríplice com o saber, com o poder e consigo, no horizonte de uma produção estética da vida” (Ribeiro, 2006, p. 103).

Vale lembrar que Foucault (1977/2010) entende a historicidade como algo que se constitui exatamente nas suas descontinuidades que remete às quebras dos regimes de verdade. Certos pontos de vista e a maneira como eles são tomados formam os pontos verdadeiros. Entendendo-se os regimes de verdade como:

... o conjunto de procedimentos que permitem a cada instante e a cada um pronunciar enunciados que serão considerados verdadeiros. Não há absolutamente instância suprema. Há regiões onde esses efeitos de verdade são perfeitamente codificados, onde o procedimento pelos quais se pode chegar a enunciar as verdades é conhecido previamente, regulado. São, em geral, os domínios científicos. (Foucault, 1977/2010, p. 233)

O processo de sujeição e a experiência estão ligados também aos processos de criação de verdades, principalmente, as ditas verdades científicas ou os campos epistemológicos (*epistemes*). Logo, no processo de construção da experiência, os sujeitos irão dispor de determinados saberes que os atravessarão como regimes de verdade. A maneira de ser-no-mundo estará atrelada a tais regimes de verdade. Nesse contexto, emergem os sentidos da experiência que não são o elemento causal deste projeto de sujeição, mas a possibilidade que põe o sujeito no mundo através de sua ação, mesmo que essa ação seja de resistência ou desconstrução.

3.3. Os discursos da Aids e as experiências de sujeição

Como se mostram os efeitos de sujeição dos discursos circulantes da Aids? *“Hoje, num sei nem te dizer, visse! (pausa mais longa...) eu num sei nem te dizer, até porque não me deram explicação sobre isso. Só uma doença sexualmente transmissível que é o que todo mundo passa e só”* (Herbert, 33 anos).

Foi preciso então perguntar para as pessoas entrevistadas como seria viver com HIV/Aids hoje, ou seja, como estaria organizado seu panorama existencial, na contemporaneidade, quase 35 anos depois do início da epidemia.

Quando eu soube, foi um baque. Assim, um baque do HIV, né. ... Aí, pronto, minha vida fez “vuuu”, dentro do poço. ... “Eu vou fazer o exame. Agora, se eu fizer o exame e der ‘reagente’, eu me mato. Vou pra debaixo de um carro”. ... Eu pensei isso. Porque a pessoa pensa logo em coisa ruim, né! (Isabela, 48 anos)

Porque, hoje, a visão é essa: quem tem vírus do HIV, tem a vida destruída. Se sabe que é. Eu posso até pensar dessa forma, porque lógico que não vai ter cura. E se houver, não sabe daqui quando lá se vai. (Renato, 33 anos)

Quando você tem, oxe! Aconteceu comigo... o choque é muito grande! Mas aí você vai começando... a tentar viver com aquilo, levar... porque não tem outra forma, não tem como

retornar. É tentar viver com aquilo. É o que eu tô tentando fazer. É difícil? É! Mas, vou fazer o quê, não é? A gente tem umas caídas, mas vai tentando livrar um pouco. (Herbert, 33 anos)

Têm-se aqui “pistas” de como as PVHA se vêm organizando subjetivamente quando atravessadas pelas experiências de saber que estão infectadas pelo HIV. Não há explicação universal possível. Não há uma substância da Aids que, quando afeta uma pessoa, passa a defini-la como sujeito. Mas, sem dúvida que este momento atravessa os processos de subjetivação e concorre com tantos outros.

De forma alguma. É a experiência, que é a racionalização de um processo ele mesmo provisório, que redundando em um sujeito, ou melhor, em sujeitos. Eu chamaria de subjetivação o processo pelo qual se obtém a constituição de um sujeito, mais precisamente de uma subjetividade, que evidentemente não passa de uma das possibilidades dadas de organização de uma consciência de si (Foucault, 1984/2010, p. 262).

É importante atentar, no entanto, que ao mesmo tempo em que essas pessoas passam a ter consciência de si como “pessoas da Aids”, por exemplo, dessa posição de aproximação da morte como algo inescapável, elas também tensionam o discurso circulante, mostrando serem dotadas da capacidade de “fazer diferente”, de resistir.

Se eu disser pra você que é maravilhoso, eu estaria mentindo. Se eu disser pra você que é péssimo, eu também estaria mentindo. Então, eu levo esse fardo, essa cruz da maneira mais bem-humorada e mais leve possível. (Sandra, 65 anos)

Hoje, eu penso que é uma doença controlável, que eu posso ter uma vida normal, como qualquer outra pessoa, e tenho que ter mais cuidado com outras pessoas com quem eu me relacionar. Mais cuidado do que eu tinha anteriormente. (Fred, 38 anos)

Essas pessoas parecem apontar que há outras possibilidades de subjetivação diante desta doença, diferentes daquilo que poderíamos pensar como um processo de subjetivação determinante na morte. Esses sujeitos começam a falar em fazer “diferente”. Parecem sutis movimentos de resistência em busca de uma construção não determinística a partir de

discursos dominantes. A Aids mortífera dos anos de 1980 cede lugar agora a um pouco de esperança e possibilidade de vida. Identifica-se uma dicotomia entre a morte e a vida, na qual umas pessoas tomam a Aids como o fim de tudo, outras a tomam como uma possibilidade de mudar a vida. Não é abordado aqui, o viver como uma forma de resistência à morte, mas modos de vida ligados a estéticas da existência, formas de fazer dentro das possibilidades históricas; uma questão ética, algo mais ligado à ética das relações. É como Foucault entende a maneira de funcionamento do poder, não somente restritivo, mas produtivo. E sua relação intrínseca com o saber. As pessoas se tornam sujeitos (processo de subjetivação) dentro das estratégias desse poder, dos enredos do saber e das possibilidades relacionais com o outro (ética).

Pode-se ver aqui a forma como Foucault (1982/2010) trabalha com sua concepção de poder. No início, houve críticas, pois a sua abordagem do poder parecia colocar a subjetivação num lugar de impossibilidade de escapatória dos ditames históricos e dos jogos desse poder, em que o assujeitamento seria total. No entanto, é preciso atentar que, pela própria característica desta sua noção de poder, sempre será possível escapar, resistir ou organizar efeitos de resistência. Essas relações de poder se dão no âmbito do sujeito com outros sujeitos e do sujeito consigo mesmo, na ética (Foucault, 1982/2014). “Entendemos por isso sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidade onde se possam dar muitas condutas, muitas reações e diferentes modos de comportamento” (Castro E. , 2009, p. 247).

O poder para Foucault (1977/2010) tem esta dupla dimensão: a dimensão restritiva, e uma outra positiva, a de produção. Haverá sempre a capacidade e a possibilidade de fuga desses dispositivos articulados pelo poder que fabrica subjetivações. Por isso, algumas dessas pessoas entrevistadas falam em levar uma vida normal. Mas o que é uma vida normal, pode-se perguntar?

O que passa na cabeça dele, de Roberto, ou seja, não é fácil conviver com esse tipo de problema... Apesar de que, eu acho que já foi, no meu ver, já foi complicado demais. Antes. Há alguns anos atrás. Mas, que, hoje, é suportável viver. Dá pra viver, dá pra conviver, não acostumar! Ele ainda não se acostumou, mas tá convivendo no dia-a-dia. Mas, não se acostumou com o problema. Que é difícil se acostumar com esse problema. (Agenor, 30 anos)

Aqui Agenor fala sobre uma pessoa que descobriu que tem o HIV. Destaca que é complicado, mas que dá para viver com o problema; não se acostumar a ele! Uma vida normal parece ser aquela em que haja a ausência de uma doença.

A presença da Aids, que traz uma imagem negativa e pessimista, aproxima da morte. Diz Susan Sontag (2007, p. 95): “A AIDS, como o câncer, não dá margem a idealizações românticas ou sentimentais, talvez por ser demasiadamente forte a associação entre doença e morte”. Porém, as experiências atuais parecem, de certa forma, possibilitarem a construção de outras subjetivações.

... a aids não é o fim de tudo, não. Hoje, eu vivo normalmente. Entre aspas. Não vive normalmente. Quem tem o vírus da Aids fala isso aí. Não vive normal. Ninguém doente vive normal. Vive? Dependente de remédio pro resto da vida. Mas, muitos que têm mentes fracas, descobriu aqui, se mata ali. (Renato, 33 anos)

Então, nesta dicotomia vida/morte, apesar de alguns movimentos de resistência, em que a vida é, de certa forma, celebrada, ainda está presente uma experiência de morte e da finitude. Paira no ar uma sensação e medo da morte, que agora, mais do que nunca, parece inevitável e mais próxima: “Agora a doença que representa uma censura genérica à vida e à esperança é a AIDS” (Sontag, 2007, p. 96).

... Não vou ficar dentro de casa chorando, pensando: “Porque eu vou morrer. Vou morrer”. Um dia eu não vou morrer? Agora, de que eu vou morrer, eu não sei, né. Mas, um dia eu vou ter que morrer. Agora, pode ser de HIV, pode ser de infarto, pode ser de qualquer coisa. (Isabela, 48 anos)

Todos vão morrer, isso parece uma certeza. Porém, a Aids parece introduzir na experiência destas subjetivações uma maior proximidade com a morte ou uma concretização dela: agora eu tenho certeza de que vou morrer mesmo!

Eu penso logo: “Poxa, eu tinha uma vida... eu achava que tinha uma vida...”. Porque você é carne, você é matéria. Você não tem que achar que é infinito. Você não tem que achar que vive imortalmente. Você vai morrer. Não é? (Agenor, 30 anos)

Hoje, eu penso mais no imediato. Eu não penso a coisa pra um futuro muito longe. Apesar de eu estar controlado, ter toda essa possibilidade, mas eu não me iludo que pode acontecer alguma coisa, alguma infecção, alguma coisa e eu vir a falecer. Eu não tô me dando um prazo de vida tão longo. Eu tô, pelo menos agora, curtindo o meu momento. [...] Se fosse uma doença como uma de pele ou, sei lá, uma sífilis, uma gonorreia, uma DST dessa que tem tratamento, ficaria tudo mais tranquilo. Ela existiria, mas não mataria. Hoje, ela mata, ainda. (Fred, 38 anos)

A Aids também parece ter colocado esta responsabilidade pela morte nas mãos de quem a procurou. Pois, viver do jeito que se quer tem seu preço e a epidemia da morte cobra o seu. A vida mal gerida que tem como consequência a Aids. A sexualidade excessiva que cobra o seu preço das vidas ditas desviantes e transgressoras.

Então, a gente julgar o portador de HIV, uma doença ainda tão rotulada, tão estigmatizada, tão cheia de preconceito ao redor dela... É claro que você viu a fala da pessoa que tava conversando com ela [aqui se refere a uma história sobre uma pessoa que se infectou com o HIV]: “Tu devia ser da pá virada, né?”. Ou seja, só quem é da pá virada é quem tem vírus? É quem é contaminado? Não! [...] Eu não fui casada, eu tive dois filhos de dois pais diferentes. Então eu era realmente um pouco namorada. Não tanto. Mas estava à procura de alguém, de talvez uma possível relação mais prolongada. Não soube escolher os rapazes, ou escolhi bem porque tive filho, né? Fiz uma escolha acertada só pra fazer o filho. E, também, eu não era lá... muito doida. Muito doida no sentido assim de inconseqüência. Eu conheci o pai do meu segundo filho e levei pra casa no mesmo dia; e engravidei também durante essa semana, senão no mesmo dia. Eu vinha daquela geração hippie, pós-ditadura, que tinha conseguido comprar, com o salário [pequena parte suprimida para não identificar o sujeito]... um apartamento próprio. Então eu era dona da minha casa física e do meu corpo. Eu fazia o que eu queria, à hora que eu queria. (Sandra, 65 anos)

Uma crente, evangélica, ela se “impetuiu”(SIC). Ela disse assim: “Isso deve ser uma provação. Jesus vai curar”. Aí, eu disse a ela: “Espere tudo de Deus, tá certo, mas você deve estar errada. Você tem que arcar com seu erro. Se você transou sem camisinha, se você não se preveniu se foi constatado que você pegou esse problema, esse assunto, o HIV, você não pode culpar, você não pode querer jogar na sua religião a cura. Querer que Deus lhe cure. Querer que...”. Ela quis dizer que era Deus que tinha colocado esse castigo nela, e que ia ser passageiro. Eu disse: “Não, não vai ser passageiro. Eu digo a você que não é passageiro. Você vai se acostumar a conviver com isso”. [...] Ela [a médica] disse a mim. Porque eu tenho trinta anos, sou adulto. Não vou me lastimar porque eu peguei o vírus HIV, não! Se foi transmitido por sexo, foi eu que quis fazer sexo sem camisinha. Então, a vontade foi eu. Então, a culpa não é de ninguém e aí vai, né. Então, bola pra frente e a gente tem que resolver isso. (Agenor, 30 anos)

Os estilos de vida, neste sentido, parece que continuam a ser determinantes para a saúde e a doença no processo de viver. Desde o seu início e até hoje, continua a existir esta associação entre a sexualidade transbordante e a Aids, a vida comedida e a saúde. A prevenção de infecção pelo HIV parece atender àquilo que Pelúcio e Miskolsi (2009) chamam de um dispositivo⁵ de controle social sobre os corpos e as sexualidades. A Aids assume um lugar social de dispositivo fazendo circular certos discursos disciplinadores:

... estruturou seu discurso assentado em categorias de viés universalizantes, como “risco”, “vulnerabilidade”, “protagonismo”, entre outras ... efetivando-se em campanhas que visam às mudanças de comportamento e à incorporação de práticas disciplinadoras. (Pelúcio & Miskolsi, 2009, p. 129)

Quanto à culpa em relação aos comportamentos desviantes e sexualidades transbordantes, impera, mais uma vez, o estigma construído em torno da Aids disciplinadora: “Porém, é exatamente sua plasticidade que o torna eficaz, não no sentido de garantir comportamentos preventivos, mas de instituir novas e vigiadas maneiras de lidar com a sexualidade” (Pelúcio & Miskolsi, 2009, p. 129). Continua certa culpabilização do sujeito

⁵ Toma-se aqui a noção de dispositivo numa acepção foucaultiana do termo. São instrumentos e estratégias utilizados pelo poder para enredar os saberes às subjetivações, como forma de produzir efeitos disciplinares; eles fazem circular os efeitos de verdade (Castro, 2009).

pelas suas transgressões? No início eram os homossexuais e usuários de drogas que eram os culpados. E hoje?

Você chega na fila, você vê aquele rapaz muito bonito, muito musculoso. Aí, você olha pra ele e fala assim: “Será que tem?”. E tem o vírus do HIV. Aí, você vê aquela moça muito boazuda. Você olha pra ela, fala assim: “Mulherão”. Não tá escrito na testa dela, mas ela tem o vírus do HIV. Tu entendeu? (Renato, 33 anos)

Geralmente, tem pessoas que pensam que é só gays que têm HIV. Aí, quando eu cheguei aqui que eu vi um bocado de mulheres, senhoras de idade. Eu fiquei olhando assim, eu digo... Tem muita mulher aqui, muita senhora. Senhora! Cinquenta, sessenta... (Agenor, 30 anos)

Após mais de três décadas de epidemia, a cara da Aids mudou. Castilho e Szwarcwald (2000) colocam que, agora, se assiste a uma dispersão de grupos sociais que impede determinar, facilmente, tipos sexuais específicos ou comportamentos determinados: “*Eu acho que a AIDS não tem cara. Eu acho que não, porque se ela tivesse... Assim, eu tinha muito preconceito e, até hoje... Agora mais não, parei*” (Renato, 33 anos).

Outra coisa que chamou a atenção foi a preocupação e o cuidado com a saúde e com a aparência. Em tempos de muita atividade física para moldar o corpo perfeito e das dietas milagrosamente saudáveis, vemos as PVHA também preocupadas em não destoar deste imperativo de modelo de beleza polarizado: ou se é gordo ou malhado. A preocupação com a aparência do corpo parece também ainda estar relacionada com a Aids, pois a doença torna estes indivíduos visíveis, identificando-os e discriminando-os:

Mas, eu fiquei preocupado de recuperar o meu peso. De cinquenta e oito quilos passei a pesar cinquenta. Sim, porque eles me viam magro, magro demais e anêmico. E até porque, hoje, a gente fala assim que o Brasil não é preconceituoso. (Renato, 33 anos)

Aí, quando foi de uns seis meses pra cá, ele começou a cair [.fala aqui do marido dela]. Começou a perder peso. Perder peso. Mas até aí, ninguém não notava nada. Tava se tratando do coração. E sempre sendo socorrido, fazendo todo o tipo de exame. Ninguém descobria nada, ninguém falava nada. Aí, quando foi um certo tempo, vai fazer quatro meses, ele teve uma parada em casa. (Isabela, 48 anos)

Eu lembro dele [fala aqui de uma pessoa, membro de um grupo de apoio que participava], meio à parte, dizendo pra mim assim: “Posso lhe dizer duas coisas?”. Eu digo: “Pode”. “Tome muito suco, suco de fruta cítrica”. Foi uma dica. E a outra coisa que ele disse, nunca me esqueci: “Não se olhe no espelho”. Eu: “Por quê?”. Porque na minha casa, quando você sai do banheiro, eu moro num apartamento pequeno, o espelho é assim, em frente à porta da saída do banheiro que é pra servir pra todos. Aí, eu disse: “Por quê?”. “Porque você não vai gostar do que você vai ver”. Eu continuei me olhando no espelho porque eu já me olhava mesmo, realmente, não era muito agradável, mas eu achei superinteressante. [...] Eu tinha um desespero em relação ao meu corpo. Porque eu dizia pra ele, quando ele ligava “Olha, eu sonhei com você”, e eu dizia “Tu não sonhou comigo, tu teve um pesadelo. E você não sonhou com Sandra, você sonhou com a mulher que você conheceu há quase trinta anos atrás. Eu não sou a mesma”. Uma preocupação muito com o corpo. E ele também dizia “Mas eu também não sou o mesmo [aqui fala de um reencontro com um namorado da juventude]”. (Sandra, 65 anos)

De novo, uma tensão entre realidades e subjetivações que se contradizem e que se tensionam. O corpo que definhava, e às vezes ainda ocorre, mostra, ao mesmo tempo, um movimento contrário de reconstrução. Ouvimos uma preocupação com a adesão a uma vida saudável, um cuidado com a vida:

Tem que mudar os hábitos, melhorar a vida. Viver o máximo que puder. (Herbert, 33 anos)

Eu tive muito pensamento negativo. Muito, muito mesmo. Mas, agora eu tô bem, graças a Deus. Tô bem. E eu tenho até, vou dizer assim, não tenho orgulho de ter HIV, mas eu nasci de novo. Eu convivo. Tô aprendendo a conviver, né. Tô aprendendo a conviver. (Agenor, 30 anos)

Eu cuido muito melhor de mim, hoje, do que antes eu cuidava. Embora eu não faça tudo o que deveria fazer. (Sandra, 65 anos)

[Falando sobre o HIV] *Pelo contrário. Eu engordei mais. Peguei mais três quilos. Como de tudo, ando, brinco, converso, tomo banho de praia, vou pra shopping, vou pra onde eu quero. Faço o que eu quero. Não mudou nada. Eu acho que melhorou mais ainda. (Isabela, 48 anos)*

Mas, se a gente for olhar um benefício: você se força a ter hábitos alimentares melhores, você se força a beber menos. Quer dizer, eu consumia muito álcool, hoje, eu consumo muito pouco. Eu me preocupo mais com a minha saúde. Me obrigo a fazer exercício físico, estar sempre

fazendo exames. Quer dizer, quer queira, quer não, tem um lado positivo, se você for olhar.
(Fred, 38 anos)

Algumas PVHA parece que colocam essa possibilidade de uma vida melhor como uma obrigação, quando o discurso da saúde imprime a necessidade de uma vida saudável. Não que viver melhor não possa ser bom, mas sempre caberá a pergunta sobre o que é viver bem! Afinal, lembrando a música de Raul Seixas, é melhor viver mil anos a dez ou dez anos a mil?

Este caminho mostra a elaboração de um saber sobre si, servindo de chave para a possibilidade de se decifrar quem é. Assim, a certeza de uma vida saudável e correta poderia ser alcançada através daquilo que Foucault aponta como uma das técnicas de subjetivação, que chamou de *técnicas de si* (Foucault, 1988/2014). Seriam dispositivos e técnicas de vigilância e modelação sobre os próprios atos e comportamentos que:

... permitem aos indivíduos efetuar, sozinhos ou com a ajuda de outros, certo número de operações sobre seu corpo e sua alma, seus pensamentos, suas condutas, seu modo de ser; transformar-se a fim de atingir certo estado de felicidade, de pureza, de sabedoria, de perfeição ou de imortalidade. (Foucault, 1988/2014, p. 266)

Além do atravessamento de discursos que enredam as Técnicas de si às subjetivações a partir da experiência de cuidar-se mais, pudemos identificar um olhar também para o outro. Sutilmente notamos uma preocupação quase obrigatória de não somente cuidar de si, mas também do outro: “*Mudou minha forma de pensar no meu bem-estar e no bem-estar de quem está, não do meu parceiro ou minha parceira, ou de quem está ao meu redor*” (Renato, 33 anos).

Foucault faz a discussão sobre *cuidado de si* no seu famoso livro *A Hermenêutica do Sujeito*. Ele resgata uma noção a partir do que os gregos chamaram de *epimeleia heautou* (princípio de preocupar-se consigo mesmo ou “ocupar-se de si”) em contra posição a outro

princípio, bem famoso em Sócrates, em grego *gnôti seautón* (“conhece-te a ti mesmo”). Nessas aulas, o autor vai retomar, no texto do Alcebiades, uma dúvida de Sócrates sobre o conhecer a si mesmo, pois ocupar-se consigo carrega um grande risco, o de enganar-se. Na ética grega, o cuidado de si está sempre ligado também ao cuidado com os outros, pois (Foucault, 2010):

... é necessário que o cuidado comigo seja tal que forneça, ao mesmo tempo, a arte (a *tékhnē*, a habilidade) que me permitirá bem governar aos outros. Em suma, na sucessão das duas questões (o que é o eu e o que é o cuidado?) trata-se de responder a uma única e mesma interrogação: é preciso fornecer de si mesmo e do cuidado de si uma definição tal que dela se possa derivar o saber necessário para governar os outros. (Foucault, 2010, p. 48)

O que interessava a Foucault era construir uma genealogia do cuidado de si desde os gregos, para compreender suas reverberações na modernidade, ou seja, nos processos de subjetivação. O que Foucault tinha como intenção era problematizar a “formação e as transformações em nossa cultura das ‘relações consigo mesmo’, com seus arcabouços técnicos e seus efeitos de saber” (Castro, 2009, p. 93).

Assim, neste trabalho, mesmo que o salto histórico seja imenso (séculos de distância), a intenção foi de tão somente apontar para onde Foucault olha na sua tentativa de compreender a questão da governamentalidade. Nunca foi objetivo se tentar traçar os rastros históricos causais, mas de apontar seus desdobramentos e evoluções, descartando, desta forma, a possibilidade de uma naturalização de determinada concepção.

A “governamentalidade” está então, há muito tempo, posta como questão a ser problematizada: um governo de si por si mesmo e suas articulações nas relações com os outros. Como já mencionado acima, o momento da Modernidade, em que há a grande influência cartesiana sobre a compreensão do sujeito como objeto de conhecimento pela ciência, é quando ocorre uma torção no sentido das noções do cuidado de si. O conhecer

sobrepõe-se ao cuidar. A verdade passa a imperar sobre o sujeito que agora tem de cuidar-se, conhecendo-se. Isso é viabilizado pelo conhecimento científico que circula e é agenciado por várias dimensões para fornecer as contingências dos processos de subjetivação.

Aparece a eficiente máquina de “fazer pessoas” construindo sentinelas da boa vida: de olho em si mesmo e também na vida dos outros. Fazem circular discursos que formatam pessoas que vigiam a si e aos outros nas suas práticas de saúde assim como nas práticas sexuais.

Mudou minha forma de pensar; o medo de me contaminar com outras doenças; a preocupação com a minha saúde, também, mudou; o respeito pelo próximo mudou também, porque eu não quero pros outros, o que eu não quero pra mim... (Fred, 38 anos)

Assim, o discurso médico do cuidado com a saúde e com a vida desperta nas pessoas essa “vontade” de cuidar-se, mas ele também coloca essas pessoas em um lugar de vigilância sobre a vida: a própria e a do outro. Seja uma vigilância em função de um cuidado com a saúde, seja em relação à vida sexual e mesmo à afetiva.

Neste caminho, a medicina vai ganhando o lugar de promover a higiene pública.

Surgem os:

“organismos de coordenação de tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população. (...) Será problema muito importante, já no início do século XIX (na hora da industrialização), da velhice, do indivíduo que cai, em consequência, para fora do campo de capacidade, de atividade. E, de outra parte, os acidentes, as enfermidades, as anomalias diversas” (Foucault, 1976/2000, p. 291).

É na aula de 17 de março de 1976, do livro *Em Defesa da Sociedade*, que Foucault vai desenvolver seus conceitos de biopoder e biopolítica. Ele aponta que seu surgimento datado do final do século XVIII e início do XIX, que remete aos dispositivos de poder e disciplinares. Serão eles os problemas advindos do relacionamento dos homens com os

próprios homens e destes também com o meio. Temos aqui o que Foucault chamou de biopoder.

A biopolítica retirou dos seus primeiros objetos de conhecimento o necessário para agora se debruçar sobre um novo campo de intervenção que começa a configurar-se para a intervenção de seu poder: a população.

Para se pensar no processo de subjetivação em Foucault é importante relacioná-lo com o poder (o biopoder é sua articulação política com os corpos), pois, nesse processo, haverá a produção, mesmo que provisória, de um sujeito a partir de uma estética da existência. Haverá, para pensar nesta sua dimensão estética, sempre a possibilidade de resistência. O projeto de Foucault é de uma genealogia da ética (Ribeiro, 2006), dimensão que orienta o indivíduo no governo de si e na sua relação com os outros.

É com o sujeito ou subjetivações com que Foucault (Foucault, 1982/2014, p. 119) se preocupa: “Não é, pois, o poder, mas o sujeito que constitui o tema geral de minhas pesquisas”. Ele aponta o caminho do estudo do poder como uma das formas de se abordar o sujeito como sendo a objetificação deste poder que leva em consideração os aspectos éticos consigo e na relação com o outro.

Trabalhar com a noção de experiência em Foucault seria levar em consideração o sujeito; mas não somente o sujeito que fala: mas como ele fala, de onde ele fala e quais as condições que tornam possível que ele fale; ou seja, considerar sempre esse sujeito como um processo de subjetivação atravessado pelas redes discursivas e suas ações no mundo. Compreender que este sujeito fala e age dentro de condições e contingências muito próprias que o dotam da capacidade de ser inteligível:

É uma crítica genealógica em sua finalidade: não se trata de deduzir, do que somos, o que nos é impossível fazer ou conhecer, mas de deduzir, da contingência histórica que nos fez ser o

que somos, a possibilidade de não ser, fazer ou pensar o que somos, fazemos ou pensamos. (...) Não se trata nem de analisar as representações que os homens têm de si mesmos, nem as condições que os levam a pensar de uma determinada maneira sem que eles o saibam, mas o que fazem e o modo como fazem (Castro, 2009, p. 154/155).

3.4. A Aids e a experiência, uma reflexão final com essas pessoas

Como se pode ver, a Aids continua sendo uma situação de saúde mundialmente relevante. Não há cura, porém se destacam os avanços nos tratamentos e na qualidade de vida dessas PVHA. Nessa perspectiva, salientam-se os relatos recorrentes de pessoas que consideram que seus cuidados consigo mesmas e com o outro melhoraram, proporcionando aquilo que classificam como uma vida melhor.

Ao mesmo tempo, quando se preocupam consigo mesmas e estendem este cuidado aos outros, podemos identificar uma dupla convocação: quando alguém diz agir de forma a prevenir-se e diz que também faz isso como cuidado com o outro, pode articular também dispositivos e discursos que funcionam como um instrumento de vigilância sobre o comportamento, a sexualidade e a vida. Sendo assim, por mais que possamos celebrar uma melhora na qualidade de vida dessas pessoas pelo conhecimento adquirido sobre si e sobre a doença, com novos cuidados consigo e com o outro, há também a construção de um eficiente dispositivo de controle social e vigilância dos comportamentos, da sexualidade e dos estilos de vida.

Há de se registrar que, apesar dos avanços, o medo da morte e da finitude ainda parecem estar muito presente, haja vista os relatos de desespero e de medo no momento de se saber infectado pelo HIV, que evoca a proximidade com a morte. Nesse contexto, a moldura da peste gay parece dissipar-se com a constatação de que não somente gays podem pegar Aids, conseqüentemente, todos estão sujeitos à morte.

Assim, nos tempos de hoje, tempos da Aids, mesmo as pessoas que não têm o HIV vivem sob a sombra da morte. Esta ainda parece ser a maneira com que a Aids é encarada. A experiência de sofrimento e dor, seja no plano biológico, social ou psicológico, está presente no variado discurso dessas pessoas que pudemos ouvir.

O discurso da Aids, sem dúvidas, parece evocar fortemente a ideia de morte e sofrimento, que deve servir para os propósitos sanitaristas de cuidado e manutenção da vida. Esse sentimento/discurso circula, funciona e pode compor o dispositivo de vigilância da sexualidade e da proteção da vida. O conhecimento adquirido que, indubitavelmente, nos trouxe mais esclarecimento, ao mesmo tempo articula subjetividades na vigilância constante da vida e da sexualidade.

Entende-se que, em tempos pós-Aids, ninguém, seja soropositivo ou não para o HIV, pode-se dizer isento de preocupações e estratégias para viver suas vidas e sexualidades. Assim, nos próximos capítulos, serão problematizadas as questões que o HIV/Aids colocou para essas PVHA e como isso as afetou, atingiu ou modificou suas vidas afetivo-sexuais, para, em seguida, no outro capítulo, tornar a discutir as questões da vida através da medicalização do corpo doente, onde parece que o imperativo da vida circula como mais um discurso central na atualidade.

4. A Ratoeira do sexo: Pessoas Vivendo com HIV/Aids e suas Vidas Afetivo-sexuais

O discurso da Aids parece que, tanto para os que têm o HIV como para os que não o têm, se tornou um referencial a partir do qual as pessoas pautaram suas vidas e seus encontros afetivo-sexuais. Daí a ideia do subtítulo deste capítulo, a “ratoeira do sexo”: alude-se aos movimentos e estratégias do rato para pegar o queijo da ratoeira, que é desejado e temido. Neste capítulo se problematizará como PVHA vivem suas relações afetivo-sexuais atravessadas pelos discursos que circulam a respeito desta doença.

Definir a Aids como uma doença sexualmente transmissível foi uma estratégia para fazer circular os discursos sobre o sexo, a sexualidade e suas práticas, e assim recolocar o debate sobre todas essas questões, pois o conjunto das doenças sexualmente transmissíveis carrega o peso histórico do estigma de um sexo sujo e desviante, dando as condições para que houvesse uma operação política sobre a sexualidade, ou seja, uma forma de controle sobre os corpos e os comportamentos.

A Aids colocou em discussão, mais uma vez, novos dispositivos de controle e vigilância, aos moldes da sociedade atravessada pelo biopoder. Para Foucault (1976/2000), o biopoder é uma modalidade do poder, que estabelece lugares de convergência e tensão entre variados saberes, com destaque, neste momento, para o saber médico, que tem a característica de naturalizar as doenças e seus efeitos, transformando o corpo e a sexualidade em um campo de batalha político. Esse discurso médico, em especial, é importante para se pensar os processos de subjetivação na sua dimensão ética das relações consigo e com os outros.

A dimensão ética é aqui tomada como um lugar que serve de referência para a compreensão de sentidos que são historicamente definidos. Um sujeito é inteligível em determinado momento devido a características datadas de seu tempo. Ética é então morada

(*éthos*) (Rocha, 2010), o lugar que o sujeito habita e de onde se pode depreender sentidos. O sujeito, segundo Foucault (2010), a partir da noção do “conhecer a si mesmo” e a do “saber de si”, colocam em jogo, nos processos de subjetivação, esta dimensão relacional do processo de subjetivação. A noção do conhecer e do saber de si está intrinsecamente relacionada com a *polis*, o coletivo. Assim, o sujeito torna-se assujeitado, pois é parte de um processo de relação consigo e com os outros. Estão aqui entrelaçadas as três dimensões de pesquisa de Foucault, no que se refere ao seu entendimento do sujeito: o saber, o poder e a ética.

O dispositivo é um construto que Foucault utilizou para descrever, numa perspectiva mais genealógica, as articulações que o poder faz com o saber (discursos) e os elementos não discursivos. É para ele um elemento funcional com objetivo estratégico e disciplinar (por exemplo o dispositivo da prisão, da escola, etc.). Mas é importante destacar que não é uma criação proposital de um indivíduo ou instituição, mas o efeito naquilo que foi construído, quer nas suas possibilidades positivas (construção) ou negativas (interdição), que se vão reajustando no tempo histórico (Castro E. , 2009).

Nas narrativas de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) entrevistadas, identificaram-se essas mudanças nos modos de se relacionarem, as dificuldades e os sofrimentos que envolvem suas vidas afetivo-sexuais. Na fala de Renato (30 anos, homossexual), por exemplo, podemos ver a operacionalização de alguns desses discursos:

E até se você disser pra Deus e o mundo [sobre o HIV] – modo de falar –, qual a relação que você vai ter, se a pessoa, um pretendente, uma mulher ou um homem, vai querer sair com uma pessoa que tem o vírus do HIV? Não vai. Por isso que gera esse problema, segredo. O particular, no caso. Porque se um dia eu for sair e me interessar por uma pessoa, e a pessoa souber que eu tô, ou conhecer alguém que sabe que eu tô, vai dizer o quê? “Saísse com Fulano? Fulano tem HIV”. Não é isso?

Renato associa a sua condição de HIV àquilo que chama de segredo. Este elemento, quando aparece aqui, reitera a necessidade de se pensar a Aids não somente pelo viés

biológico, mas como uma realidade que vai mediar as subjetivações, estabelecer disciplina aos corpos, imprimir uma marca, criar identidades e estigma nas pessoas.

Chamou-se de identidade, aquilo que passa a definir uma pessoa tanto para si como para os outros. São parâmetros tomados como estáveis e universalizantes e que localizam indivíduos em determinados grupos sociais, atribuindo-lhes características próprias e gerais. Uma estratégia moderna que torna o indivíduo sujeito e objeto do conhecimento, dotando-lhe de uma consciência de si.

Essa noção de identidade é central para a modernidade, pois toma o indivíduo como sujeito e objeto do conhecimento. Antes de tudo, é uma visão universalizante e generalista, portanto, reducionista. Essa é uma das críticas que se pode fazer a partir de um pensamento pós-estruturalista, o que fez Foucault com a sua ideia sobre os processos de subjetivação.

Trabalhou-se neste estudo com esta noção de Foucault (1982/2010) sobre os processos de subjetivação. Ele as entende como um processo histórico que se opera a partir de uma rede de saber-poder, um regime de verdades e dispositivos, que articulam os discursos dando as contingências de formação do sujeito. Dessa forma, a objetivação datada do sujeito em torno de todo este processo é uma escolha, é de ordem estratégica, para pôr em questão as noções naturalizantes que circulam nos discursos da/sobre a Aids.

Para Foucault (1982/2010), o sujeito não é uma substância, mas uma forma historicamente viabilizada. Será a partir de experiências historicamente datadas que haverá o assujeitamento, dando assim a condição de existência ou inteligibilidade deste no mundo. Contudo, considerar um assujeitamento implica também pensar que haverá possibilidades de escapatória dessas contingências históricas, e foi assim que Foucault pensou, observando o surgimento de dissidências ou resistências. É neste ponto que surge a possibilidade de se subverter um possível determinismo histórico como a explicação causal e universal.

Discute-se esta noção de sujeito atemporal e universal a partir daquilo que Valle (2010) chama de identidades clínicas, essas construções ligadas à experiência da saúde e da doença, e do conceito de bioidentidades de Ortega (2004), tomando-as também como construções subjetivas advindas das relações políticas com o corpo e as doenças. A noção de experiência aqui é tomada no sentido que Foucault lhe atribui, como sendo algo historicamente datado, articulando o saber e o poder ao processo de construção de subjetividades. Esses conceitos remetem a como Foucault pensou as ramificações do poder e do saber nos processos de subjetivação da contemporaneidade, aquilo que chamou de biopoder e biopolítica.

Foucault (1976/2000) toma como característica da sociedade moderna a centralidade do discurso médico-científico e sua articulação com as estratégias do poder, que ele chamou de biopoder. Os corpos seriam campos de batalha atravessados por esses jogos de verdade, e se tornariam politizados. É a biopolítica em ação. Tais conceitos permitem pensar como os corpos foram politizados para que fosse possível operacionalizar a circulação de determinados discursos, a exemplo do discurso médico-científico, articulando as condições históricas para formação dos processos de subjetivação. Esses processos de subjetivação são importantes no governo dos indivíduos e da sociedade.

Uma importante identidade clínica ou bioidentidade surgida em tempos de Aids foi a figura do “aidético”. Argumentam Pelúcio e Miskolsi (2009) que a figura do aidético foi criada a partir da forma como as autoridades de saúde construíram a Aids como doença sexualmente transmissível, criando um estigma, como uma “situação do indivíduo que é desqualificado de uma completa aceitação social” (Goffman, 1988, p. 05).

Numa só operação, os agenciamentos disciplinadores questionaram o problema do desejo e da ordem social, através de uma “doença do sexual”. Porém, lembremos que, não de

qualquer sexo, mas do sexo desviante, pois a Aids, em seus primórdios, circulou com a marca da doença dos gays, promovendo-se aquilo que Pelúcio e Miskolsi (2009) chamaram de o maior pânico sexual da história da sexualidade.

Lembrando as ideias de Butler sobre os “corpos abjetos” ou os “corpos que importam”, os aidéticos seriam homossexuais, praticantes de uma sexualidade desviante e suja e, talvez, por isso, vidas não dignas de serem pranteadas, pois não viáveis. A lógica do biopoder é de classificar quais vidas são valiosas, importam e devem ser cuidadas (Butler, 1993; 2010).

Se é possível pensar que, em tempos pós-revolução sexual e dos costumes, o sexo foi definitivamente desatrelado das relações de amor, de uma só vez, assiste-se ao discurso da Aids circulando como regulador e disciplinador das relações afetivo-sexuais. É possível identificar homens e mulheres, independente de suas preferências sexuais, atingidos por tais discursos e precisando reorganizar-se para dar conta dessas mudanças.

Logo após esse pânico instalado, veio a constatação já sabida e apontada por vários cientistas de que, em termos biológicos, não fazia sentido pensar-se em um agente etiológico para uma doença que afetasse somente a *gays*. Muitos médicos previram o que estava por vir, e se concretizou, que foi o aparecimento, em larga escala, de pessoas infectadas com orientações sexuais diversas (Schwarz, 2012).

A Aids não tinha mais “cara”, então como garantir a segurança e a saúde? Até a reprodução se viu ameaçada, quando surgiu o conhecimento da possibilidade de transmissão vertical – da mãe para o bebê durante a gestação. E a questão do aumento do número de casos entre heterossexuais, entre mulheres casadas e em relações estáveis, não somente os pegou de surpresa, mas também trouxe à tona a discussão sobre fidelidade (Brito, Castilho, & Szwarcwald, 2000).

A Aids alocou-se num lugar de mediar, de certa forma, as relações sociais, afetivas e sexuais. Desde a questão do preconceito em relação às pessoas infectadas, passando pela preocupação dos não infectados quanto ao desconhecimento de como contrair tal vírus, até os processos de exclusão e estigmatização das PVHA. Desta forma, pode-se pensar que se as relações afetivo-sexuais foram as mesmas depois da Aids? Este é o problema de pesquisa aqui lançado.

A vida afetivo-sexual das pessoas constitui algo da intimidade. É composta pela maneira como as pessoas se organizam para estabelecer uma relação com o outro, passa pela afetividade e chega às práticas sexuais. Mas por que será que esses assuntos do privado tornaram-se de interesse público?

Foucault, nas suas histórias da sexualidade, especialmente o volume I (Foucault, 1988), circunscreveu um objeto de estudo que chamará de sexualidade. Por mais que pareça óbvio e desde sempre dado, ele tomou esse objeto como não sendo natural, ou seja, algo fora de um contexto histórico e como sendo uma realidade universal e imutável. A sexualidade não era o sexo-natural, mas um discurso sobre os corpos, uma biopolítica que articulava formas de controle dos corpos e das práticas sexuais. Uma das teses levantadas por Foucault nessa obra é da hipótese, que ele recusa, de que houve uma repressão sobre a sexualidade. Mas ele retoma, ponderando, que nunca se falou tanto sobre sexo como na modernidade. Por isso, a necessidade de se “construir” uma história da sexualidade, uma história social.

Desde a modernidade que o objeto “sexualidade” vai tomando uma centralidade para o entendimento das pessoas. Surge o interesse pelo privado, pela intimidade e pela sexualidade, na forma de uma preocupação com a saúde da população, em que o estudo e a observação da sexualidade humana vão transformando-se num eficiente dispositivo de controle sobre os corpos. É o que Foucault (1976/2000) chama de politização dos corpos.

Várias estratégias foram desenvolvidas, dentre elas, no período de surgimento da medicina social na Europa, a implantação de processos e rotinas de promoção e prevenção em saúde. O corpo biológico é tomado como objeto de disputa política e passa a ser território de intervenção estatal, atravessado pelo biopoder e constituindo-se uma biopolítica. (Foucault, 1976/2000).

4.1. Corpo, saúde e a ciência médica

Ortega e Zoranelli (2010) apontam como a ciência médica se destaca e serve como guia (discurso) “por excelência” de leitura do corpo, oferecendo respostas aos anseios e questionamentos de tempos modernos. Houve um processo de redescrição dos limites de nossos corpos, para os quais o saber médico foi definitivo na construção de nossas concepções de doenças vigentes.

Surgem as tecnologias médicas e, devido a essas condições, o corpo pode passar a ser pensado como sujeito e objeto de um conhecimento. Nessa lógica, novos parâmetros surgem podendo-se estabelecer o que é saudável como norma, tomando seus desvios como uma perturbação ou doença. Assim se redefinem os limites entre o normal e o patológico (Ortega & Zoranelli, 2010).

Uma análise da subjetivação, partindo deste olhar sócio-histórico e tomando a cultura como pano de fundo (o lugar de onde se podem tirar os ideais de saúde e longevidade), é que vai colocar a possibilidade de se articularem manejos desses limites do corpo para aperfeiçoá-los, identificando valores eleitos e destacados que passam a ser tomados como guias de conduta para a vida das pessoas.

Este conhecimento produz normatizações e referenciais, o que perpassará as subjetivações, produzindo formas de ser no mundo. Sandra (65 anos, heterossexual) mostra como essa questão está enraizada nela quando discute como se deve fazer antes de ter uma

relação sexual com outra pessoa. Destaca o que precisa ser pensado e considerado sobre si e sobre o outro antes de um possível encontro amoroso-sexual, no qual noções de saúde aparecem. Diz ela:

Essa história [ela falava aqui de uma jovem que “confiou” num homem e nessa relação pegou o HIV] devia ser contada por muita gente, porque as pessoas se enganam quanto a: “Quantas vezes eu preciso me relacionar com alguém para engravidar? Quantas vezes eu preciso me relacionar com alguém pra ser contaminada ou contaminar?”. A gente sempre coloca no outro a culpa de ser portador do HIV, quando a gente não sabe se o outro também foi infectado por nós. (Sandra, 65 anos)

A noção de risco é um desses valores eleitos na economia desses corpos e servirão de referencial de normalidade e patologia, orientando práticas de saúde em relação à saúde de si e à dos outros. São postos em evidência os estilos de vida ou a herança biológica, por exemplo, que se impõem como um imperativo a seguir: “Surgem, nesse contexto, modelos de subjetividade que produzem a obrigação individual de calcular escolhas e a responsabilização por cada uma delas” (Ortega & Zoranelli, *Corpo em Evidência: A Ciência e a Redefinição do Humano*, 2010, p. 11).

E Sandra continua com seus conflitos, pois, infectada com o HIV, precisa cuidar de si, e agora, do outro. Para ela, a sua condição de saúde passa a intermediar seus encontros e organizar sua forma de agir no mundo. As redes do poder-saber se articulam gerenciando pessoas, tornando viável a governança delas, com uma preocupação em organizar a ação das pessoas no mundo. A sexualidade será, por excelência, na modernidade, um desses campos ligados à economia dos corpos.

[...] Mas havia uma preocupação de contar do HIV, como é que ele ia botar aquela tal da camisinha. Eu fui aprender a usar a camisinha feminina. Desde lingerie que eu podia usar, pra não mostrar tudo, a usar os preservativos, eu me preocupei. [...] Será que eu vou dizer ‘Não, você não pode fazer isso ou se fizer tem que ser feito assim’?”. Então eu achava que a gente ia ter que ter quase que uns encontros pra combinar um contrato de ter uma relação.

[...] Porque eu não sei se eu tenho coragem de ter uma relação como eu tinha antigamente, que bastava ter vontade. (Sandra, 65 anos, heterossexual)

Os indivíduos contemporâneos podem experimentar sua corporeidade a partir do atravessamento desses discursos médico-científicos, que colocam em evidência este corpo através de certos meios bem específicos.

4.2. Biopolítica diante da Aids

A forma como os Estados tentaram administrar a saúde pública após o surgimento da epidemia da Aids fez circular, dentre outras coisas, o imperativo da prevenção. Assim, sobre a sua vida sexual, fala-nos Renato (33 anos, gay) após descobrir-se com HIV:

Aí, é o que acontece. Aí, mudou assim, nesse sentido. Não mudou assim, deixar de viver... isso eu não faço. Agora, eu parei de curtir como, assim... antigamente eu curtia mais a vida. Hoje, eu tô mais reservado... [falando sobre sua vida sexual, afirma que houve mudanças] Com certeza absoluta. Até porque, quando eu descobri, eu passei em torno de um ano pra ter relação. Porque eu queria uma maneira, eu pensava comigo, uma forma de descobrir em ter relação e não passar [referindo-se ao HIV]. (Renato, 33 anos, gay)

Vê-se aqui como o discurso circulante sobre a Aids participou na forma como Renato subjetivou-se quando passou pela experiência de saber-se com HIV. Não há somente uma dimensão individual de cuidado consigo, mas também com o outro. Poder-se-ia pensar em subjetividades vigilantes que organizam seus comportamentos sexuais e fazem circular a “forma correta” de se fazer sexo, ou seja, prevenindo. Ou seria o surgimento de uma nova ética, a ética do cuidado consigo e com o outro?

A característica principal deste tipo de problematização aqui levantada, quanto ao tipo de ética que poderia estar envolvida neste processo relacional do sujeito, mostra a tensão dos opostos nos discursos e sujeitos de determinado campo discursivo. Há, em certo momento, o surgimento de uma ética de cuidado com o outro, que estaria, ao mesmo tempo, atrelada ao cuidado consigo. Nesta lógica, quando alguém cuida do outro, pode estar vigiando-o, afina,

cuidar pode estar carregando consigo olhares, prescrições e modos de ser que estariam a serviço dos mecanismos da biopolítica.

Isabela (48 anos, heterossexual), por exemplo, discorre sobre se usaria preservativo em suas futuras relações sexuais, depois de ter perdido o marido para Aids e sido diagnosticada como soropositiva para o HIV. Fica claro na sua fala uma dimensão temporal de sua experiência como sujeito, um antes e um depois do HIV:

Nunca, nunca, nunca, nunca, nunca, nunca, nunca, nunca... Mas, se ele tivesse vivo, hoje, eu usaria. Hoje, né. E mesmo assim, e se eu ainda encontrar alguma pessoa que me compreenda, tudinho, e quiser ficar comigo, eu vou aconselhar ela a usar camisinha. Porque se chegar um e dizer: “Ah, não quero isso de camisinha, não”. “Não pode. Tem que ser com camisinha”. Porque aquilo que a gente não quer pra si, não dá aos outros. [grifos nossos](Isabela, 48 anos, heterossexual)

Conforme Valle (2010), a forma de se pensar o mundo racionalmente funciona como algo que se transforma em um processo normativo, que tem no Estado uma de suas referências de formação (por exemplo, com as suas políticas de saúde), nas quais os indivíduos podem ser identificados e mesmo definidos ao longo de suas trajetórias sociais e biográficas. Esses modos de vida servem como maneira de se identificar ou classificar pessoas, e podem ter uma participação nos processos sociais e culturais relacionados à epidemia da Aids.

Se o gay tiver HIV é porque... rola aquele preconceito. Mas, não é só o gay, não é a lésbica, não é... É o homem ou a mulher, também, o hétero. Tá em tudo (Agenor, 30 anos, homossexual).

Que hoje tá assim. Você vai casar, aí você tem que falar pra sua parceira ou o seu parceiro, falar assim: “Me dá o teste do vírus do HIV. Faz o teste que eu vou fazer o meu”. Porque ninguém se sabe. (Renato, 33 anos, homossexual).

Observam-se as chamadas “categorias técnicas” apresentando-se como identidades sociais, tais como o soropositivo ou soronegativo. É o biológico se enraizando nos processos

de subjetivação, criando sujeitos que, por meio de associações e classificações, podem ser socialmente representados e circularem. É o uso repetido dessas classificações, por exemplo, pelos profissionais de saúde ou mesmo pelas pessoas infectadas pelo vírus HIV, que propicia as condições de surgimento de identidades clínicas.

As identidades clínicas são assim definidas por Valle (2010, p. 40): “Elas referem-se à construção particular de categorias, imagens, representações culturais e discursos sobre a soropositividade, que têm sido produzidos por meio de uma combinação de forças sociais e culturais de origens e formações amplamente diferenciadas”.

Pensar através de um construto como identidades clínicas, que nada mais são que um processo de subjetivação ou uma forma específica de assujeitamento, pode ser útil para tornar possível a operação de se configurar um “objeto de estudo”, e sobre ele agir e teorizar. Trata-se de uma ação pontual e não se pretendem universalizações.

O discurso da Aids deu as condições para a organização de uma forma-sujeito que, dentro da lógica das técnicas de si, faz com que o indivíduo construa uma consciência de si para operar no mundo, e como sujeito, ele pode ser tomado como um objeto. Tomaram-se esses sujeitos como sendo especificamente datados, ou seja, como possibilidades dentro de um processo histórico e discursos específicos. Assim organizados, esses sujeitos são a objetificação dos enredos do saber, do poder e dos jogos de verdade, articulados pelos dispositivos em seus processos de relacionamento consigo e com os outros. Tal operação estratégica, como acima mencionada, abre a oportunidade de se manejar com ele no plano teórico com eles, como faz Foucault, quando menciona que cria objetos de estudo (Foucault, 1985/2005; 2014).

Para se pensar a Aids, pode-se tomar as identidades clínicas, por exemplo, a sorológica, não de modo isolado, mas prioritariamente associadas às práticas médicas que pediam formas particulares de identificação.

Que eu não me considero doente, assim, uma doença... Me considero com o vírus, mas que eu posso viver uma vida normal. [...] Ela [a médica] disse a mim. [...] Não vou me lastimar porque eu peguei o vírus HIV, não! Se foi transmitido por sexo, foi eu que quis fazer sexo sem camisinha. Então, a vontade foi eu. Então, a culpa não é de ninguém e aí vai, né. Então, bola pra frente e a gente tem que resolver isso. (Renato, 30 anos, homossexual)

É muito mais tranquilo eu ter, hoje, uma relação com um HIV positivo do que com uma pessoa que não tem HIV. Meu marido – que era o anterior a esse –, quando eu descobri, nós estávamos juntos. E eu estava contaminado e ele não. Nós não transávamos com camisinha. E ele não se contaminou. E eu, sim, estava contaminado, eu não sei como. Nem me pergunte o que foi isso. Mas, descobrimos e a relação continuou. (Roberto, 38 anos, homossexual)

Nessas duas falas, podemos identificar algumas possíveis questões que passaram a ser colocadas nas negociações das pessoas nos encontros afetivo-sexuais. Destaca-se a questão da responsabilidade e da responsabilização. Na primeira, está implícita a obrigação de cada um (HIV ou não) de cuidar de si e do outro; enquanto a responsabilização diz respeito a um comportamento em que é delegada ao outro toda a obrigação de cuidado, na qual quem tem o HIV é porque o outro lhe passou: há certa culpabilização do outro, como um inimigo ou uma ameaça.

Após a circulação de um conhecimento sobre o HIV/Aids, tornou-se mais comum, quando das relações sexuais, o levantamento de suspeita sobre o outro. E se ele estiver infectado? Uns vão responsabilizar-se através da lógica da prevenção, um sutil dispositivo de controle, e outros atribuirão a culpa a outrem que o contaminou, visto que é obrigação do outro e do Estado vigiar e cuidar das pessoas.

Agora, além de precisar saber-se se alguém é homo ou heterossexual, sua identidade clínica sorológica (HIV positivo ou negativo) será sempre posta em questão. Dependendo de

que lado se esteja, haverá obrigações e cuidados diferentes. Quem tem o HIV não deve passá-lo e quem não o tem, proteger-se. A vida, com a introdução de determinadas doenças, vira uma guerra. Sontag (2007) reflete que as doenças são vistas como inimigos a serem combatidos. Porém, muitas vezes, o agente biológico transfere sua condição de inimigo para as pessoas, por exemplo, o “aidético”.

Valle (2010) destaca como exemplo dessa identificação as rotinas de triagem das entrevistas ou atendimento às pessoas quando de suas testagens para o vírus HIV ou consultas (médica ou mesmo psicológica) nos serviços de saúde. Essas instituições passam a ser agentes de vigilância sobre os corpos e as práticas sexuais. Isso é fruto de uma prática clínica de ordem médica, a do aparato clínico que busca entender a origem de determinados estados de saúde. Indaga-se de muitas pessoas sobre o modo como se infectou pelo HIV. Transformam-se essas narrativas em pistas para se identificar em formas de comportamento e geram uma identificação social.

... pro homossexual é mais difícil [...] você é mal visto, você é mais criticado, mais abordado. Acho que o jeito feminino dele... eu acredito que o pessoal é dessa forma, né? (...) É mais chocante pros outros. Às vezes você nem tem, mas os outros já apontam: olha esse cara, olha o jeito dele. Já olha pra ele diferente. Por que eu vejo o pessoal apontar... (Herbert, 33 anos, heterossexual)

Esse movimento está dentro daquilo a que Foucault (1998/2005) se referiu como uma vontade de saber, podendo identificar-se este mecanismo com a forma da confissão: as confissões sobre a sexualidade de cada um permitiriam ao profissional de saúde conhecer o segredo mais profundo de alguém ou da sua verdade.

Quando eu soube [do HIV], eu disse para essas pessoas [parceiros sexuais casuais], inclusive para o pai do meu filho que eu já estava separada há mais de quinze anos. Era impossível ser ele. A gente viveu muito pouco tempo junto. Mas eu me senti na obrigação de colocar para essas pessoas. (Sandra, 65 anos, heterossexual)

O processo de atendimento pré ou pós-testagem para o HIV nos Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids (CTA) consistiriam, muitas vezes, de um processo de identificação que é operado por meio do discurso sobre uma identidade sexual que se associa a uma identidade clínica, operando como um dispositivo do biopoder (Galindo, Francisco, & Rios, 2013; Valle, 2010).

Foucault (1998/2005) ainda argumenta que foi dessa forma que a sexualidade tomou um lugar central no discurso médico circulante na modernidade. E com a Aids, podemos dizer que isso tudo se exacerbou: não somente é preciso falar de suas preferências sexuais, como também das práticas sexuais, pois desses dados surgiriam elementos estratégicos para se determinar os canais de contaminação das pessoas pelo HIV, e a organizar as estratégias de combate.

O vírus do HIV não escolhe raça, idade, nem classe social. Eu não fui excluída da perversa estatística de ser portadora de HIV". A senhora perguntou pra ela [refere-se aqui a história de uma jovem]: "Mas menina, por que você fez isso? Você devia ser da pá virada, né? Banda voou, mesmo". Aí, ela disse: "Não. Eu não era banda voou e nem sou. Apenas, tive um namorado que me encantei por ele; me apaixonei perdidamente por ele... Foi com ele, pela primeira vez que eu tive uma relação sexual. (Sandra, 65 anos, heterossexual)

A constituição de uma determinada identidade clínica pode e fará com que certas pessoas identificadas por elas sejam "lidas" a partir da lógica da nova *episteme* (conjunto de saberes de um determinado momento histórico). O lugar de vítima e de malfeitor facilmente se confundem e mesmo trocam de lugar. Aliado a isso e como consequência possível, uma vez identificada socialmente, essas pessoa passam a ser temidas e mesmo excluídas. Quantas histórias foram contadas nos atendimentos de triagem pré-teste sobre pessoas com HIV/Aids sendo indesejadas nas casas de vizinhos ou amigos por medo de contaminação do banheiro, dos pratos, dos copos e até dos assentos em seus sofás. Na hora de dividir-se um talher ou copo, além do assento do ônibus e, principalmente, nas relações sexuais.

4.3. Aids, exclusão e seus mecanismos

Foucault (2005) pensou nos mecanismos de exclusão. Discute essa questão em seu estudo sobre a loucura, no qual fez uma arqueologia a partir da identificação de períodos distintos na forma de lidar com o objeto loucura. Num primeiro momento, a loucura é apenas o contrário da razão, e pela razão ela é controlada.

A partir do século XVIII é que se passa a encarcerar o louco como uma estratégia para se lidar com esse desvio da razão; agora, a razão não somente vigia a loucura, mas também procede com a sua exclusão através dos hospitais gerais. Nos hospitais gerais, o louco será internado junto com os indigentes, os pobres e os devassos. São os desviantes da ordem social vigente. Essa mesma lógica pode ser tomada pela Aids com seus discursos iniciais que identificam a doença com a homossexualidade, e esta com o sexo excessivo e desviante.

Cardoso Jr (2011) lembra aquilo que Foucault chamou de “o grande internamento”, como sendo exatamente a época em que o louco tinha em comum com as demais categorias de indivíduos internados, precisamente o problema da degenerescência moral. O problema que aflige os pobres, loucos e devassos é de ordem moral. Assim, o internamento, que é um movimento de exclusão, teria sido nada mais que um tratamento moral.

Identificar a sexualidade e suas práticas passa a ser uma estratégia clínica eficiente na hora de se pensar o diagnóstico e na compreensão da causa e consequências das doenças. Mas pode facilmente servir ao dispositivo de vigilância e controle sobre os corpos e a sexualidade. Quanto mais se sabe sobre o indivíduo, melhor se pode prescrever condutas e práticas para ele.

Tinha cuidados, mas era relapso. Acontecia de transar sem camisinha, esporadicamente. Mesmo achando que: “Ah, só aconteceu uma vezinha... Tá, não tem grandes problemas”. A gente sabe que nessas vezinhas acontecem. (Fred, 38 anos, homossexual)

O sexo, você vai se satisfazer do mesmo jeito. Só muda porque é mulher e ele é homem. Ela tem vagina e ele tem outras coisas. [...] Porque o gay não tem a vagina pra dar, o gay tem o ânus. Porque existe, também, no casal homoafetivo, o homem... Mas tem o passivo e tem o ativo. Aí, você tira por aí. [...] Mas eu nunca fui de ser passivo.... Eu sou o homem da relação. E a pessoa que eu moro é a pessoa passiva da relação, que se satisfaz em outra parte. (Agenor, 30 anos, homossexual)

Aqui, Agenor opera dentro de uma tensão entre uma verdade de ser homem e ser mulher, localizando-se na tensão entre o normal e o desviante. Toma as práticas sexuais ativas e passivas, e transporta essa “verdade” para a sua relação como outro homem. Quem penetra é o homem e o ativo, e quem é penetrado o passivo. De onde vem essa lógica senão de uma heteronormatividade vigente, ou seja, um discurso sobre a sexualidade. Essa lógica perpassa e instala-se nas relações homoeróticas e também opera como uma forma de identificação ou categorização, uma forma de confissão de suas práticas sexuais.

Seria então possível pensar que esses discursos médicos operam como uma censura sobre o sexo, uma lei de interdição? Responde Foucault, não! O funcionamento e os mecanismos desse poder são de produzir cada vez mais discursos para que funcionem e tenham efeitos na própria economia dos corpos e da sexualidade. O poder incita o sexo a manifestar-se. Há uma vontade de saber.

Foucault (1998/2005) destaca essa vontade de saber e, como essa técnica passa a ser de “interesse público”, no qual será parte de mecanismos de poder e não meramente curiosidade ou sensibilidade coletiva. Por isso passaram a ser essenciais. Surge, no século XVIII, uma incitação política, econômica e técnica de se falar de sexo/sexualidade. Destaca ele não como uma teoria geral da sexualidade, mas análises, contabilidades, classificações e especificações. Um edifício construído em torno não somente da moral, mas da racionalidade.

Eu era um cara voado... aí, tinha muita menina... usava droga e bebia muito. Eu era um cara da rua... eu era um cara... meu final de semana inteiro na rua. Praticamente, saía na sexta e

só chegava na segunda. Aí, cheio de bebida, cheio de coisa, você não lembra de muita coisa no outro dia, não! Eu acredito que deve ter sido nesse lance aí, eu acho. Não tenho certeza. A gente não sabe, não tem (...) fica difícil de você saber. (Herbert, 33 anos, heterossexual)

Foucault (1998/2005) aponta que não se trata de falar a partir do lugar da moral, mas produzir um discurso que seja capaz de proferir referenciais de regulação do próprio sujeito sobre si mesmo e as técnicas de si que interferem colocando objetivos de funcionamento em um padrão ótimo.

... cumpre 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, 1988, p. 27)

E, nesse caminho, atribui-se ao poder público essa missão. Cabe a ele ocupar-se dos meios que possam levar a coletividade, através da vigilância e disciplina, a atingir a felicidade pública: a isso se dá o nome de governança. O sexo então é deslocado para o centro deste debate: controle de natalidade, taxa de natalidade, a idade do casamento, os nascimentos legítimos e ilegítimos, a precocidade, as maneiras de se tornarem as pessoas fecundas ou estéreis, práticas contraceptivas, etc.

E, em tempos de Aids, com a exacerbação do conceito de prevenção, a noção de governabilidade se estende ao sexo desviante ou transbordante. Garantir-se-á a possibilidade de administração do prazer, procurando entender como a subjetividade está construindo-se a partir da sexualidade. Surgem questões de uma estética da existência⁶ (Foucault, 1984).

Eu acredito que pro heterossexual ter HIV deva ser mais complicado. Porque exige uma questão de filhos, famílias, esposas. A vontade da paternidade, né, de ter filhos. Eu acho que pra ele é mais complicado. Eu, como não tenho nenhuma intenção de ter filhos, não tenho aflorado em mim a paternidade, pra mim é mais tranquilo. Não é algo que eu vou procurar. Não me pesa. (Fred, 38 anos, homossexual)

⁶ Estética da existência é um conceito de Foucault (1984/2010) para abordar as possibilidades de subjetivação, considerando-se o tempo histórico de cada sujeito, com suas possibilidades a partir do jogo do saber-poder, incluindo aqui as possibilidades de resistência.

Foucault (1998/2005) refere a esses movimentos o fato de se falar sobre o sexo e a sexualidade como um movimento de tensão, onde pela primeira vez, diz ele, de maneira constante, circula a noção que entende o futuro e a fortuna de uma comunidade; como não estando ligado somente ao número de pessoas existentes e disponíveis, mas também a suas virtudes, formatos de casamentos ou organização familiar e em como cada um faz sexo. Isso está sutilmente incrustado nas subjetivações como uma forma de uma vigilância de si, do outro, da sexualidade e das práticas sexuais.

Você conhece alguém, namora com ela, dá um tempo com ela... você vai viver toda a sua vida transando com preservativo? Não vai querer! Você quer casar, você quer ter filho. Então, sua vida foi limitada. Tá entendendo? Sua relação... toda vez é um impacto... toda vez é uma impacto! Toda vez que você conhece alguém já é um impacto: será que ela vai me aceitar? Apesar que eu já tive um relacionamento que alguém me aceitou. E foi tudo bem. Vivemos aí, acho, uns 2 anos, 3 anos assim, só que não deu certo... tudo bem! (Herbert, 33 anos, heterossexual)

Herbert, com essa colocação, demonstra como o discurso da sexualidade controlada e asséptica atravessou seu processo de subjetivação. Isso mostra como os sujeitos estão afetados pelas políticas públicas e pelos ideais de saúde. É desta e de outras maneiras que o foco do debate em torno do sexo se desloca dos problemas localizados nas libertinagens dos comportamentos para a conduta sexual da população: ela é tomada como objeto de análise e alvo de intervenção:

Que o Estado saiba o que se passa com o sexo dos cidadãos e o uso que dele fazem e, também, que cada um seja capaz de controlar sua prática. Entre o Estado e o indivíduo, o sexo tornou-se objeto de disputa, e disputa pública: toda uma teia de discursos, de saberes, de análises e de injunções o investiu. (Foucault, 1988, p. 29)

Um exemplo tomado por Foucault (1988) é quanto às escolas do século XVIII. Destaca ele que, desde a arquitetura até os regimentos rígidos de conduta, pensa-se como controlar e evitar o sexo e ao mesmo tempo, de uma forma prolixa, “fala” do sexo das

crianças. Parte do princípio de que existe essa sexualidade e precisa ser vigiada: ela é precoce, ativa e permanente. Médicos, professores, psicólogos e pedagogos falam, orientam e aconselham “tecnicamente” sobre sexo. Assim como na Aids, observamos uma verdadeira “ortopedia discursiva” que diz o que e como fazer, que emana de autoridades no assunto, que podem e sabem como e o que falar sobre o sexo.

Outro exemplo destacado Foucault (1988) será a medicina, em especial a psiquiatria. Com o advento da doença dos nervos, passamos a procurar os desvios. Anexa ao seu domínio (das doenças), o das perversões sexuais. O domínio da justiça passa, através da corrente penal, a ocupar-se dos crimes sexuais, considerados horrendos e antinaturais. Mas não se restringirão a esses. Vigiam-se até as pequenas coisas, pequenos atentados, como formas de controle social que:

... filtram a sexualidade dos casais, dos pais e dos filhos, dos adolescentes perigosos e em perigo – tratando de proteger, separar e prevenir, assinalando perigos em toda a parte, despertando as atenções, solicitando diagnósticos, acumulando relatórios, organizando terapêuticas; em torno do sexo eles irradiam os discursos, intensificando a consciência de um perigo incessante que constitui, por sua vez, incitação a se falar dele. (Foucault, 1988, pp. 32-33)

Toda essa produção discursiva dos séculos XVIII e XIX provocou um “movimento centrífugo em relação à monogamia heterossexual” (Foucault, 1988, p. 39). Sendo assim, o casal legítimo com sua sexualidade regular tem direito a maior discricção. Os olhos, e principalmente os ouvidos, voltam-se para os desviantes: a sexualidade das crianças, dos loucos, dos criminosos - “o prazer dos que não amam o outro sexo; os devaneios, as obsessões, as pequenas manias ou as grandes raivas” (Foucault, 1988, p. 39). Aqueles que antes não eram vistos, agora precisam se fazer ouvir e confessar quem são. Essas outras sexualidades servirão de contraponto, caso aquelas regulares sejam questionadas. E, no século

XX, surge a Aids e recoloca em movimento todos esses mecanismos, a partir, inicialmente, dos homossexuais, filhos da revolução sexual e de costumes da década anterior.

Foucault (1988) toma o conceito de devassidão, apontando-o como tendo perdido sua força, pois é confuso na ordem civil. Agora, existem as infrações à legislação e à moral do casamento e da família, por um lado, e os danos àquilo que se considera como uma regularidade de um funcionamento natural. Surge a figura dos perversos. São eles uma “gentalha diferente”, que subvertem os preceitos morais e legais, são, muitas vezes, perseguidos pela lei, mas nem sempre condenados à prisão. Muitas vezes doentes e outras vítimas de um “estranho mal”, que também é chamado de vício ou delito.

Incontável família dos perversos que se avizinha dos delinquentes e se aparenta com os loucos. No decorrer do século eles carregam sucessivamente o estigma da “loucura moral”, da “aberração do sentido genérico”, da “degenerescência” ou do “desequilíbrio psíquico”. (Foucault, 1988, p. 41)

Serão tempos de repressão ambígua, parecendo que a justiça cederá lugar à medicina; mas, destaca Foucault (1988), o surgimento de “mecanismos de vigilância” instalam-se pela pedagogia e pela terapêutica. O lugar da igreja como vigilante e prescritora de parâmetros para a sexualidade conjugal, por exemplo, dará espaço para a medicina como forma de apontar as patologias e oferecer a cura.

Isso não se operará pela interdição, e Foucault (1988, p. 42) destaca quatro operações diferentes, que funcionarão como outros mecanismos de poder. Vejamo-los:

- Ao invés da penalidade, o adestramento. Como exemplo na Aids, a atuação dos vários profissionais que trabalham com as PVHA e suas orientações técnicas quanto ao cuidado com as práticas sexuais, sejam antes ou depois do HIV, com o conceito de prevenção.

- A incorporação das perversões à fauna sexual. Estes, os perversos, não somente subvertem a lei, mas passam à categoria de uma espécie que pode ser examinada e observada, assim explicada, por exemplo, pela constituição de suas sexualidades. “O sodomita era um reincidente, agora o homossexual é uma espécie” (Foucault, 1988, p. 44). Na Aids, o aidético, que, no início, era o homossexual, passa a ser questionado sobre sua vida, seu estilo de vida e de sexo. Identificam-se elementos a serem controlados e vigiados em determinadas pessoas ou grupos sociais.

- A medicalização do insólito sexual, que é ao mesmo tempo efeito e instrumento. Na clínica da Aids, parece ser obrigatório nas práticas das diversas especialidades da equipe de saúde, perguntar e escrutinar as práticas sexuais, identificando comportamentos e situações de risco. Trata-se, por exemplo, das fichas ou prontuários das pessoas atendidas, o HDA (histórico da doença atual).

- Destaque para os dispositivos de saturação sexual. Apesar de se ter comumente a ideia de que o século XIX tentou reduzir a sexualidade ao casal (aqui, heterossexual e legítimo), destaca-se que, ao contrário, fez circular e proliferar grupos com elementos múltiplos e uma sexualidade circulante: uma busca de prazeres, aqui destacados por Foucault como possuindo um duplo sentido, pois são desejados e perseguidos. Na Aids, são os homossexuais, depois os usuários de drogas, depois as mulheres heterossexuais casadas, depois os jovens, depois os velhos, etc.

Como então pensar a Aids e as PVHA a partir dessas ideias? Seria a figura do aidético esta corporificação da Aids? Seriam os aspectos estigmatizantes desta doença a operação dos mecanismos de disciplinarização dos corpos indóceis? Falar tanto de sexo, sexualidade e práticas sexuais, não somente para proibi-las, mas até incitá-las. Não qualquer forma de se fazer sexo, mas a forma correta e prescrita pela higiene médica: promoção de saúde e

prevenção. Os homossexuais, com a Aids, devem ocupar-se de seu sexo e suas práticas, racionalizando-as.

Trata-se, antes de mais nada, do tipo de poder que exerceu sobre o corpo e o sexo, um poder que, justamente, não tem a forma da lei nem os efeitos da interdição: ao contrário, que procede mediante a redução das sexualidades singulares. Não fixa fronteiras para a sexualidade, provoca suas diversas formas, seguindo-as através de linhas de penetração infinitas. Não exclui, mas inclui no corpo a guisa de modo de especificação dos indivíduos. (Foucault, 1988, p. 47)

4.4. A Aids, os discursos sobre a sexualidade e os novos discursos

A forma como as autoridades organizaram os discursos sobre a Aids e articularam formas de compreendê-la passa por essa tradição destacada por Foucault de ordenar, classificar e controlar a sexualidade que vem, desde o século XVIII, se ramificando. Quando se menciona a ideia de organização das autoridades face à epidemia que surgia, essa referência aponta para a maneira como lhes foi possível, à época, reagirem a tal emergência sanitária.

A epidemia do HIV/Aids construiu uma doença como sexualmente transmissível, dando as possibilidades para que discursos, como o “conhecimento científico”, fizessem a manutenção de um antagonismo importante, o do desejo em contraposição à ordem social. O *gay* foi transformado na grande ameaça, já que existia agora um vírus mortal para essa prática, e assim surgiram as possibilidades de emergência daquilo que foi a criação do maior pânico sexual da história contemporânea (Pelúcio & Miskolsi, 2009).

A forma como a saúde pública lidou com a epidemia em seu início fez com que emergisse a figura do “aidético”, uma biodentidade (Ortega, 2004) que, após receber um tratamento político, passou a aglutinar “pessoas vivendo com aids” em demandas por políticas públicas, nas quais o paradoxo foucaultiano da saúde se fez eloquente. As identidades

epidemiológicas permitem que, através de uma série de procedimentos discursivos, se regulem comportamentos (não só os sexuais), conformando assim novas subjetividades marcadas pela “autoperitagem”. (Pelúcio & Miskolsi, 2009, p. 131)

Comparando a epidemia da Aids com a da sífilis (que são coisas diferentes!), pode-se pensar sobre a construção da imagem do doente a partir de um panorama discursivo que possibilita a ancoragem de certas subjetividades. Com a sífilis, o doente era tomado como sofredor enquanto que ao aidético, além dessa imagem de sofredor, também lhe foi atribuída a culpa: “era um culpado perigoso, pois a ideia de uma exposição propositada ao vírus sugeria condutas irracionais que o levariam, em sua leviandade, a pôr em risco os ‘bons’ e ‘saudáveis’”. (Pelúcio & Miskolsi, 2009, p. 132).

Nessa lógica, o sangue “sujo” do aidético poderia misturar-se ao sangue bom dos saudáveis, causando um efeito de degeneração, conceito que perdura desde o século XVIII (Foucault, 2005; Foucault, 1988). Essa estratégia de racionalidade construída pavimentou o terreno para um via perigosa, a do desejo de exclusão, ou mesmo de expurgo.

[fala das relações após o fim de seu casamento com um homem] Mas, de lá pra cá, uma pessoa não sendo soropositivo, as minhas experiências não foram boas, não. Medo, das pessoas. Eu acho que é mais preconceito. Porque as pessoas só têm medo do que sabem, não têm medo que possa acontecer com uma pessoa que ela não tem informação. Então, é uma coisa meio estranha, né. [...] Preconceito e medo. Medo do óbvio. Algumas pessoas preferem se arriscar num vazio. Eu penso assim. É: “Eu prefiro fazer com aquele, sem camisinha, sem saber que ele tem, do que com você, com camisinha, sabendo que você tem”. (Fred, 38 anos, homossexual)

Os gays e seu estilo de vida eram os culpados. Uma nova tentativa de se apontar os desvios da sexualidade degenerescente que, mais uma vez, é tomada como a responsável pelas desgraças da sexualidade excedente. O preço pela revolução sexual e de costumes dos anos pós 1960.

E, também, eu não era lá... Muito doida. Muito doida no sentido assim de inconseqüência. Eu conheci o pai do meu segundo filho e levei pra casa no mesmo dia; e engravidei também durante essa semana, senão no mesmo dia. Eu vinha daquela geração hippie, pós-ditadura, que tinha conseguido comprar, com o salário de professora, um apartamento próprio. Então eu era dona da minha casa física e do meu corpo. Eu fazia o que eu queria, à hora que eu queria. E naquela época não se falava muito em camisinha. Você tinha era que evitar outra gravidez. Pronto. Quem foi? Às vezes, eu... Quem foi? Como foi? Gente, como foi? Foi como todo mundo, a maioria das pessoas. E quem foi? Não interessa. A mim, não interessa. (Sandra, 65 anos)

Sandra, na sua forma de ser questionadora, parece apontar para seus movimentos de vida que mostram efeitos de resistência. Ao contrário de Fred (passagem anterior), que fala de como, de certa forma, se acomodou na ordem sanitária vigente (a da prevenção a todo custo), ela mostra com seu movimento como foi possível “fazer de outra forma” quando a questão era modelar sua prática sexual a uma referência “segura”. O tempo era outro, evidentemente, mas todos esses movimentos de diferentes formas de vivência da sexualidade servem como exemplos de formas de subjetivação e resistência.

Será que a epidemia da Aids se constituiu em um discurso, que atrelado a vários dispositivos, era uma forma de se intervir nas sexualidades através do medo de uma doença? Parece que ela continuou a “falação” sobre o sexo e fez circular novos discursos prescritivos para a organização das práticas sexuais com efeitos de resistência a ordem anterior.

4.5. A sexualidade e a Aids: reflexões finais

Tomar a ideia de degenerescência moral e corpo doente leva a pensar como a Aids operou com tais conceitos e os aplicou aos corpos, politizando a sexualidade e suas práticas. A Aids e seus discursos podem ter produzido um efeito de dispositivo de vigilância e do controle da sexualidade: mais uma vez, a chamada “vida íntima” foi colocada em debate.

A sexualidade tomada como objeto de estudo, em tempos de Aids, atualizou um conhecimento sobre o corpo. O discurso científico, especialmente o médico, atravessava, mais uma vez, o corpo, tornando-o objeto de intervenção e embate político, através daquilo que Foucault chamou de biopoder, operacionalizado através de um dispositivo específico de disciplinarização, a biopolítica.

Nesta articulação política através do corpo, o saber científico afetará a forma como os processos de subjetivação se darão, transformando o sujeito em vigia de si e do outro dentro das relações sexuais, além de estabelecer, é claro, também, outras formas de cuidado com o outro.

A noção de risco é um desses operadores da disciplina dos corpos saudáveis, que, com a Aids, parece ter ganho um importante lugar. Com a ideia de grupo de risco no início da Aids (que localizava o perigo no estilo de vida e características de algumas pessoas) até a ideia de comportamentos de risco (que tenta tirar a “culpa” do indivíduo, mas a recoloca de outra forma nas suas práticas), um conceito de disciplina da saúde circulou e circula até hoje. Temos aí o panóptico vigilante sobre a sexualidade implantado no próprio indivíduo. Quem poderia melhor vigiar-se e ao outro?

Quando toma-se como exemplo a fala de Sandra (uma das entrevistadas), em relação a sua preocupação com a prevenção, evidencia-se aí como a experiência de ser infectada pelo HIV transformou sua forma de ser no mundo. Ela agora não mais consegue ter relações sexuais como antigamente, simplesmente movida pelo desejo, como relatou. Que desejo era esse e por que se transformou? Ou como se transformou? Será que a Aids foi tão eficiente como um dispositivo que modificou as práticas sexuais? Renato, outro personagem de nossas entrevistas, afirma que passou mais de um ano, depois de saber-se com HIV, para conseguir descobrir uma forma de ter relações sexuais de novo com alguém.

Vê-se como esses discursos articulados por dispositivos formataram subjetividades, criando pessoas que funcionam como soldados em um campo de batalha, através do que foi discutido anteriormente, com a ideia de identidades clínicas ou bioidentidades.

Mas, essa marcação não serve somente para localizar tais sujeitos e melhor compreendê-los para tratá-los, porém para designar-lhes um lugar no mundo e uma maneira de agir, que pode ter viabilizado mecanismos de exclusão social. É como se fazia com os judeus na época do nazismo, marcando-os com estrela de Davi. Passam a ser visíveis socialmente e, assim, podem ser evitados porque são um perigo e também são vidas que não importam tanto.

No início da Aids, a identificação era feita pela orientação sexual, a homossexual; agora passa também a ser feita pelo status sorológico do sujeito para o HIV: “prazer, eu sou fulano, e sou HIV negativo”! Mesmo que, evidentemente, essa pergunta não possa ser feita, haverá sempre em suspeita a periculosidade do outro. Não que pessoas soropositivas não possam relacionar-se e manter relações sexuais, mas essa bioidentidade passa a nortear algumas escolhas.

Essa desconfiança coloca a doença e o doente como inimigos a serem combatidos. A lógica é de uma guerra e, em toda guerra, serão necessárias não só estratégicas, mas principalmente a identificação do inimigo. A Aids e o HIV não são, talvez, o alvo principal, mas as pessoas e seus estilos de vida que passam a ser importantes na forma como se construirão as categorias de exclusão e vigilância. Quando alguém toma conhecimento ou “confessa” sua doença (no caso aqui o HIV) ele passa a ser vigiado e disciplinado, pelo outro e por uma consciência de si.

A Aids, sem dúvidas, conseguiu colocar de volta, no círculo das conversas (discursos), uma nova avaliação do preço que se devia pagar por questionar os desígnios biológicos da

sexualidade. A sexualidade para além da procriação, a serviço do prazer, que era excedente. Era degenerescente. Era perversa.

Assim surgiu um contra-ataque à liberdade reivindicada e conquistada pela geração anterior? Houve a derrubada e docilização dos corpos politizados pós-anos 1970? Talvez não. O que vimos foram ainda os reflexos históricos de um período que não acabou, mas que continuou a fazer tensão nos discursos. Mais uma crítica à forma linear de se pensar a história. A revolução sexual não foi o fim desse debate acerca dos corpos, do amor e do sexo, mas apenas uma fase. A sexualidade não havia sido subvertida com a revolução sexual, mas continuou a ser discutida com a Aids.

O dispositivo da sexualidade foi apenas um dos que parece ter se utilizado e operado com a Aids. Outra questão que sempre norteou a abordagem da Aids foi a dimensão do biológico versus outras dimensões desta epidemia. Certamente que as descobertas médicas sobre o próprio vírus e suas formas de transmissão, assim como o tratamento e as medicações foram avanços inegáveis. Mas, será que, em tempos de centralidade de discursos médico-científicos, o biológico não elevado a sua última potência e transformado em um operador estratégico para o gerenciamento das PVHA? Será que a vida não foi, mais uma vez na modernidade, elevada a uma condição indiscutível de ser vigiada e cuidada em tempos de biopolíticas? O próximo capítulo abordará a questão das PVHA, o medicamento e a adesão.

5. A pessoa medicada: HIV/Aids e adesão ao tratamento

“Me cansei de lero-lero

Dá licença, mas eu vou sair do sério

Quero mais saúde

Me cansei de escutar opiniões

De como ter um mundo melhor (...)”

(Saúde – música de Rita Lee)

A medicina toma um lugar de destaque nos saberes circulantes no período da modernidade. Se a modernidade prometeu a felicidade do homem com a sua libertação e racionalidade, a medicina foi um dos meios para promover esta mudança.

Neste capítulo, será problematizado o lugar central da medicação no discurso da saúde sobre o tratamento das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), interrogando as implicações no processo de subjetivação e adesão.

A medicação, grosso modo, age no sentido de barrar a multiplicação do vírus (carga viral), diminuindo a infecção do organismo e dando a possibilidade do sistema imunológico (células CD4) de, em parte, recuperarem-se. Uma metáfora muito usada é que as células de defesa, a exemplo dos CD4, funcionam como aquelas que comandam o exército de defesa, e sua destruição pelo HIV leva o organismo a um estado de desproteção que abre porta para as doenças oportunistas. Isso é a Aids.

Para as PVHA, dentre todos os exames laboratoriais, a contagem de células CD4 e a medição da carga viral destacam-se como o ponto central de verificação da saúde. A Aids não

tem cura, mas tratamento. E a quantidade de saúde é medida através do desempenho do corpo biológico e, parece, somente dele.

Estar infectado pelo HIV foi, durante muito tempo, uma sentença de morte, contudo, com o desenvolvimento dos medicamentos específicos para este vírus (a terapia antirretroviral – TARV), vimos a mudança da visão mortífera desta condição de saúde. As pessoas vivem mais, porém agora, com a necessidade de tomar regular e consistentemente sua medicação diária. A Aids passa de uma condição de doença com alto índice de mortalidade para a de uma situação crônica de saúde (Chaiyachatia, et al., 2014).

O TARV (terapia antirretroviral) é como se denomina o conjunto específico de medicamentos para tratar as PVHA, comumente chamado de “coquetel”. Sua prescrição é feita de acordo com a situação da infecção pelo HIV no organismo (carga viral) e dos níveis de células de defesa de cada um (o sistema imunológico), medidos pelos exames laboratoriais. A preocupação com a ingestão correta dessa medicação - que inclui quantidade, frequência e pontualidade - é tomada como um dos preceitos básicos da adesão ao tratamento.

A preocupação é tamanha, que estudos são frequentemente realizados com fins de se analisar o uso desta TARV. Segundo os estudos desta natureza realizados em sete estados brasileiros, com pessoas fazendo uso de TARV, obteve-se um índice de adesão à medicação na ordem dos 95% entre 75% dos entrevistados. Resultados como esse são semelhantes àqueles obtidos em países desenvolvidos (Ministério da Saúde, 2007). Esse parece ser um dos referenciais usados para se celebrar tanto o programa brasileiro de Aids, pois, em comparação com outros países, mostra índices bem satisfatórios nesse aspecto. Outro estudo realizado em 2011, considerando a aderência globalmente, mostrou que apenas 62% das pessoas que tomam TARV usavam 90% da dosagem diária prescrita. Atualmente, cerca de 10 milhões de pessoas recebem a medicação para o HIV no mundo todo (Chaiyachatia, et al., 2014).

Assim, pode-se perguntar sobre uma definição de adesão, e será facilmente percebível que a sua premissa básica segue os ideais sanitaristas. Chaiyachatia e col., (2014), por exemplo, definem adesão como:

...a extensão na qual a pessoa usa a medicação de acordo com a recomendação médica, inclusive considerando-se o horário, a dose e a consistência. Discutivelmente, adesão é o fator mais crítico para assegurar o sucesso do TARV, porque sem uma boa adesão, a falha no tratamento é provável, levando a uma possível e evitável mortalidade e morbidade ligada ao HIV. Além do que, uma adesão imperfeita aumenta o risco de se desenvolver resistência ao HIV e transmissão do vírus a outras pessoas (Chaiyachatia, et al., 2014, p. 188).

Porém, faz-se importante, neste ponto, refletir que certos estudos e posições mostram a adesão apenas ligada à tomada de comprimidos, uma preocupação centrada nos medicamentos e no âmbito sanitarista e biológico do sujeito. O próprio Ministério da Saúde e Programa Nacional de DST e Aids (PNDA) lançou, em 2007, um manual de referência para profissionais, onde questiona essa noção, adicionando outros parâmetros, destacando como a adesão deve ser vista como:

(...) transcendendo à simples ingestão de medicamentos, devendo ser compreendida de forma mais ampla, incluindo, entre outros aspectos, o fortalecimento das PVHA, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico laboratorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde, inclusive para pessoas que não fazem uso de TARV (Ministério da Saúde, 2007, p. 11).

Em suma, define-se a adesão como sendo um processo complexo, amplo e dinâmico que leva em conta uma gama diversa de fatores abrangendo as várias dimensões do sujeito, sejam elas físicas, psíquicas, sociais, comportamentais ou culturais e que requerem “decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipe de saúde e a rede social” (Ministério da Saúde, 2007, p.11).

Ferreira Neto e Kind (2010) refutam a ideia de que o modelo brasileiro de assistência à saúde pode ser definido como se pautando em uma lógica sanitária. Ele não oferece um acolhimento efetivo às pessoas em suas singularidades e demandas pessoais, prescrevendo condutas e elegendo estratégias de tratamento, o que parece desconsiderá-las nas suas dimensões políticas como protagonistas sociais, além do direito deles aos seus corpos e à sua saúde.

Falar de uma ordem sanitária releva a importância de resgatarem-se os movimentos e acontecimentos na saúde pública, e sua evolução histórica, destacando o Canadá como pioneiro na área. Foi lá que se realizou a importante conferência em 1971, produzindo aquilo que se denominou de “Relatório Lalonde”, esboçando preocupações no âmbito do custo com a assistência médica, a resolutividade da atenção médico-centrada (casos crônicos) e uma racionalidade econômica (Ferreira Neto & Kind, 2010).

Discutem Ferreira e Kind (2010) que esse relatório destaca o entendimento do campo da saúde pública como determinado por quatro elementos: a biologia, o ambiente (natural e social), o estilo de vida e a organização dos serviços de saúde. Esse relatório centra, claramente, sua ênfase na dimensão do estilo de vida, e essa é uma das críticas que podem ser feitas a ele: as decisões individuais e alguns hábitos pessoais seriam ruins do ponto de vista da saúde, e classificados como potenciais riscos autoimpostos. Assim, o relatório inaugura uma fase na saúde de inspiração sanitária, oriunda da medicina social (iniciada na Europa do século XVIII, com as medidas de higiene social) que dará ênfase ao estilo de vida (Ferreira Neto & Kind, 2010).

Sendo assim, novas estratégias precisariam ser colocadas em ação. O projeto do SUS de integralidade do sujeito, acessibilidade aos serviços de saúde, a humanização do tratamento e acolhimento são adotados pelos centros de prevenção e Assistência do Programa Nacional de DST e Aids (PNDA). Tais medidas têm, entre outros objetivos, promover uma maior

adesão ao tratamento que, nesse contexto, passa a ser fundamental no manejo dessa doença. A medida de saúde das PVHA está diretamente ligada a sua capacidade de fazer uso das drogas antirretrovirais, uma vez que falhas nessa terapia estão relacionadas ao seu uso inconstante, ou seja, uma baixa adesão ao tratamento (Ministério da Saúde, 2007).

Os anos de 1980, a década seguinte ao relatório *Lalonde*, verão o surgimento da epidemia do HIV e do crescimento da Aids como um grande desafio às políticas públicas de saúde. Toda essa lógica sanitária será utilizada, destacando-se a questão dos estilos de vida das pessoas infectadas e os comportamentos de risco. Assistir-se-á a um agenciamento das subjetividades humanas, considerando-se a maneira como a sexualidade é atingida pelos discursos médico e sanitária da Aids.

Essa abordagem da Aids a partir desses referenciais colocará mais uma vez em jogo o que Foucault (1976/2000) chamou de biopoder e suas formas de articulação através daquilo que denominou de biopolítica. A epidemia da Aids é, sem dúvidas, um exemplo de como os corpos “não dóceis” foram abordados pelos dispositivos do biopoder e politizados, ou seja, transformados em campo de batalha no atravessamento dos discursos circulantes, a exemplo do sanitária: novas formas de subjetivação precisam ser formatadas e organizadas.

Segundo Agamben (2010), essas novas formas de subjetivação estão ligadas às possibilidades dadas pela maneira como foi construída a lógica da biopolítica. De um lado, o estudo das técnicas políticas, a exemplo dos aparatos de vigilância e controle do Estado, que lhes dotará da capacidade de assumir o cuidado com a vida natural dos indivíduos; por outro lado, a contrapartida individual, na qual através das tecnologias do eu, os indivíduos subjetivados vinculam-se a certas identidades e a uma “consciência” de si que vigia sua forma de ser no mundo. A união dessas duas dimensões tornará possível a governabilidade dos corpos, não somente no sentido individual, mas como população.

É nessa dobradura entre os aparatos objetivos (como os programas de saúde do Estado) e as tecnologias de si (as formas de subjetivação) que se desenvolverá a problematização do homem medicado procurando entender como o manejo do tratamento para as PVHA pode ter-se tornado um dispositivo importante no gerenciamento da Aids e seu tratamento.

5.1. Biopoder e biopolítica: uma aproximação ao campo das subjetivações

Foucault aponta o século XIX como o momento de surgimento do fenômeno da assunção da vida pelo poder. Entendendo que houve “(...) uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico ou, pelo menos, certa inclinação que conduz ao que se poderia chamar de estatização do biológico” (Foucault, 1976/2000, p. 286).

Dessa maneira, ele está retomando o problema da soberania, entendendo-a sob o ponto de vista do direito sobre a vida e a morte como atributo fundamental ou, como o soberano tinha em suas mãos o direito sobre fazer morrer ou deixar viver; a vida e a morte não seriam entidades naturais, mas inseridos no campo político: “(...) em relação ao poder, o súdito não é, de pleno direito, nem vivo nem morto. (...) Em todo caso, a vida e a morte dos súditos só se tornam direitos pelo efeito da vontade do soberano.” (Foucault, 1976/2000, p. 286).

Seria o saber médico o equivalente aos soberanos na vida moderna, que regem através do biopoder? Suas prescrições parecem ganhar o cunho de ordem, e são tomadas como verdade absoluta. Aqui, tem-se, por exemplo, com Agenor (30 anos), a forma como a orientação do profissional médico parece atingi-lo como uma determinação:

Esse é que é o problema. Não é a questão de conviver, porque eu tô vivendo muito bem, graças a Deus. E eu vou até quando Deus quiser. Ai, um dia eu disse: “Eu vou viver até quanto tempo?”. Ela fez [a médica]: “Você se medicando, você vai viver até cem anos. Até

quando você puder. Porque o HIV não mata. O que mata é a sua imunidade. Se você não se tratar...”, ela tava até explicando. Aí foi que eu abri a cabeça, que a minha cabeça tava fechada. Aí, fiz o exame, tô tomando o medicamento. (Agenor, 30 anos)

Este trecho da fala de Agenor, pode servir de ilustração para o entendimento da torsão que foi feita nos discursos da modernidade, nos quais a manutenção da saúde torna-se um aspecto central na determinação das ações sobre a população. A argumentação segue no sentido do paradoxo que é colocado, pois o soberano não poderia fazer viver, mas sim morrer. Porém, se há um poder sobre a morte, então a vida está subordinada. O poder de matar é que faz exercer o direito sobre a vida: uma lei da espada! “É o direito de fazer morrer ou de deixar viver.” (Foucault, 1976/2000, p. 287). Assim, para Foucault, fazer morrer e deixar viver passa a ser o direito de soberania, e esse irá perpassar, infiltrar e modificar um direito e fazer exatamente o inverso, pois esse direito passará a ser o de fazer viver e de deixar morrer (Foucault, 1988).

A medicação, lastreada no discurso médico-científico, passa a ter o poder de fazer viver? Procede com a manutenção da vida, garantindo-a, através dos cuidados de si? E Agenor continua, questionando-se e refletindo sobre o que deve fazer. Mas, pergunta-se se com tais orientações médicas teria garantias:

Tô fazendo exame. Todo ano eu faço exame, renovo exame, hemograma, tudo direitinho. Peço a ela. Entendeu? Mas, aí vai até quando der. Quando não der, Deus me leva ou eu... Não sei. A gente tem que se acostumar com tudo, porque todo o ser humano vai morrer. Não importa a maneira, a doença (Agenor, 30 anos).

Aids, Deus e a medicina... quem decide ou garante a vida e a morte? A modernidade, herdeira do Iluminismo, toma a verdade racional como o caminho que guia, deixando a divindade de lado. Quem ocupará o lugar de Deus? O cientista? Assim, o saber científico ganha, neste período, um lugar de centralidade que se desenvolverá em um longo processo. A

formação dos Estados modernos foi também um acontecimento importante nesta transformação, pois com a saída da figura do soberano, um novo pacto social precisava ser firmado, aquele que institui que no Estado Moderno, o soberano não existe naturalmente, por laços de sangue, e nem pela vontade divina. Há possibilidade de mobilidade social, onde a descendência não mais determina o lugar social de uma pessoa. Assim, os indivíduos precisam pactuar regras de convivência (Foucault, 1976/2000).

Uma questão emerge: por que se constitui um soberano e delega-se a ele o poder absoluto sobre as pessoas? Seria, pois, a partir de um pacto social, quando os indivíduos se reúnem para constituí-lo e estão preocupados com o perigo e com a necessidade de proteção à vida, que se delega a alguém esse lugar, fazendo com que se possa viver com base no imperativo de um soberano. O soberano passa a ter o direito de matá-los? Mas não é para proteção da vida que o pacto social motiva a colocação e reconhecimento de um soberano? Essa transformação não se deu rapidamente. Desde os séculos XVII e XVIII os juristas já discutiam a questão da vida e morte. Desta forma, é no campo da manutenção da vida que será legitimado este poder, lançando essa discussão para o campo da filosofia política. O importante, para Foucault (1976/2000), é como o campo do pensamento político começa a problematizar a vida e os corpos.

E isso parece estar bem sedimentado entre as PVHA. O saber médico-científico ganhou o lugar de discurso privilegiado de manutenção da vida. O que se constitui como o foco do pensamento de Foucault é o nível dos mecanismos, das técnicas e das tecnologias de poder. Assim, ao longo dos séculos XVII e XVIII vimos surgir técnicas de poder que se centravam no corpo: o corpo individual. Havia toda uma vigilância, produção de relatórios, inspeções, escriturações, etc.; toda uma tecnologia disciplinar do trabalho. Isso se instala no final do século XVII e ao longo do século XVIII. Como?

Eram todos aqueles procedimentos pelos quais se assegurava a distribuição espacial dos corpos individuais (sua separação, seu alinhamento, sua colocação em série e em vigilância) e a organização, em torno desses corpos individuais, de todo um campo de visibilidade. Eram também as técnicas pelas quais se incumbiam desses corpos, tentavam aumentar-lhes a força útil através do exercício, do treinamento, etc. (Foucault, 1976/2000, p. 288)

Essa genealogia realizada por Foucault visava a introduzir o surgimento de outra técnica não disciplinar que emergirá a partir das condições iniciadas com as técnicas disciplinares do trabalho, uma técnica sobre os corpos; essa nova técnica incidirá sobre a vida dos homens: “(...) ela se dirige não ao homem-corpo, mas ao homem vivo, ao homem ser vivo; no limite, se vocês quiserem, ao homem espécie.” (Foucault, Aula de 17 de março de 1976, 1976/2000, p. 289).

A técnica disciplinar visa à regência da multiplicidade dos homens que, em última instância, redundam em corpos individuais que precisam ser vigiados, disciplinados, treinados, utilizados e punidos. Porém, a nova tecnologia tem como elemento de ação não os corpos individuais, mas quando esses se transformam em massa global, afetada por processos de conjunto, que são próximos da vida: a morte, nascimento, a produção, a doença, entre outros.

Foucault (1976/2000) passará a pensar em termos de biopolítica:

Trata-se de um conjunto de processos como a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de reprodução, a fecundidade de uma população, etc. São esses processos (...) [que] constituíram, acho eu, os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle dessa biopolítica. É nesse momento, em todo caso, que se lança mão da medição estatística desses fenômenos com as primeiras demografias. (...) em suma, se vocês preferirem, o mapeamento dos fenômenos de controle dos nascimentos tais como eram praticados no século XVIII. (Foucault, 1976/2000, p. 290)

A biopolítica trata não somente da fecundidade, mas também da morbidade. Uma preocupação com as doenças que vão tirando a vida de uma população, diminuindo a força

produtiva, baixa de energia e trazendo custos econômicos. Não se trata somente das grandes epidemias, que matam em massa, a exemplo daquelas vivenciadas na Idade Média, mas daquelas que passam a ser fenômenos de uma população: “não mais como a morte que se abate brutalmente sobre a vida - é a epidemia – mas como a morte permanente, que se introduz sorrateiramente na vida, a corrói perpetuamente, a diminui e a enfraquece.” (Foucault, 1976/2000, p. 291).

Dessa maneira, a biopolítica retirou dos seus primeiros objetos de conhecimento o necessário para agora se debruçar sobre um novo campo de intervenção que começa a se configurar para a articulação de seu poder: a população. A população precisa ser abordada agora a partir de outro referencial. Não se trata somente de incidir sobre o indivíduo-corpo, mas agora um corpo múltiplo que:

...se não infinito pelo menos necessariamente numerável. A biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder, acho que aparece nesse momento. (Foucault, 1976/2000, pp. 292-293).

A gerência da vida, para Foucault (1988), está ligada ao problema moderno da governança. Se antes o soberano tinha o poder de fazer morrer para, por exemplo, proteger-se de insurgências e ameaças, no Estado moderno, vai aparecer o seu reverso, a sua forma positivada como um direito sobre o corpo social para manutenção e garantia da vida com a sua majoração e multiplicação, além de controle e disciplinarização. Na tática dos combates e nas guerras, o direito de matar era a garantia de se poder viver, que era uma questão dos Estados quanto à soberania. Agora, a questão não é mais a soberania - a jurídica, mas outra soberania - a biológica, aquela que pode afetar uma população (Foucault, 1988).

Essa governança, explica Foucault (1988), desenvolver-se-á a partir do século XVII sob duas formas que não se excluem, mas estão diretamente ligadas e que ele chama de polos.

O polo centrado no corpo-máquina, que se interessa pela sua manutenção e otimização, mas que se operacionaliza através da disciplina, porque precisa de corpos dóceis - aqui tem-se o biopoder em ação. E o outro polo, que, segundo o autor, se formou mais tarde nos meados do século XVIII, centrando-se no corpo-espécie (o suporte para os processos biológicos), que operava sobre os processos coletivos, ou de população; controlando os fenômenos de nascimento e mortalidade, como a duração da vida e a sua longevidade – aqui há intervenções e controles na forma de uma biopolítica da população. Em resumo, temos a disciplinarização dos corpos (o biopoder) e as regulações da população (a biopolítica) (Foucault, 1988).

O homem ocidental aprende pouco a pouco o que é ser uma espécie viva num mundo vivo, ter um corpo, condições de existência, probabilidade de vida, saúde individual e coletiva, forças que se podem modificar, e um espaço em que se pode reparti-las de modo ótimo. Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no acaso da morte e de sua fatalidade: cai, em parte, no campo de controlo do saber e de intervenção do poder (Foucault, 1988, p. 134).

Surgem no final do século XVIII e início do XIX outras ramificações desses dispositivos de poder e disciplinar. Serão eles os problemas advindos do relacionamento dos homens com os próprios homens e deste também com o meio. “Eu chamo ‘governamentalidade’ o encontro entre as técnicas de dominação exercidas sobre os outros e as técnicas de si” (Foucault, 1988/2014, p. 266).

Foi feito até aqui, com Foucault, a circunscrição de um conceito importante para essa discussão, o conceito de biopolítica. Além disso, tentou-se expandi-lo para pensar como esta ideia serve para se pensar como a população e os processos de saúde e doença são tomados, não somente como objeto de estudo, mas também como possibilidade de disciplinarização e controle. É a politização do indivíduo-corpo (Castro E. , 2009).

5.2. Pensando a Aids e a biopolítica

A questão da medicação ganhou no tratamento do HIV/Aids um lugar de destaque. Tomar corretamente a medicação parece que se transformou em sinônimo de garantia de saúde e de vida.

[...] Porque hoje eu já recuperei quatro quilos. Consegui o tratamento, bem, assim... Segui regras, como a médica pediu, me aconselhou, vi as consequências, mais tarde, se eu não tomasse a medicação. Aí, eu comecei a tomar, normal. (Renato, 33 anos)

A médica que tá me acompanhando, me atende muito bem, conversa, brinca, explica tudo direitinho, o que tem que fazer, o que tem que não fazer. Pra mim, tá ótimo! (Isabela, 48 anos)

Quando se questiona o lugar de importância que a medicação ganhou no tratamento e cuidados com o HIV/Aids, não se está, de forma alguma, negando ou negligenciando os avanços e benefícios alcançados, haja vista a redução dramática na mortalidade e morbidade dos infectados pelo HIV. Mas, quando se ouve pessoas falarem, como Renato e Isabela acima, destaca-se de suas falas aquilo que deveria ser uma orientação médica transformada numa organização de modelos de formas de viver próprias e corretas, e levanta a questão do que a medicação fez com as subjetividades das PVHA.

Toma-se a subjetividade como um processo, um “processo de subjetivação”, que tem nas condições históricas um componente importante, pois viabiliza suas formas e possibilidade de inteligibilidade. Pensa-se em como os indivíduos tornaram-se sujeitos quando atravessados por discursos e dispositivos de poder. O discurso médico-científico parece ser um deles. E esse é claramente presente nas falas das PVHA.

Outro fato que chama a atenção é quanto aos efeitos dos remédios. Ao mesmo tempo em que trazem uma evidente melhora na condição de saúde dessas pessoas, vários relatos de efeitos colaterais também os acompanham, promovendo modificações nos estilos de vida.

“Não, você vai ter que tomar porque a sua imunidade tá baixa”. Aí, eu comecei a tomar, comecei a ter umas tonturas, porque o medicamento... Agora, engraçado que ele beneficia uma coisa e prejudica... Todo medicamento é assim. (...)Eu tenho que fazer dieta. Por quê? Porque o medicamento tá dando gordura. Eu tenho que evitar a gordura. O medicamento melhora uma coisa, e já vem querendo piorar outra. Você tem que tá... aquela coisa. Tem que estar sempre alternando. Mas, depois, passou. Depois que eu tô acostumado a tomar o medicamento. (Agenor, 30 anos)

Assim vão surgindo experiências e formas de viver com o HIV com os medicamentos.

São relatos, muitas vezes, de momentos dolorosos:

Eu tive insônia forte, pelo menos, umas quatro noites. De quatro a cinco noites. E ânsia de vômito, eu tive quase em torno de uma semana. É chato demais, até. E, quem não é corajoso, logo no começo, se não tiver alguém que incentive, que ajude... de cara ele vai querer desistir do medicamento. Mas, depois, lógico que depois, em torno de mais de uma semana, aí você vai se habituando. Já vai pegando mania de querer tomar a medicação. Já carrega na bolsa. (Renato, 33 anos)

Hoje deu uma diminuída. Hoje eu tomo quatro... sete comprimidos por dia. Já cheguei a tomar 28! Logo no começo. Em um dia... passei um bom tempo, quase um ano tomando cerca de 25 a 28 comprimidos por dia. Depois deu uma diminuída. (Herbert, 33 anos)

Três comprimidos por dia. Um de doze em doze horas e outro ao dormir. Uma pessoa que eu conheço, que disse que há dezesseis anos se trata, toma dezenove por dia. Uma diferença muito grande. Graças a Deus. Eu digo: “Menino, não sei como é que tu aguenta. Dezesseis... Dezenove. Dezenove pílulas por dia. É isso, é isso, é aquilo, é aquilo”. Porque ele já foi internado. O caso dele é AIDS. O caso dele está avançado. (Agenor, 30 anos)

É duro imaginar alguém precisando tomar quase 30 comprimidos por dia, e claro que isso não é uma exclusividade da Aids, mas faz pensar em como as vidas dessas pessoas mudaram, e o que foi necessário para se ajustar a essa nova realidade. Para além da realidade da necessidade das drogas, o biopoder, com seu discurso de vida, vai circulando e colocando em ordem a forma de se ter e viver com o HIV.

Os remédios são fortes e causam efeitos colaterais importantes, mas também vemos algumas pessoas organizando-se em estratégias para viver com o inevitável: “[perguntada se

algo mudou com o início da medicação] não! [...] Senti tontura, né. Porque a médica mandou tomar à noite, quando for dormir, porque ele dá tontura. E a pessoa dormindo, aí, não vê nada, né. Eu só tomo à noite” (Isabela, 48 anos).

Diferentes pessoas e diferentes formas de se subjetivar diante da situação semelhante:

Na realidade, não tem complicador nenhum. É só tomar o remédio, mesmo, e acabou-se. Tem os efeitos colaterais que, na maioria das pessoas, não dá. Eu tive com o Kaletra. Ele dá, às vezes, diarreia, às vezes, dor de barriga. Quer dizer, a questão intestinal, pra mim, com ele, não parou. Já faz dois anos e meio que eu tomo e meu intestino não reage bem ao medicamento. Mas, fora isso, nenhuma. (Fred, 38 anos)

Olhe, eu me sinto muito privilegiada porque eu tomo aqueles negócios e não sinto nada a não ser a diarreia. Eu não tenho nenhum problema na área gas... digestiva. Digestiva não, gastrite, essas coisas, nada. (Sandra, 65 anos)

São as possibilidades infinitas na forma como Foucault entende os jogos de poder e os discursos que circulam e perpassam as pessoas, mas as pessoas se põem a trabalhar no sentido de subverter essas normas e prescrições, e viver. Mas as tramas do poder estão sempre vigilantes a todas as subversões e reações. E com o biopoder isso não é diferente.

A maneira de articulação do biopoder em uma sociedade disciplinar precisa de dispositivos que vão além do controle dos indivíduos em grupos – a população. Também será preciso pensar no seu controle no nível individual. Assim, várias são as técnicas necessárias que agenciam as subjetivações, entre elas o que Foucault aglutinou nas de técnicas de si.

Foucault (1988), no seminário as “As Técnicas de Si”, discute o problema das regras, deveres e proibições. Aponta para a sexualidade como sendo um dispositivo diferente que não somente procederá com a interdição, mas também no seu modo positivo, criando desejos e sentimentos próprios (Foucault, 1988/2014).

Porém, por excelência, este dispositivo tem como característica a obrigação de se dizer a verdade sobre si, a isso ele chamou de confissão. Reflete Foucault que a dinâmica de proibição e, ao mesmo tempo de falar sobre algo, é bem característico da sociedade do biopoder. Aqui, Foucault está preocupado em entender, a partir da sexualidade, como se “criou” um sujeito que era obrigado a dizer a verdade, e não somente aquela que era proibida, mas uma verdade sobre si para se possibilitar aceitar a interdição (Foucault, 1988/2014; 2010).

O biopoder não fez diferente com a Aids. A verdade parece ser algo sempre perseguido e vigiada. Essa verdade do sujeito da Aids aparece, dentre outras formas, através de seus marcadores biológicos, como aqueles obtidos através de exames laboratoriais que descortinam a verdade sobre a biologia ideal, transfigurada na forma de saúde do indivíduo, que precisa estar atento e regular o próprio funcionamento do corpo. Herbert (33 anos) exemplifica isso quando diz:

Eu venho sempre... venho sempre. Dra. X. me encaminha muitas vezes, até porque a taxa, uma vez ou outra, dá uma oscilada... o triglicerídeo, a glicose... ela sempre... sobe um pouquinho, depois fica normal... aí, eu passei um tempo, eu mudei a alimentação, aí depois voltei, por que não dá pra viver sem sal e sem açúcar.(Herbert, 33 anos)

Já com Agenor (30 anos), aparece assim na sua fala:

Pergunta: Tu fazes o exame de quanto em quanto tempo?

Agenor: De quatro em quatro meses.

Pergunta: De quatro em quatro meses, tu vem pra cá. Fica pensando, quando você vai fazer o exame: “Será que vai dar? O que é que vai dar? Qual vai ser o resultado?”?

Agenor: É, o último agora deu “setenta e alguma coisa por cento”. Eu disse a ela [médica]. Ela fez: “Você tá tomando o remédio direito?”. “Tô. Sabe qual foi o problema? Faltou o remédio aqui na farmácia”, eu disse a ela. Ela disse: “Ah, então pode ter sido isso”. Agora, eu vou ver... Mas eu fico pensando: “Será que vai aumentar? Será que vai alterar? Será que vai...?”. Fica esse pensamento, em qualquer pessoa. Fica. Não adianta, pode ser quem for.

Este saber sobre si, para Foucault, era efeito de vários outros campos como a economia, a medicina, a psiquiatria, a biologia e a criminologia; são jogos de verdade que precisam ser analisados para a compreensão das formas de subjetivação. Para Foucault, o conhecimento sobre si seria, nesta realidade histórica da modernidade, a possibilidade, através das formas de subjetivação, de se alcançarem estados de felicidade, pureza, sabedoria, perfeição e imortalidade. Os jogos de verdade dão as condições para que as subjetivações se formatem, não somente como aptidões, mas como atitudes mesmo (Foucault, 1988/2014).

Foucault vai percorrer um grande caminho com a sua genealogia do cuidado de si, partindo da filosofia greco-romana, passando pela espiritualidade cristã e seus princípios monásticos, até chegar à modernidade. Primeiro ele destaca entre os gregos o preceito conhecido como “cuidados de si” ou “preocupar-se consigo” (*epimelesthai seautou*). Este diria respeito a um importante princípio das cidades (polis) e das regras de conduta da vida social, o que ele virá a reconhecer como a arte de viver, pois destaca que foi um princípio que ficou obscuro pela ideia de um conhecer a si mesmo (*gnothi seautón*). Porém o princípio do conhecer-se a si mesmo está subordinado, primeiro, ao cuidado de si. Em última instância, cuidar de si é cuidar da cidade (Foucault, 1988/2014).

A moral cristã, alguns séculos depois, vai recuperar este princípio do cuidado de si, de forma diferente. Dentro do asceticismo cristão, o conhecer-se a si mesmo tornar-se-á uma prática constante, não para ocupar-se da cidade, porém de si mesmo depreendendo-se da carne, com virgindade do coração e do corpo para recuperar a imortalidade de que as questões da carne os privam.

Foucault (1988/2014; 2010) procurava entender como o princípio do conhecer-se a si mesmo veio a sobrepor-se, nas culturas ocidentais, ao do cuidado de si. Ele vai explicar que, na busca por uma moral rigorosa e princípios austeros, preocupar-se consigo mais do que com

o outro levaria a uma noção de imoralidade, um meio de escapar às regras possíveis. Dentro da moral cristã, é na renúncia a si que se alcançaria a salvação. Dessa forma, observa-se a construção da noção de uma lei externa como o fundamento da moral. “Somos herdeiros de uma moral social que fundamenta as regras de um comportamento aceitável sobre as relações com os outros” (Foucault, 1988, p. 270).

Pode-se identificar isso também na fala de algumas pessoas depois de ter sabido de seu HIV, que, na tentativa de retomar uma vida afetivo e sexual, deparam-se com o dilema da pureza através da preocupação em infectar o outro com o “vírus mortal”.

Mudou minha forma de pensar; o medo de me contaminar com outras doenças; a preocupação com a minha saúde, também, mudou; o respeito pelo próximo mudou também, porque eu não quero pros outros o que eu não quero pra mim, e, a perspectiva de realizações. Hoje, eu penso mais no imediato. Eu não penso a coisa pra um futuro muito longe. Apesar de eu estar controlado, ter toda essa possibilidade, mas eu não me iludo que pode acontecer alguma coisa, alguma infecção, alguma coisa e eu vir a falecer. Eu não tô me dando um prazo de vida tão longo. Eu tô, pelo menos agora, curtindo o meu momento. (Fred, 38 anos)

Finalmente, houve uma alternância na hierarquia dos princípios antigos de cuidar de si e de conhecer a si. No início, com a cultura greco-romana, conhecer a si era uma mera consequência do cuidar de si; no mundo moderno, haverá a elevação à última potência do conhecer a si como um princípio fundamental.

No asceticismo cristão, caberá ao indivíduo reconhecer em si seus pecados e buscar um bispo para pedir a sua penitência. Foucault (1988) vai dizer que é nessa eterna vigilância de si pelo ato da penitência que se adquire o status de penitente, uma forma de subjetivação, uma forma de ser no mundo. Ao exhibir o sofrimento e ostentar a modéstia, compõe-se o princípio da punição. Manter-se “limpo e puro” é o objetivo cristão. É um dever de vigilância do sujeito.

O cristianismo se classifica entre as religiões de salvação. É uma dessas religiões que se dão por tarefa conduzir o indivíduo de uma realidade à outra, da morte à vida, do tempo à eternidade. Para esse fim, o cristianismo impõe um conjunto de condições e de regras de conduta que tem por objetivo certa transformação de si (Foucault, 1988/2014, p. 287).

Esse passeio pelas continuidades e descontinuidades da história é uma das formas de Foucault proceder com a sua genealogia. Tem por fim o entendimento de como as formas de ser e de administrar as subjetividades se vão formatando, incorporando ou transformando, a partir de certas práticas históricas. Um exemplo desses princípios na modernidade, como foram absorvidos e transformados, é o modelo médico em que o doente fala (confessa) suas feridas ao médico que oferece a cura. Ou o modelo jurídico do julgamento, no qual “tudo” é dito ou confessado ao juiz, que proclama a sua pena (Foucault, 2010; 1988/2014). Dessa maneira, a partir dessa transformação histórica, vemos como várias formas de ser e de viver foram formatadas em técnicas de si. A tradição cristã é uma de suas variações históricas:

O cristianismo exige outra forma de obrigação de verdade, diferente da fé. Ela exige de cada um que saiba quem se é, isto é, que se dedique a descobrir o que acontece em si, que reconheça seus erros, admita suas tentações, localize seus desejos; cada um deve, em seguida, revelar essas coisas seja a Deus, seja aos outros membros da comunidade, levando, assim, testemunho, publicamente ou de maneira privada, contra si mesmo. Um elo existe entre as obrigações de verdade que concernem à fé e as que dizem respeito ao indivíduo. Esse elo permite uma purificação da alma impossível sem o conhecimento de si (Foucault, 1988/2014, p. 287).

Voltando à questão das PVHA, pode-se ver que, com todas essas orientações e prescrições médicas, a tomada dos medicamentos e as formas de viver vão fazendo surgir sujeitos que, na arte de viver, vão construindo, moldando e transformando suas formas de ser e de se subjetivarem. A forma como administram suas vidas é um dado importante e, no caso específico deste trabalho, a forma como administram o uso de sua medicação. Como fazer para dar conta do imperativo de tomar o remédio necessário à manutenção da vida, e viver a

vida dentro das possibilidades de cada um? Renato (33 anos) nos resume da seguinte forma sua relação com o medicamento, quando perguntado se é difícil administrar tudo isso:

Demais! Tem noite que eu vou dormir sem tomar remédio. Mesmo o meu celular despertando. Aí, já passou. Aí, eu fico cá comigo: “Será que eu tomo?”. Mas, tem que ser no horário certo. Eu não posso passar duas, três horas, segundo o aconselhamento médico.

Parece que é uma luta diária contra um jeito de ser que não está acostumado com aquilo como realidade e uma realidade que a todo tempo tenta se impor:

O que é mais fácil e mais difícil? Pra um portador de vírus HIV, nada é fácil. Nem a medicação. Nada é fácil. Mas a gente tenta... A gente tenta se habituar. Mas, não é fácil. Toda vez que você vai tirar o medicamento da coisa [do frasco], você olha pra ele, você toma, você se lembra, né! (Agenor, 30 anos)

Assim segue a vida com seus remédios. Qual o objetivo de tudo isso? Como tornar tudo isso possível? Herbert, Sandra e Fred nos descrevem suas estratégias:

Eu geralmente espero dar o horário, tomo para depois sair. Se for algum evento que tenho que sair mais cedo, aí eu ponho a mochila nas costas e levo o remédio. Aí, eu faço isso. Durante o dia, pra onde eu vou, já ando com ele, velho!(Herbert, 33 anos)

Eu boto aquelas pílulas, aqueles tijolinhos na boca, e vou-me embora. Mas o chato mesmo são os horários. De vez em quando eu tenho esquecido, atraso um pouco. Mas claro que a gente tá vendo as pesquisas por aí e existe a possibilidade de se tomar apenas uma pílula. Eu na realidade só tomo duas, três, de doze em doze horas. Que é muito pouco, eu acho, em comparação ao que já foi. Quando eu cheguei aqui no sistema, no SAE, o remédio que eu tomo – que é o mesmo desde o início – ainda precisava ir pra geladeira. Hoje, não precisa mais. Quer dizer, logo depois não precisa mais, o que dá uma certa independência a você de mobilidade. Porque quando ia viajar, você tinha que levar um isopor com gelo, com nem sei o quê. Vai pra casa de alguém tem que pedir pra botar na geladeira. Era uma coisa meio incômoda. (Sandra, 65 anos)

Eu só deixo de tomar quando eu tô com alguém que não sabe e eu não tenho aquela condição de tomar. É muito raro acontecer. Assim, por esquecimento, não. É mais uma condição física, mesmo, assim. Aonde eu vou tomar? Na frente dessa pessoa, não dá. Então, eu passo da hora.

Aí, quando eu tô só, eu vou e tomo. Geralmente, tá no bolso já esperando, doido pra ser tomado, mas, esperando uma oportunidade certa. (Fred, 38 anos)

Se a adesão ao tratamento é considerada como algo vital no tratamento dessas PVHA, cabe-se perguntar o que é adesão. Viram-se, no início deste trabalho, duas definições com duas visões diferentes de mundo e da forma de se exercê-la. A primeira, voltada para uma visão biologicista e impositora de formas de viver, cuja a medicação é algo inquestionável. A outra destaca a importância dessa medicação, mas traz o sujeito para o processo de realizá-la, considerando as características e estilos de vida de cada um. Assim, evocando as palavras do poeta português Fernando Pessoa (1888-1935), em seu poema de 1914, talvez seja possível retratar as subjetividades necessárias a um determinado tipo de adesão ao tratamento:

Navegadores antigos tinham uma frase gloriosa:

"Navegar é preciso; viver não é preciso".

Quero para mim o espírito [d]esta frase,

transformada a forma para a casar como eu sou:

Viver não é necessário; o que é necessário é criar.

Não conto gozar a minha vida; nem em gozá-la penso.

Só quero torná-la grande,

ainda que para isso tenha de ser o meu corpo

e a (minha alma) a lenha desse fogo.

Só quero torná-la de toda a humanidade;

ainda que para isso tenha de a perder como minha.

Cada vez mais assim penso.

Cada vez mais ponho da essência anímica do meu sangue
o propósito impessoal de engrandecer a pátria e contribuir
para a evolução da humanidade.

É a forma que em mim tomou o misticismo da nossa Raça.

Através das palavras de Pessoa, vislumbra-se o processo de viver com HIV/Aids e a importância à adesão ao tratamento como o “tomar o remédio é preciso”... mas como viver com isso?

Eu consigo administrar [tomar o remédio no meio de um monte de pessoas]. Mas, assim... é chato, eu digo assim, que é chato. Já pensou, você tá do lado de alguém, aí abre assim “pum”, um monte de remédio na mão... você... todo mundo vai olhar aquilo... eu mesmo olhava um negócio daquele. Assim, encher a mão de remédio e tomar! (Herbert, 33 anos).

E tomar o remédio se torna algo que sempre levanta questionamentos e traz dificuldades. Reflete Agenor (33 anos):

Os experientes dizem que ninguém morre de HIV. O que mata é o sistema imunológico que fica... Aí, abre a porta pra tuberculose, se você fuma, se você não se trata, se você... Aí vem aquela coisa toda. Mas se você se cuidar direitinho, eu acho que, se prevenir direito, eu acho que você vive um pouco. Acredito que não mata, não!

E o remédio passa a ser o referencial da saúde e é vigiado e medido, tomado como a confissão biológica das PVHA. Fred (38 anos) fala como fica vigilante, e Sandra (65 anos) sabe sobre os referenciais de seus exames para avaliar sua saúde.

Vigilante. É. Agora mesmo, fiz... O exame fazia cinco meses, já tava assim. E aí? Mas tava tudo certinho. Mas você fica preocupado, se o seu CD4 tá legal, se sua carga viral continua negativada. Essas coisas. (Fred, 38 anos)

Mas a minha carga viral é indetectável, o último CD4 que eu tive estava em mil duzentos e cinquenta e oito... Então estou me considerando muito bem. Agora, nem por isso a gente vai relaxar. (Sandra, 65 anos)

Em 1982, Foucault (2010), na aula de 24 de fevereiro do curso sobre a Hermenêutica do Sujeito, aborda a conversão a si (o princípio de “voltar o olhar para si mesmo”). Essa conversão a si não consiste somente em organizar um conhecimento de si buscado num movimento de interiorização. O movimento de “voltar o olhar para si” compreende, também, conhecer o mundo.

É para ele um processo de espiritualização do saber no mundo. Trata-se de, alegoricamente, um sujeito recuar a um ponto de contemplação mais geral deste mundo para poder ter a perspectiva de que ele mesmo está neste mundo, e o quão ínfimo é o seu lugar ali:

... visão do alto que, de um lado, o faz penetrar no segredo mais íntimo da natureza (“*in interiorem nature sinum venit*”) e, de outro, lhe permite ao mesmo tempo tomar a medida ínfima desse ponto do espaço e desse instante do tempo em ele está. (Foucault, 2010, p. 259)

A espiritualização do saber seria um rastro genealógico de como a perspectiva de Foucault aponta para os elementos que podem dar forma à subjetivação: o componente histórico indissociável da experiência.

Foucault nesta aula está discutindo uma ética antiga, destacando como exemplo, alguns *parástematas* de Marco Aurélio. O *parástema*, em grego, não designa um preceito, mas algo que está ali para ser sempre guardado e olhado, algo que norteia o ser-no-mundo, como princípio de verdade e de comportamentos. “Portanto, é alguma coisa ou coisas que devemos ter no espírito e guardar sob os olhos” (Foucault, 2010, p. 261). Devem “fazer” parte de uma forma de subjetivação que aponta Foucault como característica deste tempo. Não somente como imposição limitadora, mas como possibilidade criadora.

Os três *parastemáta* a que alude Marco Aurélio são: “a definição do bem para o sujeito; definição de liberdade para o sujeito; definição do real para o sujeito” (Foucault, 2010, p. 261). Quanto ao bem, cabe perguntar o que ele é para este sujeito, uma perspectiva

individualizada, mas enraizada numa historicidade da experiência; a liberdade diz de uma postura de que sempre o sujeito pode opinar, pois considera que somos livres para tal; e, por fim, o real remete aquilo ao que ele entende como a única instância de realidade para o sujeito, que é o instante mesmo, destacando a ausência de uma substância atemporal e universal.

Ao final, Foucault ainda resgata um quarto *parástema*, que, para ele, irá juntar-se aos outros três, tornando-os assim como que um esquema, aquilo que Foucault chamou de um exercício espiritual. Esse exercício nos permitirá sempre atualizar que há liberdade do sujeito para sempre reconhecer o bem como único elemento de realidade, neste caso, o presente (Foucault, 2010).

Assim, vê-se que o processo de adesão não precisa e nem vai sendo tomado somente como uma imposição às subjetividades das PVHA. A tensão entre o prescrito e o vivido começa a aparecer nessas pessoas, no momento em que exercitam a sua liberdade em consonância com certos ditames do tempo em que vivem, e que não podem e nem devem ser esquecidos – os benefícios das medicações.

Novas formas de lidar e administrar a medicação e a doença vão aparecendo. Agenor (30 anos) diz:

Faz pensar muito. Muito. Eu faço pensar assim, eu penso e digo: “Meu Deus, é, remédio pra combater o vírus do HIV. E se fosse um remédio pra diabete? Se fosse um remédio pra o câncer?”. Eu dou graças a Deus. Deus me perdoe se eu estou sendo... Não sei se eu tô pecando. Mas, eu agradeço a Deus por ter me dado esse tipo de assunto. Por quê? Porque é mais fácil. Eu acho muito mais fácil.

Parece que Agenor consegue afastar-se um pouco da visão mortífera da Aids e começa a conviver de uma outra forma, talvez menos angustiante. E isso também vai refletir-se na

forma como lidam com a adesão ao tratamento e a medicação. Isabela (38 anos) fala de como sua vida mudou após o início do uso da medicação, quando perguntada:

É. Pelo contrário. Eu engordei mais. Peguei mais três quilos. Como de tudo, ando, brinco, converso, tomo banho de praia, vou pra shopping, vou pra onde eu quero. Faço o que eu quero. Não mudou nada. Eu acho que melhorou mais ainda.

É como se essas pessoas tomassem esta realidade e as transformasse em algo positivo, mas parece que o outro lado de ser uma “doença” não desaparece totalmente. Fred (38 anos) e Sandra (65 anos) dizem:

Agora mesmo, eu pedi um monte de coisa que ela [a médica] não ia passar. Eu disse: “Olha, eu queria fazer. Quero ver como é que tá os meus órgãos”, porque, às vezes, acontece um crescimento do fígado, do baço, do pâncreas. Eu tô sentindo meio inchadinho aqui, pode ser isso. Aí, eu já vi, os meus triglicerídeos estão muito altos. É melhor começar a tomar medicamento pra triglicerídeo. Então, quer dizer, tem um lado positivo. Se for olhar, existe. Mas não era pra... Eu não fazia questão desse lado positivo. (Fred, 38 anos)

Então, às vezes, eu me pego fazendo todas essas perguntas que eu tô lhe fazendo aqui, agora e, também, logo em seguida, eu digo assim: “Peraí, calma. Não adianta eu ficar lá na frente, porque isso eu não sei como vai ser. Pode ser que eu, hoje, vá dormir e amanhã não acorde. Então não vai ter ninguém pra trocar fraudada, não vai precisar de nada disso. Então volta”. Eu tenho procurado viver um dia de cada vez, realmente, e da melhor maneira possível. (Sandra, 65 anos)

E como ele, outros exemplos de como a doença/morte parece, de alguma forma, rondar suas vidas. Quem conta uma passagem, de forma bastante cômica, com seu jeito de não se levar tão a sério é Sandra, ao relatar o telefonema de outra pessoa que se trata no mesmo SAE, e que ela tenta, a todo custo, desfazer nele a ideia de morte iminente. Orienta-o a procurar ajuda no SAE, destacando que adesão não é só tomar a medicação, mas conhecer a si próprio e seu funcionamento. Diz ela:

Tem um colega da gente que deu tanto trabalho, essa criatura. Porque ele ligava: “Sandra, acho que eu vou ficar cego”. “Por quê?”. “Porque eu acho que eu tive problemas com gato”. Eu digo: “Tu vai ficar cego? Eu acho melhor tu ir logo pro médico, porque se tiver um meio

de...”. “Agora, que médico que eu vou?”. “De preferência um psicólogo ou um psiquiatra, porque tu tá é doido. Tu não vai ficar cego rapaz”. “Mas...”. Era loucura, não adiantava. Aí, ele ligava de novo: “Sandra”. Eu: “Sim, já ficasse cego?”. Aí, ele: “Você não tá me levando a sério”. “Eu não estou lhe levando a cego, estou lhe levando a sério. Para com isso”. Aí, brigava. Aí, vinha. Eu dizia: “Vá pro Lessa agora. Veja se você se encaixa em algum médico”! (Sandra, 65 anos)

Seguindo esse caminho, é possível tentar definir adesão a partir do que a própria Sandra constrói, refletindo sempre com a irreverência que lhe é peculiar. Ela faz graça de si mesma, da sua condição e da Aids. Ela consegue brincar e fazer brincadeira com o sofrimento e o medo. Mas, não é brincando que muitas vezes se diz a verdade! Assim, ela ensina, a partir de sua própria experiência de ser uma PVHA, o que até agora assimilou como adesão, e tomou como uma forma de viver. Diz ela:

Adesão pra mim é aderir, abraçar - abraçar no sentido de acolher – o outro como ele está. Porque esse acolhimento que tem a ver com adesão, é que permitirá ao sujeito a encarar esse tratamento. Porque é pra sempre. Por enquanto, é pra sempre. Você não vai, não adianta você burlar, quer dizer, burlar você ainda pode, se você quiser morrer ou qualquer coisa outra, mas você precisa aderir, juntar, grudar, se ligar, em todas as possibilidades pra você encontrar forças para se tratar, que não é só engolir o remedinho. É muito isso, mas você precisa cuidar de sua cabeça, do físico, das suas relações, tudo. Então, a adesão é um negócio muito mais amplo do que essa pequena palavra comporta. Tem coisas, tem conceitos mais elaborados. Mas é isso, aderir é você olhar pro outro. [...] Adesão é um negócio complicado. (Sandra, 65 anos)

Uma coisa que sempre chamou a atenção é como o grupo de adesão, que funcionava um dia semanalmente com encontros entre os usuários do SAE, que preferiam denominar o grupo de adesão ao medicamento, como grupo de adesão à vida. Sim, pois viver com HIV/Aids parece que vai além da simples ingestão de medicamentos e cumprimento de protocolos clínico-laboratoriais. Essencial para a sobrevivência ao HIV, a adesão precisa ser vista para além do uso correto de uma medicação, por mais importante que ela seja.

5.3. E, finalmente, tomo ou não tomo o remédio?

Adesão implica rever as formas de se relacionar consigo e com o outro, considerando o mundo disponível ao seu redor; é lidar com as adversidades de um quadro de saúde crônico, mas também é conseguir achar um caminho próprio e único que possa fazer sentido para o sujeito.

Discutiu-se, neste capítulo, como o discurso médico-científico tornou-se central na modernidade e nos processos de subjetivação. Assim, o objetivo deste trabalho era de discutir e problematizar como a medicação tornou-se central no tratamento de PVHA, e o ponto-chave na medição do processo de adesão por uma pessoa que está sendo acompanhada no SAE.

É inegável, e os números mostram como a mortalidade entre as PVHA caiu após o início da administração universal da TARV. Isso aconteceu no mundo e também no Brasil. A adesão foi abordada a partir de dois prismas.

O primeiro sustenta que a adesão é a capacidade de manter o uso de medicação (frequência, dosagem e horário) de acordo com a prescrição médica, considerando que a falha do tratamento estaria ligada ao uso inconsistente deste esquema medicamentoso, ou o surgimento de resistência a esta medicação (Chaiyachatia, et al., 2014).

Por outro lado, o Programa Brasileiro de DST e Aids (Ministério da Saúde, 2007) vai chamar a atenção para este processo de adesão, que vai além da ingestão de medicamentos. Compreende também um fortalecimento das PVHA, assim como suas relações com os serviços de saúde, maior acesso à informação e adequação da adesão aos hábitos e estilos de vida de cada um.

Segundo Ferreira Neto e Kind (2010) apontaram, o programa brasileiro de saúde se pautou numa lógica sanitária, em que a prescrição de estilos de vida foi um dos pontos

centrais. A partir disso, já se pode pensar como esse panorama pode fazer circular discursos e propiciar as condições bem específicas para a formatação de certos processos de subjetivação cujo funcionamento biológico ideal parece ser sempre a meta a alcançar-se.

Tomaram-se como referencial de diálogo as ideias de Michel Foucault, principalmente aquelas concernentes ao biopoder e à biopolítica. O primeiro seria uma característica das sociedades normalizadoras modernas, enquanto o segundo, o seu dispositivo operacional, que atua eminentemente sobre os processos de subjetivação.

Eles produzirão corpos dóceis e sujeitos normalizados que trarão segurança à sociedade. Esse implemento se daria a partir da possibilidade de governabilidade em dois níveis, o grupal, a partir das técnicas políticas, com a vigilância e o controle estatal, assumindo um cuidado com a vida; e, no plano individual, com as tecnologias de si que vigiam as formas de ser no mundo.

Foi possível, então, a partir das pessoas entrevistadas, entrar em contato com o mundo delas; elas que vivem com o HIV/Aids, para discutir como a Aids foi politicamente organizada para cumprir o seu papel de controle dos corpos e das sexualidades.

A gerência da vida, como apontou Foucault, fica bem evidente em como este discurso médico-científico coordena as ações dos profissionais de saúde nos serviços de tratamento das PVHA e nas suas prescrições. Renato (33 anos), por exemplo, descreve a sua forma de viver agora subordinada a tal discurso: “*Consegui o tratamento, bem, assim... Segui regras, como a médica pediu, me aconselhou*”. Tal forma de colocar o tratamento aponta para a maneira como o discurso da Aids foi articulado por vários dispositivos e passou a governar a vida.

E o interessante é que, não somente das pessoas infectadas pelo HIV, mas também das que não são. Cuidar de si, neste caso, mais ligado a um saber de si, é também cuidar do outro. Não de uma maneira altruísta, mas como uma forma de normalizar os corpos e vigiá-los.

Quando a pessoa com HIV segue um tratamento, ela não está somente cuidando de si, mas da saúde do outro e, assim, da população.

A prescrição de medicamentos não é, *per si*, uma coisa ruim. Longe disso, pois se viram todos os benefícios alcançados. A qualidade de vida das PVHA melhorou e a mortalidade pela Aids diminuiu. Mas destaca-se também a quantidade de efeitos colaterais que, junto com o benefício, trouxe também outros sofrimentos e males. Várias pessoas relatam como sofrem com esses efeitos indesejados, mas necessários para a obtenção de uma saúde melhor. Mas o que é saúde? Viver mais mesmo que sofrendo? A prescrição indiscriminada de medicação e de estilos de vida pode ser também lida como outra forma de gerência da vida pelos soberanos. A pessoa que toma a medicação é consultada se quer manter tal prescrição? Mas como pode ela discordar de uma manutenção da vida se ela foi assujeitada para funcionar em seu nome? É melhor viver mais ou viver melhor?

Evidentemente que esta é uma discussão complexa, pois se aborda aqui vida e morte, e morte é algo que não parece ser fácil de ser aceita, principalmente na sociedade medicalizada. A questão, de novo, não é a da eficácia do medicamento, mas como as pessoas estão vivendo e sofrendo com esta cura/tratamento sem serem consultadas ou mesmo participadas na hora da escolha do seu tratamento, que terá uma consequência imediata e direta sobre a forma de viver suas vidas. A medicação parece ser garantia de saúde e vida.

Focou-se nos processos de subjetivação. O que se discutiu aqui é como a Aids, funcionando como um dispositivo, vem promovendo formas de ser e de viver. A medicação tem uma implicação no estilo de vida dessas pessoas. Elas passam agora a viver dentro dos ditames de uma vida saudável e com hábitos saudáveis. Agenor (30 anos) se indaga que agora tem de fazer dieta, pois a medicação faz aumentar os níveis de seu colesterol e triglicerídeos: “*O medicamento melhora uma coisa, e já vem querendo piorar outra*”.

Pessoas falaram de insônia, ânsia de vômito e da ingestão de uma quantidade enorme de comprimidos. Como esta pessoa fará para tomar tantos medicamentos sem chamar a atenção sobre si? Pequenas coisas que são causadas ainda pelo estigma e preconceito em relação a Aids. Estereótipos em relação às pessoas “doentes”, porque quem toma remédio são os doentes. E quanto mais pílulas, mais doente?

Porém nem todos reclamam e veem isso como algo que atrapalha. Observaram-se pessoas falando nas estratégias criadas para se viver com a situação específica, de uma forma criativa. Isabela diz, muito conformada, que se o remédio dá tontura, então toma à noite, antes de dormir. Já Fred (38 anos) diz “*Na realidade, não tem complicador nenhum. É só tomar o remédio, mesmo, e acabou-se*”. Adaptado, vê na sua obrigação de tomar remédios algo normal, e incorpora a sua vida sem maiores reclamações. Simplesmente faz o que deve ser feito.

É o poder funcionando e circulando, como entende Foucault, proibindo algumas coisas, mas possibilitando a criação e o surgimento de outras formas de viver. Assim, a vida é construída como uma arte, onde se cria algo novo a partir daquilo que lhe é imposto. Isso é uma estilística da existência. As técnicas de si, como diz Foucault, servem como moldes na forma de subjetivação, promovendo conformações à norma e, outras vezes, subvertendo-as.

Não é possível esquecer, porém, aquilo que Foucault identificou e discutiu principalmente com a sexualidade, da obrigação de confissão e de dizer a verdade sobre si. A forma como as PVHA têm sua saúde biológica acompanhada e medida pode também servir como parâmetro para se definir suas escolhas e conformidade com os ditames dos “soberanos” que regem a vida. Se estão tomando corretamente a medicação, isso aparecerá nos exames. Se não, vem a pergunta: o que você está fazendo com a sua vida? Mas a vida não é dela!?

A adesão implica seguir certa rotina de visitas ao médico e a realização de exames laboratoriais. São esses dados observados pelo profissional médico que irão determinar se a vida deste sujeito está ou não sendo vivida corretamente de acordo com os ditames do “soberano”. E assim, sutilmente, a vida vai sendo vigiada e regulada. São os jogos de verdade colocados em prática, formatando atitudes.

Na Aids, toda essa informação que a PVHA deveria ter sobre sua doença e sobre si mesmo faz aparecer a tensão identificada por Foucault desde a antiguidade, quando o saber de si sobrepõe-se ao cuidado de si. Essa é a crítica aqui. O saber de si deve estar subordinado ao cuidado de si. E não incorporado como uma verdade sobre si que está a serviço da administração da vida pela biopolítica.

Como identificou Foucault, a moral cristã fará uma torção nesta lógica, e a incorporará, agora, como certa pureza e retidão na forma de viver. Ora, se a Aids é identificada como uma doença sexualmente transmissível, ela também fala das sexualidades e práticas sexuais, e ela precisa ser vigiada e modelada. Os corpos precisam ser adestrados e docilizados.

Fred (38 anos) reproduz tudo isso muito fielmente: *“Mudou minha forma de pensar; o medo de me contaminar com outras doenças; a preocupação com a minha saúde, também, mudou; o respeito pelo próximo mudou também, porque eu não quero pros outros o que eu não quero pra mim [...]”*. A retidão de uma conduta na vida está aqui clara, está subjetivada. Além disso, tem-se também o instituto da confissão, em que os pecados precisavam ser confessados ao bispo. Agora, é ao médico que as “pessoas doentes” têm de se reportar. E buscar aconselhamento e penitência. Seriam os remédios e os tratamentos a forma biopolítica de se penitenciar? A Aids vai assim cumprindo a sua função como um dispositivo sobre a sexualidade e ao estilo de vida das pessoas.

O processo de adesão ao tratamento é, sem dúvidas, algo importante e vital para as PVHA. Sem o medicamento, elas morreriam mais rápido e sofreriam com várias doenças oportunistas. O que se discutiu foi a ideia de adesão como algo que pode ser necessária e construída entre a pessoa medicada e a equipe de saúde. Nem somente de biológico é constituído o indivíduo e nem somente de remédio ele vive. As outras dimensões do sujeito, como a social e a psicológica, dentre outras, deveriam também ser levadas em consideração. A adesão deveria ser pensada e sempre problematizada, levando-se em consideração os discursos circulantes e as formas possíveis de vida do sujeito.

É ele quem deveria poder escolher seus caminhos e fazer com o inevitável o possível para uma vida melhor. “Melhor” esse que se pautar no seu referencial próprio de vida, de verdade e de liberdade. A arte de viver pressupõe a construção de projetos únicos e verdadeiros para cada um. É interessante ver os movimentos subversivos aos discursos e à rede de poder com a criação de estratégias de vida por essas pessoas. Elas podem submeter-se sem se renderem aos ditames da biopolítica que vigia a vida e o bem da sociedade através do indivíduo. Elas podem pôr em tensão essas regras e criar novas possibilidades, sempre.

6. Considerações Finais da Tese

O objetivo geral desta Tese foi discutir sobre a experiência das pessoas que vivem com o HIV/Aids. Tomou-se o sujeito como o ponto central nesta discussão. Entendeu-se que o sujeito era uma categoria que tornava possível o acesso ao mundo e às singularidades dos discursos da Aids que os atravessavam, trabalhando-se assim com a noção foucaultiana de processo de subjetivação.

Foi possível, a partir deste pensador, entender que é através dos jogos de verdade criados pela circulação dos elementos discursivos e não discursivos, além das formas como as pessoas se relacionam consigo e com o outro (ética), que surgirão as condições de organização das formas-sujeito, sempre viabilizadas dentro de um contexto histórico específico. Frisa-se constantemente que, ao se elencar tais elementos que participam dos processos de subjetivação, não se está propondo uma visão de causalidade explicativa, aos moldes de uma ontologia desses sujeitos.

Assim, quando um indivíduo se torna sujeito, ele pode ser tomado como objeto de estudo para problematização de determinado fenômeno histórico. Não se pretendeu organizar informações nem prescrições universais sobre a Aids, mas de se problematizarem algumas questões em referência a essa doença a partir dessas subjetividades e dos sujeitos da Aids. Isso aqui descrito ilustra um caminho metodológico trilhado na tentativa de responder às questões acerca de um método de pesquisa com Foucault.

O aparecimento da Aids na década de 1980 foi muito impactante para a sociedade, devido à quantidade de pessoas doentes ou que morreram, exigindo medidas e ações por parte dos indivíduos e da sociedade organizada. O medo da morte e o sofrimento ainda continuam, apesar de mais de três décadas terem se passado, e estão presentes na experiência de quem tem HIV/Aids. Contudo, descobertas científicas, terapêuticas e medicações trouxeram novos

olhares sobre a doença e os processos de subjetivação. Questões relacionadas aos estilos de vida das pessoas, práticas sexuais, orientações sexuais, promiscuidade, fidelidade, ética da relação, sistemas de saúde, métodos e técnicas de tratamento, adesão ao tratamento, condições de trabalho, relações sociais e até mesmo solidariedade ainda são alvo dessas discussões.

Decidiu-se fazer um recorte nesta temática tão ampla. Assim se procedendo, foi necessário escolher um caminho epistêmico-metodológico para guiar este empreendimento. O caminho foi uma abordagem pós-estruturalista, tendo Michel Foucault como o maior interlocutor, a partir de quem se organizou um fio condutor. Quando se aponta essa abordagem pós-estruturalista, pressupõe-se uma abordagem não naturalista dos fenômenos estudados e uma postura político-crítica não universalista dos resultados; é disso que trata a ideia de problematizar. Dessa forma, além do objetivo geral de se perguntar sobre como é viver com HIV/Aids, elegeu-se como objetivos específicos discutir a experiência das PVHA, a vida afetivo-sexual dessas pessoas pós HIV/Aids e também a sua adesão ao tratamento com algumas de suas ramificações.

Quando se fala dessas pessoas a partir de suas experiências com o HIV/Aids, é possível pensar que se está apontando para uma causa sendo decifrada. Não é a relação que aqui se tentou traçar. Não se pretende explicar a experiência dessas pessoas de conviver com o HIV/Aids e nem apontá-la como o elemento causal da subjetivação, mas compreender a partir das formas-sujeito que puderam organizar-se a partir de certos discursos circulantes sobre esta enfermidade. Para isso, precisou-se ouvi-las. Isso significava partir da ideia de uma consciência de si, ou seja, do apoderamento de certos discursos que organizaram uma identidade no próprio sujeito. Para que alguém fale de si, a pessoa tem de tomar a si como algo de fala, que nomeia ou representa. Essa forma de apresentar-se, essa consciência de si apresentada como identidade, pode possibilitar um acesso aos discursos necessários para tal organização subjetiva.

Este é um ponto importante e central em Foucault em relação à dimensão que ele dá a esse conhecimento de si. Não se trata de algo transcendental ou universal, mas de um jogo do saber-poder que, historicamente, construiu-se através das técnicas de si, quando os sujeitos foram “convocados” a saber de si. São os regimes de verdade circulantes de um tempo que oferecem as possibilidades de existência a uma determinada forma-sujeito; trata-se de uma abordagem estética da existência.

É a partir dessa posição e, em consonância com os objetivos deste trabalho, que se discutiram as experiências de algumas pessoas que têm o HIV/Aids. Pode-se dizer que essas experiências se apresentaram de maneiras variadas, apontam para discursos diversos e foram participantes na forma como os sujeitos se produziram. Destaca-se, ao longo deste trabalho, o aparecimento de algumas experiências que serão discutidas a seguir; entre elas estão as experiências ligadas a discursos da sexualidade como “excedente”, sobre a morte, a vida, a formação de identidades clínicas e, por fim, referentes à adesão ao tratamento e o uso da medicação.

Em relação à morte, identificou-se nas pessoas entrevistadas essa experiência de finitude, apontando para o impacto de quando alguém se descobre com HIV e da forma como serão afetadas e dos sofrimentos que emergirão.

Receber o diagnóstico de uma doença que não tem cura coloca o sujeito diante da finitude, em tempos em que a vida é potencializada à última consequência. Faz com que a pessoa se depare também com o limite da capacidade da ciência moderna, aquela que prometeu a felicidade e o controle sobre o mundo e a realidade. O “soberano”, a quem se delegou o governo da vida, parece faltar e abandonar.

Falar de potencializar a vida à última instância é identificar um discurso que circula e coloca a vida como um bem a ser sustentado a todo custo. É um discurso bem característico

dos agenciamentos da biopolítica, que zela e opera sobre a vida como campo de intervenção política.

Uma maneira de se ilustrar este campo de intervenção política é apontando o uso da estratégia do cuidado de si, identificado em alguns dos sujeitos desta pesquisa, apontando para as técnicas de si, nas quais eles, repetidamente, adotam a noção de “eu tenho de me cuidar mais”. Não está em questão se essas pessoas deveriam parar de tomar os remédios ou o tratamento, por exemplo, mas de refletir sobre os custos e impactos das mudanças no estilo de vida, sobre os efeitos sociais e implicações pessoais do tratamento. Trata-se de questionar até que ponto essas pessoas participam, opinam e escolhem os tratamentos possíveis. Põe-se em questão a soberania do discurso sobre a preservação da vida, ou até mesmo, sobre o que é a vida. Esta abordada não pela sua dimensão biológica, a partir de um funcionamento satisfatório e eficiente da máquina corpo, mas como elemento no jogo político da governança da população.

O avanço da tecnologia de tratamento das PVHA mostra seus resultados com o declínio do número de mortes. Celebra-se a vida prevalecendo sobre a morte. Essa ideia passa a circular como um discurso. Assim, a ocorrência desse fenômeno de potencialização da vida pode ser identificada em alguns desses discursos que remetem a melhoramentos na forma de se viver com o HIV/Aids. Talvez, eles não sejam simplesmente uma forma melhor ou mais positiva de se enfrentar a doença, mas efeitos de resistência em relação à morte dada como certa e iminente. Seriam mudanças na forma de lidar e gerenciar a Aids, possivelmente, agenciadores do discurso de potencialização da vida. Se há uma tecnologia disponível, cabe a cada um viver e não morrer.

Algumas pessoas falam de como simplesmente não morreram, mesmo depois de tudo, e continuam a viver, ressaltando incorporações de novas maneiras de viver, mesmo que

algumas vezes, sentidas como um “fardo”, declarando ter uma “vida normal”. Assim, uma questão pode ser levantada em relação ao que seria esta vida normal, já que normalidade aponta para uma maneira “mais correta” ou comum de se fazer algo.

Quando se toma a ideia de uma estética da existência, é possível remeter-se à pesquisa de Foucault sobre o modo de vida dos gregos, ou seus ideais estéticos de uma vida bela. Esse pensador estava organizando uma genealogia do conceito de cuidado de si. Ressalta ele, porém, que uma vida bela, para os gregos, era viver em consonância com os referenciais éticos, segundo os quais, ser bom para si estaria atrelado a ser bom para a sociedade. Por mais que a estilística da existência comportasse a possibilidade da singularidade, uma vida tinha sentido, quando também útil para a sociedade. Assim, ela também aponta para um assujeitamento a determinados discursos. Essa é uma visão utilitarista, que recompensa o sujeito com uma vida boa, porém, ao mesmo tempo, cobra dele certa postura diante da vida e da coletividade.

Essa ideia de uma estilística da existência aponta, de toda forma, a um modo de sujeição, pois não deixa de haver um referencial no conjunto de regras e de valores sociais, apesar de comportar também um movimento de criação, pois coloca o sujeito no caminho de um exercício de fazer algo bom e singular com o que é possível. Poder fazer diferente a partir do igual. Nesse sentido, haveria realmente possibilidades de resistência ou liberdade?

Abriu-se, então, espaço para se pensar sobre o que seria uma vida normal ou boa para as PVHA. Ora, parece que viver normalmente é viver em harmonia com os ditames científicos e seus marcadores de normalidade. Isso nada mais é do que um discurso que, utilizado pelo poder, articula esses jogos de verdade. É parte do discurso moderno de “preservação da vida a todo custo” que demanda corpos dóceis e uma sexualidade sob controle. Uma das características da vida na modernidade é de ser vista como bem

inquestionável a ser preservado, que parece operar através do conceito de “vida saudável”, quando, por exemplo, os programas de saúde circulam conhecimentos, fazendo dos sujeitos seus operadores e vigias.

Os indivíduos, no entanto, não devem somente preocupar-se e cuidar de si mesmos, mas também do outro; essa é a lógica do discurso circulante da saúde pública a partir do modelo sanitarista. Assim, o par binário saúde/doença passa a ser uma realidade polarizada para essas PVHA, em que a doença passa a ser ausência de saúde. Modelo binário e excludente, que tem características normatizadoras. Como escolher o que é melhor para si, e ao mesmo tempo cuidar do outro?

Tal posição pode até ter algo interessante, quando se pensa numa ética do cuidado com o outro dentro do cuidado de si. No ideal de um “mundo melhor”, o cuidado de si, no entanto, pode apresentar-se, ao mesmo tempo, como uma configuração das técnicas de si a serviço da necessidade de governança da população. Tal entendimento ressalta a característica de tensão das verdades dentro de um mesmo discurso, corroborando com a ideia de que verdades não são absolutas e nem universais, funcionando todo tempo numa certa lógica paradoxal de afirmação e negação em si mesmas.

Quando alguém fala de e ao mesmo tempo questiona a “vida normal”, pode estar afirmando que a Aids não foi o fim de tudo, mas quando, logo em seguida, retruca dizendo que ninguém doente vive normal, está colocando em jogo, dessa forma, como a experiência de conviver com a Aids comporta uma grande tensão entre doença /morte e saúde/vida.

Esses discursos ressaltam uma característica facilmente identificável dos agenciamentos da biopolítica: a vigilância sobre a vida através do cuidado com a saúde. Esse mesmo movimento, de uma forma diversa, também pode ser identificado, por exemplo, no culto ao corpo da atualidade, na ecologia e todo seu discurso de sustentabilidade, da nutrição

com a questão da alimentação correta, das formas de criação dos filhos e o desenvolvimento total de seus “potenciais”, dentre outros. Você é responsável pela sua saúde, seu corpo e seu mundo. Pergunta-se: isso é errado? Querer o melhor para si, para o outro e para o mundo? Colocar em discussão o certo ou o errado não é o ponto, mas de tentar entender que esses movimentos têm características de um dispositivo, que é a preservação da vida, tornando-se importante seu destaque para se problematizar a centralidade das questões ligadas à vida. Não a vida na sua dimensão biológica pura, mas em como esta se tornou um objeto político moderno de embates e intervenções.

Outro ponto da experiência de se viver com HIV/Aids a ser destacado refere-se às marcas que são selecionadas para a identificação das PVHA. O corpo e suas alterações físicas podem mostrar a deterioração ou não da vida. Assim, é fácil evocar a figura do “aidético” dos anos 80. Um corpo magro e de aparência pouco saudável, que, definhando, mostra a sua falência, na imagem personificada da doença e da morte.

O cantor e compositor Cazuza personificou uma imagem bem conhecida do aidético no Brasil dos anos 90. Mas, ao mesmo tempo em que todos “assistiam a sua morte”, também eram testemunhas de seu movimento de resistência a ela, quando cantava: “O meu prazer / Agora é risco de vida / Meu sex and drugs / Não tem nenhum rock ´n´roll / Eu vou pagar / A conta do analista / Pra nunca mais / Ter que saber / Quem eu sou / Ah! Saber quem eu sou”. Saber quem alguém é, carrega a dimensão da Vontade de Saber aliada às Técnicas de si. Quem sabe, mesmo que sobre si, controla-se, como objeto, e controla seu destino e suas consequências.

Hoje, não é esta mais a “cara” daqueles que vivem com o HIV/Aids, pois os avanços médico-científicos possibilitaram intervenções mais precoces e eficientes, não permitindo esse estado de deterioração do corpo. Mas ainda há uma grande preocupação das PVHA: é de

não deixar seus corpos “mostrarem” a doença, denunciando-os. De novo, aparece aqui a questão de uma estética da existência, uma forma de referencial, que serve como modelo e experiência, fornecendo as condições para que as pessoas subjetivem-se na contingência deste tempo. Mesmo que seja através de um discurso do “eu hoje me cuido mais e melhor”.

A ideia de sentir-se bem e saudável não é algo natural, trata-se de uma construção historicamente datada. O belo e o bom não são absolutos. Esse é o principal resultado deste trabalho, ao analisar a experiência dessas pessoas, como pistas do modo como elas se têm subjetivado nos dias de hoje. As formas-sujeito fornecem exemplos de como os discursos se materializam nos corpos e nos indivíduos. Será a partir dessas características que derivarão sentimentos bons e maus, ou alegrias e sofrimentos.

Apesar da força que pode ter a circulação dos discursos do saber-poder agenciados por diversos dispositivos, a subjetivação é um processo singular. Assim, a questão da governabilidade, instrumento da biopolítica, mostra suas estratégias e formas de efetivação através dos corpos. Um governo dos corpos e da sociedade através de formas de ser-sujeito, nomeado aqui antes de “máquina de fazer pessoas”.

O outro caminho sobre o qual esta tese se debruçou foi em reflexões sobre a vida afetivo-sexual dessas PVHA. A dimensão da experiência de se viver com HIV/Aids apareceu nos relatos dessas pessoas e mostrou-se importante, uma vez que, dentre outras questões, a Aids foi organizada em torno de estratégias políticas de classificá-la como doença sexualmente transmissível, trazendo implicações na gerência da vida. A sexualidade, mais uma vez na modernidade, é ponto central no desvendamento das “verdades” do sujeito.

Foi possível identificar, no enunciado de alguns sujeitos da pesquisa, essa ênfase na posição estratégica da Aids ser uma doença sexualmente transmissível, apontando a forma de agenciamento de tal discurso. O importante ponto de abordagem da Aids que é realçado nos

discursos das ciências da saúde sobre ela, mostra a força desse agenciamento como ação disciplinadora sobre os corpos e as pessoas, através de variados discursos, atravessando os sujeitos a partir da experiência do sexo “incorreto”, “transbordante” ou “irresponsável”.

A Aids também coloca em evidência, nas experiências referentes à sexualidade, o surgimento de um sentimento de culpabilização, por vezes, de si mesmo, outras, do outro. Algumas pessoas atribuíram seu HIV a sua própria falta de cuidados nas suas práticas sexuais e/ou seus estilos de vida; enquanto outros localizam a culpa nas pessoas que lhes “transmitiram” o vírus. São as técnicas de si de que Foucault fala, atuando e perpassando os processos de subjetivação. E, neste processo, o estilo de vida passa a ser um importante operador para determinar as razões para a doença. A ideia de um estilo de vida “bom” circula como um discurso subjetivador de potencialização da vida.

É especificamente através desse aspecto do estilo de vida, tomado como uma dimensão importante na promoção e prevenção de saúde pelos profissionais e programas de saúde pública, que a Aids continua a ser abordada como uma doença do desvio ou do transbordamento da sexualidade. Há, ainda, um movimento de culpabilização tanto do sujeito infectado pelo HIV, como de todos que venham a ter relações sexuais “desprotegidas”. Uma eficiente engrenagem de controle e vigilância. Não somente sobre a vida, mas também sobre a sexualidade e os corpos. E que têm como consequência possível a estigmatização dos sujeitos, possibilitando o surgimento de movimentos de exclusão e violência. Quando alguém tem uma relação sexual, cabe a ele ou ela fazer a escolha dos modos e das práticas envolvidos nesse ato. Isso é a possibilidade de singularização dos sujeitos, isso é liberdade.

Destacam-se alguns mecanismos de vigilância sobre os corpos que operaram através das subjetividades, “produzindo” agentes de controle e vigilância sobre a sexualidade, seja a sua ou a dos outros. Por exemplo, o medo de transmitir o HIV para seu companheiro/a,

passando pelo medo de ser descoberto/a e acusado/a de transmitir uma doença, até o sentimento de culpa. Culpa do sexo “errado” que fez antes, ou da repetição desse erro. O discurso do sexo transbordante, da sexualidade desviante ou do sangue sujo reaparece aqui.

Percebe-se uma normatização das relações sexuais através das identidades clínicas incorporadas, seja ela HIV positivo ou negativo. Se uma pessoa tem HIV ou não, ela parece saber ou tem de saber a forma de se comportar que seria mais correta ou segura. Segura para si e para os outros. É um cuidado de si que engloba o cuidado com a sociedade mais uma vez. Esse cuidado também se dá com a vida através dessas experiências subjetivantes da Aids.

A responsabilização, quando colocada no sujeito, toma-o como culpado ao invés de ser-lhe atribuída a capacidade de escolha. É até possível alguém dizer que “pegou” HIV porque o outro lhe escondeu sua condição sorológica. Espera-se, assim, o conhecimento sobre a verdade do outro como garantia de segurança. E onde fica a dimensão da possibilidade de escolha de cada um, ou seja, a liberdade?

O mecanismo de operação da biopolítica como um dispositivo acontece através dos indivíduos, seus corpos e suas formas de agir. Uma vez que há a organização de uma forma-sujeito, há uma consciência de si, logo, a formação de uma identidade, também no caso da Aids. É aquilo que se chamou de identidade clínica, uma identidade organizada a partir da condição sorológica, a de soro positivo ou negativo para o HIV. Essa formação fornece ao sujeito um lugar no mundo, trazendo com isso a condição de definição de si na prescrição das ações para si e para o outro, não somente na sua vida afetivo-sexual, mas em muitas outras áreas de sua vida.

A experiência de ser HIV positivo atravessa as pessoas, fazendo com que incorporem certas características e possibilitem a organização de certos tipos de sentimentos e comportamentos, ou seja, a formação de uma subjetividade. A vida afetivo-sexual, por

exemplo, mostra como as PVHA colocam-se no lugar de ser perigoso para o outro ou de ser indesejado pelo outro. Ambos os lugares parecem estar mediados pela condição desta identidade clínica. Importante ficar claro que essa identidade não diz tudo sobre o sujeito; é apenas mais uma de tantas outras características que orientam suas ações no mundo. Esta é a maneira como as técnicas de si agem através dessa “consciência de si”, fazendo o sujeito operar nas suas relações consigo e com o mundo a partir da construção de uma identidade.

A identidade clínica “HIV positivo” tem também a capacidade de criar, entre as pessoas, algumas suspeitas sobre si e sobre o outro. Seria o outro confiável para que se tenha uma relação sexual? A consequência disso são estratégias, as mais variadas, para se administrar tais encontros, tendo como pano de fundo sempre a lógica sanitarista da prevenção, além de toda a construção em cima da Aids de uma doença dos excessos sexuais, com todos os seus estigmas.

Há uma dúvida grande antes de qualquer relação, principalmente as duradouras, sobre se se deve contar ou não sobre ser HIV positivo ao parceiro ou candidato a uma possível relação sexual. Saber parece tornar-se uma segurança quanto às consequências de toda relação sexual. Ressurgem os tipos construídos ao longo da história da epidemia, personificando as ameaças ou os inimigos, a exemplo dos profissionais do sexo, dos *gays*, dos usuários de drogas injetáveis, etc. Mesmo que não se fale mais em “grupos de risco”, esse discurso ainda circula e organiza ações. Será que se deixou de lado a lógica dos grupos de risco ou só o nome e a maneira de tratá-los mudou? É melhor “transar” sem camisinha com uma pessoa que pareça saudável, do que com aquelas que, pelo seu estilo de vida, podem ser um perigo?

Esta mesma lógica das identidades clínicas está a serviço do dispositivo da sexualidade. Aquele que institui uma obrigatoriedade de se falar muito sobre sexo, apesar de

parecer algo proibido, mas que, ao final, faz circular apenas o discurso “autorizado”. A sexualidade das PVHA também é atravessada pelos discursos do sexo através das prescrições e recomendações dos profissionais de saúde, por exemplo.

Há uma concordância dos sujeitos com a recomendação médica sobre como fazer sexo; não somente como fazer, mas o que fazer. Usa-se a camisinha ou não, faz-se sexo ativo ou passivo, ou sexo oral. Surge uma hierarquia das práticas sexuais, inclusive quanto à frequência e periculosidade. Isso é muito bem ilustrado pelo conceito de promiscuidade.

Falar sobre o sexo está dentro daquilo que Foucault chamou de Vontade de Saber. O discurso médico fala e discute muito sobre tal temática a partir do lugar do especialista. A Vontade de Poder, por sua vez, não censura essa “falação” sobre o sexo, proibindo-o, mas incita que cada vez mais se fale dele, para que circule e possa ser produzido um efeito político na economia dos corpos e das sexualidades. Mas, saber de quê? Qual o critério que definiria, a partir de impressões, se alguém é “saudável”? As pessoas, hoje em dia, em relação à Aids, querem e buscam certezas, mesmo que estejam ancoradas em estereótipos e preconceitos. Dessa maneira correm o perigo de operar através da lógica da violência e exclusão.

Se para os homossexuais pode ser difícil, pois foram eles os “culpados” pelo início da epidemia da Aids, ao heterossexual também se colocam alguns problemas ou preocupações. Como fica a questão da procriação, sabendo-se que o HIV pode ser transmitido numa relação sexual? E se a mãe infectar-se, pode vir a passar o HIV para seu bebê. Essa vigilância e cuidados fazem parte do dispositivo da sexualidade que articulam os discursos da Aids, construindo os subsídios para certas experiências. A preocupação está centrada na lógica do futuro e da fortuna de uma sociedade, e tal preocupação infiltra-se nos formatos dos casamentos ou das famílias, e também, na maneira como se faz sexo. É um mecanismo de vigilância de si, do outro e das sexualidades.

A adesão ao tratamento foi outro aspecto estudado. O que se problematiza aqui é o quanto dos discursos biopolíticos está atravessando e fornecendo as condições para a organização de um sujeito em torno do tratamento para o HIV, a subjetivação pelo “homem medicado”. Se a medicação e os tratamentos estão à disposição das pessoas, pergunta-se, o que interessa é a vida desse indivíduo ou simplesmente uma vida?

A Aids se prestou, de forma perfeita e oportunista, para que várias dimensões dos estilos de vida e dos comportamentos pudessem ser revistos e reorganizados, e os cuidados com a saúde foi um deles. Um exemplo disso é como as PVHA continuam dizendo que não só fazem os exames “direitinho”, como também pedem a médica para que lhes prescrevam exames. Assumindo outro lugar nesta rede de saber-poder, eles tomam a manutenção da vida como uma verdade para si, à maneira como Foucault entende o cuidado de si e as técnicas de si, como organizadores da experiência.

Apesar da eficácia dos medicamentos e sua importância na diminuição da mortalidade e morbidade das PVHA, essas pessoas também mencionaram questões concernentes aos efeitos desses medicamentos, destacando seus benefícios, mas, ao mesmo tempo, os desconfortos através de variados efeitos colaterais. Um largo número de problemas poderá aparecer mais tarde, decorrente destes efeitos colaterais, tais como diabetes, problemas renais, cardiovasculares, a lipodistrofia (distribuição irregular da gordura pelo corpo), dentre outros. Esse é um novo medo que se mostra presente nessas pessoas, pois vivem mais e melhor com os novos remédios, fazendo seu esse projeto de saúde, essa busca incansável por fugir da morte pelo HIV e, assim, promovendo todo tipo vigilância em relação a todos esses aspectos da saúde.

Contudo, essas dificuldades com a medicação, que algumas vezes aparecem como lamento, também mostraram outra face com formas espetaculares de reação, através de um

aprendizado de como se viver com o HIV/Aids. Algumas dessas pessoas desenvolveram estratégias e táticas para conviver bem com as dificuldades e sofrimento da medicação. Falam de insônia forte, diarreia, quantidade de comprimidos, dificuldades de manter a regularidade da ingestão dos mesmos, etc. Mas, a criatividade do viver entra em ação e surgem algumas dessas pessoas dizendo que vivem até melhor hoje, porque cuidam melhor de si. Mas, se essas pessoas não têm escolha, pois sua vida depende da medicação, qual a diferença em relação às pessoas que sofrem com os remédios?

Isso levanta mais uma vez a questão do que é viver uma vida melhor. Novas formas de viver e morrer foram criadas. Ou deveriam. Seria a vida a única possibilidade? E se a morte fosse uma escolha possível? As falas dessas pessoas dizem de como elas se percebem vivendo bem, ou mesmo melhor, após o HIV. Como se o HIV tivesse trazido uma maior disciplina nos processos de cuidado com a vida. A vida não é algo natural, mas inventado, e a Aids fez circular novos discursos sobre ela, deixando de lado a morte como possibilidade.

Alguns dos sujeitos da pesquisa puderam fazer diferente com esta vida. Dentro da ordem subjetiva vigiada, ousaram ouvir o desejo e subverteram os ditames da regência da vida. Ou, pelo menos, fizeram efeitos de resistência, possibilitando uma forma de viver singular. Mas, e se alguém decidisse tirar sua vida (suicidar-se), pois não deseja passar por todo o sofrimento que acredita existir quando se tem HIV/Aids? Seria uma escolha, fraqueza ou insanidade? Muitos fizeram ou decidiram não mais tomar a medicação. Põe-se em questão a possibilidade de escolher a morte. Será que esses sujeitos poderiam seguir este caminho?

Dentro da realidade biopolítica de vigilância sobre a vida, destaca-se genealogicamente, a sobreposição do cuidado de si pelo conhecimento de si. Saber mais para intervir precisamente. A importância que é dada a todo esse conhecimento que circula ou está à disposição desses sujeitos pressupõe uma submissão ou sujeição. Uma das falhas desta

lógica linear é que os acontecimentos se dão e surgem da necessidade de adaptação à vida e da possibilidade de escolha. Não há como controlar e prever tudo, quando se refere ao sujeito. Dito de outra forma, as experiências entram nesta dinâmica do conhecimento de si potencializando um viver melhor, seja ele qual for. Mesmo que leve à morte.

O cuidado de si grego, na evolução e mutação histórica, tem com a moral cristã e com a ideia de pecado, a valorização do instituto do conhecer a si mesmo com fins de controle da carne e dos desejos (desvios). Pregam a renúncia de si para se alcançar a salvação e pureza. O sujeito deve conhecer a si e controlar-se, para se organizar como um ser melhor e, assim, promover o cuidado de si. Isso está muito presente nas subjetivações contemporâneas, e, por isso, pode-se questionar a possibilidade real de haver escolhas. Os sujeitos são produzidos para seguirem os ditames da vida. A morte, assim, é excluída como possibilidade.

A Aids mostrou como, desde o seu início, o sujeito foi convocado a portar-se de certa maneira, cuidando de si através desse conhecimento de si. Esse foi um dos resultados observados nas subjetivações com a experiência do HIV/Aids. Numa primeira impressão, uma ética do cuidado é incorporada ao sujeito da Aids. Se alguém cuida de si e não se contamina ou não contamina outra pessoa, está cuidando. Todo este discurso do cuidado de si remete a maneira de como é possível entender como as experiências são condições de possibilidade para a produção de sujeitos. O cuidado de si pode ser identificado como um elemento que foi acrescido a essas subjetivações.

A Aids pode ser vista como fazendo efeitos de um dispositivo a serviço do biopoder e como instrumento das biopolíticas, pois entranha-se nos processos de subjetivação potencializando uma “vontade de viver” que passa a circular como um imperativo. Mas a Aids não é um dispositivo; ela é um dos discursos circulantes, de que se servem vários dispositivos, a exemplo da sexualidade e da biopolítica.

Ter sido anunciada como “peste *gay*” foi uma estratégia de regulação que, dentre várias possibilidades, veio para tensionar o efeito da revolução sexual e de costumes dos anos 1960/70 com seus ideais de amor livre. A sexualidade em excesso foi contida, ou assim se pensava, e o corpo preservado. Uma potência da “vontade de viver” foi celebrada.

A sociedade disciplinar, como inicialmente propôs Foucault, permite resistências. É assim que surge a possibilidade da alteridade. O movimento de resistência faz parte de uma dinâmica de tensões inerentes ao poder, que cada vez que apresenta o diferente como efeito de resistência, provoca reações de correção e normatização. É uma luta constante. A Aids não fez diferente. Ela funcionou tensionando o sistema, colocando em circulação variados discursos sobre a sexualidade, mas também operou com o efeito de regulação, como máquina que precisa ser adaptada para continuar produzindo; neste caso, produzindo sujeitos possíveis e inteligíveis para um determinado tempo, que fossem viáveis e não fugissem à norma. Sim, a norma de normal ou de normalidade, pois, quando se tem a referência do normal, pode-se corrigir o anormal ou o desviante. Isto não é a lógica da técnica moderna? Produzir conhecimento para intervenção e reparo do objeto de conhecimento?

Só que o mundo e os sujeitos, como pensou Foucault, são complexos e dinâmicos, não permitindo análises e leituras simplistas ou reducionistas. Cada vez que surge um referencial de normalidade, é sempre possível surgir o seu oposto. A Aids pode ser classificada como uma “acontecimentalização”, como propôs Foucault no seu entendimento não linear da história, que convocou a biopolítica, mais uma vez, a atuar com a vigilância sobre a vida e os corpos, regulando suas necessidades de governança da sociedade. Suas estratégias foram o dispositivo da sexualidade e da vida em toda a sua amplitude.

A decisão pelos caminhos a seguir com este trabalho fez com que certos recortes fossem feitos e, assim, vários aspectos não puderam ser abordados ou foram feitos de forma

superficial. Estudos futuros poderiam abordar como esta dimensão da morte está presente em todo processo de vida. Não se deveria tomar a realidade de forma dicotomizada, como vida e na morte, mas entendê-los como “faces da mesma moeda”. A morte ainda parece ser assunto delicado e temido na cultura da vida, mas é uma dimensão que precisa ser discutida quando se lida com sujeitos da Aids. A morte pode ser uma escolha pela vida.

Outro ponto interessante seria também abordar os profissionais de saúde que trabalham com PVHA, pois, como sujeitos, operacionalizam a engrenagem dos dispositivos da biopolítica. Este conhecimento pode servir como base para reflexões sobre este campo de estudo, assim como servir de subsídio para o treinamento e aperfeiçoamento desses profissionais.

A Aids como experiência mostrou a complexa dimensão dos sujeitos envolvidos, direta ou indiretamente com ela, e carece de uma constante reflexão e problematização. Se se toma a perspectiva de Foucault e do pós-estruturalismo, a história é um movimento não linear e composto de acontecimentalizações, assim sujeita a movimentos constantes e dinâmicos. Um conhecimento produzido nunca esgotará ou estará completo, pois o processo de subjetivação sempre extrapolará os limites da representação.

Referências ⁷

- Agamben, G. (2010). *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: Ed. UFMG.
- Almeida, L. P. (jan-mar de 2009). Clínica, a interpretação psicanalítica e o campo de experimentação. *Psicol. estud*, 14(1), pp. 149-157.
- Araújo, I. L. (2008). *Foucault e a crítica do sujeito*. Curitiba: UFPR.
- Baroni, D. P. (dez de 2008). Reflexões sobre a resistência na clínica a partir de Michel Foucault. *Psico. Cien. Prof.*, 28(4), pp. 682-695.
- Baroni, D. P. (jan-mar de 2012). Produção de si na depressão. *Psicol. estud*, 17(1), pp. 27-36.
- Bastos, F. I. (2006). *A Aids na terceira década*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bert, J.-F. (2013). *Pensar com Michel Foucault*. São Paulo, SP: Parábola.
- Biblioteca Virtual em Saúde. (23 de março de 2015). *BVS Psicologia Brasil*. Fonte: BVS - Biblioteca Virtual em Saúde Brasil: <http://www.bvs-psi.org.br/metaiah/search.php#>
- Boechat, M. K. (dez de 2009). A experiência com a Literatura numa instituição prisional. *Psicol. rev.*, 15(3), pp. 22-40.
- Brito, A. M., Castilho, E. A., & Szwarcwald, C. L. (mar-abr de 2000). AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. 34(2), 207-217.
- Butler, J. (1993). *Bodies that matter: on the discursive limits os "sex"*. New York: Routledge.
- Butler, J. (2010). *Frames of war: when is life grievable?* New York: Verso.
- Calais, L. B. (jan-abr de 2011). Desvendando olhares: infância e AIDS nos discursos da sociedade. *Psicol. soc.*, 23(1), pp. 85-93.
- Cardoso Jr., H. R. (2011). Corpo e sexualidade entre disciplina e biopolítica. In: L. A. Souza, T. T. Sabatine, & B. R. (orgs.), *Michel Foucault : sexualidade, corpo e direito* (pp. 155-175). São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Castro, E. (2009). *Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Ed. Autêntica.
- Castro, E. (2009). *Vocabulário de Foucault: Um Percurso pelos seus Temas, Conceitos e Autores*. (I. M. Xavier, Trad.) Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Chaiyachatia, K. H., Ogbuoji, O., Price, M., Suthar, A. B., Negussie, E. K., & Barnighausen, T. (2014). Interventions to improve adherence to antiretrovira therapy: a rapid systematic review. *AIDS*, 28 (supl 2), pp. 187-204.

⁷ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

- Cruz, E. F. (dez de 2007). Infâncias, adolescências e AIDS. *Educ. rev*(46), pp. 363-384.
- Cunha, C. C. (abr de 2012). Os muitos reveses de uma "sexualidade soropositiva": o caso dos jovens vivendo com HIV/AIDS. *Sex., salud soc.*(10), pp. 70-99.
- Fernandes, C. A. (2012). Discurso e Sujeito em Michel Foucault. São Paulo, SP, Brasil: Intermeios.
- Ferreira Neto, J., & Kind, L. (2010). Promoção de saúde: uma discussão teórica-metodológica a partir de Foucault. In: E. Lima, J. Ferreira Neto, & L. Aragon, *Subjetividade Contemporânea* (pp. 43-60). Curitiba: Ed. CRV.
- Fischer, R. M. (2012). Trabalhar com Foucault: arqueologia de uma paixão. Belo Horizonte, MG, Brasil: Autêntica.
- Foucault, M. (1966/2011). Michel Foucault, as palavras e as coisas. In: M. Foucault, *Ditos & escritos VII - arte, filosofia e história da medicina* (V. L. Ribeiro, Trad., Vol. volume VII, pp. 138-144). Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1968/2011). Foucault responde a Sartre. In: M. Foucault, *Ditos & escritos VII: arte, epistemologia, filosofia e história da medicina* (pp. 169-175). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1970/1999). *A Ordem do Discurso* (5a. ed.). São Paulo: Loyola.
- Foucault, M. (1975/2010). *Ditos & Escritos VI: repensar a política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1976/2000). Aula de 17 de março de 1976. In: M. Foucault, *Em defesa da sociedade* (pp. 201-222). São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (1977/2007). *A Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: editora Graal.
- Foucault, M. (1977/2010). Poder e saber. In: M. Foucault, & M. B. Motta (Ed.), *Ditos & Escritos Estratégia, poder-saber* (2a. ed., pp. 223-240). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1978/2010). Mesa redonda em 20 de Maio de 1978. In: M. Foucault, & M. B. Motta (Ed.), *Ditos & Escritos IV: Estratégia, poder-saber* (2a. edição ed., pp. 335-351). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1982/2014). O sujeito e o poder. In: M. Foucault, *Ditos & Escritos IX: Genealogia da ética, subjetividade e sexualidade* (pp. 118-140). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1984). *História da sexualidade II; o uso dos prazeres* (13a. ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1984/2010). O Sujeito e o Poder in Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. (2). Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1984/2010). Sobre a genealogia da ética: um resumo do trabalho em curso. In: M. Foucault, & M. B. Motta (Ed.), *Ditos & escritos IX: Genealogia da ética, subjetividade e sexualidade* (pp. 214-237). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

- Foucault, M. (1984/2014). Michel Foucault, uma entrevista: sexo, poder e política da identidade. In: M. Foucault, & M. B. Motta (Ed.), *Ditos & Escritos IX: Genealogia da ética, subjetividade e sexualidade* (pp. 251-263). São Paulo: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1984/2014). Prefácio à história da sexualidade. In: M. Foucault, & M. B. Motta (Ed.), *Ditos & Escritos IX: genealogia da ética, subjetividade e sexualidade* (pp. 207-213). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1985/2005). A vida: a experiência e a ciência. In: M. Foucault, & M. B. Motta (Ed.), *Ditos & Escritos: II Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento* (2a. ed., pp. 352-366). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1988). *A história da sexualidade I: a vontade de saber* (16a. ed.). Rio de Janeiro: Editora Graal.
- Foucault, M. (1988/2014). As Técnicas de si. In: M. Foucault, & M. B. Motta (Ed.), *Ditos & escritos IX: Genealogia da ética, subjetividade e sexualidade* (pp. 264-296). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2005). *A História da loucura* (8a. ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2010). *A Hermenêutica do Sujeito* (3a. ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2011). *Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina* (1a. ed., Vol. Ditos e Escritos VII). (M. B. Motta, Ed., & V. L. Ribeiro, Trad.) Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Galindo, W. C., Francisco, A. L., & Rios, L. F. (jan-abr de 2013). Subjetividade no Aconselhamento em HIV/Aids. *PSICOLOGIA POLÍTICA*, 13(26), 111-127.
- Generoso, V. H. (mar de 2013). Devoração ou hospitalidade? *Rev. latinoam. psicopatol. fundam*, 16(1), pp. 160-171.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a identidade deteriorada* (4a. ed.). Rio de Janeiro: Guanabara.
- Leite, L. A. (dez de 2010). O exercício ético na constituição do sujeito político como cidadão. *Fractal Rev. Psico.*, 22(3), pp. 543-556.
- Machado, R. (2009). *Foucault, a ciência e o saber* (4a. ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Madlener, F. D. (2007). A homossexualidade e a perspectiva foucaultiana. *Rev. Dep. Psicol UFF*, 19(1), pp. 49-60.
- Madureira, V. S. (set-out de 2008). Relações de poder na vida conjugal e prevenção da AID. *Rev. bras. enferm.*, 61(5), pp. 637-642.
- Méllo, R. P. (dez de 2007). Subjetivações, identidades e o linguajar. *Estud. pesqui. psicol*, 7(3), pp. 0-0.
- Ministério da Saúde. (02 de maio de 1985). Portaria 236. Brasília, DF, Brasil: Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde. (1999). Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes / Coordenação Nacional de DST e aids. Brasília, DF, Brasil: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2007). Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com o HIV e Aids. Brasília, DF, Brasil: Ministério da Saúde.
- Moraes, A. T. (27 a 29 de maio de 2010). O Discurso em Foucault: noções para uma prática jornalística. Goiânia, GO, Brasil: Anais do XII Congresso de Ciências da Comunicação na Região Centro-Oeste.
- Moutinho, L. D. (jul-dez de 2004). Humanismo e anti-humanismo Foucault e as desventuras da dialética. *Nat. hum*, 6(2), pp. 171-234.
- Nicolazzi, F. (JAN/DEZ de 2004). A narrativa da experiência em Foucault e Thompson. *Anos 90*, 11(19/20), pp. 101-138.
- Ortega, F. (set-fev de 2004). Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Interface - comunicação, saúde e educação*, 8, pp. 9-20.
- Ortega, F., & Zoranelli, R. (2010). *Corpo em Evidência: A Ciência e a Redefinição do Humano*. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira.
- Paiva, V. (2009). Prevenção Positiva? A abordagem psicossocial, emancipação e vulnerabilidade. In: J. C. Raxach, I. Maksud, C. Pimenta, & V. T. Jr, *Prevenção Positiva: estado da arte* (pp. 33-49). Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA).
- Parker, R., & Aggleton, P. (2001). *Estigma, discriminação e AIDS*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA).
- Pelúcio, L., & Miskolsi, R. (2009). A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*(1), 125-157.
- Perlongher, N. (1987). *O que é a Aids?* (4a. ed.). São Paulo: Basiliense.
- Pinheiro, C. V. (abr-jun de 2013). Práticas de prevenção do HIV/Aids e modos de subjetivação. *Physis*, 23(2), pp. 629-646.
- Regato, V. C., & Assmar, E. M. (2004). A AIDS de nossos dias: quem é o responsável? *Estudos de Psicologia*, 9(1), 167-175.
- Ribeiro, C. R. (2006). A experiência do pensamento em Michel Foucault: conversações com o campo educacional. *Tese de Doutorado*. São Paulo, SP, Brasil: Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo.
- Rocha, Z. (2010). *Freud entre Apolo e Dionísio - recortes filosóficos, ressonâncias psicanalíticas*. Recife/São Paulo: Universidade Católica e Pernambuco/Edições Loyola.
- Sampaio, J. V. (mai-jun de 2014). Políticas públicas e crítica queer: algumas questões sobre identidade LGBT. *Psicol. soc. (Online)*, 26(2), pp. 290-300.

- Schwarz, J. (Diretor). (2012). *Stories from the plague* [Filme Cinematográfico]. USA.
- Sontag, S. (2007). *Doença como metáfora, AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Turato, E. R. (2008). Seguindo um fio condutor para a concepção de projetos nas pesquisas qualitativas com o ser humano. In: E. R. Turato, *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa* (3a. ed., pp. 149-224). Petrópolis, RJ, Brasil: Vozes.
- UNAIDS. (novembro de 2013). *Global report: UNAIDS repost on the global AIDS epidemic 2013*. UNAIDS. Acesso em 25 de agosto de 2014
- Valle, C. G. (2010). Corpo, doença e biomedicina: uma análise antropológica de práticas corporais e de tratamento entre pessoas com HIV/AIDS. *Vivência*(35), pp. 33-51.
- Veiga-Neto, A. (setembro/dezembro de 2009). Teorias e Métodos em Michel Foucault: (im)possibilidades. *Cadernos de Educação*, 1(34), 83-94.
- Veiga-Neto, A. (2011). *Foucault & Educação*. (3). Belo Horizonte, MG: Autêntica.
- Williams, j. (2012). Pós-estruturalismo. (C. Liudvig, Trad.) Petrópolis, RJ, Brasil: Vozes.

ANEXOS

A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

B – Certidão do Conselho de ética em pesquisa

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Título da pesquisa - A EXPERIÊNCIA DE VIVER COM HIV/AIDS ATRAVESSADA PELAS DIMENSÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADE**

Você está sendo convidada/o a participar de uma pesquisa sobre a experiência de se viver com hiv ou aids. Por este motivo, sua participação é de extrema importância, já que para alcançar nossos objetivos, precisamos escutar as suas experiências de vida.

Esperamos que os resultados dessa pesquisa contribuam para um maior conhecimento sobre o que é viver com hiv/aids, e aumentem a discussão sobre o processo de adesão ao tratamento. Os resultados também poderão ser úteis aos participantes da pesquisa e a equipe de saúde para refletirem sobre esta experiência das pessoas que vivem com hiv/aids e as especificidades de seus tratamentos.

Sabemos que qualquer situação que envolve pessoas pode causar algum tipo de desconforto, principalmente quando se trata de um tema relacionado ao mundo particular delas. Por trabalharmos com questões muito íntimas, tentaremos alcançar os objetivos da pesquisa da forma mais respeitosa possível, considerando todos os aspectos éticos do processo. De todo modo, você poderá interromper sua participação a qualquer momento, sem sofrer nenhum tipo de prejuízo.

Eu, _____, dou meu consentimento para participação como voluntário(a) desta pesquisa, sob a responsabilidade do pesquisador Ricardo Delgado Marques de Lima, Psicólogo (CRP 02/10.935) e doutorando em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco e das orientadoras Prof^a Dra. Luciana Leila Fontes Vieira e Prof^a Dra. Maria Cristina Amazonas.

Após ouvir os esclarecimentos, assino este Termo de Consentimento ciente de que:

1. Durante o estudo participarei de uma entrevista, que dura em média 60 minutos, composta por algumas questões;

2. Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a participação na referida pesquisa;

3. As entrevistas serão gravadas e meus dados pessoais serão mantidos em sigilo sob responsabilidade deste pesquisador e do programa de pós-graduação em Psicologia Clínica da UNICAP;

4. Poderei contatar o Comitê de Ética da UNICAP para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa, (Pró-Reitoria Acadêmica da UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO, localizada na Rua Almeida Cunha, 245 – Santo Amaro – Bloco G4 – 8º andar – CEP 50050-480, Recife- PE – Brasil. Telefone (81) 2119.4376 – FAX (81) 2119.4004 - Endereço eletrônico: pesquisa_prac@unicap.br).

5. Terei acesso aos resultados da pesquisa, através do pesquisador responsável pelo projeto, assim que for encerrada a análise e elaboração da tese.

Recife, _____ de _____ de 2012.

Assinatura: _____

RG: _____

ANEXO B

Certidão do Conselho de ética em pesquisa (CONEP)

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: A EXPERIÊNCIA DE VIVER COM HIV/AIDS E SUA INTERFACE COM AS DIMENSÕES DOS GÊNEROS E DAS SEXUALIDADES		2. Número de Sujeitos de Pesquisa: 20	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 7. Ciências Humanas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Ricardo Delgado Marques de Lima			
6. CPF: 588.959.814-72		7. Endereço (Rua, n.º): Rua dos Navegantes, 1295 Boa Viagem apt 201 RECIFE PERNAMBUCO 51020010	
8. Nacionalidade: BRASILEIRA		9. Telefone: (81) 3326-4433	10. Outro Telefone:
		11. Email: ricardomarques_psi@yahoo.com.br	
12. Cargo:			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: 02 / 04 / 2013		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: UNIVERSIDADE CATOLICA DE PERNABUCO		14. CNPJ: 10.847.721/0001-95	15. Unidade/Órgão:
16. Telefone: (81) 2119-4376		17. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Profa. Dra. Aline M^a Grego Lins</u>		CPF: <u>243.565.224-00</u>	
Cargo/Função: <u>Pró-reitora Acadêmica</u>			
Data: 10 / 04 / 2013		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.		Prof. Dr. Aline Maria Grego Lins Pró-reitora Acadêmica Mat. 3324-4	