

## **O dispositivo crônico da aids e os discursos da soropositividade: uma análise dos enunciados de mulheres brasileiras e portuguesas**

*The AIDS chronic apparatus and the discourses of seropositivity: an analysis of the enunciations of Brazilian and Portuguese women*

Atilio Butturi Junior

Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

Camila de Almeida Lara

Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

**Resumo:** Este artigo tem como objetivo analisar discursos de mulheres soropositivas do Brasil e de Portugal, entrevistadas entre 2019 e 2020. Para tanto, parte de uma discussão acerca da biopolítica e da governamentalidade, relacionando-as aos novos materialismos. Inicialmente, o artigo descreve o funcionamento do dispositivo da aids e do dispositivo crônico da aids, tendo em vista suas estratégias fundamentais e as formas de subjetividade que produzem. Depois, faz uma breve apresentação do acontecimento da feminilização da epidemia. Por fim, as análises apontam duas estratégias axiais: a primeira, relacionada à agentividade dos fármacos e à produção de práticas de bioascese; a segunda, ligada às formas de vulnerabilidade implicadas no caráter gendrado da soropositividade. Nos dois casos, inventaria-se tanto um discurso ambíguo, ora de responsabilização, ora de abandono da vida soropositiva, em que se pese o papel da disciplina e da segurança, quanto uma agonística entre um controle pelo poder e práticas de invenção de si nos espaços de precariedade em que se reinscrevem.

**Palavras-chave:** Soropositividade; Mulheres soropositivas; Dispositivo crônico da aids; Brasil; Portugal

**Abstract:** This article aims to analyze discourses of hiv-positive women from Brazil and Portugal, interviewed between 2019 and 2020. To do so, it starts from a discussion about biopolitics and governmentality, relating them to new materialisms. Initially, the article describes the functioning of the aids *apparatus* and the *AIDS chronic apparatus*, in view of their fundamental strategies and the forms of subjectivity they produce. Then, it briefly presents the event of the feminization of the epidemic. Finally, the analyses point to two axial strategies: the first, related to the agentivity of drugs and the production of bio-ascetic practices; the second, linked to the forms of vulnerability implied in the gendred character of seropositivity. In both cases, an ambiguous discourse is invented, either of accountability or of abandonment of the HIV-positive life, despite the role of discipline and security, as well as an agonistic between a control by power and practices of self-invention in the precarious spaces in which they reinscribe themselves.

**Keywords:** Seropositivity; HIV-positive women; AIDS chronic apparatus; Brazil; Portugal



## 1 Introdução

Butturi Junior (2019) descreveu aquilo que, no dispositivo crônico da aids,<sup>1</sup> poderia ser lido como uma espécie de paradigma explicativo para o pós-humano: a produção da vida crônica segundo a ordem dos imperativos da bioescese farmacológica, tanto como disciplina do corpo das pessoas que vivem com hiv (PVHIV) quanto como estratégia de segurança pautada nas práticas e discursos de indetectabilidade e, a partir daí, de impossibilidade de transmissão do hiv. Em ambos os casos, a própria noção de cronicidade exigiria o vértice com atores não-humanos – os fármacos – e dispositivos técnicos que, no limite, forjariam associações complexas e contingentes, nos termos definidos por Latour (2004). Estamos aqui pensando no que diz respeito, no caso cronicidade da vida soropositiva, naquilo que, entre outros, Haraway (1994 [1985]), Preciado (2018) e Lemke (2016) exigem para que se pense a biopolítica: um deslocamento da própria noção de vida com que Foucault operaria, tomando a positividade do conceito na relação que guarda com práticas e discursos contemporâneos.

É, pois, da intersecção entre a arqueogenealogia foucaultiana como modalidade analítica, sobretudo a partir dos conceitos centrais de dispositivo, biopolítica e governamentalidade – inscrita, portanto, numa análise foucaultiana dos discursos – e os debates sobre a biopolítica e os novos materialismos (BUTTURI JUNIOR; CAMOZATTO, 2021) que, neste artigo, temos por objetivo analisar o funcionamento *tecnobiodiscursivo* (BUTTURI JUNIOR, 2019) do dispositivo crônico da aids e de suas formas de subjetivação materializado em falas de mulheres soropositivas do Brasil e de Portugal. Tais discursos foram coletados durante dois anos, nas cidades de Florianópolis e Lisboa (entre 2019 e 2020), por meio de entrevistas<sup>2</sup>, e apontam para uma zona de indiscernibilidade entre os regimes de disciplinamento – tanto por práticas bioascéticas quanto por farmacológicas ou *sidadanizantes* (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009) – e as práticas de invenção de si, ambos funcionamentos que têm como constitutivos

---

<sup>1</sup> No texto, aids e hiv serão grafados em minúsculas, no esforço de recuperação da memória de luta de Herbert Daniel.

<sup>2</sup> As entrevistas foram realizadas no âmbito da pesquisa intitulada *As narrativas de mulheres que vivem com hiv e a produção de subjetividades*, aprovada pelo Comitê de Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, parecer consubstanciado nº 3.094.579 de 19 de dezembro de 2018. Especificamente aquelas realizadas em Portugal foram realizadas durante estágio de doutoramento no exterior, com bolsa CAPES-PRINT, processo 88887.368665/2019-00.

associações com não-humano, cuja agência é também marcada nos processos de subjetivação que se materializam nas falas. Nossa hipótese é que os enunciados das mulheres habitam uma zona agonística entre a precarização e a reinvenção de si mediante estratégias da ordem de uma negociação fámarco-biomédica (PRECIADO, 2008) e de uma *biopolítica menor* (AGAMBEN, 2010).

O trabalho se organiza, para tanto, em três seções, seguidas das *Considerações Finais*. Na primeira, trazemos os pressupostos teóricos e os pactos ontológicos que amparam nossas problematizações; na segunda, descrevemos o dispositivo crônico da aids e a chamada “feminilização da epidemia”, tanto no Brasil quanto em Portugal. Por fim, a terceira parte esmiuça as etapas de campo e parte para as análises.

## **2 A biopolítica, a governamentalidade, os novos materialismos**

### 2.1 Biopolítica e governo

A literatura tem descrito o aparecimento da biopolítica entre as preocupações de Michel Foucault nos anos setenta. Em 1974, nas conferências que fazia no Brasil, Foucault (2010a [1974], p.169) usou pela primeira vez o conceito, a fim de dar a ver a série de modificações que permitiam que a “[...] saúde entrasse nos cálculos da macroeconomia”. O domínio da biopolítica e do biopoder, porém, seriam devidamente tratados no curso *Em defesa da sociedade* (FOUCAULT, 2010b [1976]), mais detidamente na aula de 17 de março de 1976, e com a publicação de *A vontade de saber* (FOUCAULT, 2009a [1976]). Nesses dois últimos textos, Foucault coloca uma série de questões, que dizem respeito às novas formas de exercício da soberania cujo funcionamento era o de “fazer viver e deixar morrer”, em oposição aos *regimes de espada* precedente. O processo que o autor desvela tem como consequência a expulsão da morte do campo do poder e a centralidade na vida no cálculo político, no mesmo movimento em que retornam, obsedantes, os problemas da morte e da soberania na forma do racismo: a condição para a exceção soberana e o funcionamento da morte nos regimes biopolíticos era a cesura biológica, que permitiria ainda a proliferação dos racismos indiretos (FOUCAULT, 2010b [1976]) em suas formas supostamente mais banais de exclusão, segregação e morte civil.

A biopolítica foucaultiana provocava um deslocamento em relação as disciplinas de *Vigiar e Punir* (FOUCAULT, 2013 [1975]), já que não se pautava apenas nos corpos individuais: exigia um outro registro, na população e nos corpos coletivizados. Aquilo que se postulou como uma “sociedade de normalização”, no entanto, teria sido deslocado para as problematizações que aparecem nos cursos de 1977 a 1979, a saber: *Segurança, Território, População e Nascimento da Biopolítica*, a partir do conceito de governamentalidade e do dispositivo de segurança. Na aula de 1º de fevereiro de 1978, do primeiro curso, Foucault (2002 [1977-1978]) tratará do Estado governamentalizado e de como o governo penetrou na vida dos homens segundo um desbloqueio das “artes de governar” que aparecem, contra a literatura maquiavélica, já no século XVI, e se organizam pelas demandas de uma nova economia política e uma nova distribuição da população – esse objeto novo e central – nos espaços urbanos, sobretudo a partir do século XVIII.

A governamentalidade, definida como o

[...] o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer de forma bastante específica e complexa o poder, que tem como alvo a população, por forma principal de saber a economia política e por instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança. (FOUCAULT, 2002 [1977-1978], p.291-292)

pode ser lida sob a égide de um novo tratamento do problema da regulamentação, que passa a ser entendida como *segurança* e daria continuidade ao que vinha se apresentando desde *Vigiar e Punir*. Todavia, aqui tomamos Collier (2011) para colocar em xeque essa linha teleológica. Para este autor, haveria uma isomorfia funcional entre a “microfísica do corpo” e a “biopolítica da população” até 1976, enquanto o surgimento da governamentalidade exigiria uma nova configuração, cuja diferença residiria em várias formas de relacionar a soberania, a disciplina e a segurança de forma. Assumindo o deslocamento de Collier (2021), não se trata de negação ou de superação da discussão da biopolítica, mas de reivindicação de um espaço mais complexo para que a questão da vida seja tomada como um problema que diz respeito a formas de racionalidade mais localizadas e heterogêneas.

Ao nos voltarmos para os discursos das mulheres soropositivas, partiremos do conceito de biopolítica enquanto exercício da soberania numa sociedade de fazer viver, mas sempre submetida à exceção – o que será materializado nos discursos que

analisaremos. Essa biopolítica se exerce em topologias governamentais determinadas, a saber, aquelas de um dispositivo de segurança que se funda no risco e na responsabilização das PVHIV, de um lado, e que exige um governo de si bioascético e se constitui segundo uma rede de políticas de saúde estatais e internacionais – na forma de organismos como a ONU e a UNESCO e de seus efeitos em direção aos Estados (HARDT; NEGRI, 2000). Tendo-a como ponto de partida, passemos ao debate da materialidade.

## 2.2 Os não-humanos, as associações e a biopolítica

Em *O Nascimento da Clínica*, Foucault (1994 [1963], p.XI) vai mostrar uma modificação no espaço do ver e do dizer, que permitiu que surgissem “[a]s formas da racionalidade médica [que] penetram na maravilhosa espessura da percepção”: o quebra-crânio. É ele que permite uma nova forma de visibilidade e, no limite, o jogo que instaura o olhar racional da medicina e que, por sua vez, constitui o primeiro acesso – via morte – ao sujeito moderno.

Tomamos esse trecho de Foucault e o aproximamos daquilo que Lemke (2016) lê no problema do governo foucaultiano: a presença de um cálculo sobre humanos e coisas, que aparece já em *La Perrière* (1555): a existência de uma técnica de governo que é tanto das pessoas quanto das coisas (FOUCAULT, 2002 [1977-1978]). É da assunção foucaultiana de um governo orientado duplamente que Lemke (2016) reivindicará tanto uma nova forma de materialismo presente em Foucault quanto colocará esse materialismo como ponto fulcral para as interrogações sobre a biopolítica.

Levaremos em consideração os dois textos foucaultianos – o segundo, na interpretação de Lemke – a fim de dar a ver o que, na problematização do dispositivo crônico da aids, aparece como demanda: entender o papel da materialidade no interior de estratégias que são discursivas e não-discursivas, como ensinava o próprio Foucault (2009b) acerca dos dispositivos. Assim, ainda que os limites do não-discursivo não tenham sido devidamente teorizados pelo autor francês, aqui os consideraremos segundo a ordem das estratégias de poder, mas também do não-humano e do mais que humano (BENNETT, 2010), em seus agenciamentos e em suas formas de *associação* (LATOURE, 2004) e *intra-ação* (BARAD, 2017) com o humano. Entendemos, desse modo, que a

assunção dos novos materialismos tem como produto a complexificação do conceito de vida que habita a biopolítica, visto que estaremos trabalhando com associações complexas da ordem do ciborguismo<sup>3</sup> ao atentarmos para a rede em que se conforma a produção de subjetividades relacionadas ao hiv.

Expliquemos a relação entre a arqueogenealogia, como a entendemos, e os novos materialismos. Nossa posição é a de colocar em xeque, como faz Barad (2017), a linguagem como único modelo explicativo e sua consequência menos produtiva, a saber, o construcionismo radical. Dessa perspectiva, Barad desconfia da resposta assimétrica que coloca no centro a linguagem – na forma do performativo –, trazendo à tona não apenas a agentividade da matéria em intra-ação com o discurso<sup>4</sup>. Por sua vez, Bennet (2010), ao indicar a “recalcitrância material” de Foucault, vai tomar a vida como um problema e pensá-la segundo as relação com a matéria não-humana, em sua agência – entendida como a capacidade de produzir efeitos – e de acordo com um vitalismo espinosista; no limite, exige então que se repense a epistemologia e a ontologia, porque se trata não mais de uma relação de sujeito-objeto, mas de um compósito que, como apontava Latour (2004), era formado de atores heterogêneos e de suas associações.

Assim, por um lado assumimos a agência de humanos e não-humanos (LATOURE, 2004; BARAD, 2017; BENNET, 2010) – associações entre PVHIV, discursos, fármacos, dispositivos médicos etc – e damos agências ao segundo dos elementos. Por outro, assumimos que o conceito de vida deve ser auscultado naquilo que apresenta como vértice entre os discursos e as tecnologias, as semioses e o orgânico, o orgânico e o técnico-discursivo do regime farmacopornográfico (PRECIADO, 2008). Essa via dupla nos faz chegar ao regime *tecnobiodiscursivo* (BUTTURI JUNIOR, 2019) e suas implicações para a produção da subjetividade, para o exercício dos poderes e das resistências e para as associações entre efeitos discursivos e não-discursivos no interior do dispositivo crônico da aids, tema da seção seguinte.

---

<sup>3</sup> Haraway (1994 [1985]) coloca a aids como um dos exemplos do deslocamento ciborgue e para a “informática do controle”.

<sup>4</sup> Barad (2017), no entanto, tem limitações em sua leitura de Foucault. Infelizmente, esse debate foge do escopo do artigo.

---

### **3 O dispositivo crônico da aids, e a feminização da epidemia**

Inicialmente, cabe lembrar que foi Perlonguer (1987) quem, no Brasil, primeiro utilizou o conceito de dispositivo para pensar a epidemia da aids, trazendo à tona a produção da exceção e da racialização indireta relacionada aos homossexuais e, de modo mais geral, aos chamados “grupos de risco” – à época, subsumidos na expressão 5H: hemofílicos, homossexuais, haitianos, heroinômanos e *hookers* (CAMARGO JR., 1994). O trabalho de Perlonguer foi retomado por Pelúcio e Miskolci (2009), novamente relacionado à biopolítica e operando conforme a *sidadanização*: uma modalidade de governo da vida soropositiva que exige e individualidade, a racionalidade e a responsabilização do sujeito por sua saúde e pela prevenção, num processo de produção de subjetividades vigilantes e controladas (na adesão ao uso dos fármacos e na submissão ao discurso biomédico ascético), por um lado, e de manutenção de formas de vida abjetas, que de várias formas rompem com as práticas e discursos do “bom paciente”.

Por sua vez, Butturi Junior (2016), Butturi Junior e Lara (2018a, 2018b) e Lara (2022) tomam os deslocamentos em direção à cronicidade para pensar um dispositivo crônico da aids, que se estabelece na segunda metade da década de noventa, no Brasil e em Portugal, e que se conforma em algumas séries: i) a do “fazer viver” a partir da adesão à Terapia Antirretroviral (TARV), reconhecida inicialmente como “coquetel” e distribuída gratuitamente nos dois países (desde 1996 no Brasil e desde XX em Portugal); ii) a de naturalização da vida com hiv (SQUIRE, 2013), na forma de uma governamentalidade que coloca em jogo a relação de aderência à bioidentidade e a bioascese, estabelecida por um gerenciamento de políticas nacionais e supranacionais em direção aos cidadãos (ORTEGA, 2003); iii) a da criação de formas de subjetividade novas para PVHIV, segundo a ordem da cronicidade; iv) a de reinscrição das formas de soberania e exceção, seja na modalidade da *sidadanização* (PELÚCIO, MISKOLCI, 2009), seja nas práticas de racialização indireta (FOUCAULT, 2010b [1976]) materializadas em discursos ordinários ou mesmo no de políticas públicas, que mantém no seu escopo categorizações anormalizantes (como, por exemplo, àquelas relacionadas ao “risco); v) a de redistribuição da vulnerabilidade, implicando a permanência da infecção, desta feita em grupos mais empobrecidos e mais racializados e, além disso, instaurando um discurso de “fim da aids” (PARKER, 2015), cuja marca é novamente a

exceção; vi) a de produção de estratégias de prevenção diretamente relacionadas ao uso e adesão de medicamentos, como a do *Indetectável=Intransmissível*<sup>5</sup> ou a do *tratamento como prevenção* – como parte das táticas de *prevenção combinada*<sup>6</sup> (BRASIL, 2019, UNAIDS, 2018), de efeitos ambíguos para as PVHIV – como tentaremos esclarecer nas análises.

Notemos que a descrição, ainda que sucinta, das estratégias centrais do dispositivo, como figura no Brasil atualmente, guarda semelhanças importantes com o que tem se pesquisado em Portugal, sobretudo quando se leva em consideração a biopolítica e o problema do governo. Dessa perspectiva, Carvalho (2010) já sugeria que se aplicasse ao hiv/aids (VIH e SIDA, no original), o conceito de dispositivo, já que operava segundo práticas e discursos: i) da biomedicina, desde a invenção de uma síndrome e de sua nomeação; ii) de exceção, materializada nos “grupos menores” e em conceitos como o de “grupos de risco” que sustentavam cisões nas formas de subjetividade; iii) de saberes não-científicos como os da imprensa, que produziram regimes de verdade sobre a doença e os doentes; iv) de disciplina e de segurança, na medida em que implicavam modos de relação consigo e de controle, por um lado, e de calcular os riscos; v) de produção de formas de subjetividade e de invenção de resistências.

Assim como no Brasil, depois de um recrudescimento da epidemia no início da década de noventa – e de sua “heterossexualização e feminilização” –, em Portugal, o Estado passou a adotar políticas como o *Plano Nacional de Luta Contra a Aids*, enquanto vários organismos não-governamentais, notadamente os ligados aos movimentos feministas e homossexuais, ganharam espaço na reivindicação de direitos e no enfrentamento da doença (CUNHA-OLIVEIRA; PITA; CARDOSO, 2011); é o momento em que a TARV e as práticas de governo bioascético começaram a funcionar (SEIXAS, 2010). Da perspectiva biopolítica e governamental que aqui adotamos, assumiremos essas semelhanças como ponto de partida de nossas análises dos enunciados das mulheres no interior de um dispositivo crônico da aids, em vigor no Brasil e em Portugal. Descrito

---

<sup>5</sup> Na Nota Técnica 5 de 2019: “Evidências científicas recentes corroboram a afirmação de que pessoas vivendo com HIV (PVHIV) em terapia antirretroviral (TARV) e com carga viral indetectável há pelo menos seis meses não transmitem o vírus HIV por via sexual” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p.2).

<sup>6</sup> A prevenção combinada reúne as práticas de adesão à TARV para as PVHIV, e a distribuição da Profilaxia Pré-Exposição (PEP) e da Profilaxia Pós-Exposição (PreP) (UNAIDS, 2018).



de forma geral, este dispositivo crônico, aqui, será abordado em seu caráter gendrado e nas vulnerabilidades que traz à tona e no caráter axial que as associações entre PVHIV e fármacos (tomados em sua capacidade agencial) têm na produção de formas de subjetivação no dispositivo. Antes de passar às análises, porém, é mister retomarmos a produção da mulher soropositiva como um acontecimento – na forma de uma redistribuição e uma reorganização das séries enunciativas e de seus efeitos (FOUCAULT, 2012 [1969] – nos regimes de verdade da aids.

Esse acontecimento tem uma história marcada pela redistribuição relativa dos riscos, já que, como já afirmamos, a epidemia da aids, ao menos no Ocidente, esteve calcado na produção da exceção que colocava os homens homossexuais como fonte primeira do risco. Assim é que, no Brasil, na década de noventa, a transmissão entre heterossexuais e mulheres era colocada em xeque (BUTTURI JUNIOR, 2021). Em Portugal, por sua vez, Pinto-Coelho (2010) vai descrever um funcionamento discursivo, na imprensa, construído pelo privilégio heterossexual e masculino, o que redundava em seu apagamento no noticiário sobre os sujeitos soropositivos, e por recursos de materialização das mulheres (ligadas à prostituição) e dos homossexuais no campo do desvio e, portanto, mais propensos à infecção pelo hiv.

Ora, não obstante o jogo instaurado entre as estatísticas e as práticas diárias de racialização indireta, a heterossexualização da aids e o crescimento do número de mulheres soropositivas, segundo Barbosa (1997), mostra que, no âmbito de um quadro já caótico – uso indiscriminado de anticoncepcionais e da esterilização cirúrgica, alto número de cesarianas, prática de abortos clandestinos e elevados índices de mortalidade materna –, a epidemia da aids incrementou os desafios das políticas de saúde para as mulheres no Brasil. Para Galvão (1997), no início da epidemia de aids, as mulheres brasileiras, tradicionalmente cidadãs de segunda classe, se viram despojadas de parte de sua identidade e de direitos à informação, assistência e tratamento. Em Portugal, como informa Martins, a vulnerabilidade diz respeito à juventude, à maternidade e à nacionalidade: “A estratificação por sexo revelou uma proporção de casos nascidos fora de Portugal mais elevada entre as mulheres 52,3%” (INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE, 2020, p.27). Nesse último caso, é preciso levar em consideração a rede de limitações a que as mulheres não-portuguesas estão submetidas.

É, pois, seguindo a rede do gendramento e da vulnerabilidade no dispositivo crônico da aids que passamos, finalmente, às análises.

#### 4 Uma cronicidade agonística

Nesta seção, tratamos das entrevistas realizadas, atentando para as regularidades discursivas de luta e incitação constantes inventariadas a partir de duas modalidades do governo biopolítico das mulheres que entrevistamos: por um lado, a de práticas e de discursos de controle, constituídas segundo a ordem do risco e na modalidade da bioescase no vértice com a TARV, tomada como elemento não-humano no dispositivo; por outro, formas de invenção que redundam num excesso e num tensionamento produzido pelas mulheres e constitutivos do dispositivo crônico da aids. Antes, contudo, é importante resgatar que as mulheres envolvidas nesse estudo foram interpeladas a partir de suas associações com entidades não-governamentais de auxílio e amparo às PVHIV. No Brasil, as entrevistadas faziam parte do Grupo de Apoio e Prevenção à aids (GAPA) de Florianópolis, instituição fundada em 6 de agosto de 1987. Apenas Jenifer e Lu<sup>7</sup> tinham vivências ligadas ao ativismo e já haviam participado de eventos formativos sobre o hiv e a aids. Em Portugal, as duas mulheres – Sophia e Maria – que têm suas falas registradas nesse texto, além de viver com hiv, mantinham vínculos profissionais com o Grupo de Ativistas em Tratamento (GAT), fundado em 2001, atuando principalmente na recepção de novos utentes que ingressavam à instituição e nas pesquisas realizadas, como o *Índice de Estigma*, em parceria com a ONUSIDA. Essa diferença será materializada de várias maneiras em seus enunciados, como veremos.

A fim de auscultar os enunciados das entrevistas, nosso ponto de partida será a agonística, conforme elaborada por Foucault (data): “[...] a relationship wich is the same time reciprocal incitation and struggle [...]” (FOUCAULT *apud* DREYFUS; RABINOW, 1983, p. 222). É como luta e incitação constantes que inventariamos duas modalidades do governo biopolítico das mulheres que entrevistamos. Outrossim, queremos pensar o medicamento naquilo que guarda de *associação ativa* com as mulheres e suas vidas, ora submetendo-as a regimes de cuidado e ora promovendo usos mais autônomos.

---

<sup>7</sup> Todas as entrevistadas usam pseudônimos.

#### 4.1 O pharmakon e os regimes bioscéticos

Herbert Daniel (2018 [1990], p.140), no início dos anos noventa, escreveu um texto seminal para nossa problematização: *O primeiro AZT a gente nunca esquece*. O breve escrito narra uma espécie de ritual de passagem, qual seja, ingressar no mundo do antirretroviral e inscrever-se entre os que já não têm a contagem de células T suficientes para garantir o funcionamento adequado do sistema imunológico. Daniel descreve sucintamente o fármaco e atenta para seus efeitos: “[...] não estava tomando AZT. Estava engolindo, comprimido após comprimido, as metáforas transtornadas do medicamento, estava ingerindo uma ideologia muito própria cristalizada na sigla e na notícia que dela se dá muito mais do que na fórmula química [...]”.

Tomamos a relação entre corpo, AZT e “ideologia” solicitada por Daniel e voltamos à Donna Haraway (1994 [1985]): na série de deslocamentos de que somos testemunhas passamos de uma sociedade industrial e orgânica para uma sociedade “informacional”, na qual as fronteiras aparecem borradas. Daí que o aparecimento da aids passa a inscrever no corpo o vírus, num funcionamento que é do seu código em *intra*-ação (BARAD, 2017) com o corpo agora soropositivo. O borramento é, ainda, de outra natureza: a dos limites entre um vírus que ataca o corpo e a “poluição moral” que faz funcionar como estratégia do dispositivo.

É justamente esse borramento que pretendemos descrever, a partir da relação material entre as mulheres e seus medicamentos e aquela que lhe é constitutiva, a saber, a de produção de uma subjetividade bioascética. Voltando-nos aos enunciados das entrevistadas, primeiramente atestamos que: há uma associação entre as elas e os fármacos, que diz respeito a um compartilhamento da agência entre ambos. Dito de outro modo, se às mulheres cabe a decisão de aderir à TARV, os medicamentos as implicam em seus efeitos: exigem uma disciplina de seus corpos, colocam limites corporais para a adesão (vômitos, diarreias, alterações psíquicas etc). Como apontava Bennet (2010), o *thing-power* aparece não como forma de uma consciência do objeto, herdeira do cartesianismo e do kantismo, mas como uma vibração daquilo que é não-humano. Leiamos dois recortes<sup>8</sup>:

---

<sup>8</sup> Em todos os recortes os destaques são nossos.

É complicada [a relação com o remédio]. A gente não gosta muito um do outro não. [rindo]  
a gora eu tô fazendo, como que é que eles falam, é, eu tô tomando só uma vez por dia, agora tá mais tranquilo. [Jenifer]

[...] eu já dei uma bobeadinha com remédio e já voltou de novo [a carga viral], agora tem que tomar de novo,  
marcar certinho para fazer, tomar certinho pra fazer de novo o exame. [Jenifer]

[...] às vezes eu acho que tô bem, às vezes acho que não preciso nada, às vezes dá uma depressão, alguma coisa,  
aí às vezes a pessoa já pensa em querer morrer, essas coisas, e para de tomar o remédio, mas vai só prejudicar, pra gente mesmo, né?! [Lu]

Jenifer e Lu são brasileiras. Nos seus enunciados, a TARV aparece em diversos momentos segundo a ordem dos efeitos colaterais – como em todas as demais entrevistadas. Nossa leitura, aqui, aponta justamente para aquilo que isso solicita para a produção da subjetividade dessas mulheres, pois há um movimento de precarização sempre recorrente, não obstante a qualidade dos remédios atuais, menos tóxicos, seja alegada também por todas elas. Como acontecia com Herbert Daniel, o tratamento é uma espécie de assunção da bioidentidade – a mulher torna-se soropositiva em tratamento. Interessa pensar o movimento que liga essas formas de subjetividade a uma ruptura a partir da ação dos medicamentos, de efeitos diretos (no corpo) que se espraiam por toda a vida das mulheres. O *pharmakon* (DERRIDA, 2005), na medida em que é remédio e é veneno, ganha em personalização nesses discursos, como que para indicar a agência diante do humano: ele é *complicado*, com ele se negocia, dele se desiste. No limite, ele opera trazendo à tona uma memória da morte e uma exigência da autoperitagem minuciosa: *vai só prejudicar*, aqui, diz respeito à ambiguidade existente entre o perigo da adesão (a longo prazo, nos corpos e nas subjetividades das mulheres) e o perigo de não aderir (*dei uma bobeadinha*) – cuja consequência é o ocaso do sistema imunológico e a exigência de novas combinações, mais tóxicas, para o que se chama de resgate.

Ora, a agência da TARV tomada como *pharmakon* aparece, nos enunciados das mulheres portuguesas – ratificamos, ativistas – mais próxima daquela instância de negociação e de uso inventivo que sugere Preciado (2008). A associação entre as mulheres e o não-humano, a TARV, também se materializa em efeitos colaterais e, por conseguinte, subjetivos. Porém, aparece uma diferença fundamental:

No início, eu comecei a tomar AZTs e DDIs e eram medicações mais complicadas, cheguei até a fazer Lipodistrofia, **tive de fazer infiltrações** na face, por tava, fiquei mesmo muito afetada. E aí foi muito complicado. [inaudível] com a imagem corporal, foi uma altura muito negativa [Maria]

**Medicação não é feita pra mulheres**, a medicação é feita pra homens, porque as farmacêuticas querem apresentar um medicamento com menos efeitos colaterais [Sofia]

É a falta de escutativa da parte dos médicos e portanto tal conhecimento teórico e empírico e depois a falta de sensibilidade, a falta de de de escuta, um certo paternalismo do que o doente sente. [Sophia]

Atentemos para os modos pelos quais essas duas mulheres produzem efeitos sobre a normalização farmacobiomédica: enquanto Maria informa que fez infiltrações diante da lipodistrofia – efeito colateral comum de algumas classes de medicamentos mais antigas –, Sophia coloca em xeque a própria bioeconomia (LEMKE, 2016). Ela primeiro discorre sobre as combinações de medicamentos e explica que já se trabalha com a ideia de monoterapia; depois, no excerto, implica a indústria na dramática gendrada, já que é o corpo feminino o que fica mais vulnerável.

Esse caráter acional e inventivo das práticas das duas portuguesas, por sua vez, contrasta com os discursos sobre o poder médico que aparecem sobretudo entre as brasileiras, que marcam suas narrativas ou pela ausência de recursos para procurar um médico, ou pelo caráter de injunção – o *médico mandou* –, ou por situações de ignorância quanto a seus corpos ou aos medicamentos que usam. A biomedicina, aqui, parece sustentar-se em várias formas de controle: a dos corpos das mulheres, a do saber médico, a da autoridade. Entre as duas estratégias, permanece, porém, a existência de uma luta: entre as portuguesas, as formas de resistência, ao que parece, se instituem naquela *biopolítica menor* (AGAMBEN, 2010) e na produção de uma subjetividade, diríamos, militante, que exige medicamentos e que se pauta nos saberes e conhecimentos acerca do hiv e da aids para colocar em suspenso o controle fármaco-biomédico. Entre as brasileiras, resistir aparece numa negação – no limite da morte (BUTTURI JUNIOR, 2019): na recusa de ingerir os medicamentos, na criação de intervalos de ingestão que permitem ao vírus voltar a se replicar. Essa relação limítrofe, em que se pese a agência da TARV e do próprio hiv na associação com seus corpos, ainda se estabelece pela série de vulnerabilidades a que estão expostas, já que não podem revelar que são soropositivas e, portanto, tomar o remédio ou mesmo buscar o remédio se tornam práticas problemáticas.

Se, com Ortega (2003a), as práticas de bioascese configuram um autogoverno liberal dos corpos e dos sujeitos, pautadas na responsabilização e na autoperitagem, o que podemos ler é um vértice entre a TARV, o regime de verdade e autoridade da biomedicina

e a produção de subjetividades bioascéticas, mas sempre de modo a precarizar as mulheres: delas é exigido um controle minucioso, mas não são dadas as informações sobre seu corpo e seus medicamentos; para elas são receitados medicamentos mais nocivos, “feitos para homens” e sem possibilidade de escuta; por fim, a responsabilidade de sua saúde – que vai figurar nos dados de êxito da adesão à TARV – recai sobre elas e as coloca no centro da *sidadanização* (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009) e no limite da morte, como atestava Jenifer. Estamos, pois, diante do que Squire (2013) descrevia como a naturalização da cronicidade, a partir de um discurso de êxito da adesão e do governo de si, nessa topologia biopolítica, sem que se leve em conta a teia densa em que a vida com hiv é capturada.

#### 4.2 As mulheres e as vulnerabilidades

Tomaremos o gênero, que aparece nos enunciados da subseção anterior, naquilo que implica na vulnerabilidade. Como afirmava Sophia, “[...] **perceberam que existem mulheres no mundo. Mas é um bocado à força**”. Esse caráter de invisibilização das mulheres é uma das séries enunciativas do dispositivo em sua distribuição da precarização, como vimos. No entanto, se tomarmos a precarização conforme lida por Butler (2016), trata-se de uma série de processos e procedimentos que enquadram vidas e mortes de modos distintos e estão materializados nas práticas sociais e políticas. No caso das mulheres entrevistadas, é justamente o gênero um enunciado forte para marcar a diferença, que aparece relacionado ao dizer-se soropositiva e às formas de afetividade que experimentam ou intentam – com ou sem sucesso. Essas duas modalidades, entre outros modos de vulnerabilidade que abundam nas entrevistas, serão aqui tomadas porque parecem materializar a precarização soropositiva para mulheres – e a possibilidade de funcionamento de diferentes formas de racialização (FOUCAULT, 2010b [1976]). São elas, também, que colocam novamente em jogo a resistência e a invenção, na forma da potência.

Iniciemos com enunciados sobre o *dizer-se soropositiva*:

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

Foi preciso um dia eu cair na rua e ir pra um sítio muito especial e passado seis meses de internamento, **lá alguém decidiu fazer um teste de hiv já que eu não pertencia aos denominados grupos de risco**. [Sofia]

L: É, quando eu descobri, eu já tava, eu tava com imunidade 9, para ti ter noção, eu tava morrendo tá?!, e eu sempre ia no ginecologista, porque eu peguei uma bactéria, aquelas cocéiras que dava, , né?!, mas impossível, fazia o tratamento, daqui umas duas semanas, voltava de novo, então eu já tava com a imunidade tão baixa e o médico nunca chegou e disse assim para mim ó, “**ai eu vou fazer um exame de hiv”**, **nunca**, médico de posto de saúde, clínico geral, **eles não acreditam nisso, entendeu?!** [Lu]

Nos três recortes, desta feita de brasileiras e portuguesa, materializa-se, ainda, uma dicotomização entre os *grupos de risco*, inscritos como o outro, e as mulheres. Ora, a memória de uma epidemia gendrada e racializante opera incisivamente na produção de si: é a doença do outro que me acomete, é o perigo do outro que passo a carregar. No entanto, os documentos oficiais – supranacionais e nacionais – já operavam com a feminilização da epidemia; desde o início da década de noventa, traziam inclusive a discussão acerca das vulnerabilidades, como na proposta de Mann *et al.* (1993), que sugeria uma repartição importante, para além dos denominadores humanos da transmissão do hiv: há uma vulnerabilidade individual, composta por “[...] exemplos de precondições cognitivas, comportamentais e sociais” (MANN *et al.*, 1993, p. 279) e uma vulnerabilidade coletiva, então marcada sobretudo pelo IDH dos países.

Entre as vulnerabilidades, o gênero ganha espaço nas agendas internacionais e o conceito de grupo de risco passa a ser lido como ratificação de estigmas. Nos enunciados das mulheres, essa vulnerabilidade gendrada ganha um funcionamento específico: primeiro, porque produz um silenciamento da feminilização da epidemia, cujo efeito é a assunção de uma proteção total – e aqui notemos que são os próprios médicos que *não acreditam*; depois, e nesse cadinho, porque solicita a assunção de uma subjetividade perigosa, em relação a que elas querem se afastar, mas que marcará um deslocamento em direção à invenção de si como soropositiva.

Não obstante a relação com a memória, essa nova modalidade é assumida – Jenifer afirma mesmo não se lembrar da vida antes do hiv –, sobretudo para familiares, e é também negociada, justamente porque às mulheres cabe, no dispositivo crônico da aids, inventariar as condições em que a verdade biomédica não redunde apenas em precarização, como no caso das relações afetivas. Leiamos os três últimos enunciados:

**Lu** Eu já sofri para caramba também na mão de, de homem violento, sabe?

L: Sabe, antes dele ficar comigo ele já sabia, mesmo assim ele quis ficar comigo e não, **não contraiu o hiv e ele tira a camisinha.**

E: Sim, porque você tá infectável, né?!

L: **Ele dizia que era o pacto. Que ele fazia o pacto. Até pensei que ele tinha, porque ele queria trazer camisinha, aí ele tirava na hora, mas é como sou não detectável, ele fez os exame na cadeia e não deu nada.**

E: Entendi.

L: Aí agora, **quando ele, sair não sei se you ter que voltar com ele, assim um pouco até por medo, que eu tenho medo dele querer fazer alguma coisa para mim, não sei, vamos ver quando ele sair o que vai ser, né?!,**

E daí eu vou levar ele para tomar aquele Pep.

[Lu]

Sim, agora tenho um relacionamento agora já há 17 anos, quer dizer, já merecia trocá-lo por um alto e [risos].

E sim, sim, meu companheiro não é infectado e, portanto, sim. [Sofia]

Não, não culpo porque eu já tava separada e eu voltei. **eu voltei porque eu queria, né?!,** tentar novamente, aí não deu certo, **eu já sabia que ele tava usando droga.** [Jenifer]

Olhemos para os recortes tendo em vista uma distribuição desigual da precariedade gendrada. Dito de outro modo, há na produção subjetiva das mulheres entrevistadas uma diferença importante: enquanto as brasileiras apontam para séries de vulnerabilidade, à portuguesa cabe o riso e a possibilidade de escolha – merecia trocá-lo. O que se materializa na fala, porém, diz respeito à manutenção da responsabilização do governo biopolítico-bioidentitário: às brasileiras, cabe aceitar o pacto, aceitar a violência. Elas querem e supostamente têm controle sobre suas decisões: *eu voltei porque queria*. É essa ambiguidade que merece atenção. Se, com Butler (2016), postulamos que a precariedade é efeito de enquadramentos feitos pelo outro, é preciso levar em consideração tanto os homens com quem se relacionam como as memórias e o discurso de risco biomédico – que, como vimos, deixa-as num espaço de não saber – na produção desses enunciados agenciais. Se, ainda, com Squire (2013), pensamos no abismo entre políticas supranacionais e nacionais e o abandono – na forma de Agamben (2010), como mecanismo de retorno ao *bando*, à vida nua, à exceção – das existências ordinárias a seu próprio autogoverno, repleto de vulnerabilidades, então podemos descrever um funcionamento do dispositivo crônico da aids sustentado na exceção, como postulamos, no qual o gênero ocupa ainda a centralidade.



## **5 Considerações finais**

Neste artigo, nosso esforço foi o de analisar os discursos de mulheres soropositivas, tendo em vista o dispositivo crônico da aids e sua relação com os dispositivos de gênero e a agência dos não-humanos – detidamente, a TARV.

Para isso, adotamos as discussões de uma biopolítica ampliada para interrogar nosso corpus segundo a ordem *tecnobiodiscursiva*, naquilo que ela descreve como governo bioascético da vida e de permanência de regimes de exceção – na forma da precarização, na modalidade da *sidadanização* (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009).

Depois de descrever o dispositivo crônico, passamos às análises, quando foi possível observar uma agonística entre o controle biomédico e as práticas ordinárias e inventivas com que as mulheres se reinscrevem e a partir das quais fazem notar a mobilidade do dispositivo. Como postulado por Agamben (2010), acreditamos que esses movimentos configuram espaços de resistência *numa biopolítica menor*; porém, essas resistências e a precarização a que nos referimos aparecem distribuídas desigualmente entre brasileiras e portuguesas, na relação que elas travam com seus corpos, com a TARV e suas agências, com os saberes médicos e com as séries de vulnerabilidades a que estão submetidas.

Em todos os casos, permanece em funcionamento a responsabilização e um discurso de autonomização, da ordem de um liberalismo – inscrito em políticas, documentos e práticas – e um abandono, da ordem da exceção, no qual essas mulheres vivem e a partir do qual se reinventam diariamente.

## **Agradecimentos**

ABJ agradece ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela Bolsa de Produtividade em Pesquisa (PQ2), processo 304252/2019-0, que tornou esta pesquisa possível. CAL agradece ao CNPq pelo financiamento da bolsa de doutorado, processo 142131/2018-0, e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento da bolsa de doutorado sanduíche, no âmbito do projeto CAPES-PRINT, processo 88887.368665/2019-00.

## Contribuição

**Atilio Butturi Junior:** Conceptualização; Escrita – análise e edição; **Camila de Almeida Lara:** Conceptualização; Escrita – análise e edição.

## Referências

AGAMBEN, G. Une biopolitique mineure - entretien avec Giorgio Agamben. **Vacarme**, n. 10, 2010. Disponível em: <http://www.vacarme.org/article255.html>. Acesso em: 6 fev. 2014.

AGAMBEN, G. **Homo sacer**: o poder soberano e a vida nua I. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2010 [1995].

BARAD, K. Performatividade pós-humanista: para entender como a matéria chega à matéria. **Vazantes**, v. 1, n. 1, p. 6-34, 2017.

BARBOSA, R. H. S. AIDS e gênero: representações de risco entre mulheres de uma comunidade favelada no Rio de Janeiro, **Cad. Saúde Coletiva**, v. 1, n. 5, p. 33-52, 1997.

BENNETT, J. **Vibrant Matter**: A Political Ecology of Things Duke University, 2010.

BUTLER, J. **Quadros de guerra**: quando a vida é passível de luto. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

BUTTURI JUNIOR, A. As formas de subjetividade e o dispositivo da aids no Brasil contemporâneo: disciplinas, biopolítica e phármakon. *In*: QUINO, V. C.; CRESTANI, L. M.; DIAS, L. F.; DIEDRICHM M. S. **Língua, literatura, cultura e identidade**: entrelaçando conceitos. Passo Fundo: Editora da Universidade de Passo Fundo, 2016. p.59-78.

BUTTURI JUNIOR, A.; LARA, C. de A. Biopolítica, direitos humanos e resistências: uma análise comparativa das políticas públicas de saúde para a população LGBT de Florianópolis-SC. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, v. 57, n. 2, p. 645-674, 2018a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tla/a/4v7JrM94NZ3GqtprqQnF6SL/?lang=pt>. Acesso em: 23 maio 2022.

BUTTURI JUNIOR, A.; LARA, C. A. As narrativas de si e a produção da memória na campanha O cartaz HIV positivo. **Linguagem em (Dis)Curso (Online)**, v. 18, p. 393-411, 2018b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ld/a/tWtfRnpVwVXMr7G6bSYRG6d/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 maio 2022.

BUTTURI JUNIOR, A. O hiv, o ciborgue, o tecnobiodiscursivo. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, v. 58, p. 637-657, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tla/a/KgpnJBsDxVskHPqBLDc3FBp/?lang=pt>. Acesso em: 23 maio 2022.

BUTTURI JUNIOR, A.; CAMOZZATO, N. M. A PreP, o HIV e as táticas de desobediência. **Fórum Linguístico**, v. 18, p. 6332-6350, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/forum/article/view/79952/47261>. Acesso em: 23 maio 2022.

CAMARGO JR., K. R. de. **As ciências da AIDS e a AIDS das ciências**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS, UERJ, 1994.

CAPONI, S. Entre o governo de si e o governo dos outros: a hermenêutica psiquiátrica de si e as práticas de liberdade. In: BUTTURI JUNIOR, A. *et al.* **Foucault e as práticas de liberdade: o vivo e os seus limites**. Campinas: Pontes, 2019. p. 175-191.

CARVALHO, M. M. **Atualizações em Foucault: aplicações da noção de dispositivo ao VIH/SIDA**. Faculdade de Letras da U. Porto (FLUP): Porto, 2010.

COLLIER, S. J. Topologias de poder a análise de Foucault sobre o governo político para além da “governamentalidade”. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 5, p. 252-284, 2011.

CUNHA-OLIVEIRA, A.; PITA, J. R.; MASSANO-CARDOSO, I. **A história recente do VIH/SIDA em Portugal – 30 anos de epidemia**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2011.

DANIEL, H. O primeiro AZT a gente nunca esquece. In: DANIE, H.; PARKER, R. **AIDS: a terceira epidemia – ensaios e tentativas**. Rio de Janeiro: ABIA, 2018 [1990]. p.139-143. Disponível em: [http://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2018/12/aids\\_a\\_terceira\\_epidemia\\_web.pdf](http://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2018/12/aids_a_terceira_epidemia_web.pdf). Acesso em: 10 jan. 2021.

DERRIDA, J. **A farmácia de Platão**. Trad. Rogério da Costa. São Paulo: Iluminuras, 2005.

DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault: beyond structuralism and hermeneutics**. 2nd. Chicago: The University of Chicago Press, 1983.

ESPOSITO, R. **Bíos – Biopolítica e filosofia**. Trad. Wander Melo Miranda. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2017.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Trad. Luiz Felipe Baeta Neves. 8.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012 [1969].

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. **Verve**, n. 18, p. 167-194, 2010a [1974]. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646>. Acesso em: 10 abr. 2018.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade** - curso no Collège de France, 1975-1976. Trad. Maria Ermantina Galvão. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010b [1976].

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 19.ed. Trad. Maria Thereza Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 2009a.

FOUCAULT, M. Sobre a história da sexualidade. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. 27. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009b. p. 243-276.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**: curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008 [1979].

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008 [1977-1978].

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 4.ed. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994 [1963].

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. Trad. Raquel Ramalhete. 41.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2013 [1975].

GALVÃO, J. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS. In: PARKER, R. **Políticas, instituições e Aids**: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro, ABIA/Jorge Zahar Editor, 1997.

HARAWAY, D. J. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: TADEU, Tomaz (org.). **Antropologia do ciborgue**: as vertigens do pós-humano. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 1994 [1985]. p.243-288.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Império**. 3.ed. Trad. Berilo Vargas. Rio de Janeiro: Record, 2000.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE. PORTUGAL. **Infeção VIH e SIDA em Portugal** – 2020. Disponível em: <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/7243/1/DGS-INSA-RelatVIHSIDA-2020.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2022.

LARA, C. de A. **As narrativas de mulheres que vivem com hiv e a produção de subjetividades**: entre as estratégias de intervenção e as práticas de si. 2022. Tese (Doutorado em Linguística) – Programa de Pós-Graduação em Linguística, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/234846>. Acesso em: 13 jun. 2022.

LATOUR, B. **Políticas da natureza**: como fazer ciência na democracia. Trad. Carlos Aurélio Mota de Souza,. Bauru: EDUSC, 2004.

LAZZARATO, M. **Fascismo ou revolução?**: o neoliberalismo em chave estratégica. São Paulo: n-1, 2019.

LEMKE, T. Rethinking biopolitics: The new materialism and the politics economy of life. In: WILME, S. E.; ŽUKAUSKAITĖ, A. (ed.). **Resisting biopolitics**: philosophical, political, and performative strategies. Londres: Routledge, 2016. p.57-73.

MANN, T. et al. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: PARKER R. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. p. 276-300.

MARTINS, H. C. Infecção VIH/SIDA em mulheres em Portugal (1983-2012): caracterização de uma epidemia. **Observações\_Boletim Epidemiológico**, Lisboa, 2012. Disponível em: [http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/PublicacoesRepositorio/Documents/observacoesN62013\\_artigo9.pdf](http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/PublicacoesRepositorio/Documents/observacoesN62013_artigo9.pdf). Acesso em: 10 maio 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Nota informativa N° 5/2019-DCCI/SVS/MS**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-52019-diahvsvms>. Acesso em: 10 jan. 2021.

ORTEGA, F. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p.59-77, 2003. Disponível em: [http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2003\\_1/artigos/2003\\_1%20FOrtega.pdf](http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2003_1/artigos/2003_1%20FOrtega.pdf). Acesso em: 10 dez. 2020.

PARKER, R. O fim da AIDS?. **Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS**, 2015.

PERLONGHER, N. **O que é AIDS**. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

PINTO-COELHO- Z. VIH/SIDA nos jornais portugueses: construções visuais e linguísticas, discursos e gênero. **Discurso & Sociedad**, v. 4, n. 2, p.332-363, 2010. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/29201>. Acesso em: 30 set. 2021.

PRECIADO, P. B. **Testo Yonqui**. Madrid: Espasa, 2008.

SEIXAS, E. Rituais de risco e governamentalidade liberal na prevenção do VIH/SIDA. **e-cadernos CES**, n. 8, p. 136-152, 2010. Disponível em: <https://journals.openedition.org/eces/501>. Acesso em: 10 jan. 2021.

SQUIRE, C. **Living with HIV and ARVs**: Three-letter lives. Springer, 2013.

UNAIDS. **Prevenção combinada**: conheça as novas estratégias de prevenção ao HIV. 3 jan. 2018. Disponível em: <https://unaids.org.br/2018/01/prevencao-combinada-conheca-as-novas-estrategias-de-prevencao-ao-hiv/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

Recebido em: 08 de abril de 2022

Aceito em: 23 de maio de 2022

Publicado em agosto de 2022

---

Atilio Butturi Junior  
E-mail: [atilio.butturi@ufsc.br](mailto:atilio.butturi@ufsc.br)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9985-2259>

Camila de Almeida Lara  
E-mail: [camilaalara04@gmail.com](mailto:camilaalara04@gmail.com)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9035-5328>