

GABRIEL LUIS PEREIRA NOLASCO



**EXPERIÊNCIAS DE UM CORPO-POSITIVADO:
TENSÕES ENTRE CORPOS VETORES E
CORPOS POLÍTICOS NO CAMPO DA AIDS**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO E DOUTORADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS**

2024

GABRIEL LUIS PEREIRA NOLASCO

**EXPERIÊNCIAS DE UM CORPO-POSITIVADO:
TENSÕES ENTRE CORPOS VETORES E
CORPOS POLÍTICOS NO CAMPO DO AIDS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado e Doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação da Professora Dra. Anita Guazzelli Bernardes, sob a co-orientação da Professora Dra. Neuza Maria de Fátima Guareschi.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO E DOUTORADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS**

2024

N786e Nolasco, Gabriel Luis Pereira

Experiências de um corpo-positivado: tensões entre corpos vetores e corpos políticos no campo da aids/
Gabriel Luis Pereira Nolasco sob orientação da Profa. Dra. Anita Guazzelli Bernardes; Profa. Dra. Neuza Maria de Fátima Guareschi.-- Campo Grande, MS : 2024.
186 p.: il.

Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Católica
Dom Bosco, Campo Grande- MS, 2024
Bibliografia: p. 170- 186

1. Corpos-vetores. 2. Corpos-políticos. 3. AIDS.I. Bernardes,
Anita Guazzelli. II. Guareschi, Neuza Maria de Fátima.
III. Título.

CDD: 616.97920019



UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
Inspira o futuro

A tese apresentada por **GABRIEL LUIS PEREIRA NOLASCO**, intitulada “**EXPERIÊNCIAS DE UM CORPO-POSITIVADO: TENSÕES ENTRE CORPOS VETORES E CORPOS POLÍTICOS NO CAMPO DA AIDS**”, como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi **APROVADO**.

A presente defesa foi realizada no formato híbrido. Eu **Anita Guazzelli Bernardes**, como presidente da banca, assinei a folha de aprovação com o consentimento de todos os membros, ainda na presença destes.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Anita Guazzelli Bernardes

Profa. Dra. Neuza Maria de Fátima Guareschi

Profa. Dra. Camilla Fernandes Marques

Prof. Dr. Márcio Luís Costa

Prof. Dr. Esmael Alves de Oliveira

Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliviera

Campo Grande - MS, 01 de fevereiro de 2024.

AGRADECIMENTOS

Saber agradecer, é como nos inspira bell hooks com sua política do amor.

O amor é constituído cotidianamente no sentido da ação comum e coletiva.

O amor é um ato político e revolucionário.

Na esteira do amor como ato ético-político agradeço:

Ao Milton Mariani, meu marido, pela generosidade do nosso amor, no companheirismo

diário que faz do nosso encontro local seguro e afetuoso.

A Anita Guazzelli Bernardes, minha orientadora, que faz da docência um exercício ético-político no modo como se conduz no mundo e no encontro com outras vidas. A gratidão que

tenho do nosso encontro transcende qualquer palavra ou gesto de generosidade.

Aos professores(as), Camilla Fernandes Marques, Daniel Canavese de Oliveira, Esmael Alves de Oliveira, Laio Magno, Márcio Luis da Costa e Neuza Maria de Fátima Guareschi, a oportunidade de trocas, ensinamentos e por costurar outros saberes que se sustentam pela base do afeto.

A Carla Cristina de Souza, amiga, companheira de pesquisa e trabalho, que nossos laços estejam sempre abertos e atentos no fortalecimento desses vínculos.

Ao Instituto Brasileiro de Inovações pró-Sociedade Civil do Centro-Oeste – IBISS/CO por atuar na defesa e garantia dos direitos humanos, das políticas sociais e da democracia;

As colegas e profissionais de saúde, das Secretarias municipal e estadual de Saúde, de Campo Grande e estado de Mato Grosso do Sul, aos inúmeros momentos em que foram possíveis estabelecer conexões e atravessamentos para execução desta pesquisa e de tantos outros projetos no enfrentamento a epidemia de aids.

Aos colegas do Laboratório de Políticas de Cognição e Subjetividade, em especial, Júlia Palmiere, Giovanna Liz, Giovana Barbieri, Camila Marques e Vanilson Oliveira da Silva, que se fizeram presentes em momentos que as trocam possibilitaram abertura para as

diferenças.

Aos alunos, alunas e alunes do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC, ao longo dos últimos quatro anos, pelas inúmeras apostas no exercício da pesquisa. A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da Bolsa de pesquisa.

O amor, como dito inicialmente, é um ato político-ético-revolucionário, atua na perspectiva de transportar barreiras do preconceito, discriminação e das desigualdades estruturais.

A todas às pessoas que lutam, cotidianamente, no enfrentamento da epidemia de aids.

RESUMO

Essa pesquisa tem como temática a aids como parte de um dispositivo social que a coloca em discussão a partir de um conjunto heterogêneo de ações, serviços, políticas, práticas e estratégias no nosso presente. A tese aposta em um percurso cartográfico como estratégia metodológica, sob o qual percorremos distintos acontecimentos e itinerários da aids grafados em memórias de corpos que foram se encontrando na experiência de corpos-positivados em corpos-vetores e corpos-políticos, como efeitos de um conjunto de práticas e memórias singulares e coletivas, principalmente diante dos distintos jogos históricos e políticos que se produziram desde sua emergência como problemática de um tempo, isto é, que nos conduz à seguinte questão de pesquisa: “o que constitui a aids como dispositivo social no nosso presente?”. Isso implica uma reflexão acerca dos jogos que constituem a aids como uma epidemia e as formas de subjetividades que com ela se constituem, considerando a intersecção entre corpo político e corpo vetor na cena da política de aids no Brasil. Com isso, tem-se como objetivo de pesquisa problematizar o dispositivo da aids a partir de jogos de verdade que vão performando certas práticas e itinerários acerca da noção de corpo-vetor e corpo-político, de novos deslocamentos e atualizações necessárias ao campo da prevenção e das políticas públicas de saúde. O texto se apoia em uma perspectiva pós-estruturalista e contracolonial para problematizar as formas biopolíticas e necropolíticas de gestão da vida que constituem políticas de subjetivação: corpo-vetor e corpo-político no contemporâneo. A análise dessas memórias dos itinerários é produzida a partir dos modos de acesso às políticas públicas constituídas por distintas estratégias e tecnologias de governo da vida em termos de visibilidades e invisibilidades de corpos e populações e suas implicações para o campo da prevenção e enfrentamento à epidemia, a qual também configura o dispositivo social da aids.

Palavras-chaves: corpos-vetores; corpos-políticos; AIDS.

ABSTRACT

This research has AIDS as a theme as part of a device that puts it under discussion from a heterogeneous set of actions, services, policies, practices and strategies in our present. The thesis bets on a cartographic route as a methodological strategy, under which we traverse different events and itineraries of aids graphed in memories of bodies that have been meeting in the experience of bodies-positive in bodies-vectors and bodies-politics, as effects of a set of singular and collective practices and memories, mainly in the face of the different historical and political games that have taken place since its emergence as a problem of a time, that is, which leads us to the following research question: “what constitutes aids as an epidemic at the present time?”. This implies a reflection on the games that constitute AIDS as an epidemic, considering the intersection between the political body and the vector body in the AIDS policy scene in Brazil as an analytical trigger for AIDS as an epidemic. With this, the research objective is to problematize the aids device from real games that perform certain practices and itineraries about the notion of body-vector and body-politics, of new shifts and necessary updates in the field of prevention and public health policies. The text is based on a post-structuralist and countercolonial perspective to problematize the biopolitical and necropolitical forms of life management that constitute subjectivation policies: body-vector and body-politician in the contemporary world. The analysis of these memories of the itineraries is produced from the means of access to public policies constituted by different strategies and technologies of government of life in terms of visibilities and invisibilities of bodies and populations and their implications for the field of prevention, especially in the face of the construction and re-articulation of the political discourse regarding the hiv/aids epidemic in the country, which also configures the social aids device.

Keywords: vector-bodies; political-bodies; AIDS.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Perfil dos(as) usuários(as) em PrEP (2023).....	19
Figura 2 – FOI AIDS	30
Figura 3 – Publicação em rede social de Lula e Alckmin sobre o Dia Mundial da Luta Contra a Aids.....	35
Figura 4 – Peça publicitária	41
Figura 5 – Cartaz de lançamento do documentário “Deus Tem Aids”.....	67
Figura 6 – Convocação para realização de audiência pública.....	92
Figura 7 – Resolução n.º 614 de 07 de julho de 2021	100
Figura 8 – Critérios para compartilhamento do cuidado da pessoa vivendo com HIV na Atenção Primária em Saúde	101
Figura 9 – <i>Linha de Cuidado da Pessoa Vivendo com HIV/aids de Campo Grande</i>	103
Figura 10 – Perfil dos usuários em PrEP	106
Figura 11 – Capa da revista Veja de 26 de abril de 1989.....	116
Figura 12 – Recorte de jornal.....	126
Figura 13 – Revista “O beijo da rua”	137
Figura 14 – Manifestação alusiva ao Dia Mundial de Luta contra a Aids em São Paulo	151
Figura 15 – Carta de manifestação do movimento social de luta contra a aids	161

SUMÁRIO

GUIA: ITINERÁRIOS DE UMA PESQUISA CORPORIFICADA	11
1. CARTA ABERTA.....	31
2. QUEM TEM MEDO DA AIDS	42
2.1 O Corpo Positivado pela aids	53
3. O QUE CONSTITUI A AIDS COMO DISPOSITIVO SOCIAL NO NOSSO PRESENTE	68
3.1 Cena 1: Vamos Conversar Sobre o hiv/aids.....	73
3.1.1 Gustavo.....	80
3.1.2 Ivan.....	82
3.1.3 Rocini.....	86
3.1.4 Selma e Martina.....	87
3.1.5 Raissa.....	89
3.1.6 Arnaldo.....	90
3.2. Cena 2: Aula Pública/Particular	92
3.2.1 Panorama do hiv/aids	95
3.2.2 A Política de PrEP como Estratégia de Prevenção?.....	106
3.2.3 Percepção do Manejo Clínico da PVHA no Município.....	109
3.3 Cena 3: Reafirmando Lutas e Resistindo aos Desafios	115
4. PRA QUEM A AIDS É EPIDEMIA.....	127
4.1 “Não, Não, Não Tem Nada Disso, Você Quem Contaminou Ele, Você Contaminou Ele!! Você Contaminou Ele!!”	128
4.2 Corpo Vetor	130
4.3 Corpo Político	141
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS: ALGUMAS URGÊNCIAS E INSURGÊNCIAS	152
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	171

Tive aids durante três meses. Mais exatamente, acreditei durante três meses estar condenado por essa doença mortal chamada aids. E eu não estava imaginando coisas, estava de fato infectado, o teste positivo o provava, bem como os exames que demonstravam que meu sangue começava um processo de falência. Ao cabo de três meses, porém, um acaso extraordinário me fez acreditar e ter quase certeza de que poderia escapar dessa doença que todo mundo ainda considerava incurável. Assim como não revelara a ninguém que estava condenado, exceto aos amigos, a não ser esses poucos amigos, que sairia dessa, que eu queria, por aquele acaso extraordinário, um dos primeiros sobreviventes no mundo dessa doença inexorável (Guibert, 2023, p. 05).

Começo a escrita desse guia situando a você a minha temática de pesquisa, que se volta a pensar a aids enquanto dispositivo social. Ao longo do percurso de investigação, a noção de dispositivo social em contrassenso à lógica de risco epidemiológico será abordada; por hora consideramos o dispositivo social constituído por uma série de itinerários e memórias em que a epidemia de aids é performada no nosso presente. A partir dos encontros com as políticas públicas vão se produzindo planos de experiência, aqui, tomamos emprestado a concepção rizomática de Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995), planos aqui são formulados por processos de imanência, isto é, daquilo que decorre de processos de encontros e agenciamentos micropolíticos.

A partir disso formulo como questão de pesquisa: “o que constitui a aids como dispositivo social no nosso presente?”. De modo a colocar em análise a questão de pesquisa se buscou seguir com o seguinte objetivo de pesquisa – “problematizar o dispositivo social da aids a partir de jogos de verdade que vão performando certas práticas e itinerários acerca da noção de corpo-vetor e corpo-político” como efeitos dessa articulação novos deslocamentos e

atualizações são efetivações necessárias ao campo da prevenção e das políticas públicas de saúde no curso de 40 anos de enfrentamento à epidemia de aids. Ao assumirmos a aids como dispositivo social e colocá-la em discussão, apostamos metodologicamente em um percurso cartográfico, em materiais que compõe o cenário da aids – documentos, fotos, eventos, memórias. Os meus conceitos-chave, do campo pós-estruturalista e contracolonial, aqueles que acompanham meu pensamento, minhas perguntas, enfim, o meu caminho são: dispositivo, poder, subjetividade e verdade. Porém, opto por apresentar esse guia com a vida, pois, apesar da aids nos trazer experiências de morte, é pela vida que falamos com ela.

Ao apostar na vida frente a morte, ou melhor dizendo aos processos em que se faz presente a lógica de moer determinados grupos e populações, recorro a bell hooks (2021) em sua obra *“Tudo sobre o amor: novas perspectivas”* considerando o amor não em seu lirismo, mas como uma prática política e revolucionária como possibilidade de emancipação de opressões históricas que demarcam certas populações no campo social. Dito de outro modo, trata-se de políticas de vida/morte operando na base de processos de visibilidade e invisibilidade em que os efeitos da colonialidade recaiam sobre corpos/populações, contudo, o modo como tais políticas operam apresenta condições diferentes para vidas consideradas mais humanas e menos humanas.

Um bom exemplo está na própria história de surgimento da aids na década de 1980, facilmente identificamos que há um direcionamento de ações e serviços dirigidos para corpos homossexuais e/ou condutas consideradas dissidentes, o que aciona normas, convenções e códigos morais e reforçam condutas macropolíticas de modos de ser e agir. Mais ainda: afeta diretamente as relações micropolíticas ao constituir a desumanização de alguns corpos como uma estratégia de governo das condutas, uma forma de estabelecer a relação entre o corpo e regimes de verdades mediante os corpos se subjetivam (Nolasco & Bernardes, 2023).

A epígrafe que apresentei no início foi publicada em 1990 “Ao amigo que não me

salvou a vida” de Hervé Guibert com reedição em 2023 pela editora Todavia, fornece interrogações outras às pistas produzidas no percurso dessa investigação. A escrita de Guibert é provocativa, diretiva, ao mesmo tempo, sensível e contemporânea. O modo visceral com que expõe sua relação e experiências pessoais com a aids é traduzida em sua escrita, provoca nó na garganta, a cada linha em que fui percorrendo sua cartografia existencial.

Os nós produzidos por Guibert me (des)orientaram. A escolha por este trecho não é aleatória, assim como nosso encontro. Fui afetado pela sua produção após a realização do exame de qualificação, de revisitar as memórias colhidas naquela tarde de 06 de setembro de 2023, ainda que na modalidade remota. Foram inúmeras as sensibilidades provocadas no encontro com as professoras e professores, convidados(a) a compor o exame de qualificação com apontamentos e sugestões que vão amplificando olhares, vozes e memórias, ao mesmo tempo, que reorganizam perspectivas e modos de pensar.

Foi durante o encontro oportunizado pelo exame de qualificação diante às provocações do parecer do professor Daniel Canavese de Oliveira sob as urgências e, por que não, às insurgências? Isto é, buscando explorar diante o acúmulo das experiências coletivas e comunitárias de resposta a aids nas últimas quatro décadas, de modo a problematizar o estigma e o preconceito como desdobramentos de práticas, discursos e ações que constituem como dimensões importantes para que a aids continue sendo epidemia em pleno século XXI (Oliveira & Nolasco, 2023).

Intentar para os discursos em torno da epidemia, considerando sua trajetória e percurso, não é pensá-la em si mesma, mas como resgate e afirmação dessas memórias e lutas como formas de resistências, justamente, considerando aliançar-se a outros movimentos e ativismos no combate ostensivo às desigualdades sociais, políticas, econômicas, entre outras, como antídoto a ignorância e iniquidades no campo político e social (Collins & Bilge, 2021). Neuza Maria de Fátima Guareschi, coorientadora da pesquisa, chama atenção a importância

dos conceitos em torno das noções de corpo-vetor e corpo-político para o debate na ciência psicológica.

O professor Magno Laio, provocou deslocamento outro frente a questão de pesquisa inicial, discutida em conjunto e colaboração durante às inúmeras orientações guiadas pela minha orientadora, Anita Guazzelli Bernardes. “O que constitui a aids como dispositivo social no nosso presente?” De modo a pensá-la a partir de um conjunto de práticas, discursos e experiências micropolíticas e macropolíticas que organiza a aids como parte de um dispositivo social em torno de corpos e experiências.

Seguindo as reflexões do professor Laio Magno, Esmael Alves de Oliveira, proferiu durante a arguição acerca do relatório de tese, destacou a importância de olharmos também para aquilo que escapa as formas de governo disciplinar sobre os corpos, isto é, apostar nos itinerários de cuidado de si frente às condutas generalizadas e universalistas considerando, elementos outros, que agenciam cuidado de si/outro como parte das práticas e micropolíticas de produção de desejos, agenciamentos e estratégias de resistências. A contribuição advinda de sua leitura constitui nuances outras, direcionando não apenas a questão de pesquisa, mas ampliando nossos olhares diante a forma inicial em que a interrogação de pesquisa se formulou. Em outras palavras, mais do que pensar o que constitui a aids como dispositivo social no nosso presente é pensá-la e interrogar o que a produz como parte de um dispositivo social em que práticas e discursos constituem modalidades de subjetivação da experiência da aids no nosso presente.

Penso na conjunção dos encontros proferidos pela banca a oportunidade de retomar a questão e considerá-la a partir desses movimentos e movimentações outras que a qualificação produziu. O exercício é tomá-la como acontecimento diante o acúmulo das experiências confeccionadas na história da epidemia da aids, ao mesmo tempo, em que assistimos há incorporação de tecnologias novas no Sistema Único de Saúde (SUS) no combate à epidemia

de aids, embora significativos, cotidianamente, ainda persistem na contramão do alcance dessas tecnologias o aumento expressivo de novos diagnósticos no curso da epidemia.

De volta a interrogação inicial que deu desenho à pesquisa, considerando os distintos atravessamentos que reconduz a questão de pesquisa, recorreremos à lógica epidemiológica como fio condutor e que nos guia as novas pistas de modo a compreendermos como a visão epidêmica consolida o entendimento acerca das epidemias, sobretudo, considerando apenas e, sobretudo, os aspectos epidemiológicos e suas respostas paulatinamente biomédicas. Diante do deslocamento produzido, buscamos responder não ao que é o risco epidemiológico, mas em quais circunstâncias a aids se produz como dispositivo social no nosso presente.

A primeira pista para responder à insuficiência de respostas universais advém do campo da epidemiologia, segue diretrizes globais do curso da epidemia. Consoante o Programa das Nações Unidas no Combate à AIDS (UNAIDS), segundo o relatório “O Caminho que põe fim à AIDS” (Unaid, 2023), estima-se que atualmente no mundo são 39 milhões de pessoas que vivem com hiv (PVHIV), sendo 990 mil no Brasil, em uso de terapia antirretroviral são 29,8 milhões em todo o mundo e 723 mil no Brasil. Anualmente no mundo chega-se a 1,3 milhões de novas infecções, sendo 51 mil delas no Brasil, em óbitos no mundo estima-se 620 mil e 13 mil no Brasil. O mesmo documento afirma que “em 2022, a cada minuto, uma pessoa morreu em decorrência da AIDS. Cerca de 9,2 milhões de pessoas ainda não têm acesso ao tratamento, incluindo 660 mil crianças vivendo com HIV” (Unaid, 2023, s/n).

Ao mesmo tempo, em que o relatório expõe números alarmantes em torno da epidemia, seja na crescente de novos casos, adoecimentos e óbitos pelo mundo e, conseqüentemente, em solo brasileiro, nos conduz a segunda pista. O deslocamento aqui nos auxilia em pensar como a aids é constituída como dispositivo social enquanto experiência no nosso presente, diante as nuances dos seguintes desdobramentos na montagem da questão de

pesquisa que assumimos a partir dos acontecimentos e desafios em que se revelam dimensões estruturais e comportamentais que continuam alargando o fim da aids em 2030. Ou ainda de mais nada compreender dois pontos: 1) a conjuntura político-conservadora e o recuo das respostas no campo da aids e; 2) identificar as experiências exitosas que devem ser compartilhadas de modo a desenvolver uma série de atividades destinadas a alcançar os objetivos de sua eliminação – “decisões estratégicas, aquelas envolvendo muitos recursos e muitas repercussões, são tomadas por sujeitos concretos lidando com dilemas” (Costa, Leite & Shimocomaqui, 2022, p. 151).

Ao assumirmos a aids como dispositivo social descortinam-se aspectos que para o movimento de luta contra a aids somado a outros movimentos, aliados às desigualdades de gênero, raciais/étnicas, políticas, sociais, econômicas entre outras não são novos, ao contrário, estão presentes no curso da experiência da aids como epidemia desde sua emergência. Trata-se, portanto, configurá-la na dianteira desses acontecimentos. De acordo Winnie Byanyima, diretora-executiva do UNAIDS, existe caminho para o fim da epidemia de aids até 2030, contudo, é preciso considerá-lo levando em consideração os seguintes eixos de alianças e coabitação de fatores:

as respostas ao HIV têm sucesso quando estão baseadas em uma forte liderança política que: segue as evidências; enfrenta as desigualdades que impedem o progresso; fortalece comunidades e organizações da sociedade civil em seu papel vital na resposta; e garante financiamento suficiente e sustentável (Unaid, 2023, p.04).

Somos interpelados a partir desses conjuntos de caminhos em que operam simultaneamente jogos e disputas como possibilidades frente a retórica do fim da aids. No mesmo momento em que novas evidências reforçam que diante da fragilidade dessas alianças, governamentais, baixíssimos financiamentos, desmontes e criminalização das organizações sociedade civil, de que modo países periféricos e/ou Sul-Global alcançará as

metas globais de erradicação da aids? De quais vidas/corpos erradicaremos o vírus ou a vida? Quando continuamos identificando que a epidemia de hiv/aids afetam as populações com menos acesso às possibilidades de uma vida vivível, ou seja, de apenas um corpo sem reconhecimento de direito (Butler, 2018).

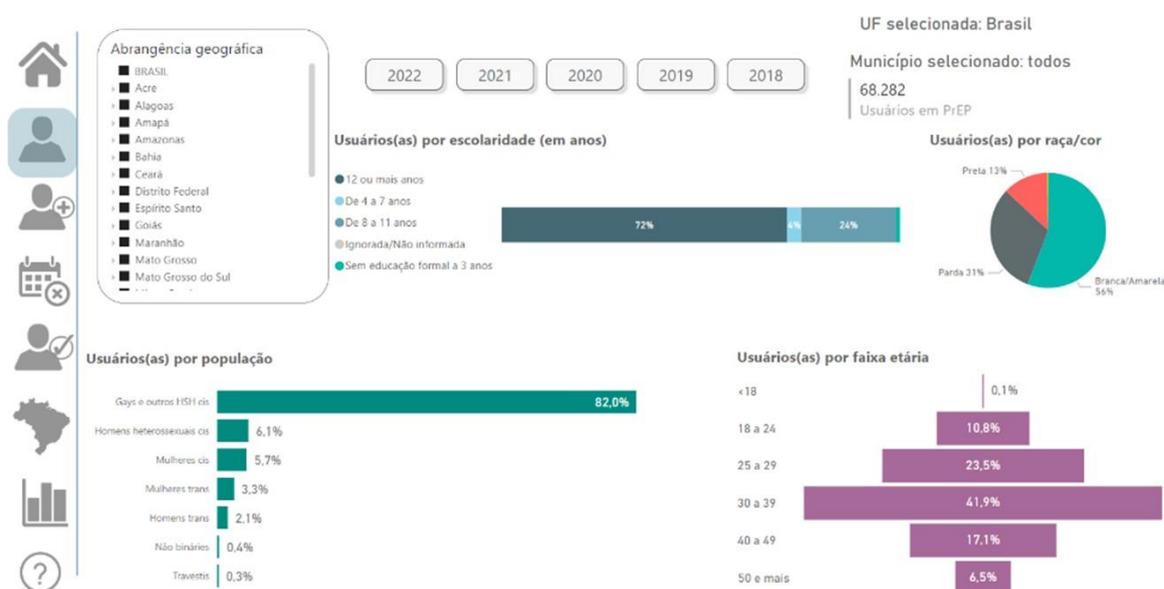
Em 2022, em comparação com adultos na população em geral (com idade entre 15 e 49 anos), a prevalência do HIV era 11 vezes maior entre homens gays e outros homens que fazem sexo com homens, quatro vezes maior entre trabalhadores sexuais, sete vezes maior entre pessoas que fazem uso de drogas injetáveis e 14 vezes maior entre pessoas trans. A falha em proteger contra o HIV as pessoas de populações-chave e outras populações prioritárias, incluindo em contextos humanitários, prolongará indefinidamente a pandemia, com enormes custos para as comunidades e sociedades afetadas (Un aids, 2023, p. 11).

A multiplicidade de fatores, principalmente, considerando as desigualdades inerentes às populações onde os discursos biomédicos, de distribuição de renda, moradia, educação, entre outros mínimos sociais não chegam, devido ao enquadramento dessas vidas em níveis elevados de precariedade. Essa é a realidade de sobrevivência de muitas travestis e mulheres transexuais em diferentes regiões do país, principalmente, aquelas em contextos de prostituição de rua (Anúnciação, 2022).

A violência institucional e cotidiana é força motriz dos processos de estigmatização, contribuindo ostensivamente como barreiras de acesso às políticas de saúde no SUS. Segundo a tela abaixo, painel de PrEP do Ministério da Saúde, em todo o território brasileiro apenas 3% de travestis acessam esse modelo preventivo, quando, do outro lado, estão elas 35 vezes mais suscetíveis à infecção pelo hiv.

Figura 1

Perfil dos(as) usuários(as) em PrEP (2023)



Nota. Fonte: Ministério da Saúde (2023).

A precariedade de suas existências são desafios urgentes e necessários para acabar com o estigma e a discriminação que rondam o espectro da aids enquanto experiência social e política, impactando diretamente no acesso ao cuidado e assistência em saúde nas suas mais distintas necessidades no percurso para o fim da epidemia.

Como destaca o documento não se trata apenas aquisição de novas ferramentas biomédicas, mas os desafios complexificam, justamente, considerando a ampliação dessas tecnologias a todos que necessitam, em especial, as camadas populacionais atingidas de forma desproporcional face às múltiplas necessidades e capacidade de resposta que extrapolam o nível individual – “a vulnerabilidade abarca as relações complexas entre os planos individual, social e programático, e a prevenção ao HIV/aids ganha novos sentidos, com estratégias sobre os determinantes estruturais da epidemia” (Costa & Gonçalves, 2021, p. 02).

Nesse sentido, vislumbra-se respostas pautadas na perspectiva da interseccionalidade, destacando os poços de desigualdades que afetam de modo desigual e desproporcional

populações em detrimento de outras e, que, portanto, somam-se os esforços desta investigação.

Buscamos com a escrita desse guia dar indícios de algumas interrogações, urgências e insurgências, de modo que sirva de guia de navegação para você caro(a) leitor(a), sobre a produção desses itinerários, memórias e lutas no campo da aids. Destacamos que o percurso escolhido a essa investigação é constituído no e pelo encontro de ferramentas teórico-metodológicas pós-estruturalistas e contracoloniais. Seguindo os preceitos de Jota Mombaça (2016) ao assumir uma postura indisciplinada diante à norma e ao risco face à construção de uma pesquisa implicada e corporificada.

[...] Trata-se, aqui, de tentar ser monstruosa no espaço da norma; indisciplinada no lugar da disciplina. [...] pesquisar com uma certa deslealdade aos métodos acadêmicos convencionais que permita fazer convergir métodos aparentemente contraditórios na contramão “da pressão acadêmica por coerência entre disciplinas (Mombaça, 2016, pp 344–345).

Na esteira dessa discussão em provocar movimentos outros inspirados em Mombaça (2016) buscamos estabelecer conexões com saberes outros na construção e consolidação da produção de conhecimento e formação a partir da aposta em uma submetodologia contracoloniais perante a lógica vigente, eurocêntrica e universal.

Diante desse breve contexto, é preciso localizar que essa pesquisa é formulada durante o caminhar no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do curso de mestrado e doutorado da Universidade Católica Dom Bosco, na linha de pesquisa Políticas Públicas, Cultura e Produções Sociais, vinculada ao Laboratório de Psicologia da Saúde, Políticas da Cognição e da Subjetividade.

A reflexão que nos captura diante da urgência dessa escrita tem como campo de formulação o cenário das políticas sociais, fundamentalmente as de saúde no âmbito do

hiv/aids, considerando as fronteiras e extensões que a política de Prevenção Combinada do HIV assume no encontro com as práticas de cuidado e assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2017a). Ou seja, o campo de investigação considera as lógicas que compõem itinerários e memórias da aids, principalmente diante dos distintos jogos históricos e políticos que se produziram desde sua emergência como problemática de um tempo, ou seja, de uma ontologia em que configura a aids como dispositivo social.

Assim partimos da aids como fio temático que se forja em um contexto do ativismo e das políticas sociais e de saúde, buscando percorrer certos itinerários na composição de territórios de/na saúde, constituídos nos encontros com corpos heterogêneos como parte dos processos de agenciamento diante da convergência com a aids enquanto dispositivo social.

Assim, buscamos seguir nos caminhos cartográficos pelas subjetividades de corpos-positivados: vetores e políticos com os quais são forjados nas/pelas políticas públicas tomando a aids como dispositivo social. Problematizar a aids como dispositivo social no nosso presente requer pensá-la diante de um conjunto de urgências históricas em termos programáticos, conexões micropolíticas, disputas e agenciamentos que expõe a operacionalização das políticas públicas na perspectiva de ampliação do acesso e permanência nos serviços, mas também é dizer dos modos como nos relacionamos e subjetivamos com a epidemia no presente.

Pensar com um dispositivo é seguir modos em que as práticas recaem e negociam com os corpos singulares e coletivos. Identificar aids como dispositivo social de uma rede é se voltar para experiências que envolvem ações, serviços, políticas e agenciamentos. Como também na produção de linhas de fuga, já que o funcionamento do dispositivo se dá de modo heterogêneo, por vias de negociação, nas relações de poder e na constituição de processos de subjetivação. Isto é, a partir de um conjunto de forças e formas rizomáticas e multilinear (Deleuze, 1989).

A experiência de constituição de um corpo-positivado como manifestação de corpo-vetor nesses jogos produziu também a experiência do corpo-político como expressão micropolítica das práticas e discursividades constituídas por dobras, fissuras e controvérsias no dispositivo social da aids, especialmente quando consideramos os efeitos que se produzem nos espaços-tempo, intensificados com a iminência da aids como dispositivo de investigação, a qual circunscreve e inscreve nessa trajetória corporalidade em dissidência diante da cisgeneridade compulsória (Rayara, 2023).

Para seguir dialogando a partir dessa inquietação, considerando esses jogos de constituição de corpos-positivados em uma performance da aids como dispositivo social a partir dos jogos de verdade, que vão performando certas práticas e itinerários acerca da noção de corpo-vetor e corpo-político, ao mesmo tempo, em que tal deslocamento possibilitam novos olhares e experiências ao campo das políticas públicas, como também nos modos como nos conduzimos e, subjetivamos com a epidemia no nosso presente.

A produção sobre a temática ganha visibilidade nas disciplinas das ciências humanas e sociais e da saúde, configurando um campo de investigação sobre o que é, como é e para quem é, ou seja, “esse jogo violento de produção de verdades a partir de um ideal de normalidade é um risco, pois tece tramas que podem facilmente nos capturar” (Cavalcanti, 2022, p. 13).

Assim, o que nos provoca é tecer novas memórias no campo da perspectiva ética, como parte de uma experiência estética e político contra a narrativa hegemônica de estigmatização sobre as pessoas que vivem com hiv/aids (PVHA) como nos explica a pesquisadora Sofia Favero (2020, p. 4): “em outras palavras, os grupos identificados como epidemiológicos, entre os quais se situam as travestis, mulheres trans e homens gays”.

A questão de pesquisa que emerge como problemática à construção de uma ontologia do presente reconhece a política da prevenção combinada compondo a aids como dispositivo

social em que se operam múltiplas estratégias resultantes de planos, ações, ativismos e políticas. Consideramos a *Prevenção Combinada do HIV* (Brasil, 2017) como parte do dispositivo social da aids quando são imputadas estratégias e técnicas de governo das condutas sobre as quais corpos são tornados nos jogos das relações saber/poder visíveis e invisíveis, sobre as quais corpos estão desprotegidos pela própria política, quando os agenciamentos e enquadramentos determinam quais vidas ocupam a condição de humano e de abjeção (Butler, 2019; Favero, 2022). As memórias que serão narradas ao longo do relatório de tese servirão de instrumento de análise desses jogos de visibilidades e invisibilidades no acesso de corpos às políticas sociais.

De modo a responder a tal urgência, ou seja, considerando a aids como dispositivo social, buscamos cartografar o dispositivo. Nesse sentido, localizamo-nos nesse percurso a partir da cartografia compreendida como ferramenta metodológica em que, como bússola que desterritorializa as “lógicas instituídas, capitalísticas, biomédicas, procedimentos centradas, abrindo-se para novas subjetividades formadas com base na estética da multiplicidade” (Franco, 2013, p. 15), como uma ética que movimenta a pesquisa e a vida, provocando rupturas, fissuras e ocasionados pelo encontro com a temática de pesquisa e outros corpos-memórias na produção e invenção dessa epidemia que se sustenta na reemergência de práticas e corpos-vetores, ao mesmo tempo que localizamos na história dessa epidemia modalidades e formas de resistências e agenciamentos (Granjeiro, 2016).

Tal itinerário é produzido no percurso cartográfico de forma rizomática, processual e seguindo pistas forjadas num traçado de planos de experiências, “[...] acompanhando os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento) do próprio percurso da investigação” (Passos & Barros, 2009, p.18), quais sejam, arquivos públicos – protocolos e diretrizes clínicas, boletins epidemiológicos, políticas, resoluções que normatizam os serviços; notícias e imagens publicizadas em redes sociais; eventos: audiência pública e

intervenção em uma praça pública e o recebimento de uma carta denúncia de um/a usuário/a de um serviço público de saúde. São apostas em provocar a incursão por uma pesquisa corporificada e, ao mesmo tempo, assumindo obrigação ética pautada na coabitação de necessidades de si/outro ao reconhecer nossas vulnerabilidades e precariedades como parte de nossas capacidades de respostas nesse mundo (Butler, 2018).

A analítica dessas memórias dos itinerários é produzida a partir dos modos de acesso às políticas públicas, constituídas por distintas estratégias e tecnologias de governo da vida em termos de visibilidades e invisibilidades de corpos e populações e suas implicações para o campo da prevenção, especialmente diante da construção e rearticulação da aids como dispositivo social considerando um conjunto de efeitos regulados por leis, normas, códigos e tecnologias que constituem as experiências subjetivas no encontro com a epidemia de hiv/aids.

Como parte dessa operação cartográfica, os itinerários produzidos no campo das políticas públicas de saúde e do ativismo criam microrredes no interior do dispositivo diante dos encontros com outros corpos-experiências — é que apostamos na experiência da pesquisa corporificada como manifestação de um posicionamento ético-político e estético de produção de conhecimento. Ou ainda, acompanhados por Tiago Amaral Sales (2022, p. 3), “que se insere nas tensões entre vida, morte, saúde e doença, ao abalar tantas existências, também se mostra como um processo educativo, pedagógico, atravessando diversos processos de aprenderes de si e do outro”.

Isto é, à medida que esse corpo-positivado, como substância e efeito da aids como dispositivo social, se coloca como corpo-experiência, constituímos memórias não apenas como possibilidade de narrar cenas, mas de “narrar a nós mesmos, nossos interlocutores e o lugar de destino que habitamos em comum” (Hüning, Parra-Valencia & Fernandes, 2021, p. 36).

Percorrer tais itinerários em que me situo como corpo-positivado, um corpo-vetor e corpo-político na produção de territórios de/na saúde em distintos espaços de mobilização política como possibilidade de resistências em relação à expansão da infodemia e da desinformação como parte de uma gestão genocida diante da amplificação do discurso neoliberal (Oliveira *et al.*, 2022).

A aposta em assumir a noção de corpo-experiência, em termos de estratégia metodológica no percurso desta cartografia, não é tomá-la como ponto de partida em busca de uma verdade universal. Mas como a partir dessas histórias vão sendo performados e subjetivados corpos-vetores e corpos-políticos, a partir de um conjunto de conexões e descontinuidades que apontam reflexões subjetivas, acadêmicas, ativistas e governamentais sobre o hiv/aids no presente, entendendo que fazer pesquisa é ato político de um corpo.

Além disso, as vivências deste pesquisador assumem caráter de urgência — dos trânsitos e itinerários, de rastros que se compõem pela incursão no ativismo em 2014, a fim de agenciar outros olhares diante das marcas que atravessam a subjetividade de um homem gay que já nasceu em um mundo pós-aids. Agenciar desejo e hiv/aids expõe acessar novas bordas em torno do tema.

Com isso, partimos com o ato de escrever de acordo com o que nos propõem Gilles Deleuze e Felix Guattari (1995, p. 19): “escrever nada tem a ver com significar, mas com agrimensar, cartografar, mesmo que sejam regiões ainda por vir”. Ao seguirmos por regiões desconhecidas por meio de rastros e itinerários não como pontos de partida e nem de chegada, mas “[...] em conexão com outros agenciamentos, em relação com outros corpos” (Deleuze & Guattari, 1995, p. 18), em especial, assumimos o risco de seguir pelos rastros de uma epidemia de hiv/aids com a qual convivemos e nos subjetivamos nos últimos 40 anos, segundo a composição planos heterogêneos, sendo poroso e possível de provocar rachaduras como exercício ético-político no decorrer desta investigação.

Assim, este corpo-experiência é provocado pela política de solidariedade defendida pela Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) desde o início de sua criação, que aposta na perspectiva dos direitos humanos e da cidadania como antídoto aos processos de estigmatização que performam a experiência da aids. Além disso, entrecruzamos tal noção com a política do amor de bell hooks (2021) como exercício de uma pesquisa que reivindica o amor como dimensão ética de produção de outros mundos.

Pois compreendemos o caminhar da pesquisa apoiado em uma lógica contrária à perspectiva racionalista e universalizante, em que “responsabilizar-se ao fazer pesquisa é assumir a ciência do conhecimento corporificado e como esperança de transformação, argumentação que o pensamento feminista nos ensina” (Hillesheim, Moreira & Cruz, 2022, p. 61).

Assim, optamos na escrita deste percurso de pesquisa por seguir de mãos dadas com aquilo que elegemos como dispositivos públicos que compõem o dispositivo da aids, de modo que esse percurso cartográfico é composto por múltiplos intercessores, como: corpos-vetores, corpos-políticos e itinerários dos modos de circulação do hiv/aids na cidade de Campo Grande, estado de Mato Grosso do Sul, e dos encontros produzidos nos trânsitos das experiências deste pesquisador. Vetores, políticas e itinerários são experiências, são corpos-experiências. Tais intercessores operam como disparadores para algumas interrogações: como corpos vão sendo constituídos no acesso às políticas sociais? E como pensar o acesso como forma de visibilidade e invisibilidade? Na tentativa de traçar novas possibilidades, compreendemos que pensar sobre o acesso é parte fundamental no exercício dessa reflexão, pois, ao assumirmos a escrita como fragmento de corpos-experiências positivados diante da aids, nos posicionamos com relação às práticas de intensas desigualdades e violências, no intuito de fomentar deslocamentos e compromissos éticos.

Pensar o acesso será fundamental no exercício dessa reflexão, pois o corpo como

elemento de uma “escrita-experiência” interroga a política de modo a se misturar, considerando que este corpo positivado pela aids busca entender os contextos de produção de formas biopolíticas de organização das políticas sociais, ao mesmo tempo em que operam experiências necropolíticas de aniquilação de alguns grupos sociais no acesso às mesmas políticas sociais.

Isto posto, nosso caminhar se apoia na possibilidade de “contar uma série de histórias contraditórias e sobrepostas” (McClintock, 2020, p. 40). Apostamos na ideia de rizoma (Deleuze & Guattari, 1995), que operacionaliza os princípios de conexão, heterogeneidade, multiplicidade, ruptura, cartografia e decalcomania e vai sendo composta pelos rastros e itinerários a partir do incomodo do que encontramos na pesquisa — descobertas que incluem atravessamentos múltiplos: histórias orais, documentos públicos, notícias, eventos, imagens, entre outras formas de produção de um campo de problematização.

Assim, fomos nos aliançando a pesquisadores e pesquisadoras, nos juntando e tecendo essa espiral rizomática que inclui a elaboração de platôs que se conectam e se interseccionam (Deleuze & Guattari, 1995). Uma travessia habitada por vários recortes e em construção constante de poesias e poemas, fotos, notícias, histórias e histórias ora concordantes, às vezes em discordância; de vivências, experimentações e escrevivências de cada um de nós coletivo (Evaristo, 2017), positivado, no encontro com outros corpos.

Trata-se, portanto, de compreender como a epidemia vai assumindo e criando diferentes estratégias e níveis de complexidades, dada a especificidade de cada corpo-experiência-singular, sem que para tal se perca sua dimensão coletiva; afinal, esses corpos foram subjetivados a partir dessa dimensão com a aids, ao considerar os múltiplos componentes que constituem as diferenças em termos de desigualdades, na intersecção com distintos marcadores sociais no acesso às políticas de saúde.

O exercício de entrecruzar experiências do cotidiano e reflexões como resultado de

práticas nessa pesquisa tem nos permitido reposicionar não apenas os modos de produzir pesquisa, mas também considerar a construção de uma pesquisa corporificada, como possibilidade de provocar novas formas de subjetivação na contemporaneidade e modos de se conduzir no mundo diante da epidemia do hiv/aids.

Nesses encontros, o corpo-experiência toma algumas formas próximas da escrevivência, inspirada em Conceição Evaristo (2017), e lança-se como aposta metodológica de escrita, a compor histórias múltiplas e compartilhadas.

É de tal perspectiva antigenealógica e rizomática que sugiro que venha a se analisar e colocar a questão da subjetividade, cabendo focar o debate na diferença/diferenciação, o que implica, como ponto de partida, o reconhecimento da inoperância da concepção de subjetividade reduzida à consciência e suas representações (Fonseca, 2022, p. 298).

Dado este cenário de incertezas políticas e desmontes dos direitos sociais, a preocupação acerca dos rumos da política de enfrentamento à epidemia se torna cada vez mais urgente. A ideia não é individualizar os sujeitos, mas denunciar as situações de discriminação e violação dos direitos: “[...] trata-se, portanto, de produzir uma virada epistêmica, ao situar a diferença como produtora de potência de vida e de processos de subjetivação” (Soares & Machado, 2017, p. 208).

A montagem da tese segue a seguinte organização:

No primeiro capítulo — *Quem tem medo da aids* —, provocamos ao trazer em cena práticas que configuram a constituição da experiência de um corpo-positivado como parte na produção do dispositivo da aids e ao expor como certas configurações confluem para o cenário de emergência da epidemia no encontro com o ativismo.

No segundo capítulo — *O que constitui a aids como dispositivo social no nosso presente* —, discutimos por meio de cenas a reemergência de práticas em torno do dispositivo da aids, ao mesmo tempo que expomos relações de poder e resistência diante dos encontros

de corpos com as políticas de prevenção à aids.

No terceiro capítulo — *Pra quem a aids é epidemia* —, apostamos na construção de um panorama circunscrito à experiência da aids com base na produção de corpos-vetores e corpos-políticos como efeitos das ações, serviços e políticas que modulam o dispositivo da aids.

Por último, ensaiamos em *Considerações finais: algumas urgências e insurgências* uma aposta provocativa ao olharmos para essa epidemia como experiência de um tempo e de suas possibilidades que se atualizam questões necessárias frente a díade visibilidade e invisibilidade de corpos nos modos de responder a produção da epidemia de aids no nosso presente.

Convocamos você, caro(a) leitor(a), para que durante essa escrita possamos provocar outras afetações e produções de deslocamentos éticos e políticos nos modos como seu corpo-experiência é atravessado por essa epidemia. Espera-se, ao longo desse percurso cartográfico de investigação, que tanto o meu corpo (positivado) quanto o seu saiam desse encontro modificados, aliançados na luta de enfrentamento não somente das PVHA, mas com as PVHA e outros corpos tomados como precários e vulneráveis diante os distintos enquadramentos que produzem desigualdades e mortes em contextos em que o direito à vida não é negociado mais negados (Butler, 2018).

Estamos aliançados e de mãos dadas a um conjunto de autoras/es, com os quais incluem-se os/as professores/as presentes nesse percurso avaliativo é que apostamos em perspectivas outras, considerando a produção dessa vertente na composição de memórias em que a aids é constituída por meio de um dispositivo social, isto é, a pergunta é recolada a partir do momento em que se busca não a essência do fenômeno, mas o conjunto de coisas que faz desse fenômeno uma experiência, ou seja, de que modo a aids é constituída como dispositivo social no nosso presente?

Figura 2*FOI AIDS*

Nota. Fotografia de Lázaro Silva – @meninolaz – Rio de Janeiro, 2023.

1. CARTA ABERTA

*Quando eu morrer, independente do que causou minha morte, quero que digam que foi aids. Independente do CID, por mais que ninguém queira saber, afirme: foi AIDS. Como as pessoas já têm nossos destinos traçados, seja pela raiva religiosa do pagamento do pecado, pela morte *, ou para as más línguas que fazem questão de dar a nossa morte, só peço que reafirmem: foi SIDA pessoas gays, bissexuais ou trans só têm CID ou uma causa de morte*: AIDS MORREU um gay, os curiosos nos comentários correm: “Ouvi dizer que era AIDS”.*

Urubu\$, açougueiro\$...

—Lázaro Silva, *foi AIDS*

Após quatro décadas desde a chamada emergência do hiv/aids¹, em 1981, produziram-se mudanças significativas nos modos de cuidado, nas práticas que acompanham o curso da epidemia rumo à sua quinta década, mas nem por isso nossos corpos-positivados não continuam deixando de ser interpelados pelo fantasma da aids, como nos atravessa o poema do ativista e influenciador Lázaro Silva.

Destacamos no percurso desta trajetória a potência dos movimentos na luta contra o estigma e a desinformação no enfrentamento cotidiano, a partir da construção de práticas, saberes, memórias e produções artísticas como efeitos de ações comunitárias na perspectiva dos direitos humanos e solidariedade (Oliveira *et al.*, 2022).

O resultado dessa articulação dos movimentos sociais com o enfrentamento à aids produziu deslocamentos outros no itinerário da epidemia, principalmente diante da crescente

¹Optamos e defendemos como política de escrita o uso estratégico e político da grafia das palavras hiv e aids em caixa-baixa, seguindo orientações de outros ativistas e pesquisadores, em especial a posição defendida por Herbert Daniel ao longo de sua produção ensaística de luta ao estigma contra o hiv/aids. Herbert Daniel (1991) assume a intencionalidade do uso em letras minúsculas de modo a diminuir os impactos do estigma e pânico moral instaurados no início da epidemia de hiv/aids, principalmente a respeito do pânico sexual e moral como parte dos modos como se fala e inventa a chamada epidemia de aids. Nos demais momentos, quando o uso das palavras hiv e aids forem apresentadas por outros/as autores ou documentos oficiais, serão preservadas as escolhas de cada um/a.

de casos de hiv/aids, contribuindo em tom combativo para construção de respostas baseadas em ferramentas biomédicas paulatinamente incorporadas no SUS em 1996, com o AZT e, posteriormente, o uso diário dos novos e potentes antirretrovirais, estabelecendo a era pós-coquetel (Mello, 2018).

Segundo Alexandre Nunes de Sousa (2018), em seu posfácio intitulado “poesias positivas na era pós-coquetel” — presente na obra “*Tente entender o que tento dizer – poesia + hiv / aids*”, organizada por Ramon Nunes Mello (2018) —, “no contexto pós-coquetel, em que se encontrar soropositivo não significaria mais necessariamente uma sentença de morte, reeditam-se as tentativas de aprendizagem do uso das palavras” (Sousa, 2018, pp. 217–218); ao mesmo tempo que se atualizam os modos de circulação sobre a temática, identificamos o recrudescimento do estigma e a desinformação como parte de uma agenda política em que se atualizam os discursos e enunciados que se agenciam sobre os sujeitos e suas práticas, disseminadas pelo pânico moral diante dos valores da família burguesa e patriarcal (Junqueira, 2018).

Nessa nova etapa inaugurada a partir do desenvolvimento e da incorporação de fármacos nos anos de 1990, 10 anos após a notificação dos primeiros casos, vai sendo possível provocar outros deslocamentos na linha de cuidado do hiv/aids nos serviços de saúde, não somente no sentido de uma história linear, mas nos encontros e atravessamentos sociais, culturais, sexuais, comportamentais; na possibilidade de um fazer viver com o vírus, com a noção de soropositividade, a cada dia mais, sendo incorporada como prática, a medida em que o discurso sobre a indetectabilidade tensiona paradigmas antes inimagináveis como na possibilidade de viver com o vírus – para aqueles/as em uso diário de antirretrovirais -, diante a produção de retóricas outras sobre o fim da epidemia (Filho, 2022).

Embora o futuro acerca da dimensão de um “fim” da aids esteja próximo, justamente, considerando os avanços e aquisição de novas ferramentas biomédicas, em contrapartida,

vivenciamos o deixar morrer como parte dos discursos e práticas que reificam processos de estigma e discriminação “como efeitos de uma geopolítica que divide o mundo em vidas matáveis e vidas dignas de serem vividas, ou seja, uma política de morte chamada de necropolítica” (Nolasco, Souza & Bernardes, 2022). Além disso, cabe considerar nessa equação como, embora, vislumbra-se o fim da epidemia com aposta nas tecnologias biomédicas, há, por sua vez, o outro lado dessa equação a produção de vidas que receberam acesso e assistência e as outras que não considerando os distintos marcadores sociais de diferença, por exemplo. A não avaliação dessas diferenças não apenas produz iniquidades, mas determinam suas condições de não acesso às políticas sociais.

Ao mesmo tempo, reconhecemos que a necropolítica depende da biopolítica para efetivar suas práticas. A lógica biopolítica de agenciamento dos corpos se dá no contexto de produção capitalista — por uma racionalidade neoliberal, branca, heteronormativa, patriarcal-colonial (Preciado, 2022).

Por isso, reivindicar na história dessa epidemia de hiv/aids os compromissos e intentar na construção de novas práticas é apostar na insurgência de outros deslocamentos em busca de produção de novas memórias e configurações; principalmente, é assumir a aniquilação, historicamente, dos nossos corpos-experiências não hegemônicos constituídos dentro de certos regimes de verdade diante da construção do sujeito “aidético” do “corpo-vetor” como expressão dos contextos de visibilidades e invisibilidades que constituem a aids como parte de um dispositivo social “[...] que produz e/ou altera sentidos neste universo” (Filho, 2022, p. 365).

Ainda assim, é preciso considerar que toda essa genealogia discursiva “trata-se de uma trama formada por vários discursos e práticas que se materializam em saberes e poderes” (Pelúcio & Miskolci, 2009, p. 130). Isto é, o dispositivo nada mais é do que esse composto de relações de poder que se constituem formas de subjetivação. No caso dos corpos-positivados

na experiência da aids, o dispositivo ganha materialidade através dos códigos simbólicos e condutas comportamentais que regulam as práticas de si e do outro, sobretudo no que tange às relações sexuais — um constante jogo de limites, ponderações e controle de suas ações, de uma sexualidade vigiada.

Permitir que nossos corpos-experiências retomem o protagonismo de ações dirigidas aos grupos mais vulneráveis no contexto da epidemia de aids, esse lugar de intensa participação social, com saberes situados de gays, travestis e transexuais, mulheres lésbicas e bissexuais, profissionais do sexo, grupos sociais considerados, exclusivamente, pelo viés epidemiológico, muitas vezes não levando em conta, as marcas que intensificam a elaboração do quadro de mais desproteção impactando diretamente em situações e contextos de maior exposição. Ou seja, da produção da aids mais do que um discurso epidêmico, mas como dispositivo social.

Reivindicar e inventar novas formas de prevenção que estejam condizentes com as múltiplas subjetividades se perfaz por constante luta à patrulha ideológica de aniquilação das diferenças que se produzem em contextos de desigualdades (Favero, 2022).

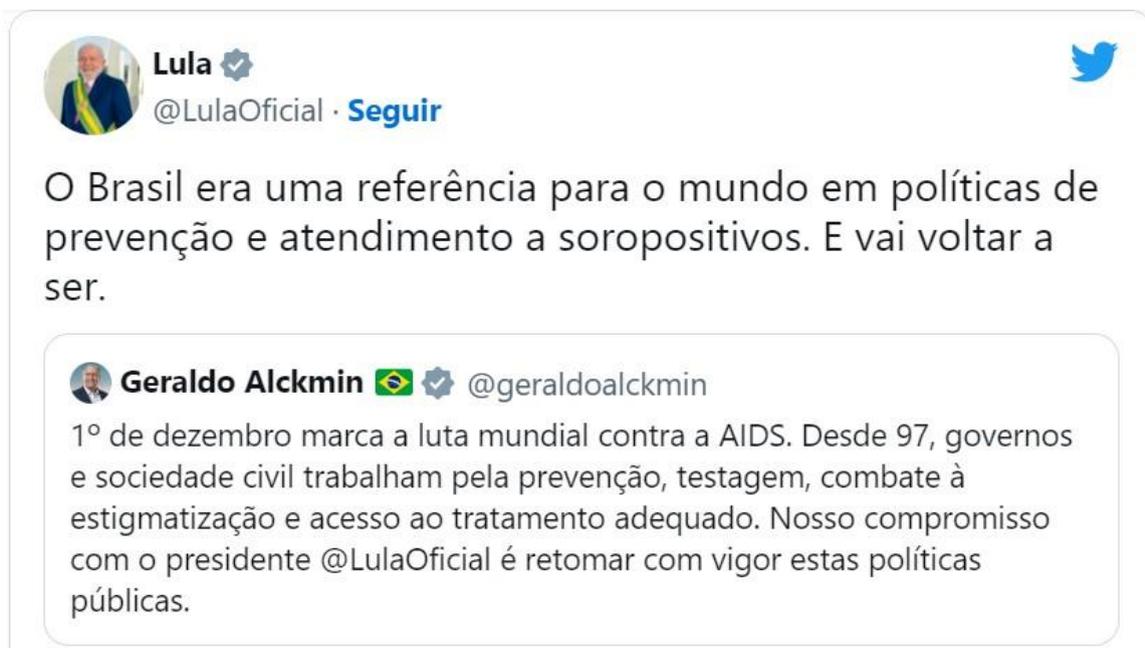
Nos últimos oito anos, substancialmente nos últimos quatro anos sob a gestão de Bolsonaro, experimentamos no cotidiano das relações institucionais inúmeros retrocessos na garantia das políticas sociais; entre eles destacamos o rebaixamento em esfera e visibilidade internacional, como a extinção do Departamento de Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, além de inúmeras situações e contextos em que vislumbramos o silenciamento de ações e políticas de Estado efetivas e contínuas no enfrentamento da Covid-19, que deixam explícita a irrelevância que certos corpos/vidas ocupam na agenda de governo.

Em contrapartida ao *modus operandi* da gestão de Bolsonaro, no dia 1º de dezembro de 2022, em ato simbólico, histórico e político diante da importância da data, em alusão ao

Dia Mundial de Luta Contra a Aids, o então presidente eleito, Luiz Inácio Lula da Silva, e o vice-presidente Geraldo Alckmin publicaram em uma rede social a seguinte mensagem:

Figura 3

Publicação em rede social de Lula e Alckmin sobre o Dia Mundial da Luta Contra a Aids



Nota. Fonte: Twitter (2022).

A mensagem foi recebida com alegria pelo movimento de luta contra a aids. Ao mesmo tempo, sob inúmeras inquietações e proposições, os movimentos sociais reivindicam um conjunto de medidas e ações que retome o foco no enfrentamento à epidemia de modo a desestabilizar a política de medo intensificada por um conjunto de práticas em torno da desinformação e estigma, mas também de ações de comunicação em saúde e combate à sorofobia² como efeitos de uma política de morte. Nesse contexto, organizações de combate à aids provocam a recomposição das estratégias e nomenclatura do extinto departamento de aids, entre outras. O apagamento da aids reflete a invisibilização não apenas de uma história, mas de um conjunto de coisas que faz dessa epidemia encarnada e corporificada que é a epidemia de aids no mundo.

² Dispositivo que regula o ato de discriminação contra pessoas que vivem com hiv/aids. Lei n.º 12.984/2014 (Presidência da República, 2014).

Um dos primeiros atos constitucionais da gestão Lula com relação à condução do país foi o reestabelecimento do status de departamento e da nomenclatura Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DATHI), que coloca a aids no centro das discussões.

Como mencionado anteriormente, a aposta da gestão de Bolsonaro na disseminação e manifestação do negacionismo como estratégia de negação da ciência e da desinformação acontecia, por exemplo, por meio de uma associação feita pelo ex-presidente entre o imunizante contra a Covid-19 e uma possível infecção por hiv. O que está em jogo não é a ciência em si mesma, e sim uma política de morte que inscreve e investe na eliminação do Outro. Aqui, pensamos o Outro como aquele que é agenciado a partir de um pensamento negacionista: neoliberalismo, patriarcalismo, racismo, LGBT+fobia.

No Brasil, o negacionismo compactua com silenciamentos diante da política genocida do bolsonarismo, de eliminação daquelas vidas consideradas menos dignas de serem vividas: pobres, mulheres, quilombolas, indígenas, LGBT+. Em outras palavras, são formas biopolíticas e necropolíticas que retroalimentam formas de inclusão e exclusão social. Desse modo, a organização das formas de governamentalidade apresentam condições controversas para vidas consideradas mais humanas e vidas menos humanas. Na trajetória da aids identificamos que há um direcionamento de políticas, ações, estratégias e serviços dirigidos para corpos homossexuais, travestis e transexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas como efeitos de normas, convenções e códigos morais que reforçam condutas macropolíticas de modos de ser e agir. Isto é daquilo que produz o imaginário em torno da vida na consolidação da aids como parte de um dispositivo social que afetam diretamente aqueles ligados à epidemia. Mais ainda: afeta diretamente as relações micropolíticas ao constituir a desumanização de alguns corpos como uma estratégia de governo das condutas, uma forma de estabelecer a relação entre os corpos e regimes de verdades, mediante a qual se produzem

subjetividades (Bernardes, 2018).

De acordo com o que o escritor Caio Fernando Abreu, homossexual brasileiro que em meados da década de 1990 trouxe a público sua sorologia positiva para o hiv, destaca:

Voltei da Europa em junho me sentindo doente. Febres, suores, perda de peso, manchas na pele. Procurei um médico e, à revelia dele, fiz O Teste. Aquele. Depois de uma semana de espera agoniada, o resultado: HIV Positivo. O médico viajara para Jokorama, Japão. O teste na mão, fiquei três dias bem natural, comunicado à família, aos amigos. Na terceira noite, amigos em casa, me sentindo seguro – enlouqueci. Não sei detalhes. Por auto-proteção, talvez, não lembro. Fui levado para o pronto Socorro do Hospital Emílio Ribas com suspeita de um tumor no cérebro. No dia seguinte, acordei de um sono drogado num leito da enfermaria de infectologia, com minha irmã entrando no quarto. Depois, foram 27 dias habitados por sustos e anjos – médicos, enfermeiras, amigos, família, sem falar nos próprios – e uma corrente tão forte de amor e energia que amor e energia brotaram dentro de mim até tornaram-se uma coisa só. O de dentro e o de fora unidos em pura fé (Abreu, 2006, p.78).

O trecho destacado acima compõe a série de três cartas denominadas “*Cartas para além dos muros*”, publicadas no ano de 1994 no jornal O Estado de São Paulo e, posteriormente, divulgadas no livro “*Pequenas Epifanias*”, coletânea divulgada em 2006. Nelas, Caio descreve os efeitos da aids no adoecimento do corpo, tanto os psicológicos como os físicos, que doem, fazem doer e o aproximam da finitude da vida. Sua escrita e pensamento revelam uma dimensão ética e política em favor de um *ethos* de solidariedade ao destacar os perigos de pensar a aids relacionada a homossexuais e práticas consideradas dissidentes à luz da matriz heteronormativa de produção de corpos/sujeitos inteligíveis e não inteligíveis dentro de certos regimes morais, os quais passam a produzir violências e estigmas contra determinados grupos sociais (Butler, 2016). “Uma espécie de vírus de direita, e

moralista, que só ataca aos homossexuais?” (Abreu, 2006, p. 58).

O corpo, assim, “representa a possibilidade do adoecimento de si mesmo e do outro” (Lima, 2020, n.p.); é atravessado pela ameaça imediata da morte. Ao contraí-lo, torna-se vetor de transmissão e, conseqüentemente, de exclusão. O corpo infectado põe em jogo elementos para além do adoecimento evidente no diagnóstico e nos processos físicos que demandam cuidados, desloca esse corpo ao jugo de mecanismos de controle, sujeição e esvaziamento das relações.

A aids introduz novos modos de constituição de subjetividades, ou seja, produz ontologias, ainda que ambas as doenças tenham em sua gênese formas diferentes de contágio e disseminação. É indissociável pensar o cuidado de si/outro sem pensar em formas de cuidado com o corpo que perpassam pela “[...] compreensão das possibilidades de agência desses sujeitos marcados por diferentes eixos de opressão” (Mello & Gonçalves, 2010, p. 67).

Nesse caso, o corpo acometido pelas infecções é relegado à condição de vetor: uma ameaça; e, como tal, se justificam as distintas formas de discriminação e violações produzidas pelo racismo e outras formas de colonialidades que permitem a naturalização da morte de populações tidas como minorias sociais, sexuais, raciais/étnicas e de gênero.

Assim, interessa-nos pensar a partir da constituição de um corpo-vetor como modalidade de subjetivação, isto é, de grupos sociais identificados segundo a lógica de grupo de risco como as sociedades contemporâneas constroem, sociologicamente, noções próprias e específicas para lidar com aquilo que se produziu. No que diz respeito à noção de vetor presente no campo da aids, ela faz incidir sobre o sujeito infectado o processo de culpa e marginalização de grupos já marginalizados. De acordo com o ativista Hebert Daniel, o diagnóstico de aids “[...] leva o doente a um processo de clandestinização” (Daniel, 2018, p. 23).

Por isso, refletir sobre as experiências acumuladas ao longo desse período, como

ações baseadas em estratégias biomédicas, comportamentais e comunitárias no enfrentamento da aids, nos faz acreditar que a conjugação desses diferentes fatores nos fornece subsídios para o enfrentamento da gestão política e subjetiva do hiv/aids centralizada em determinadas populações demarcadas epidemiologicamente como chave ou prioritária de uma epidemia.

Portanto, ainda precisamos falar sobre aids. Continuemos a experienciar uma epidemia de grande dimensão atualizando as formas de vivenciar a sexualidade, o corpo e a cultura. Não à toa que são lançadas inúmeras ações, estratégias e diretrizes que vão constituindo o dispositivo da aids que será abordado ao longo desta investigação.

A política atual em que opera a Prevenção Combinada do HIV no país é constituída por distintas estratégias no enfrentamento da epidemia que visam articular aspectos distintos e em intersecção, tais como respostas biomédicas, manifestadas pela incorporação de fármacos englobando o Tratamento como Prevenção (TcP) e a Profilaxia Pré-exposição (PrEP) e Pós-exposição (PEP); comportamentais, isto é, da relação de autocuidado na relação consigo/outro; e estruturais, no que diz respeito a elaboração e fortalecimento de políticas públicas, principalmente como ferramenta na superação dos quadros de iniquidades de saúde (Brasil, 2017a).

Embora o cenário divulgado pelo Ministério da Saúde destaque o controle da epidemia oportunizado pela resposta com uso diário de fármacos, na contracorrente presenciamos a manifestação de organismos internacionais, ativistas e pesquisadores que reforçam a crescente epidemia de hiv como consequência da ausência de respostas que estimulem:

a necessidade de estratégias promotoras de respostas eficazes ao HIV, tais como acesso equitativo à educação e saúde, e às leis e sistemas de justiça que protegem os direitos dos mais marginalizados na sociedade, que permanecem negligenciados em dezenas de países em várias regiões do mundo (Lucas, Böschmeier & Souza, 2023,

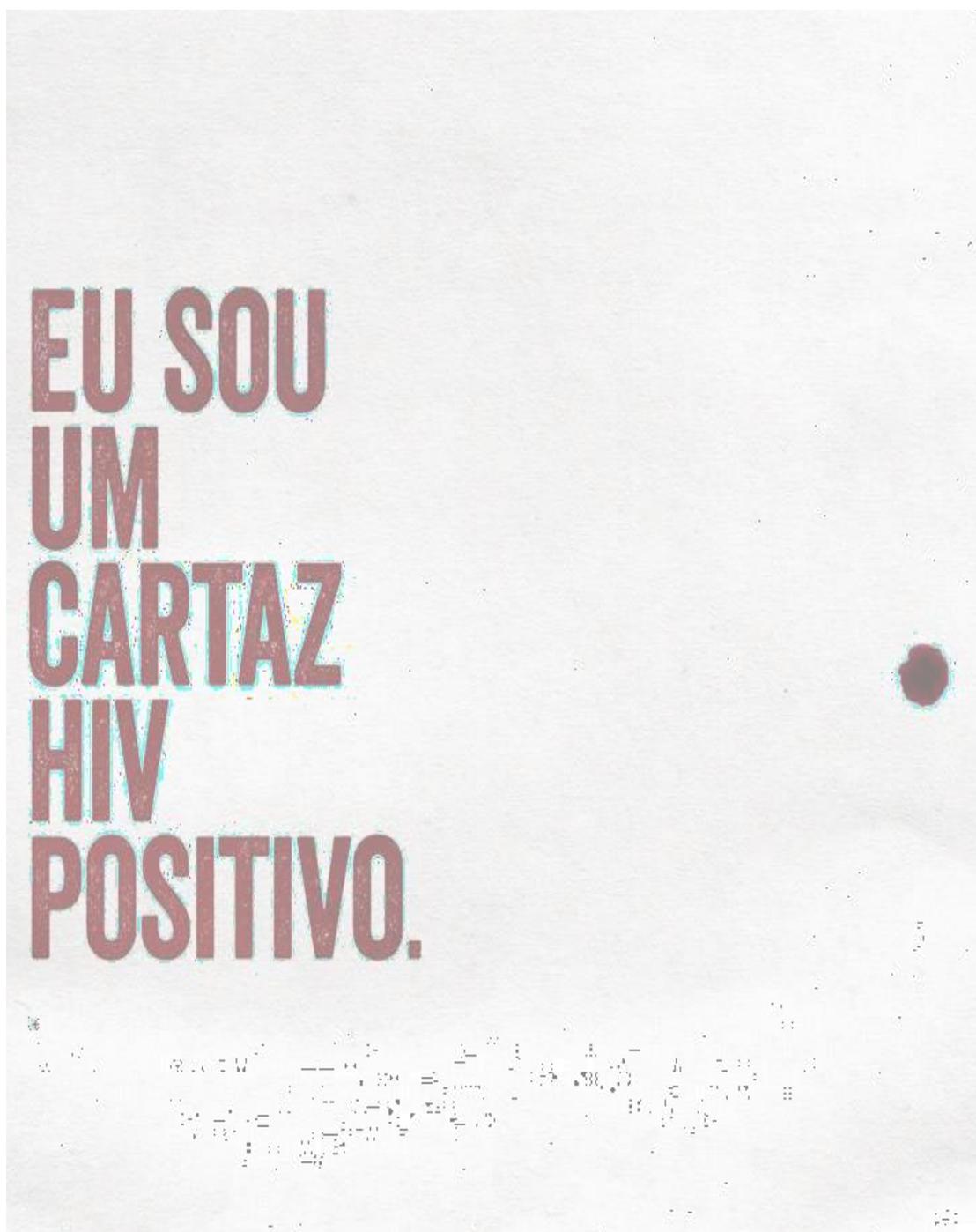
p. 03).

Insistir na utilização da grafia aids, diz no percurso desta pesquisa, é assumir um posicionamento ético-político como produção de um campo de memórias, de lutas e resistências, para que sua história não esvazie no completo esquecimento e apagamento que impõe a lógica colonial-capitalística das práticas farmacológicas são constituídas. Não se trata apenas de operar na díade hiv/aids; reconhecemos as distinções clínicas e fisiológicas no organismo vivo. Destacamos os perigos e riscos dessa lógica e sua contribuição no desaparecimento social da experiência com a aids como parte de uma montagem de esquecimento não somente de uma epidemia, mas também dos corpos que lutaram por justiça social e cidadania coletiva. Batalharam, inclusive, para que hoje se possa viver com o vírus em suas formas de não indetecção e intransmissibilidade; para que corpos que gestam possam dar vida a nova vidas sem o risco da transmissão, entre outros avanços, sem que para isso se morra de aids. Ao apagar da história contemporânea a grafia aids, contribuimos para a morte civil de um movimento de luta contra a aids.

Boa leitura!

Figura 4

Peça publicitária



Nota. Grupo de Incentivo à Vida, 2015.

2. QUEM TEM MEDO DA AIDS

Eu sou um cartaz HIV positivo

Minhas medidas são 40 x 60 centímetros.

Fui impresso em papel Alta Alvura e minha gramatura é 250.

Eu sou exatamente como qualquer outro cartaz.

Com um detalhe: sou HIV positivo.

É isso mesmo que você leu. Sou portador do vírus.

Carrego em mim uma gota de sangue HIV positivo. De verdade.

Neste momento, você pode estar dando um passo

para trás se perguntando se eu ofereço algum perigo.

Minha resposta é: nem de longe.

O HIV não sobrevive fora do corpo humano por mais de uma hora.

Por isso, o sangue neste cartaz não traz nenhum perigo.

Assim como conviver com um soropositivo.

Você contrai o HIV se tiver relações sexuais sem preservativos

com alguém que não está em tratamento efetivo,

se partilhar de agulhas e seringas com sangue contaminado.

Sim, você pode conviver comigo

e com qualquer pessoa soropositiva numa boa.

Nós podemos exercer nossa função na sociedade perfeitamente.

E arrisco dizer que, se eu não tivesse revelado

que tenho HIV, talvez você nem tivesse notado.

Porque ser soropositivo não determina quem você é.

Seja para um cartaz ou para um ser humano.

Se o preconceito é uma doença, a informação é a cura.

Se você viveu os primeiros anos de efervescência da epidemia de hiv/aids no início da década de 1980, provavelmente já se encontrou com uma pessoa que vive com hiv/aids (PVHA), considerando que o vírus e a doença são dimensionalidades que atravessam as subjetividades no século XXI.

‘Peste-gay’. A palavra é um substantivo composto e começa a aparecer nos tabloides e propagandas sensacionalistas de TV no meio dos anos de 1980. É o primeiro nome que a imprensa brasileira adota, junto com câncer gay, sem hífen, para falar sobre o que depois seria chamado de síndrome da imunodeficiência adquirida (Felitti, 2022, p. 128).

Reconhecemos que os efeitos da epidemia do hiv/aids interpelam de modos distintos as subjetividades, tanto no que diz respeito à sua relação singular com o próprio vírus quanto nos efeitos do vírus e nas maneiras como eles recaem sobre grupos sociais, no sentido de produção de situações de desproteção, visibilidades e invisibilidade de corpos e necessidades.

Considerando os distintos atravessamentos que estão presente nas narrativas e experiências — singulares e coletivas — no campo do hiv/aids, como na experiência de gays e homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans e travestis, trabalhadoras(es) do sexo, pessoas em uso de drogas injetáveis. Segundo Nestor Perlongher (1987) trata-se de corporalidades constituídas sob o espectro de vetor do vírus no início da epidemia em 1980, embora as discussões atuais apostem na ampliação de estratégias para todos(as), pouco avançamos em relação ao estigma e discriminação sobre os primeiros grupos identificados como vetores da epidemia.

O primeiro caso do vírus, ainda sem nome, é registrado em São Paulo em 1980, mas não é divulgado. A primeira reportagem sobre a doença é publicada no *Jornal do Brasil*, com o título ‘Câncer em homossexuais é pesquisado nos Estados Unidos’

(Felitti, 2022, p. 128, grifos do autor).

A experiência do hiv/aids como epidemia reconfigura não apenas os modos de pulverização da epidemia, mas também as formas de se relacionar com o outro, impactando diretamente as subjetividades, principalmente os comportamentos e discursos sobre a sexualidade; nos modos como nos relacionamos com o vírus na sua dimensão singular e coletiva, ou seja, dos efeitos produzidos nos corpos como parte de uma tecnologia política (Foucault, 2020).

No nosso presente, experienciamos avançar uma série de medidas impulsionadas pelo Ministério da Saúde em torno da política de Prevenção Combinada do HIV, principalmente após a década de 2010, quando da incorporação e pulverização de potentes esquemas farmacológicos no SUS que passam a impactar não somente a melhoria nas condições de respostas ao vírus como também sua ampla disponibilização para todas as pessoas. É nesse período que há a inclusão da retórica “Tratamento como Prevenção” (TcP) para todas as pessoas, seguida das Profilaxias pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP), que alargam e intensificam o debate (Lucas, Böschmeier & Souza, 2023).

Em tempo de rememoração dessa ontologia nas últimas quatro décadas de experiência com a epidemia de hiv/aids no Brasil, cumpre destacar o acúmulo de iniciativas desempenhadas até aqui, fruto de incansáveis lutas e ativismos protagonizados por certos setores e grupos da sociedade civil, como na articulação com profissionais de saúde, pesquisadores e ativistas aliançados por uma pedagogia da prevenção pautada em uma ética da solidariedade (Parker & Aggleton, 2021).

Em um período em que vivenciamos os desmontes públicos como parte de uma estratégia de governo, superar as iniquidades e desigualdades e recolocar na agenda institucional o compromisso com a vida são desafios urgentes e necessários (Parker, 2021). A garantia de estratégias em educação comunitária diante dos desafios de implementação das

tecnologias biomédicas se cola ao dispositivo da aids, a partir de estratégias que compõem o que Larissa Pelucio e Richard Miskolci (2009, p. 128) chamaram de “modelo oficial preventivo para o HIV/aids”.

Na quinta década de resposta à epidemia do hiv/aids, as ações estão direcionadas às populações-chave e prioritárias no contexto da política de Prevenção Combinada, substancialmente pela incorporação da mandala da prevenção combinada, que envolve uma série de procedimentos biomédicos, comportamentais e estruturais em que são desenrolados ações, estratégias e serviços. (Brasil, 2017a).

A Política Nacional de enfrentamento ao hiv/aids nas últimas décadas pressupõe a noção de Prevenção Combinada no desenvolvimento de estratégias e ações como possibilidades de eliminação do vírus adiada para 2030 (Unaid, 2023). Contudo, embora a discussão em torno da pulverização da política abarque o caráter preventivo de suas ações, o modelo preventivo é o menos usual, pois não garante outras necessidades de saúde que possam “[...] garantir planejamento e programação eficazes e eficientes e dar respostas às necessidades das populações com maior risco de se infectar pelo HIV” (Lucas, Böschmeier & Sousa, 2023, p. 3).

Embora tenham acontecido mudanças significativas no que concerne o cuidado e a assistência no tratamento das PVHA, vemos a atualização de práticas moralizantes dirigidas, novamente, aos mesmos grupos sociais do início da epidemia. São, por exemplo, considerados elementos-chave da política: gays e outros homens que fazem sexo com homens, trabalhadoras sexuais, pessoas trans (travestis e transexuais), pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas e privadas de liberdade (Brasil, 2017a). São, aparentemente, segmentos populacionais que, de acordo com os estudos na área, apontam prevalência maior em relação à média nacional de 0,4%, atingindo a marca de 10,5% para gays e outros HSH e 31,2% entre travestis e mulheres transexuais (Kerr, 2009; Fernandes *et al.*, 2017).

Este novo paradigma de prevenção do hiv, baseado na mandala da prevenção combinada, pressupõe a superação de abordagens anteriores, centralizadas unicamente em intervenções biomédicas correspondentes às noções de grupo de risco (1981–1984) e comportamento de risco (1985–1988), até os dias atuais, com a inclusão da perspectiva da vulnerabilidade na resposta à aids (Ayres *et al.*, 2009). As análises antecedentes, que privilegiaram respostas focadas na responsabilização do indivíduo e, conseqüentemente, na sua prática sexual, contribuíram no início da epidemia para a estigmatização de certos grupos sociais, fundamentalmente corpos considerados em dissidência com o regime cis-heteronormativo do sistema da diferença sexual (Preciado, 2020; Rubin, 2017).

Nesse sentido, o que entra em jogo não é a identidade propriamente dita, mas os agenciamentos que são produzidos e direcionam as estratégias sob determinados corpos, diante da intersecção com marcadores sociais que produzem desigualdades como gênero, orientação sexual e raça/etnia — ou seja, aquilo que vai sendo performado na relação com o vírus. Não se trata apenas de pensar a ideia de indivíduo, mas dos contornos que vão performando a epidemia como efeitos de práticas e enunciados que configuram a experiência a partir da utilização de tecnologias de controle sobre os corpos e sexualidades (Foucault, 2020).

Ao mesmo tempo que se identifica o regime disciplinar sobre corpos e práticas, na contramão acompanhamos no trabalho de Vladimir Porfírio Bezerra e Vera Lucia Marques da Silva (2019) acerca das práticas sexuais sem uso de preservativos em usuários de PrEP novos agenciamentos e formas de resistência diante do discurso moralizante e estigmatizante sobre desejo, risco e prazer. Segundo os/as autores com a incorporação da PrEP, para os usuários da pesquisa, o medo do contágio com o vírus do hiv foi substituído pela possibilidade de negociação com o risco, passando a operar diante de uma outra perspectiva, a do prazer e autocuidado.

Judith Butler, em “*Quadros de Guerra*” (2019, p. 14), nos conduz a partir do seu posicionamento ético a uma questão ontológica: “O que é uma vida?”. Ao longo do percurso, sua interrogação é costurada por uma série de implicações éticas, metodológicas e interpelações políticas sobre quais são os atravessamentos dessa interrogação. Segundo a autora, o status de uma vida como manifestação do vivível não produz a mesma experiência de forma universal; algumas vidas apenas ocupam o status de vida e outras não “[...] serão vividas nem perdidas no sentido pleno dessas palavras” (Butler, 2019, p. 13).

Por fim, ela complementa a ideia afirmando que: “A condição precária da vida nos impõe uma obrigação. Devemos nos perguntar em que condições se torna possível apreender uma vida, ou um conjunto de vidas, como precária, e em que condições isso se torna menos possível ou mesmo impossível” (Butler, 2019, p. 15).

O caráter perverso dos efeitos do que se produz como condição precária dialoga com os processos de colonialidade, do racismo estrutural e sistêmico dirigido às populações africanas e em diáspora, como nos ajuda compreender o teórico Achille Mbembe na noção de necropolítica (2020), que não apenas apresenta distinções consideráveis em relação às noções de biopoder e biopolítica desenvolvidas por Michel Foucault, mas também demonstra como a produção dessas estratégias e tecnologias operam na institucionalização da morte como exercício do poder soberano.

No caso do hiv/aids, localizamos esses dois conceitos para pensar as estratégias de enquadramento das experiências de grupos sociais, historicamente constituídos em dissidência com o sistema da diferença sexual e negros(as) — pretos(as) e pardos(as), como os corpos que mais morrem de aids no país (Brasil, 2021).

Isto é posto pois a aids, apesar de todos os avanços em termos de produção de tratamento e formas de prevenção, ainda é considerada uma epidemia no século XXI. Atualmente temos no Brasil 38 milhões de PVHA. O alto índice deveria nos causar espanto e

alarde, ao mesmo tempo que teria de nos convocar à luta pelo fim do adoecimento por aids (Brasil, 2022).

Diante disso, nosso objetivo é superar os contextos de desinformação e a infodemia, isto é, o excesso de narrativas e práticas baseada no uso de *fake news* disseminando discursos de ódio e anticientificismo (Domingues, 2021). O combate à propagação de infodemia se alastra, sobretudo, no contexto da covid-19, fazendo-nos regressar nos espaços-tempo a décadas anteriores, quando da emergência do hiv/aids nos anos 1980 e sua associação com a homossexualidade masculina. Com a infodemia dirigida à aids, testemunhamos as situações de estigma e discriminação sobre determinados grupos populacionais de modo a intensificar práticas de exclusão e violência.

Dessa maneira, deve-se levar em consideração em estados de epidemias e pandemias ações direcionadas, considerando as necessidades dos marcadores sociais na determinação das vulnerabilidades e no planejamento em saúde necessários na implementação de políticas sociais que subsidiem mudanças comportamentais e de práticas de cuidado relacionadas ao adoecimento. Sem dúvida estamos diante de um desafio, que é o de considerar as populações mais vulnerabilizadas — aquelas que mais necessitam de cuidado e assistência — de modo integral, conjugando políticas de equidade na formulação e implementação de políticas sociais cujos recursos devem ser direcionados e aplicados para supressão das desigualdades.

Ofereço como possibilidade na construção de itinerários e memórias no campo da aids a cena ocorrida em 28 de janeiro de 2023 durante a ação de Visibilidade Trans, desenvolvida pelo Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e pelo Instituto Brasileiro de Inovações pró-Sociedade Saudável Centro-Oeste (IBISS|CO), quando me encontrei com uma pessoa que durante o dia atua como porteiro em um prédio residencial e à noite trabalha como profissional do sexo. Nota-se que não apenas há trânsito entre os gêneros, mas também nas ocupações laborais. Vale destacar que o trânsito de gênero ocorre por efeitos da transfobia

estrutural, sistêmica e institucional, pois, segundo ela, caso venha a se apresentar no feminino durante o exercício da função de porteiro, a demissão é certa. De volta à experiência que captura a relação entre acesso e assistência, esta se dá nos métodos desenvolvidos por Beatriz o longo dos 14 anos que vive com o vírus.

É casada e seu companheiro também vive com o vírus. Há outro entrave: ele evadiu-se do sistema prisional e desde então não acessa os serviços de saúde pela porta da frente — o que inclui: realização de exames periódicos, consultas médicas e retirada de medicações, não só para o hiv, mas para saúde de modo geral. O cuidado é mediado pela sua companheira, e o acesso ocorre por intermédio de outros arranjos micropolíticos “entre duas ‘pessoas’, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções” (Merhy, 2013, p. 73). Ela compartilha os seus medicamentos com ele há um tempo. Reconhece os riscos dessa decisão. Mas diante daquilo que hoje é possível, desenvolveu sua própria linha de cuidado frente o hiv/aids. Está viva! Sobrevivendo e compartilhando o cuidado diante a possibilidade do adoecimento e a morte.

Ainda que se trate de um vírus democrático, viver com o vírus e a doença não é uma experiência igualitária. Ele opera de acordo com as inúmeras controvérsias e territorialidades, tanto singulares quanto coletivas. No caso destacado anteriormente, não se trata de apenas ter o diagnóstico e retirar a medicação; sua história apresenta um grau de complexidade que extrapola os limites da própria política. Não se trata apenas de acesso, mas de que modo o acesso se constitui como possibilidade de vida às experiências singulares que operam à margem da lógica da política como exercício de uma política de morte.

Ao me deparar com a memória desses corpos-positivados em vetores convoco ao diálogo bell hooks (2021) frente a seguinte interrogação: será que a linha de cuidado do hiv/aids estabelecida pelo dispositivo social dá conta dessas vidas? Uma vida que insistente em viver, em que o amor é exercício de uma prática amorosa? De fato, não tenho uma resposta

que possa dar conta da complexidade em que vivem este casal, são tanto as fissuras, os deslocamentos e problemáticas que cercam as possibilidades e necessidades desses dois que uma resposta objetiva, racionalista e normalizadora não estabelece conexão com as linhas de fuga e forças relatadas acima. O que quero dizer é que os arranjos provocados por essas memórias advindas dessa experiência extrapolam qualquer tipo de protocolo rígido e universalista. Nesse sentido, me alianço a bell hooks, quando: “a disposição para se sacrificar é uma dimensão necessária da prática do amor e da vida em comunidade” (2021, p. 174).

É o amor que estabelece as bases para construção de uma comunidade de estranhos. O amor que criamos em comunidade permanece conosco aonde quer que vamos.

Orientados por esse conhecimento, fazemos de qualquer lugar um local em que podemos regressar ao amor (hooks, 2021, p.176).

Operar na perspectiva do amor como prática revolucionária e exercício de emancipação das estruturas e relações de poder é afirmar que essas práticas são possibilidades outras de viver nesse mundo.

De modo a responder algumas dessas interrogações nos aproximamos de conceitos considerados chaves a discussão. A primeira é a noção de dispositivo. A utilização deste conceito, trabalhado por Michel Foucault (1995) inspira a discussão acerca de problematizar a aids como epidemia no nosso presente, de tal modo, o dispositivo revela dimensões das relações de saber e poder, em tempo que responde uma determinada urgência estratégica, heterogênea e histórica.

Dito de outro modo, cabe aqui pensar com o dispositivo, ou melhor, a utilização deste conceito como fundamental no plano operacional dessa pesquisa, pois ajuda a compreender as formas de subjetivação em sua historicidade. Neste caso, dos modos como nos relacionam e nos subjetivamos com a epidemia de aids. Acerca do dispositivo Foucault é enfático, trata-se, portanto, identificar “de que maneira o jogo das relações de poder vem a ser modificado

por seu próprio exercício” (2020, p. 106).

No jogo das relações entre saber e poder, essa conceitualização implica pensar a aids como dispositivo social por meio das técnicas que o constitui. A partir de um conjunto de práticas pelas quais o sujeito se constitui diante das relações de saber e poder ao estabelecer um determinado campo da experiência (Foucault, 2004a).

Assim, nos aproximamos e colocamos em diálogo os conceitos de subjetividade e verdade, de modo auxiliar a problematização da aids como dispositivo social no presente. Em *Subjetividade e Verdade*, Foucault (2016) destaca que a operacionalização desses conceitos ocorre de modo imbricados “a subjetividade é concebida como o que se constitui e se transforma na relação que ela tem com a própria verdade. Não há teoria do sujeito independentemente da relação com a verdade” (2016, p.13). Ou seja, o que está em jogo não é uma verdade universal sobre determinada coisa ou objeto, mas como diante de relações de saber e poder operamos com a verdade e nos subjetivamos diante dela.

Há uma questão urgente na articulação destes dois conceitos que Foucault marca “[...] de que modo as subjetividades como experiências de si e dos outros se constituem através das obrigações de verdade” (2016, p. 14). Consideramos essa problemática chave para discussão da aids enquanto dispositivo social, justamente, como resultado de uma operação em que o sujeito atua ativamente.

Segundo Foucault, essa nova conceitualização requer que se pense a verdade e sua articulação com a subjetividade “[...] essencialmente como um sistema de obrigações, independentemente do fato de, deste ou daquele ponto de vista, se poder considerá-la verdadeira ou não. A verdade é antes de tudo um sistema de obrigações” (2016, p. 13).

Em consonância com tal perspectiva, Gilles Deleuze em “*O que é um dispositivo?*” (1989) reforça algumas dimensões necessárias ao dispositivo, se estabelece na intersecção entre relações de saber, poder e modos de subjetivação, das quais se fazem as modificações

do dispositivo. Portanto, percorrer, essas linhas de saber, poder e subjetivação em que se encontra um dispositivo é, inicialmente, compreender o seu funcionamento relacional aos processos de visibilidade e invisibilidade em torno de dado objeto, e das linhas de força que permite compreender as emergências históricas de sua organização.

2.1 O Corpo Positivado pela aids

Naquela época eu já me sentia atraído por alguns colegas. Acho que minha primeira paixão foi pelo Ricardo, um menino da minha turma. Não que eu fantasiasse algo como ato sexual com ele. Eu sequer imaginava o que seria dois homens fazendo sexo. Eu não tinha esse conceito. Eu simplesmente o achava lindo. Foi a primeira expressão da beleza masculina e de tudo que me atrairia depois nos homens: o corpo, o cheiro, a voz já de homem que se insinuava no adolescente (Cecílio, 2020, p. 45).

Antes de mais nada, é preciso situar desde onde meu corpo — essa identidade corporificada — se constitui como efeitos de uma subjetividade no campo social. Escrevo a partir de um local situado, localizado da experiência de homem gay, e embora busque construir outras conexões com outras inteligibilidades, minha escrita é capturada (Favero, 2020).

Decidi seguir pelo percurso da pesquisa acadêmica logo que concluí o curso de graduação em Psicologia, em 2016, e ingressei na pós-graduação, no curso de mestrado em Psicologia. Encarava essa etapa como requisito à docência, a qual compreendo na intersecção ensino, pesquisa e extensão como exercício de uma prática emancipatória e libertária na construção de uma sociedade baseada na ação coletiva, comunitária e de uma política da amizade (hooks, 2013). Não é possível escrever essa história deslocada da minha experiência com a homossexualidade; é preciso situar desde onde falo ao conjugar e conceituar as experiências de corpos-positivados pela aids:

Nós, que aqui escrevemos essas linhas iniciais, nascemos na era da aids, não

conhecemos um mundo sem aids, um mundo de bichas que não sejam apontadas como vetores e que tenham que apresentar socialmente suas credenciais de negatividade, repassar seu conhecimento sobre a prevenção, louvar o látex, justificar a PrEP (“não, eu não sou promíscua, só quero mais garantias de não me tornar positiva”), se desculpar pelo que a levou à PeP. As tecnologias parecem muitas, mas sempre esbarram nas significações alimentadas sobre a aids e as bichas. A aids vem junto com a bicha, independente do resultado do teste (Puccinelli, Fernandes & Fontes, 2022, p. 15).

Parto da experiência da homossexualidade para pensar a experiência de corpos-positivados pela aids, em que historicamente a homossexualidade masculina esteve colada à aids, justamente considerando os distintos arranjos, discursos que buscaram associar as práticas sexuais e afetivas principalmente de homossexuais e pessoas trans e travestis como não hegemônicas, num constante reforço à norma da cis-heteronormatividade compulsória.

O primeiro contato com a temática que naturaliza práticas de violências de corpos subalternizados, tornados precários ou abjetos com relação às normas de cis-heteronormatividade, vem da militância acadêmica no curso de Ciências Sociais, posteriormente na Psicologia e mais tarde pelo ativismo junto à Organização da Sociedade Civil (OSC), no campo do ativismo LGBTQ+ e do hiv/aids no Instituto Brasileiro de Inovações pró-Sociedade Saudável Centro-Oeste.

Em 2014, vinculo-me ao IBISS|CO como estagiário em psicologia para compor a equipe técnica no projeto Centro de Referência em Direitos Humanos, fruto da parceria entre Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, estados, municípios e sociedade civil. Ao longo daquele ano e no decorrer do projeto, foi possível estabelecer laços e conexões com diferentes situações e histórias de vidas, de corpos pauperizados e precarizados no acesso às políticas sociais.

O contato profissional em 2015 com corpos dissidentes do sistema sexo/gênero, em que se constitui a cis-heteronormatividade compulsória, socialmente subalternizada, ocorreu durante o desenvolvimento do projeto *HIV Young Fund* (Igualdade de Saúde para todos/as), financiado pela agência internacional holandesa. O público-alvo foi composto por travestis, mulheres transexuais, mulheres cisgênero e homens gays e bissexuais com foco no acesso às políticas de saúde em Campo Grande.

A experiência de trabalho, constituída por uma roda de conversa com travestis e mulheres transexuais em contexto de prostituição, ocorreu na sede da Associação de Transexuais e Travestis de Mato Grosso do Sul (ATMS), em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. A oficina foi conduzida por mim, à época estagiário em psicologia vinculado à organização, e por duas técnicas, uma advogada e uma assistente social vinculadas ao IBISS|CO. O objetivo da pesquisa foi de investigar os impactos das violências diante das experiências de acesso às políticas de saúde.

A vivência proporcionada no IBISS|CO com os projetos, ações e estratégias desenvolvidas com populações negras, quilombolas, indígenas, ribeirinhas, assentadas, trabalhadoras sexuais — cisgênero e transgênero —, pessoas vivendo com hiv/aids, LGBT+ (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, e outras possibilidades), vivências e experiências que desafiam os limites de uma sociedade falocêntrica e heteronormativa (York *et al.*, 2020) possibilita circular por múltiplos territórios de desproteção e desigualdades.

Os grupos sociais com os quais nos encontramos posicionam as experiências dessas populações, localizadas à margem do acesso às dinâmicas de produção de uma vida vivível e inteligível (Butler, 2019), isto é, o corpo tomado como dissidente, desviante, como ameaça aos valores compulsoriamente cis-heteronormativos (Butler, 2016).

Ao mesmo tempo essas experiências no encontro com outros corpos, me fez pensar que, meu corpo, ainda que singular, é produzido dentro de uma experiência coletiva de corpo-

positivado, apesar de ser um corpo singular que a vive. O que aciona tanto relações micropolíticas quanto macropolíticas no encontro com outros dispositivos públicos e institucionais que vão performando certas experiências em torno da própria epidemia de aids.

Os primeiros passos até a admissão no mestrado em psicologia coincidiram com o interesse pelos direitos humanos no encontro com a política de hiv/aids. Desse encontro, atravessado pelas políticas públicas, estudos de gênero e sexualidade, o enlace com a experiência de um corpo positivado constitui-se de forma rizomática ao caminhar. Aqui é preciso explicar a você, que está lendo, que o uso da expressão “positivado” se refere a dois principais vetores de análise para compreensão dessa subjetivação: singular e coletiva, mas também da possibilidade de vigilância e agenciamento.

Um corpo positivado não é necessariamente aquele que traz em si um vírus. Um corpo positivado é aquele que é performado como corpo dentro de uma grade de inteligibilidade do hiv/aids. É a combinação de fatores como apontados pelos pesquisadores Bruno Puccinelli, Fábio Fernandes e Ramon Fontes (2022), que revelam significados e produzem imaginários de uma epidemia que se consolida na relação entre sexualidade-hiv/aids-promiscuidade. Assim, o corpo-positivado com a aids denuncia a emergência de um espaço-tempo, como lembrete às práticas e comportamentos de condutas listadas como desviantes de corpos que tensionam as normas e reconstroem fluxos de inteligibilidade. São, também, os corpos positivados ou as experiências em torno dela que marcam as primeiras respostas comunitárias e coletivas ao assumir a perspectiva da solidariedade como valor unívoco à manutenção da vida em resposta ao silêncio institucional e à morte (Anuniação, 2022).

Aos corpos positivados pela aids inicialmente, e posteriormente pelo hiv (quando dos avanços da ciência), independia de um resultado positivo ou negativo. Os corpos que nasceram com a aids foram positivados por ela. São corpos-experiências que passam a ser

contados com a aids, mesmo o vírus não estando concretamente, necessariamente, em alguns corpos o não ‘vetores’. Como definiram os pesquisadores Puccinelli, Fernandes & Fontes (2022, p. 16): “é uma emergência de saúde pública, marcada profundamente por interseções já conhecidas, novamente, localizando e reiterando o ponto de surgimento e expansão microbiótica e os corpos significados como vetores”.

O hiv/aids se tornará uma dimensão incontornável da experiência de alguns corpos. Então, falar do lugar de um corpo positivado — sim, sou de grupos que são nomeados como de risco, que têm suas práticas reguladas, controladas e disciplinadas e retornaram com conceito de chave — é contar desde essa história de meu encontro com o hiv/aids, que me permite torná-la um campo de pesquisa também.

Nos avizinhamos do conceito de experiência utópica de Michel Foucault, recuperado na obra “O enigma da revolta” (2018), em que ele elucida a noção de experiência como parte daquilo que se fabrica e se modifica diante das relações de convergências e divergências. Nessa pesquisa, a noção de experiência se apresenta como possibilidade de aposta para a produção de novos mundos e políticas cognitivas de pesquisa.

Do encontro com este conceito, nossa intenção ao assumir a experiência como sendo parte integrante do desejo de transformação possibilitará, “[...] uma experiência alteradora, uma experiência de liberdade dentro da ordem existente” (Laval, 2018, p. 103), que a noção de corpos-experiências assume postura ética e politicamente produz novos agenciamentos diante dos modos de relacionarmos em sociedade.

Apostamos na escrita de corpos-experiências os compreendendo como fragmentos alternativos dos modos de pensar e produzir pesquisas e interrogações. Trata-se, portanto, da produção de novas políticas de escrita como aposta metodológica e ética que nos provocam rupturas nas formas hegemônicas de cognição (Mombaça, 2016). Aproximamo-nos e insistimos na escrita situada e corporificada como ato de produção de conhecimento “[...]”

como esperança de transformação, argumentação que o pensamento feminista nos ensina” (Hillesheim, Moreira & Cruz, 2021, p. 61), conforme grifo na epígrafe deste capítulo, e buscamos assim pensar com Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, diagnosticado com aids nos idos de 1990, os desdobramentos de um homem gay que vive com o vírus, que é o que costura sua obra “O Corpo Recusado” (2020). O texto constitui a genealogia de sua vida, perpassando por vivências, experimentações e memórias em que questões de sexualidade e geração se interlaçam com outros anseios intimamente conectados à sua experiência singular com o hiv/aids que de algum modo atualiza a experiência coletiva no nosso presente.

Seguir em direção aos novos contornos produzidos ao longo dos últimos 40 anos, a partir dos atravessamentos que constituem nos espaços-tempo da epidemia uma conexão entre hiv/aids e homossexualidade masculina (Puccinelli, Fernandes & Fontes, 2022), diz de um tempo em que suas práticas são constituídas dentro daquilo que Foucault (1999) denominou de dispositivo da sexualidade. O dispositivo da sexualidade é forjado de modo a compor processos de subjetividades que tendem a ordenar, disciplinar e patologizar os corpos na modernidade a partir da lógica cis-heteronormativa como ideal de comportamento e identidade universal (Butler, 2016). É no processo de constituição de linhas de forças heterogêneas que a subjetivação se efetiva, por intermédio da operacionalização das relações de saber, verdade e poder (Weinmann, 2006).

A incitação ao ato de falar sobre as práticas sexuais se desenvolve em uma perspectiva de patologização justificada pelo saber médico e religioso. Se antes a hipótese repressiva era frear a incitação discursiva, por sua vez, o que houve foi intensa disseminação de discursos sobre sexo e sexualidade, abrindo possibilidades para a constituição de uma ciência da sexualidade (Foucault, 1999; Zilli, 2018). A implementação do dispositivo ocorre no seio das instituições sociais, que passam a gerenciar e controlar, nesse caso a sexualidade. Como efeitos desses jogos, vão se constituindo as identidades “normais” e as “patológicas”,

como a homossexualidade, por exemplo, fora de ideal cis-heteronormativo de reprodução, monogâmico e patriarcal (Butler, 2016; Foucault, 1999).

A sodomia, por exemplo, é capturada por este novo modelo apresentado pelo dispositivo da sexualidade, sua prática é colada à imagem de um corpo: do corpo homossexual, de uma subjetividade homossexual (Foucault, 1999).

De acordo com Foucault (1999) o novo regime de saber e poder em que opera o dispositivo da sexualidade se ocupa a disciplinar os corpos singulares e, por sua vez, as populações incidindo assim nos modos como se passa a ocupar-se com as práticas sexuais e, sobretudo, nos processos de subjetivação.

O dispositivo é sempre renovável; o ano é 1980, os corpos de homossexuais são afetados pela epidemia de hiv/aids de forma desproporcional à maioria da população. Nesse sentido, retomamos Cecílio (2020) e, mesmo inspirados em sua obra, seguimos por caminhos outros, seja por questões de pesquisa que nos mobilizam a “[...] pensar sobre uma epidemia que mobilizou toda uma rede discursiva em torno das questões de sexualidade e gênero” (Puccinelli, Fernandes & Fontes, 2022, p. 12), ao mesmo tempo que se entrecruzam novas pedagogias e epistemologias feministas e contracoloniais.

Optamos por construir esta investigação cercados de memórias, narrativas e inspirações acadêmicas, singulares, literárias, afetivas entre outras, “[...] na tentativa de traçar novos começos” (Hillesheim, Moreira & Cruz, 2021, p. 62), ou seja, de nos aliançarmos com corpos-experiências de modo a problematizar a pesquisa, “[...] indicando modos de pensar descolonial” (Hünning, Parra-Valencia & Fernandes, 2021, p. 47).

Nessa tentativa “de traçar novos começos”, como nos inspiram as pesquisadoras Betina Hillesheim, Lisandra Espíndula Moreira e Lílian Rodrigues da Cruz (2022, p. 62), a escrita desde corpos-experiências revela dimensões coletivas ao assumir movimentos múltiplos, dispersos, lugares e subjetividades. No âmago desta investigação, tomamos as

experiências de corpos positivados pela aids como possibilidade de seguir traçando novas narrativas de espaços-tempo e de novos tempos dessa epidemia que agoniza por 40 anos, isto é, pensar e problematizar os enunciados que produzem agenciamentos no encontro entre corporalidades em dissidência e a experiência com o vírus.

Os dados epidemiológicos recentes trazem a marca de 970 mil pessoas vivendo com hiv em todo o país (Brasil, 2022). No entanto, as características epidemiológicas nos últimos 10 anos indicam números elevados de adoecimento e mortalidade entre as populações mais pobres e negras (pretas e pardas). O cenário contemporâneo, intensificado em especial pelo quadro das vulnerabilidades estruturais, expõe o racismo sistêmico e estrutural quando apresenta a crescente de casos entre a população negra (considerada epidemiologicamente prioritária para MS), ao mesmo tempo que avançam as respostas baseadas na biomedicalização como ação preventiva no SUS (Brasil, 2022).

Buscamos, então, colocar em debate as ferramentas biomédicas e suas estratégias desenvolvidas no contexto da prevenção combinada no SUS, posteriormente, em um mundo pós-coquetel ou a “era pós-AIDS” como discute Bezerra e Silva (2019, p. 233) “marcada por uma fase de maior dinamismo das informações, graças ao advento da internet e da formação de redes digitais de interação, entre elas, as salas de bate papo”; no mesmo momento em que somos capturados por políticas de incertezas, presenciamos o avanço da desinformação e do uso de *fake news* como justificativa para uma série de práticas e discursos de injustiça social e intensificação das desigualdades sociais. Essa perspectiva não considera o racismo, a LGBT+fobia, a pobreza e o machismo como ingredientes sistêmicos e estruturais das instituições sociais, indispensáveis na formulação de políticas públicas e no enfrentamento a episódios de estigma e discriminação (Oliveira *et al.*, 2022).

O hiv/aids é uma epidemia em pleno século XXI, mesmo diante de inúmeros avanços relacionados a dimensões biomédicas, como o uso de antirretroviral a partir da década de

1990, sendo distribuído no SUS em 1996 e, posteriormente, com a incorporação das novas ferramentas de pré e pós exposição como retórica constituinte do modelo preventivo, que não apenas abre possibilidades de controle, mas também de autocuidado e controle da epidemia e de novos casos. Anteriormente à oferta do “coquetel”, pesquisadores, ativistas e profissionais da saúde se perguntavam como tratar uma doença em que um vírus é desconhecido. Ainda que o uso cotidiano de antirretroviral tenha desenhado esperanças no controle da epidemia, nos modos como as experiências de quem vive com o vírus foram ressignificadas clinicamente, emocionalmente e sexualmente 40 anos depois de uma onda de mortalidades que marcaram o início da epidemia, descrédito e incerteza quanto ao futuro, diante de cenários controversos como o subfinanciamento, o aumento de novos casos e a intensificação de uma agenda neoliberal e de ultradireita em diversos países do mundo, aids ainda é classificada como epidemia.

Se antes a morte assumia posição real e cotidiana na epidemia de aids, após a década de 2010, com a sofisticação e ampliação de estratégias farmacológicas à população, um novo cenário é produzido, considerando, por sua vez, a possibilidade de uma vida coabitar um corpo com o vírus. Em tempos de prevenção combinada e ascensão do discurso biomédico, o combate ao estigma e à desinformação ainda operam diante do modo de produção da morte civil, que marca o início da epidemia no mundo.

São gradativos os avanços biomédicos paulatinamente incorporados no SUS. Alguns exemplos são: o uso de testes rápidos para o hiv na Atenção Primária em 2017; testes rápidos de fluído oral para hiv em parceria com as OSCs dirigidas às populações-chave — “travestis, transexuais, gays e outros homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, pessoas privadas de liberdade, usuários de drogas” (Brasil, 2017a, p. 22) —; oferta da Profilaxia pós-Exposição (PEP) a partir de 2010 para toda população e da Profilaxia Pré-exposição (PrEP) em 2018, ainda sendo implementado de modo gradual no SUS (Brasil,

2017a).

Embora importantes, uma vez que revolucionaram as condições e a qualidade de vida das pessoas que vivem com hiv/aids (PVHA), transformando os modos de viver com o vírus, como na possibilidade, a partir do uso diário de antirretroviral da indetecção e intransmissibilidade I=I. A possibilidade de o vírus coabitar um corpo e não mata-lo revolucionada com uso contínuo de antirretrovirais, segundo, Ricardo Andrade Coitinho Filho (2023) trouxe sentidos outros as experiências singulares, ao mesmo tempo, que marcam o início de novos sentidos sobre a epidemia, como destaca

pode-se afirmar que as pessoas consideradas *indetectáveis*, vivenciam um estado subjetivo de ter o vírus, mas como se não o tivessem, na medida em que foram certificadas de que não *transmitem* o HIV e nem adoeçam de Aids (Filho, 2023, p. 368 – grifos do autor).

No que concerne, a novidade de supressão viral com uso adequado de antirretroviral é assumida como sinônimo de “[...] condição saudável – ainda que passível de questionamentos e dúvidas, em situações de sinais e sintomas adversos” (Filho, 2023, p. 368). Embora, Filho (2023) destaca que o uso dessa categoria, em termos sociológicos tem sido experienciada a partir de um duplo processo de agenciamento e tensionamento, num primeiro momento, pois ressignifica a soropositividade numa lógica de positivação, em segundo, produz cada vez mais uma identidade normalizadora.

Apesar das inúmeras respostas biomédicas no campo da prevenção e tratamento, no âmbito das questões estruturais, identificamos relatos transfóbicos dirigidos às pessoas trans e travestis nas experiências de acesso aos serviços de saúde, ou melhor, do não acesso motivado pelo estigma e discriminação. Ao mesmo tempo que o agenciamento de novos enunciados sob a lógica da biomedicalização produza deslocamentos e itinerários dos modos de viver e conviver com o vírus ou mesmo de se infectar. A biomedicalização do corpo sob o

uso de fármacos afasta a experiência de perigo e morte, embora o estigma e a discriminação sejam dimensões sociais, econômicas, políticas que reificam certas práticas em torno da epidemia e de corpos.

Na contramão dos discursos biomédicos, assistimos ao avanço de barreiras estruturais que atingem diretamente o curso da epidemia, associadas à falta de investimentos em campanhas de prevenção ao hiv/aids — ou à sua inexistência — nos últimos anos, direcionadas para populações-chave, consideradas populações mais suscetíveis a se infectarem pelo vírus. Nessa lógica, vai se formando um perfil epidêmico; ainda que necessário, torna-se identitário e comportamental, reafirma para quais grupos devem ser direcionadas as ações sem se levar em consideração os contextos que produzem as condições de vulnerabilidades e desproteção.

A falta de investimentos em pesquisas com foco em populações-chave e a despreocupação em identificar atores-chave para ocupar espaços institucionais e/ou potenciais para formulação e implementação de políticas foram pontos estratégicos e imprescindíveis durante o governo Bolsonaro. E o descaso do ex-presidente com essas populações e seus projetos de extermínio ficaram evidentes, por exemplo, na experiência da *Mpox* (Polidoro, 2023).

O direcionamento de ações, serviços e estratégias como investimento para as políticas sociais acompanham uma série de descritores em torno do dispositivo da aids. No campo da saúde, indicadores como território, perfil e necessidades são alguns exemplos. Segundo a pesquisadora Anita Guazzelli Bernardes, a noção de perfil epidemiológico é parte de uma estratégia presente na governamentalidade:

É um conceito operacional das Políticas de Saúde, na medida em que por meio dele se organizam programas, metas, focos de promoção, proteção e prevenção em saúde.

Como conceito operacional, o perfil epidemiológico permite ao mesmo tempo um

conhecimento mais preciso da população e o direcionamento desse conhecimento, em termos de focos de atenção à saúde. Desse modo, traçar um perfil epidemiológico é circunscrever um espaço de ações voltadas para certas características epidêmicas e endêmicas de uma população (Bernardes, 2017, p. 341).

Ao acompanharmos a reflexão da autora, a proposta é considerar os distintos atravessamentos que produzem esses perfis para as políticas sociais. No caso do hiv/aids, quais os arranjos que nos permitem pensar em um perfil epidemiológico, de modo a “[...] considerar tanto aquilo que, por meio da circunscrição de um perfil epidemiológico, entra em jogo nas relações de governo da vida, quanto o que, ao ficar de fora de um perfil epidemiológico” (Bernardes, 2017, p. 341), produz novas zonas de invisibilidades e desproteção.

Segundo o UNAIDS, através do relatório Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/Aids³, mostrou uma pesquisa desenvolvida em sete capitais do país que tinha como objetivo identificar as práticas de estigma e discriminação relacionadas ao hiv a partir de quem vive com hiv/aids. Em consonância com a pesquisa, uma pessoa trans ou travesti está mais suscetível a vivenciar situações e contextos de estigma e discriminação por conta da sua sorologia pelo hiv, isto é, sorofobia — práticas de estigma e discriminação direcionadas aos corpos-positivados pela aids; ou ainda, pela transfobia estrutural, como o não respeito à identidade de gênero ou nome social no cartão do SUS e outros.

Imaginemos, uma travesti, 19 anos, negra, profissional do sexo, que desde os 12 anos, quando expulsa de casa pelos pais que não respeitavam sua identidade de gênero fora da cis-heteronormatividade compreendida fora das normas e expectativas impostas e reiteradas

³ O **Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS** é uma ferramenta para detectar e medir a mudança de tendências em relação ao estigma e à discriminação relacionados ao HIV, a partir da perspectiva das pessoas vivendo com HIV e com AIDS. Esta versão brasileira foi executada em sete capitais: Manaus (AM), Brasília (DF), Porto Alegre (RS), Salvador (BA), Recife (PE), São Paulo (SP) e Rio de Janeiro (RJ), com 1.784 pessoas, entre abril e agosto de 2019 (UNAIDS, 2019).

cotidianamente por discursos, práticas e relações de poder hegemônico, sustentado pela matriz de inteligibilidade (Bulter, 2016; Preciado, 2022), se vê exposta, expulsa, violada e tem na prostituição sua “única” saída. Cabe destacar que não é intuito nessa ficção construir juízo de valor. Nossa intenção aqui é pensar quais são as possibilidades dessa vida diante dos contextos racistas, transfóbicos e machistas que se embrenham na história do Brasil?

tanto quanto para o tom de denúncia às práticas necrobiopolíticas, que seguem matando vivências que ousam sair das “jaulas” – as quais ora nos criminalizam, ora nos patologizam, ora nos lincham...ora nos matam, quase nunca (n)os fazem viver (Borges *et al.*, 2022, p. 139).

De acordo com os indicadores dos determinantes sociais de saúde e estatísticas globais, estima-se que pessoas trans e travestis possuem 48,8% mais chances de serem infectadas pelo vírus do hiv em comparação com outros corpos, de modo a colocar em análise a intersecção com outros marcadores fora desse modelo epidemiológico.

A experiência subjetiva de um homem negro, em decorrência do racismo estrutural, poderá colocá-lo em uma situação de desproteção, semelhante à experiência de um homem gay ou mesmo uma mulher branca e travesti. É preciso desprender a noção identitária colada à experiência do hiv para pensar os contextos de maior desproteção e iniquidades sociais para epidemia, do mesmo modo que corpos de pessoas trans e travestis estão, sem dúvida, mais vulneráveis diante dos múltiplos contextos de precarização que seus corpos estão expostos (Azevedo *et al.*, 2020).

Existem diversos fatores que vulnerabilizam pessoas trans e travestis, como as dificuldades de acesso e permanência aos serviços de saúde, muitas vezes marcadas por ações de preconceito em função de identidade de gênero, ocasionando ações discriminatórias seja pelos próprios profissionais de saúde, seja por demais usuários do serviço. São situações relatadas corriqueiramente por pessoas trans e travestis, como o não reconhecimento da

identidade de gênero durante a triagem, uma vez que contribui para que o acesso à promoção da saúde de modo integral e cuidado sejam negligenciados (Brasil, 2013).

As políticas de equidade em saúde, como a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais ou ações e serviços especializados na implementação do Processo Transexualizador e Prevenção Combinada, são dispositivos públicos direcionados para as necessidades dessa população. Contudo, na prática, não é incomum relatos de pessoas trans e travestis da testagem compulsória para o hiv em que elas representavam a única demanda por serviços de saúde (Teixeira *et al.*, 2018). É o que se evidencia no trecho abaixo:

A solicitação de sorologias, incluindo para HIV, constava no nosso protocolo como quesito obrigatório. A oferta do exame sequer era questionada por nós. A escuta cuidadosa das nossas usuárias, o compromisso com a construção de um cuidado artesanal, o constante repensar das práticas baseadas na evidência e nas narrativas de saúde-adoecimento-cuidado dos sujeitos possibilitaram que a solicitação compulsória de exames deixasse de integrar nossa rotina de cuidados (Teixeira *et al.*, 2018, p. 376).

Esse é o cenário em que vivem pessoas trans e travestis. A associação compulsória entre sexualidade e aids afeta diretamente os modos de escuta e cuidado, “[...] compondo um filtro que se sobrepõe ao sujeito e encobre suas múltiplas necessidades, orientando o cuidado para um único foco (Teixeira *et al.*, 2018, p. 376). Assim, podemos dizer que diariamente as pessoas trans e travestis enfrentam essas e outras formas de preconceito e discriminação e, em consequência, estão mais vulneráveis ao adoecimento, incluindo o hiv/aids.

Os principais fatores que vulnerabilizam pessoas trans e travestis revelam dimensões de uma política racional da morte. Segundo Achille Mbembe (2018, p. 65), “o poder necropolítico pode multiplicá-la infinitamente”. Essa vulnerabilidade que culmina na morte

expõe qual o valor dessas vidas e os efeitos do estigma que ainda associam pessoas trans e travestis à aids, marcando também o discurso preventivo à aids (Miskolci & Pelucio, 2009).

Isso nos provoca outros questionamentos e direções: o que está sendo chamado de epidemia 40 anos depois? Podemos pensar, de fato, sobre uma epidemia? O que faz com que o hiv/aids seja epidêmico? Quem são os corpos que adoecem e morrem de aids mesmo diante do chamado TcP? São interrogações em aberto que buscamos colocar em jogo, em cena, como elementos que constituem o dispositivo da aids, “na tentativa de instaurar fissuras e, quem sabe, forjar outras possibilidades de lidar com a epidemia, o vírus, o adoecimento, a saúde, o corpo, o desejo, o prazer, o sexo, a morte e a vida” (Sales, 2022, p. 3).

Essas são inquietações, interrogações produzidas no âmbito desta pesquisa. Sim, o hiv/aids continua sendo epidemia. As estimativas globais, as metas internacionais, apontam nessa direção e afirmam que para certos grupos populacionais o hiv/aids não só é uma epidemia, mas configura uma sentença de morte em pleno século XXI, mesmo com tantos acúmulos e experiências exitosas, tanto nas respostas biomédicas quanto comportamentais. Não apenas se sustenta enquanto epidemia — isso é possível mediante os dados notificados —, mas também pelo estigma e a sorofobia, que tendem a demarcar corpos e subjetividades que vivem com a experiência de um corpo-positivado pela aids.

Por isso, consideramos o corpo-positivado como expressão de um tipo de modalidade de subjetivação no dispositivo da aids, quando se constitui por planos de experiência singulares e coletivas. Portanto, a pergunta de pesquisa que acompanha tal investigação, o que constitui a aids como dispositivo social no nosso presente?

Figura 5

Cartaz de lançamento do documentário “Deus Tem Aids”



Nota. Documentário: Deus tem aids (2022).

3. O QUE CONSTITUI A AIDS COMO DISPOSITIVO SOCIAL NO NOSSO PRESENTE

O plano de imanência que possibilita seguir produzindo esta cartografia é, em primeiro, compreendê-la em sua dimensão processual, ou seja, na relação entre “sujeito” e “objeto” e não em sua inseparabilidade, em segundo, pelo seu caráter heterogêneo que constitui a experiência de um plano comum (Passos & Kastrup, 2016). Desse modo, a partir dessas duas dimensões, processual e de heterogeneidade, que essa investigação busca acompanhar processos e itinerários de corpos-vetores e corpos-políticos, a analítica é possível diante da provocação de sustentar a aids como dispositivo social diante de diferentes modos pelos quais nos deparamos com desigualdades sociais, estigmatização, discriminação e mobilização das comunidades em que desenvolvem uma série de respostas individual, social e programática no campo da prevenção (Parker, 2000). São inquietações e desejos que organizam relações, conexões estabelecidas por linhas e fluxos que assumem novos deslocamentos e ocupações nos modos como as discursividades constituem a experiência do hiv/aids no nosso presente (Sales, 2022). Trata-se, portanto, de, a partir do dispositivo, pensarmos ontologicamente a máxima foucaultiana: como nos tornamos aquilo que estamos em via de deixarmos de ser?

Seguimos com Sofia Favero (2022), após analisar o conceito de historiografia do presente em Hemmings, em que, segundo a autora, tal enunciado nos ajuda a compreender como certos enunciados colam-se a outros, produzindo ontologias e, portanto, “[...] como possibilidade de compreensão das desigualdades do presente, que florescem através do modo como o passado é contato” (Favero, 2022, p. 208). Dito de outro modo, como certos corpos vão sendo pensados e formulados a partir de certas racionalidades e experiências no campo social. Aqui, queremos pensar a emergência do hiv/aids colada aos corpos de gays e outras dissidências sexuais e de gênero, consideradas corpos-vetores do vírus.

Tal façanha foi possível diante da retórica da cis-heteronormatividade compulsória como norma em que corpos são regulados de acordo com o exercício de uma sexualidade

heterossexual e o gênero cis, a insuficiência de tal norma produziu série de estigmas e patologização das identidades e sexualidades em dissidência desse sistema (Butler, 2016).

Assim, ao iniciarmos a reflexão sobre a aids como dispositivo social, buscamos problematizá-la a partir de sua relação com o campo das políticas públicas de saúde no nível programático, considerando os atravessamentos exteriores à sua execução, isto é, sua dimensão individual e como aquilo que a caracteriza enquanto tal. O objetivo não é construir uma genealogia das políticas sociais, mas colocar em análise a atual política de Prevenção Combinada do HIV estabelecendo novos paradigmas e intersecções entre prevenção e tratamento.

O reconhecimento da eficácia dessas intervenções mudou o paradigma, surgindo o conceito de prevenção combinada do HIV, em 2009, nos documentos oficiais norte-americanos de resposta ao HIV/aids, como tipo ideal para a prevenção. Assim, as abordagens preventivas passaram a se basear no uso combinado da PEP, da profilaxia pré-exposição (PrEP) e do tratamento como prevenção (TASP) somados às estratégias comportamentais e estruturais consagradas e entendendo que elas se reforçariam mutuamente ⁴. Com o fortalecimento recente do uso da PEP, PrEP e TASP, a prevenção combinada compõe o marco teórico da política de HIV/aids no Brasil (Costa e Gonçalvez, 2021, p. 02).

Michel Foucault debruçou-se intensamente nas questões que constituem e produzem o sujeito, atravessadas por redes de poder e saber que se formam em meio a relações sociais. Um conceito de grande importância nos trabalhos foucaultianos é o de dispositivo. Sobre o dispositivo, Foucault (1979, pp. 364–365) afirma que:

Por esse termo tento demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições

filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos. [...] Entendo dispositivo como um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante.

Segundo Michel Foucault (1979), o conceito de dispositivo expõe um conjunto heterogêneo de amaranhados de práticas discursivas e não discursivas que opera como regime de verdade sobre determinada experiência que se produz como urgência, isto é, refere-se a uma série de conexões e funcionamentos “de relações, de composições de certa modalidade de existência no dispositivo, diante de cada período histórico” (Marques, 2020, p. 24).

Os dispositivos são compostos por uma série de elementos que se conectam a múltiplas “linhas de visibilidade, de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação, linhas de ruptura, de fissura, de fratura que se entrecruzam e se mesclam enquanto umas suscitam outras através de variações ou até de mutações de disposição” (Deleuze, 1989, p. 158).

A aids como dispositivo social é pensada a partir de um conjunto múltiplo de conexões heterogênea, que abarca linhas de fuga e resistência. Dito de outro modo, é “como este dispositivo participa de processos de subjetivações, moldando e impactando tantas vidas afetadas pela epidemia de HIV/aids” (Sales, 2022, p. 28), ou melhor dizendo, o conceito de dispositivo auxilia a “[...] situar um determinado objeto como um acontecimento, de modo a tornar possível um diagnóstico do presente” (Marques, 2020, p. 25).

De modo a desdobrar nossa pergunta de pesquisa, colocaremos em jogo no percurso dessa investigação e análise, os jogos, tensões e narrativas de quatro cenas que compõem tais itinerários de cuidado relacionado as dimensões micropolíticas, sociais e programáticas que consolidam certo quadro da epidemia no país.

A primeira cena localiza-se na produção de intervenção produzida em praça pública

no município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul; a segunda é fruto de uma Audiência Pública realizada em 1º de dezembro de 2021 sob o título “Panorama do HIV/AIDS”, em alusão ao Dia Mundial de Combate à aids; e a terceira é de um conjunto de cenas micropolíticas, a quarta do ativismo em dois eventos organizados pela sociedade civil no chamado campo da aids - o chamado “movimento aids” (Pelucio, 2009) -, realizado o primeiro na modalidade virtual e o segundo presencial, na cidade de Fortaleza, no estado do Ceará.

Consideramos que tais agenciamentos de cenas dão subsídios para problematizarmos a aids como dispositivo social, como também nos auxiliam na analítica de como vão sendo tecidos os arranjos, de modo que políticas, ações, serviços e estratégias, no nível individual, social e programático estão dirigidos a determinados corpos e não outros, aos corpos-positivados como efeitos de um código moral, o da sexualidade cis-heteronormativa e compulsória de controle e regulação das sexualidades e normas de gênero não hegemônicas.

Na sequência, colocaremos em discussão o funcionamento deste dispositivo social que opera a aids considerando um conjunto de experiências e práticas produzidas como efeitos dos modelos preventivos impulsionados pela prevenção combinada do hiv, que aciona distintas estratégias de captura, regulação, normalização e produz rupturas, fluxos de fuga e resistência diante dos jogos de verdade/poder que vão nos subjetivando: gestores, profissionais de saúde, ativistas e sociedade civil quanto à consolidação do discurso de “cidadanização” defendido por Pelúcio (2009), pelo qual são empreendidas estratégias biopolíticas de “inclusão” e promoção da cidadania às populações historicamente estigmatizadas pela aids, sobretudo construída entre Estado e movimentos sociais.

Ao mesmo tempo que, sob o uso diário dos novos antirretrovirais vemos emergir o discurso em torno da cronificação do vírus e o distanciamento da aids enquanto doença, são discursos que agenciam práticas e processos outros de subjetivação, emancipação diante do

desejo e prazer (Bezerra & Silva, 2019).

3.1 Cena 1: Vamos Conversar Sobre o hiv/aids

Nas palavras de Herbert Daniel e Richard Parker (1991, p. 7), “a aids é a síndrome dos nossos dias atuais. Temos que renomear nossos dias, para evitar inclusive que dias e aids sejam anagramas. Outras letras, para escrever tempos outros”.

A mensagem acrônica de Herbert Daniel e Richard Parker, funciona como disparador para questão do hiv/aids, como epidemia que recaem sobre determinadas corporalidades a qual temos direcionado atenção ao longo desta investigação. Herbert Daniel e Richard Parker (1991) incita a reflexão de que sistematicamente seria necessário reativar os esforços e lutas no que compete ao enfrentamento das barreiras em torno da epidemia, como efeitos de discursos e práticas que colocam em disputas de um lado: as estratégias biopolíticas de controle e regulação, como mencionado anteriormente acerca do discurso de cronificação da doença -, conforme aponta Ronaldo Serruya (2022) o “privilégio da indetectabilidade”, embora realidade a partir da descoberta dos antirretrovirais e sua dispensação no SUS, desde 1996, os caminhos, continua o pesquisador, para alcance deste ‘privilégio’ não são simples, ao contrário, esbarram, ao menos em dois contínuos: acesso e adesão. Que, por sua vez, nos conduz a uma segunda problemática – o adoecimento e mortalidade de aids quando já se fala em seu fim?

Os efeitos da colonialidade expressas não apenas em práticas biopolíticas, mas vão além, são imputados um certo tipo de política colonial de extermínio e subjugação do outro, isto é, evidencia-se a necropolítica no cotidiano de novos casos de adoecimento e morte de jovens, homens e mulheres, pretos e pardos no país, marcadas por condicionantes estruturais e desiguais de acesso e adesão aos novos tratamentos, a partir de dispositivos de extermínio das diferenças como analisou Ronaldo Serruya (2022):

Falo e sustento que é privilégio o acesso ao tratamento do HIV/AIDS porque há as

cepas desse vírus colonial que nos rondam desde a falácia do descobrimento, a saber: a misoginia, o racismo, a transfobia e o classismo impedem que a ‘cura funcional’ esteja ao alcance de todos (Serruya, 2022, p. 358).

Dizer dos modos em que o hiv/aids aparece no nosso presente é produzir ontologicamente as memórias constituídas que nos trouxeram até aqui. Assim, buscamos contar essas histórias de memórias atuais no encontro diante da constituição de um conjunto de estratégias biopolíticas e necropolíticas sobre os sujeitos e suas práticas em que controle, regulação e agenciamentos operam por meio da governabilidade, “[...] nunca se governa um território, nunca se governa uma estrutura política. Quem é governado são pessoas, são homens, são indivíduos ou coletividades” (Foucault, 2008, p. 164), isto é, são por meio dos mecanismos de vigilância, controle e regulação que operam as estratégias entre Estado, economia política e que dispositivos se efetivam. Quanto para aqueles que têm seus corpos circunscritos a elas por intermédio de um conjunto de mecanismos, procedimentos, táticas, técnicas e instrumentos, exercem-se as ações do biopoder.

De modo a escrever novas possibilidades, considerando-as como estratégias de resistência e agenciamentos dos corpos diante às estratégias investida pela biopolítica, colocamos nossos corpos-experiências, literalmente, em praça pública com outros corpos-experiências, com a intencionalidade de produção e transformação do anacronismo em que se inscreve a epidemia de aids em tempos atuais. Nesse sentido, o fio condutor da nossa intervenção buscou seguir à risca o risco de colocar o corpo deste pesquisador também o considerando dentro do dispositivo social da aids, disposto a conversar sobre o assunto que produz incômodo causado pela sorofobia, desinformação e discriminação, sustentada, principalmente, depois de este pesquisador ter se identificado com o documentário brasileiro “*Deus tem Aids*” (2022).

O documentário é instigante e ao mesmo tempo provocativo quando impõe duas

questões iniciais: do que você tem medo e o que te incomoda? Não busca respostas universais e ficcionais, mas apresenta uma análise atual e, retrospectiva, sobre os 40 anos da epidemia através dos olhares de sete artistas, performances e um médico — todas pessoas que vivem como vírus.

No documentário é possível compreender a construção do movimento social de luta contra a aids, de lutas e de disputas que posicionaram o discurso sorofóbico e estigmatizante, tanto em relação às práticas sexuais quanto aos agentes etiológicos do vírus: a comunidade homossexual e trans.

De acordo com o pesquisador Renan Quinalha (2022), em “*Movimento LGBTI+ – uma breve história do século XIX aos nossos dias*”, ao se propor traçar a construção do movimento e da memória dos ativismos LGBT+ no país, pensar com e a partir do hiv/aids são caminhos que inter cruzam a experiência do ativismo no mundo e no Brasil. Para o pesquisador, “um exemplo disso é a luta de pessoas vivendo com HIV/AIDS, geralmente tomada como um parâmetro para definir uma segunda onda nos anos de 1980 e começo dos 1990” (Quinalha, 2022, p. 103).

A sensibilidade provocada ao assistir o documentário se pôs como urgência a essa intervenção, ainda mais quando do encontro com um dos corpos-experiências carregando um cartaz com letras garrafais escrito “Vamos conversar sobre HIV e Aids” e dois banquinhos portáteis, na praça pública em uma metrópole brasileira de um corpo-experiência que está disposto a dialogar.

Nessa experiência, colocamos em análise para esta pesquisa a intersecção de seis corpos-experiências em diálogo comigo, desde o lugar de corpo que ocupamos e nos constituímos, que seis experiências são fabricadas, “implicadas com a produção de relações entre dois sujeitos, que só têm existência em ato” (Merhy, 2013, p. 176). Buscamos conversar abertamente sobre a experiência com o vírus e essa epidemia, que coabita nossas existências e

assim é constituída desde o início da década de 1980.

Coloquei meu corpo na rua, à espera de que o incomodo produzido pela figura do meu corpo e do cartaz produzissem outros sentidos e aguçasse (velhas e outras) interrogações. Como se fosse possível a construção de ferramentas outras de pensamentos e afetações. Propomos, assim, ruptura do pensamento atual seguindo como fio condutor o hiv e aids, não a partir da perspectiva de que falar sobre hiv/aids é dar informação sobre o que é, como se transmite etc. Isso é importante, obviamente. Mas, buscamos, a partir disso, romper com as lógicas instituídas pelo e no dispositivo da aids, significa, portanto, desterritorializar campos e enunciados cristalizados por discursos universais e universalizantes, neocapitalísticos e liberais, mas, por sua vez, abrir-se às novas possibilidades subjetivas constituídas na esteira da multiplicidade e diferença como exercício ético e estético na sua forma complexa como expressão das singularidades.

É necessário destacar que não se trata de apresentar dados coletados por meio da realização de entrevistas estruturais e estruturantes, como sugere o pensamento cartesiano. Mas, considerando a perspectiva rizomática no método da cartografia, “se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa sempre considerando os seus efeitos do processo de pesquisa” (Passos & Benevides, 2009, p. 17), isto é, a indissociabilidade do “objeto”, “pesquisador” e seus “resultados. Foi sendo guiado e se guiando por pistas que nos deslocamos até a praça pública, movidos pela “experiência que agencia sujeito e objeto, teoria e prática, num mesmo plano de produção ou de coemergência – que podemos designar como plano da experiência” (Passos & Benevides, 2009, pp. 17–18).

O que estou dizendo é que ao seguir pela abordagem rizomática, a pista do documentário acima citado, me conduziu até a praça pública de modo a colocar meu corpo em contato com outros corpos-experiências tendo como disparador a questão temática dessa pesquisa, por sua vez, não seguimos um roteiro prévio e estruturado, mas fui conduzido,

interpelado e instigado pelos encontros desses corpos, constituído pelos diálogos provocados por uma mesma pergunta — isto é: “vamos conversar sobre HIV e AIDS?”, cujos efeitos das próprias respostas seguiram por itinerários singulares —, novas questões surgiram no decorrer das conversas que possibilitaram colocar a escuta à disposição sobre dimensões individuais, sociais e programáticas que atravessam a epidemia de hiv/aids, entre elas: as formas de contágio, transmissão vertical, métodos de prevenção e populações prioritárias para ações; essas foram algumas das interrogações disparadoras dos nossos diálogos durante o período de três horas que estive na praça. Os enunciados ali operam como parte do dispositivo; são produzidos e capturados por um conjunto de fluxos e redes em torno do dispositivo social da aids.

Ao primeiro sinal de contato, à medida que um corpo-outro se aproximava de mim, convidava a pessoa a se sentar perguntando: “Vamos conversar sobre hiv e aids?”. A produção dessa pergunta era devolvida por outras interrogações que serão narradas abaixo por cada um/a. A cada diálogo, novos questionamentos e possibilidades caminham para uma interrogação: os processos de estigma ainda persistem ou é a aids que não existe mais? Realizar a tarefa de responder a essa pergunta não é simples; ao contrário, é complexa e exige que reflitamos de modo coletivo, partindo do acúmulo de quatro décadas de respostas, lutas e resistências diante de um fenômeno multifacetado que encapsula o enfrentamento à aids. Assim, nesse contexto, antes mesmo de apresentarmos as cenas advindas dos encontros com esses corpos-experiências, é preciso situar de que modo foi possível para nós caminhar na direção da praça, ainda que, não sabíamos o que queríamos ao estar lá.

Então, vamos a segunda pista: foi em outubro de 2021, durante uma reunião ordinária da Comissão Intersetorial de Doenças de Condições e Infecções Transmissíveis do município de Campo Grande — que este pesquisador é membro representante pela sociedade civil —, que tivemos conhecimento pelo Serviço de Prevenção e Controle das

IST/HIV/AIDS/Hepatites Virais vinculado à SESAU do cronograma de atividades a serem desenvolvidas durante o mês de conscientização do hiv/aids, a ser realizado em dezembro do mesmo ano.

Na reunião, a chefe do serviço de IST/HIV/Aids do município destacou que os objetivos das ações consistem na divulgação da cartela de serviços do município, com foco em estimular o diagnóstico precoce para o hiv e outras ISTs por meio da realização dos testes rápidos e vinculação aos serviços de saúde da atenção primária e/ou especializada. Além disso, são realizadas orientações sobre sexo mais seguro, de acordo com que preconiza a política da prevenção combinada em sua dimensão biomédica, como a disponibilização de preservativos internos e externos e informações dos locais onde acessar PrEP e PEP, por exemplo.

Os locais escolhidos pela equipe para as atividades foram considerados estratégicos pela referida equipe técnica, tais como: bares e boates, pontos de prostituição em ruas, praças, presídios e camelódromo — ponto de comércio popular da capital. Há por aqui um duplo processo de vetorização sobre os corpos e de pauperização que acompanha os mecanismos, discursos e procedimentos que configuram o dispositivo da aids. São pontos “estratégicos” em que as ações e serviços do modelo preventivo devem ser incididos, regulados e normalizados. Há procedimentos que recaem sobre corpos, subjetividades; há principalmente o ideal de vetorização da epidemia, patologização de corpos, subjetividades, experiências singulares e coletivas, o que Marcelo Bessa (1997) chamou de epidemia discursiva quando a cara da aids foi constituída, pelas mídias sensacionalistas e veículos de comunicação de ‘peste-gay’, ‘câncer-gay’, ‘doença dos 5H’, entre outras falácias, o fato é que a aids ficou conhecida como uma doença de gays, prostitutas e usuários de drogas e éramos (e ainda não somos?) vistos como vetores da doença e associados a promiscuidade e morte (Serruya, 2022; Anunciação, 2022).

Assim, será apresentada uma das ações que compõem a série de estratégias empreendidas pelo serviço de IST/hiv/aids do município. Optamos pela atividade realizada em uma praça pública, no centro da capital, Campo Grande, considerando o local estratégico pela possibilidade de acesso e circulação da população; há, sobretudo, homens de mais idade e crianças que se fixam à praça. Ao redor vemos a praça, e por fora das grades há uma multiplicidade de corpos: homens e mulheres, jovens e adultos, brancos, negros, que ocupam o espaço por distintos motivos, sendo eles: vendedores ambulantes, artistas de rua, testemunhas de Jeová, entre outros.

Aqui, já temos os primeiros indícios das formas de circulação e da regulação do hiv/aids que passa a reiterar e produzir os enquadramentos sobre determinadas corporalidades ditas chave ou prioritárias às políticas de saúde. Mas também nos abre outras interrogações, tais como: escolas, mercados, shoppings, UPA, terminais de ônibus e localidades de grande fluxo não são prioritários para as políticas de enfrentamento do hiv/aids? Ou será que atualmente o hiv/aids segue restrito às corporalidades específicas em decorrência das suas experiências sexuais? Novamente, interrogamo-nos diante da pergunta de pesquisa que nos acompanha no percurso de composição do problema de pesquisa: o que constitui a aids como dispositivo social no nosso presente?

A praça Ary Coelho está localizada no Centro da capital, entre a Avenida Afonso Pena e as Ruas 14 de Julho, 13 de Maio e 15 de Novembro, e concentra ao redor o embarque e desembarque da população vinda de diferentes bairros da cidade com o uso de transporte público. Não se trata de uma região nobre da cidade. Há, principalmente, um processo de gentrificação na região central. As ruas foram iluminadas e a praça pública, que era aberta, passou a receber grades e chaves no portão.

Do mesmo modo, ela reúne diferentes grupos populacionais. Há idosos que circulam pela praça a fim de entretenimento, com jogos de damas e xadrez; crianças que se divertem

no parquinho e no chafariz; tem artistas de rua e vendedores ambulantes, ciganas lendo a sorte, taxistas e mototáxis, além de um banheiro masculino conhecido pelos frequentadores como um ponto de pegação entre homens, o que requer a constante vigilância da guarda municipal. Aqui nos aproximamos do dispositivo da sexualidade, em que vemos práticas disciplinares recaírem sobre os corpos individuais por meio de técnicas e táticas de regulação e controle que vão operar sobre as populações.

É um espaço público e, conseqüentemente, heterogêneo. Talvez por isso, tratou-se de um local oportuno para seguir a proposta desenvolvida no documentário: Deus tem aids à risca. Na sequência serão apresentadas cenas dessas experiências e trocas a partir dos diálogos desenvolvidos. A ordem de apresentação não é aleatória, seguem, simultaneamente como acontecido no dia e hora da intervenção. Também é preciso situar que os(as) participantes consentiram participar da intervenção e que terão apenas o primeiro nome utilizados na pesquisa.

3.1.1 Gustavo

Começo por Gustavo. Ele tem 15 anos, é negro, vive uma relação heterossexual e é casado há poucos meses com Solange, uma mulher de 25 anos. Gustavo relata que foi com ela que teve sua primeira relação sexual e desde então não teve relações com outra pessoa. Gustavo chegou até mim com certa urgência. Sua inquietação consistia em dialogar sobre direitos reprodutivos e formas de prevenção contra a infecção de hiv e outras ist. Estava passando pela praça quando o cartaz que segurava chamou sua atenção.

Gustavo: O que está fazendo aqui segurando esse cartaz?

Apresentei-me como psicólogo, doutorando em psicologia e ativista nas questões LGBT+ e hiv/aids. Disse que estava ali para conversar sobre hiv e aids, como sugeria o cartaz. Falei também que estava aproveitando a oportunidade para acompanhar as atividades desenvolvidas pela SESAU no local e que parte das experiências contribuiria para a pesquisa

minha pesquisa de doutorado que tem como temática o hiv/aids. Gustavo consentiu em participar e iniciamos o diálogo.

A urgência de Gustavo era tamanha que não se atentou para o estande no local. Feita a pergunta inicial, disse que circulava pela praça enquanto aguardava pela saída de Solange do trabalho. Solange trabalha no comércio local. Conversamos sobre os métodos de prevenção disponibilizados pelo SUS nos diferentes equipamentos de saúde.

Gabriel: Mas Gustavo, o que você entende sobre o hiv e aids?

Gustavo: A sociedade é muito preconceituosa contra os homossexuais, principalmente os gays, por achar que só eles são responsáveis pela infecção do vírus.

Embora Gustavo não concorde que apenas os homossexuais sejam responsáveis pela epidemia. Não compreende os motivos que colam homossexuais e aids.

Gustavo: por que os homossexuais serem (*sic*) os mais afetados pelo hiv?

Sua pergunta foi maestral. A partir daí segui dialogando com Gustavo sobre a importância de sua pergunta e como ela se relaciona com a noção de vulnerabilidade — individual, social e programática —, segundo o conceito desenvolvido pelos pesquisadores José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres e colaboradores (2009).

O fato de gays e pessoas travestis e transexuais serem as mais afetadas pela epidemia diz dos modos como são desiguais as oportunidades de acesso e cuidado (intensificadas por contextos de homofobia e transfobia) nos serviços de saúde e em outros espaços sociais, como a família, por exemplo. Pois como dialogar sobre direitos sexuais e reprodutivos em lares onde processos de violência e violações são naturalizados?

De volta à sua pergunta, expliquei a Gustavo, quando não ampliado à leitura desde uma perspectiva da vulnerabilidade, a prevalência entre homens gays, HSH e pessoas trans e travestis, em função da prática sexual desenvolvida, mas também de aspectos que mesclam condições sociais, culturais e estruturais, como a homofobia e transfobia, como elementos

que contribuem para maior suscetibilidade da infecção. Por isso, apesar de alguns segmentos estarem em maior grau de vulnerabilidade para epidemia, qualquer pessoa está sujeita a se infectar, e a realização de testes rápidos se torna uma das opções para o sexo mais seguro.

Apesar de sua empatia pelos direitos das pessoas LGBTQ+, Gustavo nunca havia se colocado ou se pensado nesse lugar de alguém que pudesse se infectar com hiv ou outra ist por estar fora das estatísticas. Disse a Gustavo que há uma epidemia em curso, inclusive os dados revelam que no período de 2007 a 2021 a epidemia entre heterossexuais representa 31% (Brasil, 2021), o que contribui, por exemplo, para o desenvolvimento de estratégias voltadas também para outras populações afetadas pela epidemia. Provocado pela nossa conversa, ele resolveu aderir à campanha e buscou realizar os testes rápidos de triagem ao hiv, sífilis e hepatites virais. Enquanto aguardava o resultado, retornou ao diálogo.

Durante o tempo em que esperava pelos resultados, conversamos sobre os métodos de prevenção para o hiv e o sexo mais seguro. Em nosso bate-papo, Gustavo revelou que desconhecia as tecnologias biomédicas ofertados pelo SUS no enfrentamento à epidemia, as quais envolvem acesso ao tratamento por meio do uso contínuo de antirretrovirais, PrEP, PEP e testes rápidos, conforme anteriormente mencionado pela política da Prevenção Combinada (Brasil, 2017a), e não sabia como acessá-los. Orientei Gustavo a procurar o CTA, informei a ele sobre sua localização e que deveria levar Solange junto para conversarem sobre os métodos de prevenção disponibilizados pelo serviço e sobre suas práticas sexuais.

Gustavo esteve comigo durante a espera pelo resultado dos testes rápidos, o que demorou entre 15 e 20 minutos. Após isso, foi ao encontro de sua esposa feliz pelos resultados não reagentes para hiv, sífilis e hepatites B e C. A felicidade de Gustavo reafirma sua certeza inicial: hiv/aids não é para casais heterossexuais.

3.1.2 Ivan

Ivan, 42 anos, é branco e o convite se deu de forma emblemático. Quando o avistei

após a saída do teste, perguntei se gostaria de conversar sobre o cartaz acima.

Gabriel: Vamos conversar sobre hiv/aids?

Ivan: Não, não tenho nada a ver, sou hétero, hétero mesmo, bem hétero.

Insisto na pergunta para compreender sua narrativa. Disse que, pelo fato de ser heterossexual e não homossexual, não teria com que se preocupar.

Gabriel: Então, por que buscou realizar os testes?

Sem resposta, Ivan relata que entende a epidemia de hiv/aids como relacionada aos homossexuais e travestis e transexuais.

Gabriel: Por quê?

Ivan: Os homossexuais são muito promíscuos, trocam de parceiros com muita facilidade e só pensam em sexo.

Gabriel: Mas e você, Ivan, é monogâmico?

Ivan: Não. Sou homem, né!

Ivan é natural de Campo Grande, mas mora no interior do estado, em uma região de fronteira, por conta do trabalho. É policial civil e está com 40 anos. É casado e sua esposa mora na capital com seu enteado, que, segundo ele, é gay. Ivan considera o enteado promíscuo pela rotatividade de parceiros diferentes, algo que ele enxerga como errado, ainda que suas práticas de múltiplas parcerias sejam semelhantes, exceto pelo seu “contrato” de fidelidade com a mãe do rapaz. A justificativa para esse comportamento é pelo fato de ser homem, ter desejos sexuais e precisar resolvê-los.

O diálogo com Ivan revela dimensões importantes que sustentam a racionalidade cis-heteronormativa e patriarcal como constituinte dos seus processos cognitivos e sociais. Ao colar a ideia de um vírus com determinado grupo social — homossexuais —, tendo como justificativa suas práticas sexuais e afetivas consideradas promíscuas, seu discurso anacrônico contribui para o avanço de práticas sorofóbicas, homofóbicas e estigmatizantes, indicando o

quanto os processos de estigma se mantêm ininterruptos ao longo das últimas décadas, fundamentalmente após a expansão dos discursos e práticas orientadas pelo fascismo e políticas de ultradireita no governo de Bolsonaro, que subtraiu recursos destinados ao enfrentamento da epidemia. Além disso, no auge dos casos de covid-19, com a chegada da vacina, afirmou em seu discurso que o imunizante contra a doença causaria aids, deliberadamente impactando diretamente nas respostas de prevenção tanto para o hiv/aids quanto para a doença causada pelo coronavírus.

A evidente falta de investimentos de políticas de prevenção, intensificadas no governo de Bolsonaro, contribui para os baixos índices de promoção de ações e estratégias baseadas na conscientização e informação. Ao contrário, o modus operandi da gestão Bolsonaro de deixar morrer impacta não apenas os mais suscetíveis à infecção, em termos de dados epidemiológicos, mas toda uma população. Vejamos, por exemplo, quando Ivan relata desconhecer as formas de contágio do hiv e demais ist, assumindo riscos durante as práticas sexuais sem a utilização de preservativos ou outros métodos de prevenção, como PrEP e PEP, com suas parcerias fixas e eventuais. Reitera que por ser heterossexual não deveria se preocupar com hiv.

Ainda assim, a principal barreira de prevenção do hiv e outras ist é a testagem regular. Embora não tenham ficado explícitos em seu discurso os motivos em assumir a testagem como único método de prevenção, podemos pensar sobre a compulsoriedade da testagem atrelada à sua profissão de policial.

Antes de nos despedirmos, conversei com Ivan sobre os dados e indicadores de crescimento da epidemia de hiv/aids na população heterossexual. Obviamente, não se trata de uma comparação, de colocar um lado heterossexuais e de outro homossexuais, mas de provocar a reflexão sobre a ausência de um olhar generalizado para a epidemia e de políticas de prevenção para toda uma sociedade, sem que com isso se percam as especificidades em

termos de acesso, cuidado e assistência da população de HSH e gays e pessoas travestis e transexuais, historicamente marcadas como vetores da epidemia em função de outros arranjos de maior suscetibilidade a infecção.

Cito a Ivan a experiência do estado do Rio Grande do Sul, em especial a região metropolitana de Porto Alegre, como caso representativo em que a epidemia de hiv/aids expõe a fragilidade de seu discurso quando se considera que o hiv/aids não atinge outros grupos populacionais. Na capital gaúcha, a infecção pelo hiv/aids extrapola o índice de concentrada para generalizada.

Portanto, é preciso compreender que as implicações em torno da questão do hiv/aids perpassam também por questões estruturais que amalgamam as situações e contextos de maior ou menor grau de vulnerabilidade e, conseqüentemente, de infecção, adoecimento e óbito. O vírus, como dito anteriormente, é democrático. Mas as condições de acesso, cuidado e assistência perpassam por caminhos singulares e muitas vezes adversos para corpos constituídos como vetores ou por outras marcas de precarização.

A exemplo dos corpos de pessoas gestantes, parturientes e puérperas, segundo o último dado divulgado pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2022, essas pessoas representam 17,1 casos em cada mil de hiv. O município apresenta taxas de detecção superiores à taxa nacional de 3,0 casos/mil. Outro dado importante é o índice composto: taxas de detecção, mortalidade e primeira contagem de CD4 nos últimos cinco anos. Novamente, a região metropolitana de Porto Alegre ocupa o segundo lugar dos casos, e dos 20 primeiros, seis municípios estão diretamente ligados ao estado do Rio Grande do Sul (Brasil, 2022).

Os dados, embora alarmantes, são causas possíveis de serem arroladas e debatidas, considerando a superação do modelo simplista presente na política de prevenção combinada de população-chave. Como provoca Leila Barreto (2020, p. 123), “fala-se em ‘população-chave’. Mas seremos ‘chaves’ ou ‘fechaduras’?”. Não me sinto nem chave, muito menos

fechadura, mas um corpo-político como elemento necessário e estratégico no campo da prevenção, de modo a compor a formulação e a implementação de ações e estratégias voltadas à prevenção.

Sobre o tema, Barreto (2020, p. 122) questiona: “Como ter direito a uma política capaz de levar esse direito em conta, capaz de levar em conta toda essa expertise e todo esse tempo de luta no campo acumulado por tantas pessoas de todas as partes do Brasil.

Dada a complexidade do fenômeno, o desafio é ampliar a prevenção para além da bolha dos grupos mais impactados pela epidemia. É pensar a prevenção a partir de outros enunciados e práticas constituídas por discursos, ações, procedimentos e técnicas que ampliem a produção de cuidado e das diferenças.

É transgredir o entendimento de populações-chave, não apenas como um marcador identitário ou classificatório. Como sugere Barreto, é amplificar a discussão para uma política ao direito do prazer diante do conservadorismo e dos processos estigmatizantes que direcionam as políticas de prevenção (Barreto, 2020).

3.1.3 Rocini

Rocini, 30 anos, é branca, natural do Uruguai e vive daquilo que produz com as mãos. É artesã de rua, confecciona suas peças e viaja pela América Latina em busca de vender sua produção. Diferente de Gustavo e Ivan, que foram provocados pelo cartaz a dialogar, Rocini viu a mensagem e a cadeira vazia e logo se sentou.

Sentou-se para conversarmos sobre o SUS. Sim, o SUS. Rocini tinha um breve conhecimento sobre o acesso gratuito de qualidade a todas as pessoas, independentemente do adoecimento. Sobre o assunto em questão, hiv e aids, conhecia as formas de contaminação, bem como as novas estratégias biomédicas de prevenção.

Segundo ela, por ser mulher e imigrante, buscava regularizar sua situação na capital para acessar as políticas públicas de saúde e assistência social. Quando viu a intervenção na

praça, logo se pôs a realizar os testes e receber orientações adequadas para a emissão do cartão SUS e de um prontuário para dar sequência a outros cuidados preventivos à saúde, tais como preventivo e câncer de mama. Rocini, mais do que perguntar, falou e dialogou sobre como questões relacionadas às práticas sexuais ainda são tabus e de que maneira o machismo impacta diretamente as formas de se enfrentar a epidemia de hiv/aids pelo fato de ser mulher. Rocini se despediu agradecendo a acolhida e a orientação sobre os procedimentos de emissão do cartão SUS na condição de mulher imigrante.

3.1.4 Selma e Martina

Selma e Martina são mãe 60 e a filha 40 anos. São mulheres indígenas que vivem em uma aldeia urbana na capital. Estavam a passeio pelo centro quando avistaram a tenda montada pela equipe da SESAU. Embora a presença das duas tenha se dado de modo rápido e objetivo, iniciamos um diálogo.

O objetivo de mãe e filha era a retirada de insumos de prevenção, como os preservativos internos, popularmente conhecidos como preservativos femininos, e externos — preservativos masculinos. Ao ser questionado por elas sobre o motivo de estar ali, disse que buscava conversar com as pessoas sobre o hiv/aids.

Selma, mãe de Martina, contou que tanto ela quanto a filha vive uma vida sexualmente ativa. Selma informa que Martina “namora bastante”. Por isso, aproveitaram a oportunidade para retirar os insumos. Nota-se, pela atitude, uma conscientização sobre a importância do insumo, principalmente para Martina, que “namora bastante”. Pergunto o que seria esse “namorar bastante”, e Selma responde que a filha tem muitos parceiros. Sigo dizendo que os preservativos estão ali justamente para serem retirados e usados, este é o principal objetivo deles, e pergunto se sabem como utilizá-los. Dizem que sim.

Como o interesse pelo insumo foi o que fez com que elas estivessem ali, apresentei a elas o preservativo interno. O insumo está disponível no SUS desde 2000 e representa uma

estratégia importante, pois se apresenta como possibilidade de direito de escolha por mulheres cisgênero, inicialmente no contexto do trabalho sexual, nos modos de negociação com parceiros ou clientes. Ao longo de sua incorporação como política pública, o insumo sofreu modificações tanto no formato quanto em sua nomenclatura. A alteração no nome representa mais uma identificação com a finalidade do uso do que com a fixidez em uma determinada identidade de gênero, o que amplifica as possibilidades de autocuidado e agenciamento sobre corpos e desejos.

Wilza Vilela e Regina Maria Barbosa (2020) destacam que a utilização deste insumo amplifica as possibilidades de autocuidado e agenciamento de suas práticas sexuais e afetivas sobre corpos e desejos, embora a oferta do insumo esteja condicionada aos profissionais de saúde em estimular o uso. A pesquisadora Elisiane Pasini (2020) reitera que o aproveitamento deste insumo a partir da incorporação como estratégia de prevenção deu-se, principalmente, entre as trabalhadoras sexuais cisgênero e mulheres jovens — novamente, ampliando o debate acerca da possibilidade das mulheres cisgênero em gerenciar seus corpos e do alargamento do uso entre travestis e mulheres transexuais e homens transexuais. Destaca-se que o uso deste insumo entre mulheres transexuais, travestis e gays ocorre durante a prática anal — não oficialmente recomendada pelo Ministério da Saúde. No entanto, é uma estratégia possível entre essas populações.

Ao longo do período de implementação do preservativo interno, nos anos 2000, diversas foram as modificações, desde a embalagem ao material de confecção. Em 2018, por exemplo, o Ministério da Saúde lançou o novo insumo — em uma nova embalagem e material. O recebimento do novo material causou críticas importantes e necessárias à decisão arbitrária do MS, de acordo com representantes da sociedade civil, dos movimentos de mulheres e de trabalhadoras sexuais. As principais queixas são sobre o material em látex, que pode causar reações alérgicas, bem como questões relacionadas ao direito ao prazer, já que o

novo modelo é mais grosso e dificulta a vivência da satisfação plena durante as relações sexuais para mulheres em menopausa e/ou com baixa produção de lubrificação (ANAIDS, 2019). A alteração no formato, embalagem e material utilizado diz de um modo de produção em que a violência opera como instrumento à morte (Mbembe, 2020).

Selma e Martina não são usuárias do preservativo interno e desconheciam as alterações realizadas para essa nova versão. Foi quando iniciei a demonstração do novo material realizando a leitura contida no verso da embalagem. Martina ficou animada com o insumo, principalmente com a possibilidade de utilizá-lo até quatro horas antes da relação sexual, o que promove autonomia às suas usuárias. Dona Selma, por sua vez, não se empolgou com o preservativo interno e disse que o formato é pouco acessível. Terminamos a conversa com a dona Selma dizendo: “filha, leva bastante. É solteira e tem que se prevenir!”.

3.1.5 Raissa

Raissa tem 21 anos, é branca, estudante e está sempre atrás de informação. Considera-se bissexual e, no momento do nosso encontro estava vivendo uma relação com outra mulher. Relata que após o término da última relação está mais atenta à sua saúde sexual. Segundo ela, o antigo companheiro não aceitava a utilização do preservativo durante o sexo, e após o fim dessa relação, descobriu uma série de relacionamentos extraconjugais por parte dele, o que a levou a procurar o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) pela primeira vez.

Foi a partir dessa experiência que Raissa sentiu a necessidade de constantemente buscar informações sobre sexo mais seguro. Embora seus resultados tenham sido todos não reagentes naquela ocasião em que recorreu ao CTA, desde então ela criou o hábito de se testar ao menos uma vez por ano.

Ainda que os índices de infecção do hiv entre mulheres lésbicas e bissexuais sejam baixos, Raissa é enfática ao dizer que no CTA aprendeu que a prevenção deve ser encarada de forma singular, respeitando o direito de cada um/a com relação à decisão. Decisão essa

não respeitada durante o relacionamento anterior, em que Raissa reconhece, após o término, que sofria uma série de abusos e violências, como a não possibilidade de negociação do uso do preservativo durante as relações sexuais. Quando questionava o ex-parceiro, o discurso era de não se sentir bem nem confortável com o insumo. Essas situações impactaram a sua libido; sentia desconforto durante as relações sexuais e não compreendia os motivos. Hoje, a história é outra. Ela diz que se sente mais segura e confiante durante o ato sexual.

3.1.6 Arnaldo

O último diálogo ocorreu com Arnaldo, de 75 anos. Ele é negro, aposentado e está de férias na cidade. Disse que se sentou não para conversarmos, mas, diante da cadeira vazia e o sol forte, iria esperar pela esposa que havia ido comprar uma água. Apresentei-me ao Arnaldo e expliquei o objetivo de estar ali, para conversar sobre hiv/aids diante da reemergência da epidemia (Grangeiro, 2016).

Segundo ele, desde o começo da epidemia no país, o governo não investe em campanhas de orientação para a população. Se a população não tem acesso à informação, “[...] como saberão se cuidar?”.

Insiste que o melhor remédio são as campanhas de prevenção na mídia: TV e rádio, de forma objetiva para a população. E não só os investimentos para as grandes indústrias farmacêuticas, que são importantes, mas que devem estar combinadas a outras ações de orientação, sensibilização e prevenção, por exemplo.

De fato, Arnaldo está correto. O investimento em campanhas de prevenção, historicamente, esteve presente como em ações estratégicas de combate à censura, ao conservadorismo e ao estigma em relação ao hiv/aids. Não se trata apenas de uma questão de produção de informações, mas de como enunciados vão ganhando novos contornos em relação ao estigma e à desinformação como barreiras ao acesso no SUS. O problema é que ao mesmo tempo em que se investe em campanhas, há também, segundo Tiago Duque (2021),

estratégias de comunicação relacionadas ao hiv/aids que operam como forma de regulação e controle das experiências subjetivas e instauraram o pânico moral e sexual.

Quando as duas campanhas foram lançadas “Sem vergonha, Garota. Você tem profissão”, no ano de 2002, e “Mulher Camisinha”, entre os anos de 2016 e 2017, voltadas às trabalhadoras sexuais, entre outras, como importante agentes estratégicos na disseminação de informações relativas à prevenção, bem como na diminuição do estigma que contorna o hiv e a aids a determinados grupos sociais.

Quando mencionei as novas tecnologias de prevenção a Arnaldo, ele foi categórico: “Mas quem sabe isso, meu filho? Só vocês da saúde mesmo [...]. Isso precisa estar na TV, no rádio...”. Agradeceu o bate-papo e seguiu com sua esposa. Depois de quatro anos em que vimos avançar o pensamento reacionário, o desinvestimento no SUS, o crescimento de discursos e práticas de ódio, com a possibilidade e efetividade de mudança, o carnaval de 2023 abrilhantou-se com a campanha “Voltou o carnaval e com a camisinha a alegria é geral”, do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DATHI), marcando a volta deste órgão que foi apagado durante o exercício do governo Bolsonaro.

A campanha destaca termos-chave para construção de políticas de amor e solidariedade. O slogan da campanha aposta em respeito, inclusão, diversidade e amor como antídotos aos sentimentos de ódio e violência experienciados nos últimos anos no país. Entre os objetivos, a campanha prevê ampla disseminação de informações sobre as formas de transmissão e a prevenção combinada. O plano de comunicação se deu por meio das redes sociais, veiculadas no rádio e na tv aberta em todo o país — o que, por sua vez, não nos permite inicialmente uma análise sólida sobre os efeitos da campanha. Por hora, mais recentemente em maio de 2023, o Ministério da Saúde e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) lançam inscrições para seleção de propostas de Organizações da

Sociedade Civil (OSCs) para execução de projetos de Comunicação em Saúde voltados às populações-chave e prioritárias para hiv, aids, tuberculose, hepatites virais e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Tais iniciativas nos mostram e sinalizam o compromisso com o retorno ao incentivo de campanhas de prevenção como parte de um conjunto de estratégias presentes no rol de ações, diretrizes e planos de enfrentamento do hiv/aids no nosso presente.

3.2. Cena 2: Aula Pública/Particular

A realização da audiência foi fomentada pela ex-vereadora Camila Jara, do Partido dos Trabalhadores (PT) — posteriormente eleita deputada federal, em 2022 —, presidenta da Comissão Permanente de Políticas e Direitos das Mulheres, de Cidadania e Direitos Humanos da Câmara Municipal de Campo Grande–MS, por meio do Edital de Convocação para realização da Audiência Pública, conforme publicado no site oficial da Câmara Municipal de Campo Grande, no dia 26 de novembro de 2021. O convite aos participantes foi encaminhado via e-mail pelo gabinete de Camila Jara.

A audiência ocorreu na sede da Câmara dos Vereadores da capital no período matutino. A mesa foi composta por Fabiane Marques Neves Dittmar Duarte, chefe de serviço de Infecções Sexualmente Transmissíveis da Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde Pública (SESAU); Roberto Braz Júnior, médico clínico responsável pelo atendimento aos pacientes com hiv e em PrEP no CTA; a solicitante da audiência, Camila Jara; o vereador Valdir Gomes; Gabriel Luis Pereira Nolasco, ativista e representante da Comissão Intersetorial de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI); e Marco Aurélio de Almeida, à época gerente do CTA.

Figura 6

Convocação para realização de audiência pública

Inicial · Pauta das Sessões

EDITAL DE CONVOCAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE AUDIÊNCIA PÚBLICA – DIA 1º DE DEZEMBRO ÀS 9:00H.

26.11.2021 · 12:00

COMISSÃO PERMANENTE DE POLÍTICAS E DIREITOS DAS MULHERES, DE CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS

EDITAL DE CONVOCAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE
AUDIÊNCIA PÚBLICA

A COMISSÃO PERMANENTE DE POLÍTICAS E DIREITOS DAS MULHERES, DE CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS DA CÂMARA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE-MS comunica aos interessados que fará realizar Audiência Pública no dia 1ª de dezembro de 2021, quarta-feira, às 9:00h (nove horas), no Plenário Oliva Enciso, do Poder Legislativo do Município, localizado na Avenida Ricardo Brandão, n. 1600, Jatiúka Parque, para discutir sobre o tema: "Panorama do HIV, Aids no Município de Campo Grande".

Campo Grande – MS, 26 de novembro de 2021.

CAMILA JARA	JUNIOR CORINGA
Presidente	Vice-Presidente
VALDIR GOMES	CLODOILSON PIRES
Membro	Membro

Nota. Fonte: Câmara Municipal de Campo Grande (2021).

O objetivo foi discutir o cenário contemporâneo da crescente de casos detectados de hiv/aids na capital. Segundo a ex-vereadora:

Campo Grande e Mato Grosso do Sul apresentam taxas de detecção maiores que o Centro-Oeste. Então é uma realidade que a gente não pode ignorar. Além disso, observamos uma mudança no modo de transmissão, que antes ocorria principalmente por relações sexuais, e no último ano passou a ter maiores registros de transmissão vertical, que é a passagem do vírus da mãe para o bebê. Precisamos discutir esses fenômenos e pensar em soluções em conjunto com a sociedade, para salvar vidas e combater o preconceito e a desinformação (Câmara CGMS, 2021).

De acordo com a parlamentar, o debate acerca da epidemia se apresenta como necessidade coletiva, com os objetivos de conscientizar a população e formular estratégias e ações de ampliação dos serviços, de modo a diminuir novos casos de infecção, óbito e transmissão vertical de genitora ao bebê. O debate foi transmitido simultaneamente no canal oficial da Câmara Municipal⁴. Vale destacar que, embora o debate sobre a temática fosse público e urgente, a audiência contou apenas com poucos representantes do movimento social; melhor dizendo, com integrantes apenas da Águia Morena de Redução de Danos, que atua diante do contexto da política de redução de danos e interface com hiv/aids para populações em situação de rua e/ou contextos problemáticos de uso de álcool e outras drogas.

O convite aos palestrantes da audiência ocorreu por e-mail, e o tema a ser abordado foi definido pelo próprio gabinete da parlamentar. Para se ter noção, o convite encaminhado a este pesquisador foi recebido no dia 29 de novembro de 2021, poucos dias antes da realização dela. O objetivo da participação consistia em discutir dois pontos: a) a visão em relação ao atendimento do serviço; e b) percepção do manejo clínico de quem vive com hiv/aids no município.

É importante frisar que o convite dirigido a mim perpassa por alguns atravessamentos entre militância advinda das ações de prevenção ao hiv/aids no IBISS|CO, assim como por minha atuação profissional durante a experiência como “linkador” no projeto A Hora é Agora⁵, entre os anos de 2019 e 2020. O linkador é um membro da equipe que auxilia os usuários com resultados reagentes para o hiv a fim de dar início ao tratamento em serviços de saúde e usuários em início de PrEP.

⁴ Para mais informações o link de acesso a transmissão: <https://www.youtube.com/watch?v=Vj1OJmEB4u8>

⁵ A partir de setembro de 2019, em consequência do acordo de cooperação entre o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) no Brasil e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), com fundo financeiro do The United States President’s Emergency Plan for AIDS Relief, em parceria com o DCCI/MS e a Secretaria Municipal de Saúde Pública (SESAU), entrou em execução o projeto “A Hora é Agora” (AHA), com objetivo de oferecer diagnóstico precoce ao HIV/AIDS, orientações à prevenção e adesão ao tratamento. Em andamento desde 2015 em Curitiba, teve sua ampliação para os municípios de Florianópolis e Campo Grande em 2019 e, mais recentemente, em 2021, em Porto Alegre.

A audiência pública não buscou alianças com distintos movimentos sociais para além da temática do hiv/aids, assim como da sua rede de relações, como de setores governamentais como Educação e Assistência Social, com outras necessidades no campo da saúde e para além dela. Aqui, vamos percebendo como o dispositivo da aids passa a engendrar as possibilidades tanto do sujeito quanto das políticas de se produzir, desenvolver e experienciar a epidemia na atualidade.

Sabemos que os desafios são urgentes e que é preciso levar em consideração os múltiplos acontecimentos que estão conectados quando analisamos o que está em jogo na produção das desigualdades sociais e quais corpos estão imbricados nessa constituição (Favero, 2019).

3.2.1 Panorama do hiv/aids

Após a abertura da sessão por parte da parlamentar Fabiane Dittmar, responsável pelo Serviço de HIV/Aids do município, ela iniciou sua apresentação destacando a importância da proposição daquela audiência, bem como sua aproximação com a temática a partir do ano de 2017, quando assumiu a pasta das hepatites virais, e em 2018, o cargo que ocupava até então.

Durante sua fala, destacou que anteriormente ao ano de 2016 a testagem rápida era concentrada nas unidades especializadas, como o CTA, mesmo diante da existência de recomendação do Ministério da Saúde, por meio da Portaria n.º 77, de 12 de janeiro de 2012, que instituiu a realização desses testes de detecção primária como importante ferramenta de ampliação e oferta diagnóstica (Brasil, 2012). A descentralização da testagem rápida de hiv/aids e outras ist e hepatites virais em Campo Grande para Atenção Básica se deu em 2017 para toda a Rede de Atenção à Saúde.

Ainda que a implementação no município de Campo Grande tenha se dado de forma gradativa a partir de 2017. O foco de tal abordagem, segundo explica a gestora, contribui para expansão do diagnóstico de hiv/aids e outras ist para população, principalmente, aos grupos

mais vulneráveis. Já o compartilhamento do cuidado da PVHA na AB ocorreu de forma processual em 2021.

O direcionamento de sua análise segue a lógica das metas globais de erradicação da epidemia, inicialmente, para 2020, estabelecidas pelo UNAIDS, que estabelece a meta 90% 90% 90% (Testar e Tratar), posteriormente, para o fim da epidemia até o ano de 2030, com 95% das pessoas diagnosticadas, 95% em tratamento e, por fim, 95% com supressão viral (Unaid, 2023).

É necessário problematizar a audiência como uma das estratégias agenciadas pelo dispositivo. Embora Fabiane apresente um discurso preventivo, inclusive apoiado em métricas e discussões internacionais, os dados nacionais e a conjuntura nacional expõem outra realidade que a colocam como invisível, quando consideramos a ausência de público na audiência ou mesmo diante dos indicadores importantes de aumento de casos e de transmissão vertical, que já havia sido controlada justamente em decorrência dos debates e incorporação e atualizações sobre os protocolos de manejo da transmissão vertical do hiv no SUS (Brasil, 2021).

Desse modo, identificamos a crescente de casos de novas infecções e de mortalidade de aids em grupos constituídos como vetores à epidemia. Conforme Fabiane Dittmar, a análise de dados produzidos nos últimos 10 anos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) revela 2.116 casos de hiv/aids, sendo 102 casos até novembro de 2021 em Campo Grande.

Em relação às informações prestadas, destacam-se os modos de circulação do hiv em Campo Grande, concentrados nos segmentos do início da epidemia. Novamente, o dispositivo da aids, por meio da formulação de práticas e ações de como são instituídas as estratégias biopolíticas de acesso, cuidado e assistência, ao mesmo tempo em que se viabilizam intervenções necropolíticas para populações em situação de rua, negra ou em uso de álcool e

outras drogas. Segundo Foucault (1979, p. 94), o dispositivo opera permeado por relações de poder, “[...] onde os aparelhos do poder são tão numerosos, seus rituais tão visíveis e seus instrumentos tão seguros”. O direcionamento de ações, estratégias e serviços no dispositivo ocorre pela incorporação de técnicas, normalizações e controles que passam a agir sobre uns e outros.

O dispositivo social da aids configura-se como um novo agrupamento de normas, códigos e leis que permeia experiências e modalidades de subjetivação — como atravessamentos da ordem do corpo e de suas experimentações com as práticas —, principalmente quando acionado o hiv/aids como vetor de repatologização das identidades de gênero e sexualidades em dissidência (Quinalha, 2022).

Um outro direcionamento nos modos de se relacionar com a experiência da epidemia, temos com o uso dos esquemas de terapias antirretrovirais, principalmente, diante da retórica de cronificação da doença, outros modos de relacionar-se com o vírus e o desejo. Ou seja, a ideia de adoecimento e morte não opera apenas em sua dimensão biológica, mas no enlace com questões estruturais em que se esbarram o acesso e a adesão. Há um novo jogo, por isso considerar a aids como dispositivo social, é, sobretudo, identificar o seu funcionamento constituído por estratégias biopolíticas e necropolíticas sobre os corpos e populações.

Segundo Gilles Deleuze (1989), ao operar com a noção de dispositivo em sua leitura a partir da perspectiva foucaultiana, sustenta que se forma na produção de linhas: “cada linha está quebrada e submetida a variações de direção (bifurcada), submetida a derivações. Os objetos visíveis, as enunciações formuláveis, as forças em exercício, os sujeitos em posição são como vetores ou tensores” (Deleuze, 1989, p. 155).

No Brasil, ao fim dos anos de 1980, a ideia de grupo de risco ganha visibilidade ao relacionar a epidemia de aids aos corpos de homossexuais intitulada de “câncer gay”. O estigma produzido relaciona o vírus e ao corpo, um corpo específico o da homossexualidade

e outras corporalidades consideradas “desviantes”. Também no Brasil, após esse período, seguindo recomendações internacionais, a ideia de grupo de risco é atualizada no dispositivo da aids para população-chave e prioritária, apresentando assim nova concepção de enquadramento dos corpos no encontro com o vírus.

A experiência contemporânea das estratégias desenvolvidas em termos de políticas públicas, quando considera os mesmos sujeitos e grupos sociais como mais suscetíveis à epidemia, revele em seu quadro de inteligibilidade a lógica de repatologização das sexualidades e gênero em dissidência, sustentada pela dimensão epidemiológica. A produção do discurso epidemiológico — dito e não dito — constitui o dispositivo quando direciona ações, serviços e estratégias sem posicionar as tramas que contornam certas subjetividades e não outras, de quais corpos são vetores “suscetíveis” segundo a biopolítica em que operam as estratégias do Ministério da Saúde (Favero, 2022).

Recorremos à analítica de Sofia Favero (2019) que, a partir do conceito “trans”, posiciona a discussão, ou melhor dizendo, retoma a problemática ao colocar em disputa a noção de cisgeneridade sobre os limites dessa categoria, de modo a essencializar e produzir a norma em relação às demais experiências identitárias e subjetivas no direcionamento de suas ações. Isto é, de como se produzem “[...] outras grades de inteligibilidade que permitam pensar as Políticas de Saúde” (Bernardes, 2017, p. 340). Assim o território assume configuração estratégica no âmbito dos modos de acesso ao cuidado em saúde.

Os desafios impostos às corporalidades em dissidência à norma cis-heteronormativa expõem as condições de desigualdades sociais em que vivem seus corpos. No âmbito das necessidades de saúde, conforme traz Sofia Favero (2019), as subjetividades trans e travestis são agenciadas, principalmente, a partir desse viés da patologização, do desvio em articulação com a problemática do hiv/aids.

A adoção da política de identidade por meio do reconhecimento de populações

consideradas “chave” ou “prioritárias”, em tempo que compõe, organiza e direciona os planos de enfrentamento, permite que se reconheçam os jogos e disputas forjados a partir dessas relações de poder, bem como explicita os arranjos com os quais as políticas ganham visibilidade e invisibilidade no campo social.

Como quando nos aproximamos das experiências de visibilidades e invisibilidades que se forjam a partir da descentralização do cuidado do hiv na Atenção Básica. As oportunidades de acesso, cuidado e assistência se dão de forma igual a todos os sujeitos? Se operarmos com a noção de passabilidade — isto é, quando se aproxima de um ideal de gênero ou sexualidade hegemônica (Duque, 2011) — ao interseccionarmos outros marcadores sociais, como de raça e etnia, dizem dos modos como vamos promover e pensar políticas públicas para a população LGBTQ+, como estratégia biopolítica presente no dispositivo em forma de desproteção.

Pois, ao utilizarmos a interseccionalidade como ferramenta de análise, compreendemos que “[...] as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente” (Collins & Bilge, 2021, p. 16). Isto posto, trata-se, portanto, não de hierarquizar opressões, mas colocá-las em articulação diante dos contextos de precariedade (Favero, 2019; Butler, 2019).

Assim, o cuidado do paciente vivendo com hiv/aids na atualidade prevê a organização de uma rede de assistência integral à saúde tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora e porta aberta aos serviços, de modo que em 2017 o Ministério da Saúde lança mão de diretrizes e protocolos que designam para a Atenção Primária em Saúde papel de destaque para a construção de uma linha de cuidado da PVHIV na Atenção Básica (Brasil, 2017b).

A estruturação para implementação das linhas de cuidado para PVHIV na Atenção

Básica ocorre, num primeiro momento, com a publicação das novas Diretrizes para Organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde pelo Ministério da Saúde, com a incorporação de ações estratégicas da política de Prevenção Combinada do HIV com foco ampliado ao acesso das populações-chave e prioritárias para o hiv/aids e outras ISTs e Hepatites Virais no território (Brasil, 2017b).

As mudanças na reorganização dos CTAs respondem a uma urgência do nosso presente, em que se efetiva o dispositivo da aids, a partir da disseminação da lógica da prevenção combinada à ampliação na oferta de serviços do CTA, com a incorporação dos antirretrovirais no tratamento do hiv, PrEP e PEP e implementação da sala de vacinação, reconfigurando sua tipificação.

Nesse sentido, o primeiro momento desde a implementação do serviço no SUS caracterizou-se pela “[...] oferta de testagem sorológica anti-HIV de forma confidencial e anônima, bem como a educação em saúde e aconselhamento para todas as pessoas que buscam o serviço” (Brasil, 2017c, p. 11).

A ideia de descentralização do cuidado da PVHA no território avança diante da disseminação e incorporação dos testes rápidos e do processo de biomedicalização do hiv, progressos necessários no controle da infecção ao assumir o tratamento como prevenção (TcP), mas que, por outro lado, expõem fragilidades estruturais, como a manifestação de preconceitos e discriminações voltadas para travestis, transexuais, gays e outros HSH. Assim, em 7 de julho de 2021, por meio da resolução n.º 614, publicada na edição 6345/2021 do Diogrande, a SESAU, no uso de suas atribuições, “institui unidade referência de Atenção primária para o ‘compartilhamento do cuidado da pessoa vivendo com HIV/AIDS’” (Diogrande, p. 5, 2021). Os efeitos dessa nova política de cuidado com extensão para a AB passam a produzir novas configurações até então.

As Unidades de Saúde responsáveis pelo cuidado compartilhado estão divididas entre

as sete microrregiões de Campo Grande–MS nos seguintes distritos sanitários:

Anhanduizinho: Unidade Básica da Saúde da Família (UBSF): Iracy Coelho, Parque do Sol, Macaúbas, Jockey Club; **Bandeira:** UBSF Carlota, Jardim Itamaracá, Tiradentes e Moreninhas III; **Centro:** UBSF Centro; **Imbirussu:** UBSF Aero Itália, Lar do Trabalhador e Santa Carmélia; **Lagoa:** UBSF Buriti, Caiçara, Caiobá e Tarumã; **Prosa:** UBSF Estrela D'alva, Jardim Noroeste e Mata do Jacinto; e **Segredo:** UBSF José Tavares do Couto, Nova Lima e Vila Nasser.

Figura 7

Resolução n.º 614 de 07 de julho de 2021⁶



Nota. DIOGRANDE, 2021.

⁶ Atualmente o município de Campo Grande -MS, publicou a nova resolução N.º 762, de 27 de setembro de 2023 que institui linha de cuidado da PVHIV e amplia para todas as Unidades de Saúde do município (SESAU, 2023).

Além disso, foram instituídos alguns critérios de elegibilidade para o compartilhamento do cuidado na Atenção Básica. Há não apenas um investimento no corpo, mas sobre o corpo, por meio do uso dos antirretrovirais como tecnologias biopolíticas de normalização dos corpos em sua esfera individual, mas também coletiva, isto é, não é qualquer corpo com o vírus que terá seu cuidado compartilhado na AB.

Os critérios poderão ser conhecidos na figura a seguir:

Figura 8

Critérios para compartilhamento do cuidado da pessoa vivendo com HIV na Atenção Primária em Saúde

SÃO CRITÉRIOS PARA "COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO DA PESSOA VIVENDO COM HIV" NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:	SERÃO ENCAMINHADOS PARA OS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA POR MEIO DO SISTEMA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL (SISREG) APENAS OS PACIENTES QUE APRESENTAREM:
<ul style="list-style-type: none"> A) DIAGNÓSTICO NOVO DE HIV; B) CONTAGEM DE LINFÓCITOS T CD4 + ACIMA DE 350 CEL/MM³; C) AUSÊNCIA DE COMORBIDADES ASSOCIADAS À IMUNODEFICIÊNCIA 	<ul style="list-style-type: none"> A) CONTAGEM DE LINFÓCITOS T CD4 + MENOR QUE 350 CEL/MM³; B) GESTANTES; C) CRIANÇAS; D) PRESENÇA DE COMORBIDADES ASSOCIADAS À IMUNODEFICIÊNCIA*; E) COINFECÇÃO COM HEPATITE B E HEPATITE C; F) TUBERCULOSE PULMONAR; G) TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR; H) CANDIDÍASE ESOFAGIANA; I) DIARREIA CRÔNICA; J) PERDA DE PESO; K) HERPES ZOSTER; L) DERMATITE PERSISTENTE; M) LINFADENOPATIA; N) ENTRE OUTROS OPORTUNISMOS.

Nota. Extraído da página do *Instagram*. Fonte: SESAU, 2021.

Tais definições são necessárias para determinar a conduta de tratamento ao paciente, proporcionando a garantia do seu direito à saúde e à cidadania como princípios éticos e políticos presentes no SUS e na Constituição Brasileira — inclusive no que diz respeito à garantia do sigilo, respeito e acolhimento como máxima no enfrentamento das desigualdades e injustiças sociais como efeitos dos processos de estigmatização e discriminação. Por outro lado, como se trata de processo de trabalho recente e em curso, exige-se comprometimento e avaliação constante de pares e especialistas de forma participativa, de modo a assegurar articulação entre diferentes setores da sociedade na sua construção, desenvolvimento e controle.

Diante do contexto e após sua institucionalização oficial com a resolução, mais recentemente, em 2023, houve a publicação da resolução n.º 762, de 27 de setembro de 2023 – *“INSTITUI LINHA DE CUIDADO DA PESSOA VIVENDO COM HIV (PVHA) NO ÂMBITO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS”* (SESAU, 2023) –, considerando os seguintes dispositivos legais e operacionais, de acordo com a figura a seguir:

Figura 9

Linha de Cuidado da Pessoa Vivendo com HIV/aids de Campo Grande.

Art. 1º Fica instituído a Linha de Cuidado da Pessoa Vivendo com HIV/aids (PVHA) para os municípios de Campo Grande, por nível de atenção;

- I – Atenção primária em Saúde: UBS, UBSF;
- II – Atenção secundária: Unidades Especializadas
 - a) Centro Especializado em Doenças Infecto Parasitárias- CEDIP (SAE e Hospital Dia);
 - b) Hospital Dia Professora Esterina Corsini - HU / UFMS (SAE e Hospital dia);
 - c) Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA;
- III – Atenção terciária: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian;

Art. 2º Fica instituído os critérios para o Cuidado da Pessoa Vivendo com HIV/aids (PVHA) em todas as Unidades de Saúde da Atenção Primária em Saúde:

- a) Diagnóstico NOVO de HIV;
- b) Contagem de linfócitos T CD4 + ACIMA de 350 cel/mm³;
- c) Ausência de comorbidades associadas à imunodeficiência;
- d) Usuários indetectáveis e assintomáticos, descentralizados da atenção especializada, em uso de TARV de primeira linha.

Art. 3º Fica instituído os critérios para o Cuidado da Pessoa Vivendo HIV/aids (PVHA) com doença avançada nos Serviços de Referência Especializados (SAE e Hospital Dia - HD):

- I. Resgate de tratamento de PVHA em abandono;
- II. Mudança de tratamento de PVHA em falha de tratamento;
- III. Contagem de linfócitos T CD4 + MENOR que 350 céls./mm³;
- IV. Gestantes;
- V. Crianças;
- VI. Presença de comorbidades associadas à imunodeficiência;
- VII. Coinfecção com hepatite B e hepatite C;
- VIII. Coinfecção com Tuberculose Pulmonar/extrapulmonar;
- IX. Sinais/sintomas de doença oportunista: Candidíase esofágica, diarreia crônica, perda de peso, dermatite persistente, linfadenopatia, entre outros sinais.

Nota. DIOGRANDE, 2023.

A questão da análise em torno do dispositivo social da aids reposiciona as práticas, técnicas e verdades de como os mecanismos de controle e regulação recaem sobre as subjetividades; isso significa, necessariamente, compreender as práticas contemporâneas em que operam a lógica em torno da cronicidade do vírus sob o uso contínuo via biomedicalização, mas também nos critérios da descentralização do cuidado para o território como possibilidade de expansão do acesso e retenção ao tratamento. No âmbito biomédico as respostas estão dadas, entretanto, como considerar diante de outros atravessamentos de “determinação social” ao produzir deslocamentos como os efeitos do estigma e da discriminação incorporados na dinâmica das relações entre usuários e serviços.

O processo em torno da biomedicalização sob o uso contínuo de antirretrovirais no

enfrentamento do hiv opera no sentido, conforme discutido por Sierra e Meyer (2020) como via de mão dupla: de um lado temos caminhos para melhor qualidade de vida, supressão de carga viral – nos casos positivos -, interrupção de uma possível infecção – nos casos de PEP, e manejo preventivo nos casos em que o contato com o vírus não ocorreu ou não se sabe quando acontecerá. Sim, são formas de controle, regulação e vigilância como sugere a biopolítica, contudo, o uso de tais medicamentos agenciam no nível singular possibilidades outras, agenciam, formas outras e produzem novos contornos no imaginário discursivo, social e subjetivo, são, portanto, modalidades de enfrentamento tanto das iniquidades sociais, de saúde e suas ramificações como estigma e a discriminação são, ainda, os vírus mais letais da epidemia.

A biomedicalização como estratégia biopolítica no dispositivo da aids provoca um deslocamento nas práticas a respeito das experiências e vivências na era pós-coquetel de uso de antirretrovirais. Lucas pereira de Melo (2020, p. 20) reafirma essa posição ao explicar que “tais políticas e narrativas fazem isso ao engendrar processos de subjetivação de pessoas soropositivas que envolvem, em algum grau, uma virada subjetiva, via tecnologias do self (autocuidado, automonitoramento, autodisciplinamento, etc.)”.

A cronicidade do vírus agencia o dispositivo crônico, performando-o inclusive relacionando a experiência do hiv a outros quadros de patologias clínicas, como diabetes e hipertensão, ou seja, buscando sua essencialização e homogeneidade.

Nesse percurso, o dispositivo social da aids constitui os corpos em vetores e, como consequência, as inúmeras formas de desproteção, não tampouco nas modalidades individuais, sociais, mas também como as políticas programáticas focarão suas estratégias, com o acesso e adesão, já que os corpos e necessidades no encontro com as políticas sociais são distintas. Existem barreiras que se produzem a partir de vários marcadores sociais que influenciam na diminuição de acesso a serviços e aumentam significativamente as

discriminações.

Ao aproximar a experiência do hiv a outras patologias clínicas no contexto da Atenção Básica, no município de Campo Grande, estado de Mato Grosso do Sul, o dispositivo da aids aciona novas linhas em que configuram o dispositivo da aids na experiência da Atenção Básica, quando, por meio da implementação da descentralização do cuidado em 2021, coloca em jogo as formas de acesso e sua dimensão com o território. Não considerar o estigma como parte desse novo é compreender a estratégia da política de deslocamento do cuidado para AB sem reestruturação das práticas; não é descentralização, é redistribuição de demanda, justamente quando a aids como dispositivo opera no território de modo a incluir no debate a disputa do saber médico da atenção primária com a ideia de especialista do cuidado.

3.2.2 A Política de PrEP como Estratégia de Prevenção?

De segunda a sexta-feira em horário, o médico clínico Roberto Braz Júnior atua no CTA no cuidado do PVHA de usuários em PrEP e PEP. Durante sua fala, Roberto abordou a implementação da PrEP como estratégia de prevenção e fluxo de trabalho operacionalizado pelo CTA na oferta dessa tecnologia.

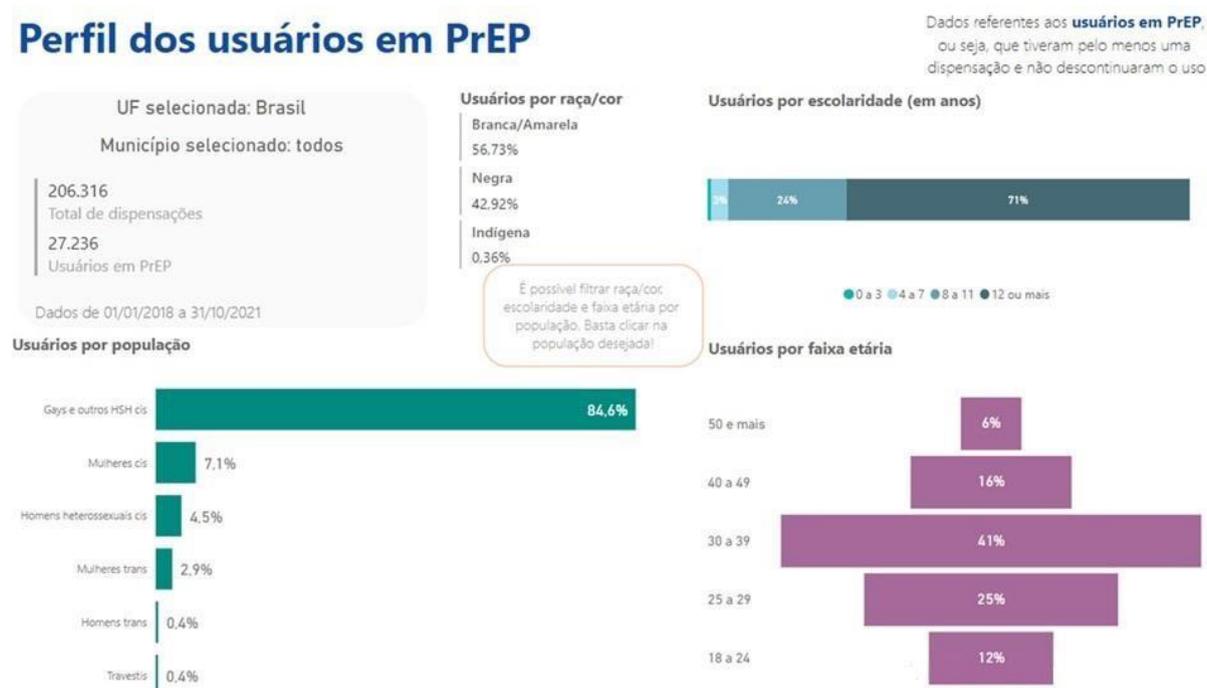
Roberto destaca que a PrEP é uma das principais apostas biomédicas no enfrentamento da epidemia do hiv/aids, mas, como sabemos, não é a única forma de luta contra o vírus, quando, não considerando as dimensões estruturais e comportamentais. Além da política de PrEP, tem-se os tradicionais preservativos interno e externo, gel lubrificante, PEP e o TcP, que juntos compõem o eixo biomédico da Política de Prevenção Combinada e, parte do seu trabalho, é oportunizar que essa estratégia esteja disponível aos usuários que procuram o serviço. A experiência social produzida no início dos anos de 1980, com o surgimento da aids assentada na perspectiva de grupo de risco, permanece atual no contexto das tramas de negociações do dispositivo da aids quando consideramos, por exemplo, a

epidemia circunscrita às populações-chave e prioritárias, sobre as quais ações e serviços recaem, interseccionando mecanismos disciplinares e tecnologias biopolíticas.

Assim, a política de PrEP como tecnologia de prevenção reflete o caráter biomédico dos modos de barreira, no que diz respeito à crescente de novos casos, e foi a partir dessa política que Roberto constituiu sua narrativa. Segundo ele, a PrEP é uma possibilidade real de controle da epidemia em corpos sorodiferentes — isto é, corpos que não vivem com o vírus do hiv. Entretanto, até o período da sua fala, os mecanismos para o acesso à medicação estavam relacionados apenas às populações-chave e parceiros soropositivos. Somente a partir de 2022 a PrEP é ofertada para todas as pessoas que sentem necessidade do uso da profilaxia.

Figura 10

Perfil dos usuários em PrEP



Nota. Fonte: BRASIL, 2021.

Em sua análise, a partir do monitoramento junto ao painel de PrEP no Brasil entre o período de janeiro de 2018 a outubro de 2021, o número de usuários observado foi de 27.236 em todo o país. Quando identificados o perfil desses usuários/as, os dados expõem o acesso à

PrEP seguindo a lógica nacional: são em sua prevalência homens gays e HSH, brancos, cisgênero, de classe média e alta, com ensino superior e que não estão se infectando com o vírus.

O gráfico da Figura 10 aponta que os usuários em PrEP são, em maioria, gays e outros HSH, 84,6%, com 41% com idade de 30 a 39 anos, 56,73% brancos e 71% dos usuários com ensino superior — ou seja, trata-se de homens gays e bissexuais, brancos, com ensino superior. Mas quando nos deparamos com os dados apresentados pelo Boletim Epidemiológico (2021), há uma conformação de uma epidemia que afeta de modo desproporcional e desigual as travestis e pessoas transexuais, sobretudo do gênero feminino. Se de um lado temos altos índices de infecção do vírus nesse grupo social (31,2%), quando nos deparamos com os dados de monitoramento no painel de PrEP no mesmo ano, em 2021, vemos o insignificante número de 2,9% para mulheres trans e 0,4% em travestis, quando a chance de pessoas trans e travestis de se infectarem com o vírus são 34 vezes maiores do que as de uma pessoa cisgênero (Brasil, 2021). Aqui entra em jogo uma dimensão incontornável que expõe transfobia e o estigma relacionado à aids e à patologização dessas subjetividades, pela produção de verdades e práticas como tecnologias que visam intensificar experiências de desproteção e exclusão social.

A situação exposta, por um lado, nos impõe algumas interrogações acerca da descentralização dessa profilaxia para AB: seria a descentralização uma saída? Em caso positivo, seria a única? Se em serviços historicamente especializados como CTA e Serviços de Assistência Especializado (SAE), importantes tecnologias no cuidado do hiv/aids anteriores à lógica de descentralização da PVHA, a possibilidade de vinculação à PrEP não é realidade. Embora a questão não tenha sido provocada, talvez, pela ausência de público e ativistas, os desafios colocados na AB, como sucateamento das unidades, insuficiência de quadro de funcionários, estariam esses equipamentos qualificados, “capacitados” a

operacionalizar o respeito e a cidadania como parte do exercício ético dirigidos às corporalidades marcadas por não reconhecimento de sua humanidade?

Ainda que a PrEP seja uma ferramenta importante e necessária, cabe enfatizar a importância da expansão do acesso a essa tecnologia desde a incorporação de uma perspectiva orientada pelos direitos humanos e da saúde coletiva, com vista a reduzir os danos, com base nos princípios de equidade e que garantam a adesão dos distintos corpos que estão acessando os equipamentos públicos.

É importante consideramos a PrEP como parte do dispositivo social da aids apontam saídas outras no enfrentamento à epidemia, que faz incidir sobre corpos estratégias biopolíticas de regulação e controle das práticas sexuais e comportamentais por meio do uso de “fármacos-morais”, em que, segundo apontam Jamil Cabral Sierra e Dagmar Estermann Meyer (2020), o discurso preventivo é construído. Consideramos o discurso preventivo relacionada a PrEP a partir de um duplo jogo de negociações e disputas. De um lado, considerando o ideal de regulação neoliberal que recaem sobre o sujeito e, por outro lado, também experienciamos a produção via as relações micropolíticas formas de resistência “[...] que oferecem outros questionamentos diante dos processos de normalização, bem como das formas que historicamente têm promovido a captura das sexualidades dissidentes” (Sierra & Meyer, 2020, pp. 1032–1033). Isto é, as novas tecnologias presentes no dispositivo social da aids, tais como PrEP e TcP, produzem não só capturas, mas também formas de resistência e agenciamentos como possibilidades de cuidado de si e do outro diante das novas configurações e relações sociais e de desejos.

3.2.3 Percepção do Manejo Clínico da PVHA no Município

Fui convocado pela parlamentar Camila Jara para participar da audiência pública a fim de contribuir com o debate acerca de dois pontos principais: o primeiro, em relação à visão do atendimento do serviço; e o segundo, quanto à percepção do manejo clínico do

vivendo com hiv/aids no município.

Antes do pensarmos sobre estes dois pontos, destaco, sobretudo, as considerações do pesquisador Tiago Duque em “Corpo de fala e pesquisa: autorreflexões sobre identidade e diferença” (2020), ao propor como categoria analítica o corpo ontológico, ou melhor dizendo, o “lugar de corpo”, em situar esse corpo-positivado como parte fundamental do corpo-experiência, não apenas localizando e situando em processos geográficos, mas também reconhecendo os limites, privilégios e desigualdades quando colocados em análise no encontro com outros corpos-experiência e, “[...] em processo, dizendo algo, ainda que não seja aquilo que diríamos se tivéssemos todo o controle das representações em jogo” (Duque, 2020, p. 73).

Segundo acrescenta Duque (2020, p. 73), “esse processo aponta para os marcadores sociais da diferença existindo em relação entre si e através dessa relação, ainda que de modos contraditórios e em conflito”. Assim, posiciono meu corpo derivado dessa experiência de lugar de corpo para problematizar minha participação durante essa audiência pública.

O lugar de corpo nessa audiência, para além das marcas sociais com as quais esse corpo é identificado — homem, cisgênero, gay, socialmente lido como branco — se abre também diante dos trânsitos possibilitados pelo ingresso no curso de psicologia, depois pós-graduação e mercado de trabalho, atuando em dois espaços controversos, mas não contraditórios: no ativismo vinculado ao IBISS|CO e, num curto período, como operador da política no CTA. Ocupar e percorrer tais lugares me possibilitaram colocar em disputa parte dessas vivências no campo de pesquisa e atuação sobre o hiv/aids.

Segui com minha interlocução buscando não apenas responder o que fora solicitado inicialmente no convite, mas abordar tanto os aspectos relacionados ao serviço quanto a minha percepção diante desse cenário. Busquei também provocar e estabelecer laços e alianças com aqueles/as que me sucederam na fala. Destaco ser necessário incluir no debate

os múltiplos fatores que estão imbricados no contexto para o enfrentamento às inúmeras iniquidades sociais e de saúde, que envolvem diferentes focos de investimento: setores públicos e privados, sociedade civil organizada e pesquisadores em diferentes espaços como forma de reconhecer o entrelaçamento de respostas coletivas e comunitárias, de modo a problematizarmos como no início deste capítulo: o que configura a aids como dispositivo social no nosso presente?

A afirmativa não é aleatória, ela faz parte de uma série de interrogações, práticas e acontecimentos que, de um lado, apontam para o recrudescimento da epidemia e, de outro, para os efeitos das ações e estratégias que contribuem para a invisibilização da epidemia para certos grupos, tanto naquilo em que opera a biopolítica — concentrando em pequenos guetos e grupos, tais como a ideia de população-chave e prioritária — quanto pela insistência em fazer morrer desses mesmos segmentos que desaparecem da política, como destacado na fala do médico diante dos dados ínfimos de acesso à PrEP das travestis e transexuais, por exemplo.

É perceptível, diante desse quadro, a complexidade da epidemia, e por isso se exigem respostas em consonância com o enfrentamento das desigualdades sociais, comportamentais e estruturais — tais como, racismo, machismo e a LGBT+fobia — que estão presentes e orientam as práticas nos diferentes equipamentos de saúde (Oliveira, Damasceno & Melo, 2021) e que requerem olhar humanizado, acolhimento e preparo em sua atuação.

Os principais fatores que vulnerabilizam as mulheres trans e os homens que fazem sexo com homens para a infecção por HIV são o preconceito e a discriminação, seja pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou pela vivência direta do preconceito (Azevedo *et al.*, 2020, p. 753)

O direcionamento de as ações e estratégias desenvolvidas ao longo desses 40 anos de enfrentamento a epidemia constituem a aids como doença no dispositivo, sob o qual os

efeitos do biopoder e tecnologias biopolíticas de controle epidemiológico determinam os modos em que se dão as práticas em saúde. Embora a audiência tenha buscado tratar sobre tais questões, as ações concretas são ínfimas na mudança de perspectiva do cuidado; a partir de então, os efeitos das relações de poder constituem a experiência do hiv como doença vinculada à regulação de certas práticas sexuais e da individualização da responsabilização pela infecção e cuidado.

O trabalho deve ser compreendido considerando sua integralidade, intersectorialidade e interseccionalidade dos corpos. Reconhecer as PVHAs em termos de suas necessidades possibilita o desenvolvimento do cuidado compartilhado no SUS, SUAS e outras políticas sociais, de modo a construir condições de acesso e assistência às populações.

As corporalidades afetadas pela epidemia de aids na atualidade evidenciam processos de racialização e colonialidade. Tais processos produzem determinantes sociais que passam a definir os espaços que certos grupos deverão acessar ou não, colocando-os em posições de maior ou menor grau de vulnerabilidade/desproteção, conforme ilustram os dados globais, nacionais e locais. Desse modo, não basta criar arranjos de acesso ao diagnóstico e tratamento se estes não estiverem ancorados a outras possibilidades de vida, como emprego, moradia, educação, entre outros, visando diminuir outras fragilidades existentes.

Nesse sentido, para pensarmos de que modo os efeitos do racismo estrutural e institucional, da colonialidade de gênero e sexualidade se dão em torno do dispositivo da aids, aproximamo-nos de Patrícia Hill Collins e Sirma Bilge (2020), na obra “Interseccionalidade”. A intenção é de estabelecer diálogo a partir da operacionalização deste conceito como ferramenta de análise, que permite colocar em xeque os distintos fatores que compõem os processos de opressão e subalternização nas relações de poder, que “[...] investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida

cotidiana” (Collins & Bilge, 2020, p. 15).

Para a pesquisadora Françoise Vergès, os processos de racismo sistêmico e estrutural que assola os países colonizados recai sob a forma de modalidade de desproteção, impactando diretamente, principalmente, as mulheres como fonte de produção das iniquidades sociais e de saúde (Vergès, 2021).

Um pacote mínimo de recursos é necessário, tanto no que diz respeito à manutenção dessas vidas que vivem com hiv/aids, mas também daqueles que não vivem. As ações devem estar estruturadas nos princípios de integralidade da vida — do direito à saúde integral em todas as necessidades do corpo vivo e não sobre sua patologia; universalidade do acesso aos serviços e suas potencialidades, distinguindo-se de um modelo clínico-prescritivo-burocrático; equidade como reconhecimento do direito das singularidades de suas necessidades.

Por outro lado, devemos destacar as fragilidades dos caminhos que seguem a política de aids no país: sucateamento do SUS e precarização dos serviços e profissionais, ao mesmo tempo que há uma terceirização das organizações comunitárias a fim de contribuir com o desmantelamento das políticas públicas.

Nessa perspectiva, ativistas em aids com os quais meu corpo-positivado se constitui também como elemento discursivo no dispositivo social, digerimos com cautela o andamento da política de descentralização se nesse processo não estiver embutida sólida capacitação de profissionais e estruturação de serviços, desenho matricial e apoio logístico para as ações no território, considerando, principalmente, a exitosa expertise dos movimentos sociais e sociedade civil também como protagonistas desta história.

Considerando que em Campo Grande as diretrizes sobre a descentralização da PVHA para AB são recentes, com poucos estudos acerca desse tema, é que compreendemos que sua implementação não ocorra de forma mecânica, prescritiva, mas produza desejos,

investimentos e construa significados comunitários e coletivos entre seus usuários, sociedade civil e gestores comprometidos com o sucesso de sua implementação.

O cenário epidêmico do hiv/aids desde o período de surgimento produziu novos elementos nos enquadramentos de corpos, principalmente nas vidas das pessoas mais desprotegidas, intensificando as desigualdades sociais. Com isso, a proximidade de alcance de tais metas se torna cada vez mais distante diante do quadro de incertezas e desafios políticos a serem enfrentados. Segundo destaca o documento:

A única maneira de se alcançar essa meta ambiciosa é por meio de estratégias alicerçadas em princípios de direitos humanos, respeito mútuo e inclusão. As estratégias coercivas não somente violam os direitos humanos fundamentais, como também prejudicam as expectativas quanto ao fim da epidemia da AIDS. Como a experiência no mundo inteiro tem demonstrado repetida e conclusivamente, as estratégias coercivas afastam as pessoas dos serviços que precisam (Unaid, 2015, p. 2).

As metas estabelecidas por agências internacionais como a UNAIDS reforçam a lógica preventiva de regulação dos corpos de acordo, sumariamente, pela via da biomedicalização. Como destacam Larissa Pelúcio e Richard Miskolci (2009) acerca da incorporação de verdades produzidas pelos organismos internacionais, é assumir o modelo preventivo como estratégia de freamento de novos casos. O investimento não é apenas sobre as ações práticas, coletivas e comunitárias, mas diante da intensificação dos fármacos como estratégia de combate à aids.

Por outro lado, como combatê-las na presença de falta de incentivo, subfinanciamento e desmontes dos direitos sociais? Como operacionalizar essa política em contextos de extrema pobreza e desigualdades sociais em que vivem grupos e populações marginalizadas, para além da ampliação do diagnóstico?

A prefeitura de Campo Grande instituiu a política de cuidado compartilhado da PVHA na AB, cujo objetivo é:

CONSIDERANDO as disposições constantes no Manual do Cuidados Integral às Pessoas que Vivem com HIV pela Atenção Básica: Manual para a Equipe Multiprofissional, Ministério da Saúde, 2017, que oferece recomendações passíveis de serem prontamente aplicadas por profissionais das equipes multiprofissionais da Atenção Básica no cuidado integral às PVHIV, tanto as que estão sendo acompanhadas nos SAE como as que estão em seguimento na Atenção Básica (Diogrande, 2021, p. 6).

No uso de suas atribuições, a gestão municipal procurou implementar mais uma forma de controle e regulação dos corpos com hiv/aids, mas considerando intrinsecamente os casos de um grupo populacional conhecido da política — homossexuais, transexuais, travestis e HSH —, expõe as tramas de poder em torno da lógica disciplinar e do biopoder como tecnologia de normalização das corporalidades em dissidência.

3.3 Cena 3: Reafirmando Lutas e Resistindo aos Desafios

A realização do XXI Encontro Nacional de ONG, Redes e Movimentos de Luta contra a AIDS (ENONG), realizado entre os dias 27 e 30 de abril de 2022, na cidade de Fortaleza, estado do Ceará, contou com a presença de delegados/as – ativistas, de todas as regiões do país, eleitos/as democraticamente nos encontros regionais ao longo do mesmo ano.

O tema do XXI ENONG “Reafirmando lutas e resistindo aos desafios” inspirado no acúmulo daqueles que nos antecederam e, que, hoje, infelizmente não estão mais aqui. Em nome daqueles que não mais habitam esse plano terrestre, a figura de Herbert Daniel, expoente na luta contra o preconceito, em prol da justiça social e de um país democrático se destacam. Seu ativismo pioneiro e aguerrido são antídotos para construção de novas alianças e resistências na luta dos mais atingidos pelas desigualdades e injustiças sociais,

principalmente, diante o não acesso às políticas sociais.

Herbert Daniel, teve sua vida interrompida pelos agravos da aids em 1992 – período anterior a implementação da política de distribuição gratuitamente de antirretrovirais para o hiv/aids no SUS⁷ -, em decorrência do adoecimento pela infecção do vírus. Ainda assim, em vida, dizia: “uma coisa dentro de mim, contagiosa e mortal, perigosíssima, chamada vida, pulsa como um desafio.” (Daniel, 2018, p. 49). Herbert Daniel desde que recebeu o diagnóstico de hiv, apesar da experiência traumática – a qual narra em sua obra *Vida antes da morte* (1989/2018) publicado pela Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), “quarenta segundos. Foi o tempo que ele me deu para absorver a notícia” (Daniel, 2018, p. 35).

A indignação de Daniel não se deve ao fato do diagnóstico para o hiv, mas os modos que agencia suas práticas como profissional em exercício da medicina. Ali, estava óbvio para Daniel que uma nova luta começara em sua vida, o combate ostensivo ao preconceito e ao estigma relacionada ao hiv/aids que mais tarde ele chamou de morte civil.

Quanto a morrer, não morri: sei que Aids pode matar, mas sei melhor que os preconceitos e a discriminação são muito mais mortíferos. Quando morrer, que a morte me seja leve, mas não me vou deixar matar pelos preconceitos. **Estes matam em vida, de morte civil, a pior morte.** Querem matar os doentes de Aids, condenando-os à morte civil. Por isto, desobedientemente, **procuro reafirmar que estou vivíssimo** (Daniel, 2018, p. 21, grifos nossos).

Ao assumir essa aposta ética de reafirmação pela vida Daniel inicia mais essa jornada de colocar seu corpo, em uma dimensão pública, na busca de construir outras narrativas acerca dessa nova doença. Como cantou Cazusa em *Boas Novas* “eu vi a cara da morte e ela

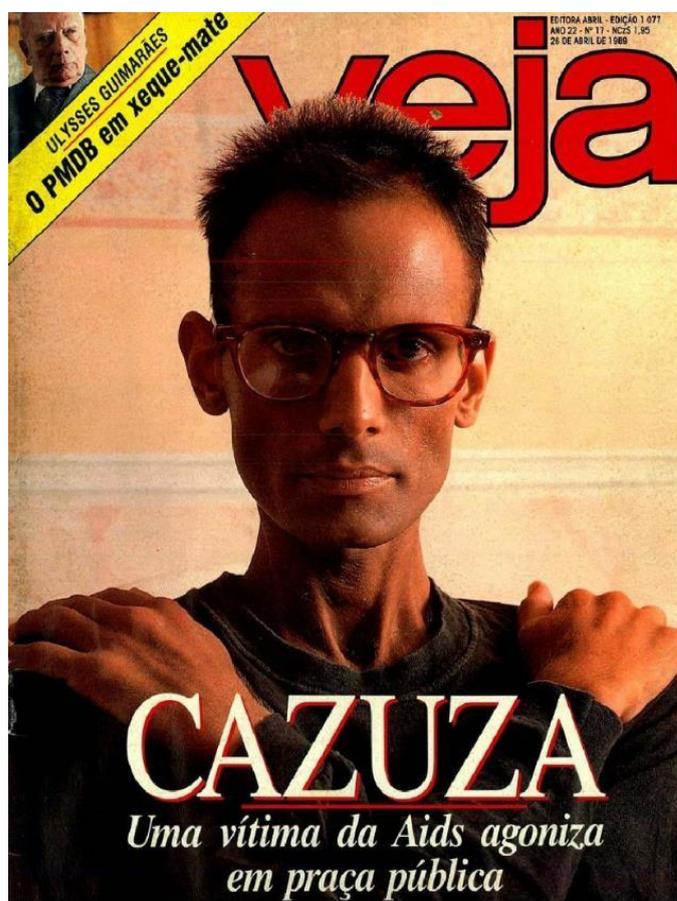
⁷ Aprovada a Lei 9.313, obrigando o SUS a distribuir gratuitamente remédios para o HIV/Aids para todos os cidadãos brasileiros infectados/as pelo HIV/Aids.

estava viva, viva” (Cazuza, 1988). Visto que os efeitos discursivos sobre a aids contagiaram não apenas os corpos, mas atingiram diretamente os modos de circulação do vírus, intensificando os estigmas sobre corpos já marginalizados, como de pessoas trans e travestis e homossexuais. Cazuza sofreu na pele, em seu corpo, a experiência do estigma recair sobre sua vida pessoal e artística, conforme noticiou a capa da revista Veja em 26 de abril de 1989.

No período em que a aids é anunciada na mídia como uma doença mortal diretamente vinculada as práticas sexuais de homossexuais, rapidamente, há uma associação em definir as essas experiências como pervertidas, criando outramente a possibilidade de patologização dessas populações. Nesse momento de efervescência da epidemia existia no ar total “desconhecimento” sobre o vírus e a doença, bem como, as formas de contágio e infecção.

Figura 11

Capa da revista Veja de 26 de abril de 1989



Nota. Revista VEJA, 1989, capa. Editora Abril.

Mesmo depois da descoberta do vírus e dos modos de contágio, sendo via transmissão sexual sem uso de preservativos, transmissão vertical – da mãe infectada (e sem uso de antirretroviral) para o bebê durante a gravidez, no parto e na amamentação, uso compartilhado de seringa e outros instrumentos perfuro cortante e, transfusão de sangue contaminado, acompanhando diariamente a perda de inúmeros amigos, colegas e amores, principalmente, num momento de retorno da patologização das práticas homoeróticas – “mudança indicativa de uma feroz batalha ideológica, onde a medicalização da sexualidade é parte de uma sombria estratégia” (Daniel, 2018, p. 41).

Por isto, o tema do XXI ENONG se produz como efeito político e acontecimento estratégico, pautado nos princípios defendidos por Herbert Daniel, na luta coletiva e na resposta comunitária como contravenenos a ignorância e ao preconceito.

De um momento para outro, o simples fato de dizer ‘eu estou vivo’ tornou-se um ato político. Afirmar minha qualidade de cidadão **perfeitamente vivo** é uma ação que estava com Aids, que sou vivo e cidadão. Não tenho nenhuma deficiência que imunize contra os direitos civis. Apesar da farta propaganda em contrário (Daniel, 2018, p. 21 – grifos do autor).

É a partir desse compromisso ávido pela defesa a vida que o Movimento Nacional de Luta contra a Aids se afirma. Não à toa que se trata do XXI ENONG, sobretudo, em um momento de desesperança, onde produzir, construir e debater a manutenção e ampliação de políticas sociais amargavam um cenário de completo desolamento desde o golpe a ex-presidenta Dilma Rousseff em 2016. Diante do contexto de colisões de ideias e ideais ficam explícitas as estratégias necrogovernamentais empreendidas pela gestão Bolsonaro como efeitos da expansão da ultradireita nos últimos seis anos no país, ainda assim, intensificados pelo negacionismo frente ao desenvolvimento tecnológico e científico, onde a máquina de ódio mastiga os menos afortunados como livre expressões da política de morte.

O Encontro Regional de ONGS, Redes e Movimentos de Luta contra a AIDS do Centro Oeste (ERONG/CO) reuniu no dia 29 de novembro de 2021, a partir das 09 horas (MS) representantes de organizações comunitárias no enfrentamento da epidemia de AIDS da regional Centro-Oeste: Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Goiás e o Distrito Federal, em formato *online* em decorrência da grave pandemia mundial decretada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em março de 2020. O encontro antecessor a realização deste ERONG ocorreu em Brasília (DF), entre os dias 18 e 20 de outubro de 2019 sendo sua realização preparatória e obrigatória para participação no encontro nacional em São Paulo (SP) naquele mesmo ano.

Nesse sentido, para iniciarmos nossa reflexão, foi importante resgatar os eventos antecedentes não como mero acaso, mas na intencionalidade de situar, a partir dos rumos e acontecimentos cotidianos que constituíram o penúltimo encontro em 2019. Em Brasília, ao final do encontro, foi deliberado pelos delegados/a presente e, por escolha do próprio estado, que o Fórum de ONG AIDS de Mato Grosso (FONGAIDS/MT) seria o responsável pela próxima edição do encontro regional em 2021. Como dito, os ERONGs são espaços que aglutinam os estados vinculados às respectivas regiões que os atravessam e, são, preparatórios para o encontro nacional que segue para sua 21ª edição em 2022.

O ENONG nasce da necessidade e urgência no enfrentamento da epidemia de aids no país, com posicionamento crítico, apartidário e, sobretudo, pautado por interesses comunitários e coletivos dos distintos movimentos sociais. Sua institucionalização aconteceu na cidade mineira de Belo Horizonte em 1989, entre os dias 14 e 16 de julho. O evento reuniu ativistas que lutam no campo da aids de todas as regiões do país. O objetivo consistia em ser um espaço de articulação, diálogo e disseminação de conhecimentos científicos como fundamentais na formulação de respostas conscientes e de políticas públicas condizentes para reduzir e vencer a epidemia em curso.

Desse modo buscamos ao longo deste percurso cartográfico situar alguns acontecimentos, diante a participação em eventos/encontros organizados pela sociedade civil de modo a recuperar e, ao mesmo tempo, produzir uma ontologia da aids em nosso tempo, considerando a pergunta de pesquisa que nos conduz. Não se trata em seguir uma linha do tempo de forma linear. Mas, como nos sugere Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995) a partir da noção de rizoma – este conceito utilizado a partir da figura da botânica -, aqui, nos interessa a ideia de rizoma para pensar a questão quando nos referimos a sistemas abertos de conexão e formas de agenciamentos que produzem o dispositivo da aids.

Túlio Batista Franco (2013, p. 226) sugere, acerca da lógica de funcionamento e constituição do dispositivo considerando:

essa forma de condução de processos se repete para todos os níveis de produção, é social e subjetivamente determinada e vai configurando uma certa micropolítica, que é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra (Franco, 2013, p. 226).

Outro componente que formula a aids como dispositivo social não está em descompasso do próprio movimento de luta contra aids, em que passa a produzir linhas de fuga e resistências, a partir de histórias de lutas e engajamentos que, ao passar dos anos, isto é, dessas dezenove edições sofreram mudanças operacionais, metodológicas e organizacionais. Uma das mudanças foi a incorporação de encontros regionais preparatórios e obrigatórios àqueles/as ativistas que concorressem às vagas de delegados/as nos encontros nacionais.

O ENONG ocupa esse espaço de possibilidades, de mobilizações e articulações das necessidades de enfrentamento de uma epidemia, do hiv/aids desde 1989. Nesse sentido, de modo a seguir com essa ontologia, partiremos de alguns fios, intercessores e provenientes de composições múltiplas, muitas vezes convergentes e outras divergentes no campo do enfrentamento à aids. Assim, ao colocar em análise questões emergentes deste movimento é

preciso situar o presente, e as possibilidades que estão por vir.

A penúltima edição do ERONG CO, aconteceu em Brasília, no ano de 2019, fica instituído o estado de Mato Grosso, responsável pela próxima edição entres os anos de 2020 e 2021 conforme escrito anteriormente. No entanto, em 2021, o Fórum de ONG AIDS de Mato Grosso, declina da realização do evento alegando fragilidade institucional, falta de apoio das secretarias municipal e estadual e do governo federal na efetivação do evento.

O anúncio é divulgado em agosto de 2021 pela comissão organizadora composta por integrantes do FONGAIDS/MT em que torna público no grupo de *WhatsApp* “FONGAIDS*REGIONAL-CO*” a decisão de renúncia da realização do evento por parte do ativistas revelam o seguinte quadro institucional: i) falta de organização local em decorrência da desmobilização e articulação local; ii) a intensificação de adoecimento e óbito por covid-19; iii) falta de financiamento e apoio do Ministério da Saúde (historicamente principal financiador da sociedade civil organizada) na realização do evento. Em síntese, há nesse processo de desmobilização e fragilização da sociedade civil organizada o não reconhecimento da trajetória de luta e engajamento na construção do movimento de aids no país.

A realização dos encontros regionais são requisitos fundamentais para garantia da participação no encontro nacional na modalidade de delegado(a). São nos encontros regionais que são definidos os(as) delegados(as) e construídos as demandas locais e regionais que deverão subsidiar a discussão no encontro nacional e, sobretudo, irá compor o documento final a ser encaminhado ao Ministério da Saúde e que orientará as ações e encaminhamentos do movimento de aids nos próximos dois anos. Os ERONGs não são apenas uma etapa anterior, mas é quando são possíveis destacar o panorama e as fragilidades dos municípios e debatê-los a nível regional e nacional.

Assim, após discussão entre os(a) membros(a) dos Fóruns de ONGs AIDS do Centro

Oeste, no grupo de *WhatsApp* relativa a participação da região centro-oeste no encontro nacional, tal qual, a direção do estado responsável pela realização do ERONG CO 2021, o Fórum de ONG AIDS de Mato Grosso do Sul defendeu o posicionamento de realização do encontro e se colocou à disposição para tal e, no dia 29 de novembro de 2021 o encontro ocorreu de forma remota com a participação de 23 ativistas- 09 delegados por Mato Grosso (MT), 03 delegados por Distrito Federal (DF), 05 delegados por Goiás (GO) e 06 delegados por Mato Grosso do Sul (MS). Como de costume, os encontros regionais seguem as orientações da comissão organizadora eleita no último encontro nacional. No último XX ENONG em São Paulo (2019) a região nordeste defendeu a candidatura para a realização do encontro na cidade de Fortaleza, estado do Ceará e, foi unânime sua aprovação. Com infelicidade devido a rápida expansão da covid-19, o ENONG, inicialmente previsto para 2021 teve sua realização adiada para março de 2022 e, posteriormente, para abril do mesmo ano.

Os ERONGs devem acompanhar as orientações do documento norteador do ENONG, que geralmente apresenta um panorama das ações e serviços desenvolvidas nos territórios brasileiro de acordo com a temática daquele ano, em síntese, são quatro eixos que confluíram para as discussões: prevenção, assistência/tratamento, *advocacy* na formação e implementação de políticas de saúde e participação social. Vemos assentar o dispositivo da aids constituindo sua íntima articulação com verdades a partir de uma política moral e sexual de regulação sobre os corpos e sexualidades (Quinalha, 2022).

Contudo, há flexibilidade quanto ao formato do encontro e data para sua realização, diante do momento atual, em que se inter cruzam epidemias, endemias e pandemias. Desse modo, o encontro realizado contou com a seguinte estrutura: mesas temáticas e sessões de plenárias, a falta de apoio local, estadual e federal justificou-se diante a morosidade e burocracia do sistema que requer prazos mínimos para solicitação de apoio institucional, que

poderia garantir hospedagem, traslado (aéreo ou rodoviário), alimentação e espaço para realização do evento, ainda que, desde 2009 os encontros vêm sofrendo cortes de financiamento em 40% por parte do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) vinculado ao Ministério da Saúde, principal órgão de Estado responsável pela condução das políticas públicas no que concerne à formulação de políticas públicas de enfrentamento à epidemia.

Em anos anteriores, as OSC's recorrem aos editais de cooperação mútua para realização e custeio dos encontros. Desse modo, caberia ao Estado, financiar o discurso preventivo, no entanto, sua efetivação não ocorre. Os financiamentos são dirigidos as pautas e necessidades, sendo sua consumação por intermédio dos programas estaduais e municipais. O que está em jogo no presente é a lógica de financiamento a partir da disponibilização de medicamentos, exclusivamente, como modalidade de prevenção.

Há que se dizer que para a realização deste ERONG CO 2021, dada a dificuldade de manejo e acesso às novas tecnologias impostas pela pandemia, tais como a utilização de plataformas virtuais como *Google Meet*, *Zoom*, entre outras, por parte de alguns ativistas da região, aliado ao prazo máximo para realização do encontro, aglutinamos as apresentações em sessões de plenárias, realizadas ao longo do dia, sendo 30 a 40 minutos de apresentação para cada um dos coordenadores dos Fóruns expuseram seus diagnósticos locais. O ERONG CO contou com os seguintes eixos temáticos: Cenário local; Situação dos programas estaduais e municipais; Situação da pactuação das ações de prevenção às IST/AIDS (Portaria 3.276/2013); Enfrentamento efetivo do estigma como obstáculo à prevenção e ao tratamento.

A construção de uma agenda única, situada a partir dos eixos temáticos definidos acima reforçam o compromisso político dos/a ativistas de formulação de indicadores e respostas quanto as distintas realidades vivenciadas nos municípios, estados e regiões. O objetivo é que para o encontro nacional as regionais forneçam de modo sistemático o

panorama de cada região do país. O documento oficial produzido em cada encontro nacional reflete não apenas a realidade do país, mesmo considerando múltiplos cenários e especificidades, mas também recomenda ao Estado o compromisso de efetivação e pactuação das necessidades do movimento de aids.

Em razão das graves urgências e acelerado contágio da covid-19 sobre a população, dos profissionais de saúde e insumos precisaram ser deslocados tais como, os SAE, Hospital Dia, CTA sofreram mudanças significativas em sua estrutura operativa e organizacional, tendo serviços de atendimento reduzidos e/ou suspensos diante a necessidade de deslocamento de pessoal a outras unidades de saúde, transferência e/ou suspensão de consultas já agendadas no SUS, insuficiência de ações de prevenção, como a PrEP para novos usuários, entre outras.

O acúmulo dos debates oportunizados no XXI ERONG foram compartilhados durante XXI Encontro Nacional de Ong, Redes e Movimentos de Luta Contra a Aids – ENONG 2022, na cidade de Fortaleza – CE, entre os dias 27 e 30 de abril de 2022, no qual ao final do evento reiteramos os compromissos no fortalecimento da política de solidariedade em que se expressam reivindicações e recomendações necessárias no campo da prevenção, atenção, assistência e garantia dos direitos. Entre as reivindicações e compromissos programáticos definidos pelo movimento de aids estão, a retomada dos espaços de controle social e incidência política como locais estratégicos na formulação e implementação de políticas sociais no cenário da prevenção, cuidado e assistência como eixos essenciais para o enfrentamento das desigualdades sociais e de saúde.

O encerramento do XXI ERONG, expôs as fragilidades de respostas programáticas e biomédicas que acompanham a trajetória da epidemia, onde se evidencia o impacto do estigma como barreira no acesso, assistência e adesão das PVHAs, em consequência, ao aumento do conservadorismo de ultradireita contribuindo para intensificação da lógica de um

corpo-vetor, que não está dissociada do combate ao machismo, conservadorismo e do fundamentalismo, como resultado de discussões e reflexões frutificadas para o fortalecimento do SUS.

É necessário destacar, as distinções que são produzidas em termos de necessidades dos/as ativistas em aids – considerados chave ou prioritários -, para política, daquelas produzidas pelos corpos não considerados positivados pela experiência com a epidemia. Ou seja, daqueles que são invisíveis pela política, trata-se, de corpos, que segundo, os critérios do Ministério da Saúde, estão, epidemiologicamente menos suscetíveis ou desprotegidos ao vírus, produzindo-se assim, tensões e tensionamentos nos modos de se relacionar com a epidemia.

Dito de outro modo, é reconhecer, de que modo a política de aids performa necessidades reencarnando o direcionamento de suas ações, políticas e serviços, em um duplo jogo de visibilidade e invisibilidade, ainda centralizada numa lógica de ‘populações-chave’ ou ‘prioritária’ e, de como, essa homogeneidade como necessidade exclui das discussões e dos olhares outros grupos sociais. Isto é, de que modo podemos operar interseccionalmente com a política levando em consideração como tais marcadores produzem experiências distintas de experimentar o encontro com o vírus biológico e social?

O objetivo de pensar na construção de políticas de alianças é certamente o de amplificar novas necessidades e potencializar novos agenciamentos frente o enfrentamento da epidemia de hiv/aids a qual se cola o dispositivo da aids. Falar em produção e atualização de dispositivos de saber/poder pede compreensão sobre os modos em que se forjam as redes de relações que envolve subjetividades, tecnologias, táticas, como parte deste conjunto múltiplo e heterogêneo que diz das múltiplas formas de vida que habitam este mundo (Merhy, 2013).

Segundo a perspectiva foucaultiana, poderíamos, então, nos perguntar frente aos dispositivos de saber/poder em torno do dispositivo da aids, hoje, “pra” quem a aids é

epidemia? Quando, por meio do discurso epidemiológico, reafirma-se que o problema circunscreve as populações-chave e/ou prioritárias?

Figura 12

Recorte de jornal



Nota. Documentário: Cartas para além dos muros. André Canto. 2019.

4. PRA QUEM A AIDS É EPIDEMIA

4.1 “Não, Não, Não Tem Nada Disso, Você Quem Contaminou Ele, Você Contaminou Ele!! Você Contaminou Ele!!”

CARTA DE MANIFESTAÇÃO (DENUNCIA) LOCAL ONDE

ACONTECEU⁸:

CENTRO DE DOENÇAS INFECTO PARASITÁRIO – CEDIP

RUA DOS COQUEIROS S/N - Nova Bahia, Campo Grande - MS, 79034-000

MÉDICA DENUNCIADA: DRA. S. G. C. – CRM/MS

Dia 21/05/2022 as 12h27min, recebi uma ligação da Senhora R. através do telefone: (67) 2020-1887 do CEDIP (Centros de Doenças Infectos Parasitários), informando que minha consulta que estava agendada para o dia 23/05 com a Dra. M. (infectologista) não seria possível nesta data, pois a médica estava de licença e teria que remarcar os pacientes para o mês de junho. Pedi para a senhora R. se teria a possibilidade de me encaminhar a outro médico infectologista no dia 23/05, pois estou com o diagnóstico positivo de HIV e não tinha iniciado o tratamento ainda, e estou sentindo muito mal-estar, como febre, dores pelo corpo, dor de cabeça, então a senhora R. agendou com outro profissional, a Dra. S. para o dia 23/05, as 9:20 da manhã. No dia 23/05 cheguei a unidade Cedip por volta das 8:30 da manhã, me direcionei a recepção e peguei a senha. Fiz o procedimento, passei pela triagem, e fiquei aguardando ser chamada.

Por volta das 13hs a médica me chamou pelo nome. Ao entrar na sala a Dra. S. me questionou o que eu estava fazendo ali? Respondi que estava com os exames comprobatórios do vírus, em seguida a Dra S. iniciou o cadastro das informações junto ao computador, me fez perguntas sobre se tomo remédios, algum tipo de doenças, se tenho animal em casa, quando tomei vacina, etc.

Estava sentada atrás da porta, então a Dra S. me pediu para que eu me aproximasse pra passar as informações. Mostrou-me de cara o exame de CD4, explicou sobre a minha imunidade que os valores estavam bons em torno de 664, em seguida me mostrou os valores da carga viral 112147 Cópias/ml, e disse que eu já tenho esse vírus do HIV no mínimo de 2 a 3 anos no mínimo. Eu me assustei e questionei a Dra, pois no dia 11/04/2022 realizei um teste rápido junto ao CTA, e os exames deram **NÃO REAGENTES**, e a própria enfermeira do CTA me explicou que esse exame vai detectar se eu tenho o vírus desde a minha vida sexual ativa até 30 dias antes. Tentei explicar a Dra. S. que tive uma relação sexual desprotegida de risco em 19/03/2022, a Dra não quis me dar atenção, não quis me ouvir e começou a falar comigo em tom grosseiro, desrespeitoso e estúpida dizendo: **NÃO, NÃO, NÃO TEM NADA DISSO, VOCÊ QUEM CONTAMINOU ELE, VOCÊ CONTAMINOU ELE!! VOCÊ CONTAMINOU ELE!!** Falou em alto tom com grosseria uma 3x e não me deixava questioná-la, sendo negligente comigo.

⁸ Este documento foi incorporado na íntegra, conforme, sugestão da própria usuária do serviço de saúde que sofreu a sorofobia. Para este relatório foi suprimido o primeiro nome da autora da violência. Aqui, consideramos importante não a sua identificação singular, mas sua dimensão coletiva e estrutural em que opera a sorofobia.

Dra. S. cometeu ato de **Sorofobia**, ato preconceituoso, desrespeitoso, me acusando dizendo que eu contaminei a outra pessoa, sem ao menos ouvir meu histórico. Me acusava pelo fato deser **MULHER**. Senti-me humilhada, destratada, rejeitada, ofendida, falta de humanização total por parte desta médica.

Eu então perguntei novamente a ela que eu fiz os exames no dia 11/04/2022 e deram **NÃO REAGENTES**, significa que esses exames não são confiáveis? A Dra. S. respondeu que não sabia dizer, que faltaram exames do CTA, e disse assim: **“VOCÊ DEU AZAR, VOCÊ FOI UM CASO EM 1 MILHÃO”!!** Eu tentei explicar a Dra S. que em Agosto de 2021 eu realizei exames de HIV e deram negativos, então como eu estaria com o vírus no mínimo 2 a 3 anos? A Dra. S. ignorou meu questionamento e não respondeu.

Perguntei a ela a respeito da janela imunológica de 30 dias, a Dra. S. ignorou minha pergunta, não respondeu.

A mesma começou a me entregar os receituários, pedidos de hemogramas, me entregou os formulários, tudo com pressa, com estupidez. Comecei a perguntar sobre o medicamento, se tem efeito colateral ou não, se eu tiver efeito colateral o que devo fazer? A Dra. S. entrava em contradição, no primeiro momento dizia que eu deveria suspender a medicação e procurar uma ubsf, no outro momento falou que não, não devo suspender a medicação. Fiquei sem saber se sim ou não, pois nem a própria infectologista não sabia.

Faço tratamento com antidepressivo **PAROXETINA 20 mg**, perguntei a ela se os medicamentos antirretrovirais cortam o efeito do antidepressivo, a mesma disse que não sabia, pra eu ir atrás de um psiquiatra. Perguntei a mesma sobre quando poderei fazer um novo exame de carga viral pra saber se estou indetectável, ela disse: **“VAMOS VER”!!** E não me falou nada sobre quando posso fazer. Como assim vamos ver? Gente, pelo amor de Deus.

Peguei um papel e caneta da mesa dela pra poder anotar as informações, a Dra S. com grosseria tirou a caneta da minha mão e disse: **“NÃO TEM NADA PRA ANOTAR EU JÁ TE EXPLIQUEI”!!** Eu pedi desculpas e peguei a caneta novamente e disse que gostaria sim de anotar porque tenho muitas dúvidas e preocupações, vi que ela não gostou e começou a me tratar com mais ignorância. Pude anotar apenas três informações. As minhas dúvidas infelizmente não foram esclarecidas. Enquanto eu tentava anotar alguma coisa na mesa, a médica sem educação se levantou e abriu a porta, como se estivesse me mandando embora da sala, começou a chamar o outro paciente sendo que eu nem tinha saído da sala e eu ainda não tinha terminado de anotar. Estou me sentindo péssima, meu estado emocional se agravou, minha depressão piorou, não consigo dormir direito, pois acordo de hora em hora com medo de ter efeito colateral por conta dos remédios, estou cheia de dúvidas, medos, incertezas, insegura, nervosa, tenho vergonha das pessoas, toda vez que tenho que voltar naquele lugar **“CEDIP”** tenho crises de choro, desespero, começo a lembrar de toda humilhação que sofri por parte desta médica, pois quando chegamos ali já estamos destruídos e somos rechaçados por pessoas desse tipo, sem humanização, sem respeito, sem preparo, que cometem atos de Sorofobia e ficam por isso mesmo. Todos que estão ali pagam seus impostos que não é barato, e merecem no mínimo serem tratados com dignidade e respeito.

O amor que não ousa(va) dizer o seu nome sempre, sempre, buscando passagem: os guetos.

Os guetos. Locais identificados por sinais que só entendidos conseguem ler.

Aprendi lentamente, e sozinho, a ler os sinais.

O sexo urgente praticado a qualquer custo entre vapores nauseantes de urina azeda nos mictórios públicos, cinemas com cheiro de carpete mofado, saunas decadentes, dark rooms: qualquer lugar em que o que menos importa é a qual pessoa ou identidade pertence o corpo que está ali te dando prazer (Cecílio, 2020, pp. 15–16).

4.2 Corpo Vetor

É na trincheira entre a experiência de um corpo-positivado pela aids como modalidade de subjetivação no nosso presente - vírus biológico (soropositivo), atingido pelo vírus da imunodeficiência adquirida (hiv) e do corpo-positivado pelo vírus social (soronegativo) que as semelhanças coexistem no plano das experiências. Dito de forma enfática são corpos-positivados na experiência de corpos-vetores. Essas semelhanças organizam de modo distintos às formas e as respostas singulares e coletivas produzidas no encontro com o contágio e infecção pelo vírus, ao mesmo tempo em que, captura os corpos “positivos” – reagentes - e “negativos” – não reagentes -, nos modos como se relacionam com o vírus, tanto no seu aspecto biológico, ideológico, psicológico e social (Daniel, 2018).

A captura desses corpos diante a urgência do contágio possibilitou que, de um lado tivéssemos a experiência de um corpo no encontro com o vírus, como onde o vírus circunscreve um tipo específico de subjetivação a figura do/a: o/a “aidético” “promiscuo/a” “soropositivo”, que tem no encontro do seu corpo com o vírus seu percurso de vida marcado por arranjos discursivos de patologização de certos grupos, comportamentos e práticas sexuais (Foucault, 2020). Aqui a intenção é marcar a constituição dessa modalidade de subjetivação: o corpo-positivado que na medida desse encontro vai sendo subjetivado na figura de um corpo-vetor.

A problemática é justamente essa: há no dispositivo social da aids um conjunto de

preceitos éticos e morais em que são regulados por códigos, normas, táticas, mecanismos no nível social e programático, ao mesmo tempo, com uso das novas ferramentas biomédicas, há resistências e agenciamentos nos modos como acessam e aderem à política, onde as ações, serviços e políticas operam como estratégias, normalização e controle, de modo que constituem experiências de corpos-positivados sob a sombra da “promiscuidade” e “patologização” dessas identidades: tanto naquilo que faz emergir a figura do corpo-vetor quanto se busca construir novas identidades por meio de engajamento político e do ativismo social em corpo-político.

A produção da identificação política em corpo-político advinda da incansável luta e resistência apresenta um minucioso processo de subjetivação que visa deslocar da ideia de vetor-aidético para político-ativista. Desta maneira, conforme discutido por Larissa Pelúcio, o processo que “move o ativista rumo ao engajamento político são elementos de fundo pessoal muito mais do que social” (2009, p. 122), acrescenta a pesquisadora, o fato é que o corpo-vetor “aidético”, assume em função de sua condição clínica, associada as práticas sexuais “perversas” em um novo processo de subjetivação.

O que Pelúcio (2009) indica diante desse cenário, inclusive, anos antes da incorporação do processo de biomedicalização no SUS a larga escala, que a consolidação dessa identidade política do ativista em aids produziu outros deslocamentos, principalmente, após a incorporação, agora mais atual, com o uso contínuo de antirretrovirais como discurso oficial do modelo preventivo, vem tensionando os modos como a epidemia vai configurando níveis de engajamento político, visibilidades e invisibilidades no que tange as necessidades diante a epidemia de aids no nosso presente.

Desta feita, a pergunta que nos conduz neste capítulo é formulada a partir do conjunto de controvérsias e tensões onde opera o dispositivo da aids como parte dessa ontologia do presente, em que situa a pergunta de pesquisa – “o que constitui a aids como dispositivo

social no nosso presente” -, em que faz circular entre corpos vetores e políticos, formas de acesso e, modos de desproteção e invisibilidade sociais. O que dão indícios de que forma os processos de regulação, normalização e governo das condutas se dão sobre as corporalidades marcadamente por situações de estigma e discriminação.

Destaca Perlongher (1985/2008) que, a partir da notificação do primeiro caso no país ocorrida por intermédio de veículos de comunicação de forma sensacionalista e estigmatizante que hiv/aids ganha visibilidade ao colar a imagem do vírus a corpos específicos sob a justificativa de suas práticas individuais – aos quais nesse início incide sobre alguns grupos sociais, reacendendo o discurso moral e o pânico contra essa população. Esse cenário de efervescência e intensificação das práticas de violências no cenário da aids, produziu subjetivações como o “câncer gay”, a “peste gay”. Assim identificado no seu início, como a doença dos 5 H – classificados por homossexuais, hemofílicos, haitianos, usuários de droga injetável e hookers (profissionais do sexo) -, “o câncer gay” passou a conduzir e constituir as narrativas sobre a aids (Ayres *et al.*, 2009).

A ideia é marcar diante da constituição dessas subjetividades – corpos vetores -, os arranjos em torno dessa produção, indicam um passado-presente – a consolidação de uma ontologia sobre a aids no nosso presente -. A partir desses arranjos políticos, éticos e morais, em torno deste dispositivo marcam as experiências sob as quais as políticas são formuladas e dirigidas e para com as quais não serão foco de investimento, como se fosse algo do tipo: “aids é coisa de viado”. Tal lógica passam a produzir mundos: ações, serviços e estratégias de enfrentamento a epidemia.

Dentre esses grupos e comportamentos estão os homossexuais, presumidamente, estigmatizados “[...] como pecadores(as) pela Igreja, criminosos(as) pela segurança pública e doentes pela medicina” (Miskolci *et al.*, 2022, p. 3816). A discussão sobre a patologização da homossexualidade vigorou até início da década de 1990, contudo, no campo moral e religioso

experienciamos constante casos de preconceito, estigma e discriminação contra a população LGBT+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, intersexo) e outras manifestações em constante dissidência aos valores cis-heteronormativo em compulsoriedade as normas sociais (Butler, 2016).

No campo da saúde, principalmente, na experiência com o hiv/aids os corpos de gays e homens que fazem sexo com outros homens (HSH), travestis e transexuais, corriqueiramente, são atravessados, assim como também sou, pelos resquícios da violência sistêmica, institucional e estrutural, de patologização e criminalização de nossas existências.

Em 1982, com diagnóstico de aids, passamos a ser considerados vetores dessa “peste” em ascensão “[...] em uma clara ênfase epidemiológica na saúde pública e nos discursos sobre a sexualidade” (Pelucio & Miskolci, 2009, p. 127). Assim, de modo compulsório, as sexualidades e identidades de gênero em dissidência são constituídas no encontro com a aids como uma experiência de um corpo-vetor, isto é, de corpos positivados pelo dispositivo social da aids.

Assim, o hiv embora democrático, sua emergência desloca, como ponderou Foucault (2020) em sua genealogia a respeito da hipótese repressiva sobre a sexualidade, os discursos produzidos em torno dessa temática nos países ocidentais dirigem-se as questões pertinentes ao sexo e sexualidade para o hall das famílias burguesas, ainda que dentro de certo moralismo e patologização sobre as sexualidades e práticas dissidentes e subversivas (Polidoro, Kauss & Oliveira, 2021).

Na esteira desse discurso vimos ascender o estigma direcionado as experiências de gays e HSH. As discursividades passam a organizar um modo de produção subjetiva que entra em jogo questões aciona os efeitos do estigma e discriminação, impactando diretamente nas formas de enfrentamento individual e coletiva.

Segundo a pesquisadora Daniela Lima (2020), a ideia em torno do corpo vetor

representa a possibilidade de extermínio desse corpo que nem é vivo e nem morto, mas um corpo passível de adoecimento e de adoecer o outro. Ao encontro dessa discussão, a pesquisadora Judith Butler (2019) salienta que os processos em torno do reconhecimento de uma vida como passível de se enlutar decorre dos enquadramentos que vão possibilitar atribuir a essa vida status de humanidade ou não. Segundo ela, alguns corpos, estão tão vulneráveis em função dos enquadramentos de raça/etnia, gênero, localidade, sexualidade etc., que suas existências nem são contabilizadas como seres vivos, já que nessa perspectiva operam marcadores como colonialidade, cis-heterossexualidade e machismo como norma.

No caso da epidemia a noção de corpo-vetor fortemente dirigida a homossexualidade assume uma dupla vetorização no percurso da aids, de um lado, impõe um regime de verdade pautado no discurso moral-religioso e de outro o discurso médico com clara ênfase na patologização das práticas homossexuais e de outras dissidências ao regime cis-heteronormativo (Quinalha, 2022).

Então, se em um primeiro momento, a homossexualidade e outras dissidências sexuais e de gênero, são associadas a possíveis vetores da aids, o corpo-vetor não é apenas uma figura de linguagem, os enunciados em torno dele passam a produzir e sustentar toda uma lógica de repatologização e de intensificação do estigma sobre nossa comunidade. O corpo-vetor é ao mesmo tempo a doença que encontra uma “origem” e seu próprio receptor. Assim, as estratégias de prevenção – regulação e normalização -, tem nome e endereço, bem como, suas campanhas de prevenção: “A Aids vai te pegar Use sempre camisinha” (Duque, 2021, p. 87).

Desse modo, o estigma não apenas recai sobre um corpo vivo, mas constitui uma outra modalidade de subjetivação diante de um regime de verdade que aciona normas, convenções e códigos morais que direcionam condutas macropolíticas de modos de ser e agir, ou seja, que dão funcionamento ao dispositivo que se produz.

No campo das relações micropolíticas se constitui como uma estratégia de governo das condutas, uma forma de estabelecer a relação entre o corpo e regimes de verdades mediante os quais se produzem subjetividades, produzindo certos modos de relação com a vida que permitem reatualizar discursos e práticas contra populações pauperizadas, afetadas pela falta de saneamento básico, moradia e renda, mas também estigmatizantes como no caso das PVHA que têm o Estado como principal inimigo a sua sobrevivência.

Corpos historicamente marcados por opressões históricas e violências que resultam em situações de ainda mais precariedade em todos os aspectos da vida: “não só se agrava a situação de saúde, mas também a negligência, a desigualdade e o racismo” (Hüning, Parra-valencia & Fernandes, 2021, p. 33). O marcador social racial nessa análise enfatiza os efeitos do racismo estrutural, sistêmico e institucional, que atinge cotidianamente corpos racializados, como efeitos da branquitude “[...] como porta-voz das nossas demandas, ao assumir o lugar de fala à sua maneira e ao narrar a vivência com a sorologia a maneira uniforme sem considerar a interseccionalidade” (Anunciação, 2022, p. 98).

Sob essa perspectiva, o pesquisador Paul Preciado (2020) coloca em análise os efeitos produzidos pela nova crise mundial desencadeada pela covid-19 em nossas vidas e do intenso acirramento das desigualdades ao estabelecer limites diretos sobre corpos, afetos e territórios que aciona uma lógica de soberania do Estado-nação de controle e disciplinarização da vida, demarcando regimes de verdades e de poder. Nessa empreitada o autor relaciona aids e covid-19 e a relação com outras epidemias ao longo da história a fim de explicitar as diferentes estratégias empreendidas pelo Estado-nação na operacionalização das estratégias de regulação.

Aqui, nos aproximamos das provocações da pesquisadora Berenice Bento acerca da noção de governabilidade e poder soberano de Michel Foucault para análise do atual momento. A autora, ao se inspirar nesses conceitos para análise de contextos de violências no

Brasil, considera oportuno a aproximação dessas ferramentas conceituais como forma de compreensão das ininterruptas zonas de morte que se produzem em solo brasileiro sobre determinadas populações “ou seja, governabilidade e poder soberano não são formas distintas de poder, mas têm, pensado no contexto brasileiro, uma relação de dependência contínua – seja uma abordagem sincrônica ou diacrônica” (Bento, 2018, n.p) sendo o corpo passível de todo investimento de vida e morte por parte do Estado-Nação. Já que às populações chave e prioritárias no contexto da aids experimentam múltiplas formas de violência e desproteção por parte dele.

Para se ter ideia, recentemente, mais precisamente em 01 de junho de 2022, o Jornal eletrônico Midiamax em Campo Grande trouxe como destaque a seguinte matéria: “Após reforma, entrega de medicamentos põe em risco sigilo de pessoas com HIV em Campo Grande” (Dias, 2022, n.p). Trata-se de uma unidade de saúde especializada no cuidado de pacientes com agravos infecto parasitários, entre eles, o hiv/aids e que após a reforma da unidade, a farmácia, antes localizada em num espaço estratégico e, supostamente, “sigiloso”, conforme destacado na matéria se tornou um “aquário”, localizada na recepção da unidade e com apenas um vidro que separa funcionário e paciente, aos olhos dos usuários, potencializando formas de violência, tanto por adoecimento pelo diagnóstico hiv/aids quanto por sua morte civil e social.

De acordo com Herbert Daniel (2018) ao receber o diagnóstico de “aidético” o corpo é tomado pelo vírus não apenas em termos biológicos, mas também nas dimensões psicológicas e sociais, pois a noção de vírus desorganiza o corpo e passa a produzir formas de governo sobre o corpo, torna-se, assim, um corpo-vetor. No campo da epidemiologia, todo corpo é um possível vetor, porém, na concretude da vida cotidiana, nem todo corpo vivo é constituído como vetor. O investimento não se reduz somente à experiência do adoecimento, abarcando ainda outras práticas morais e sociais de regularização e normalização das

condutas, como nos casos da epidemia do hiv/aids, que não age apenas sobre o corpo acometido pelo vírus biológico, mas na produção dessa subjetividade: corpo-vetor. O corpo infectado é constituído como vetor do vírus.

Os boletins epidemiológicos, ainda que reconheçam as dimensões da vulnerabilidade como peça conceitual, na prática operam distintos mecanismos de proteção/desproteção sob a marca de quais corpos serão constituídos como vetores e outros não. Há aqui, um jogo interessante, de como o efeito da desproteção, faz incidir a lógica em torno de uma política de morte para certas populações. E aqui, chamamos atenção, não apenas aos corpos marcados pelo estigma e/ou vírus, mas também por outros agravos em saúde, como hanseníase e tuberculose, por exemplo, em que se também foi produzida a noção de vetor e estigma sobre determinadas populações, em sua maioria, pobres e negros.

Aqui, consideramos por vulnerabilidade múltiplas violências que se interseccionam em sistemas de desigualdades relacionadas as questões étnico/raciais, de gênero e pessoas dos grupos LGBT+. Se para a população geral a prevalência é de 0,4%, para as populações-chave é de 18,4% para gays e outros HSH; 36,7% para travestis e mulheres transexuais; 5,3% para trabalhadoras do sexo; e 5,0% para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas como o crack, por exemplo (Brasil, 2018).

O hiv é um vírus democrático. Democrático quando qualquer corpo está sujeito a infecção, embora, ao mesmo tempo, reconhecemos ao menos dois processos em torno dele: i) associação a certas identidades, como na produção do corpo-vetor e; ii) que embora democrático as condições que envolvem sua infecção não perpassam apenas pela dimensão singular, mas é também social. Social, quando vemos ao longo desses 40 anos de epidemia, reincidir os velhos discursos e práticas sobre as quais os mesmos grupos sociais são os/as mais afetados pela epidemia.

Visto este cenário, não é aleatória a determinação de testagem compulsória de hiv

para pessoas trans e travestis, trabalhadores sexuais e gays, chamados de populações-chave. Isto é visto, quando durante ação realizada no dia 28 de janeiro de 2022, em conversa com uma mulher cisgênero, trabalhadora sexual, relata ter sido inquerida por um profissional médico acerca de sua sorologia para hiv. Embora a mulher ter relato, enfaticamente, utilizar preservativos em suas relações sexuais com clientes e parceiros, não foi levado em considerado pelo fato dela ser profissional do sexo, a queixa inicial, de suspeita de um nódulo entre uma das orelhas e cabeça, o médico insistia que deveria realizar testagem para hiv, mesmo ela apresentando testes não-reagentes para o hiv.

Figura 13

Revista “O beijo da rua”



Nota. Revista O beijo da rua. 1997.

A ação do médico expõe os impactos de dimensões estruturais que envolve o estigma em relação ao hiv/aids as trabalhadoras sexuais, como sorofobia e putafobia presentes neste caso. Algo presente desde os idos dos anos de 1990. O discurso é evidenciado na edição de n.º1 de 1997 do jornal “O beijo da Rua” – ilustrada pela Figura 13 –, em que profissionais do sexo “boicotam” o exame compulsório para hiv.

A compulsoriedade do exame reforça o entendimento de quais corpos devem ser direcionadas e responsabilizadas a testagem e faz pensar a quem serve essa compulsoriedade do diagnóstico? Quais são os efeitos que ela produz? Em 2019, por exemplo, as pessoas negras e pardas vivendo com hiv representavam o quantitativo de 65,4% destas 37,7% autodeclaradas enquanto pardas e 27,7% como pretas (Brasil, 2019).

Nesse sentido, a lógica é perversa ao instituir sobre corpos e, sobretudo, sobre populações uma sentença de morte e exclusão social baseada na aplicabilidade do conceito de vulnerabilidade isoladamente, sem que para isso estabeleça a análise sobre a vulnerabilidade a partir dos elementos que a constitui.

No curso destes itinerários da aids se produz aquilo que consideramos ser a invenção de uma epidemia a partir de um corpo, o corpo vetor. O risco de contágio com um corpo infectado pelo vírus “alvo” de vigilância e estigma no campo social, é justificado com base nas suas práticas sexuais consideradas dissidentes do regime cis-heteronormativo. O corpo vetor opera a partir de uma bifurcação: por um lado abre caminhos para a invenção de uma epidemia centralizada em uma abordagem de risco e, substancialmente, de comportamentos exercidos por homossexuais e transgêneros; por outro possibilita a construção social de uma identidade política, ou seja, de um vírus-vetor para um vírus-político (Pelucio, 2009).

Essa mudança de paradigma em torno da epidemia, paulatinamente, fortalecida por essa nova condição sorológica, do ativismo, possibilitou a consolidação de outros arranjos e deslocamentos, como na incorporação da noção de vulnerabilidade. Ao mesmo tempo, o

dispositivo da aids como é feito por relações de saber/poder, o entrave é constante e diário.

Do outro lado dessa trincheira, à parte dessa experiência de soropositivo ao vírus, temos os corpos soronegativos conjuntamente em contágio com o vírus, estes, por sua vez infectados pelo vírus tão letal quanto a própria experiência com a aids, o “vírus ideológico do pânico” citando Herbert Daniel (2018, p. 17). O preconceito no percurso do hiv/aids aciona dois campos de bifurcação: o estigma e a discriminação como possibilidade da “morte civil” (2018). Para o autor, exímio ativista dos direitos humanos, da democracia e dos direitos das PVHAs, morto em decorrência das complicações com a aids e da luta contra o preconceito e estigma mobilizada pelo aids, morto em decorrência das complicações com a aids em 1994, diz que a “morte civil” é consequência de práticas e discursos provocados pela “desinformação” como dizem alguns, ao mesmo tempo que se revela dimensões subjetivas de preconceito e estigma que assenta nos corpos, nas vísceras como indicativos de uma sociedade com forte resquícios colonial e cis-heteronormativo na consolidação de experiências de exclusão e acirramento das desigualdades desde a implantação de uma política de morte contemporânea (Parker, 2021).

Trata-se, portanto, de provocarmos outras lógicas nos modos como nos relacionamos com a epidemia, antes centrada em grupos e seus “guetos” para a criação de uma identidade política em torno da ideia de corpo-político nos idos dos anos 1990. No entanto, estamos a 40 anos defendendo que a aids é uma epidemia democrática, e que precisamos levar em conta que se trata de questão de saúde pública, ou seja, é coletiva. O que parece é que ainda estamos presos a marca geracional que a constituiu como epidemia: a culpabilização sobre determinados grupos sociais, ainda que inverossímil constitui subjetividades marcadas pelo preconceito, medo, pânico e estigmatização de suas experiências sexuais e afetivas (Quinalha, 2022).

A seguir trataremos a composição de um corpo-político no desenvolvimento de um

movimento coletivo e comunitário baseado na solidariedade, isto é, tendo a interseccionalidade como práxis, por uma pedagogia da prevenção em que distintos arranjos individuais, sociais e comunitários constituem dimensões políticas das intervenções face a constituição do dispositivo social da aids.

4.3 Corpo Político

O direito à Saúde Pública no Brasil, tem se constituído como campo de possibilidades a partir do constante exercício de produção da vida, dos modos de viver e do trabalho como valores intercambiáveis para o cuidado em saúde (Bernardes, 2012) princípios defendidos pela Reforma Sanitária em meados da década de 1970 e, incorporados na *Constituição Federal Brasileira* (Constituição Federal de 1988) – período de intensa manifestação pró direitos civis e democráticos -, principalmente com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) mediado por reformas e movimentos necessários para garantia da saúde como direito universal e constitucional (Paim, 2009).

É nessa seara que o conceito de saúde ampliado se constitui como fator determinante na composição da garantia ao direito absoluto à cidadania assegurado a todos cidadãos pelo Artigo de número 196, a qual expõe que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

A efervescência de diferentes movimentos sociais foram fundamentais pela luta de garantia de direitos, formulação e implementação de políticas sociais nos idos da década de 1980.

O ano é 1980 é também nos anos seguintes que ocorre a explosão: um novo vírus, um câncer gay – sim, estamos falando dos primeiros casos de infecções pelo hiv e, as

consequentes mortes em decorrência da aids que marcam o seu início. Segundo Talles Salles (2022) é também em 1981 que o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), dos Estados Unidos da América (EUA), pulveriza o alerta. EXTRA EXTRA: “um relatório sobre cinco homens homossexuais, previamente saudáveis, apresentando pneumonia por um fungo (...) que não atinge pessoas com sistema imunológico normal” (Salles, 2022, p. 248). Para a médica, ativista e pesquisadora brasileira, Marcia Rachid, foi em 1982 que o uso do termo aids começa a materializar as práticas e subjetividades, em:

Julho de 1982 é proposto o termo AIDS (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) pela primeira vez em uma reunião em Washington com líderes da comunidade gay, burocratas federais e membros do CDC para substituir o termo anterior, GRID (Deficiência Imunológica Relacionada a Homossexuais), pois as evidências mostravam que não era exclusiva de homens homossexuais (Rachid, 2020, p. 118).

Na cena do hiv/aids, a motivação inicial, embora associada a condição sorológica dos primeiros infectados, crescente adoecimento e mortalidade frente a inação do Estado, as primeiras respostas marcam a nível internacional e nacionalmente a formação de uma identidade política.

Os primeiros registros de manifestações públicas organizadas por movimentos sociais, em especial, de homossexuais diante a inércia do Estado, a qual provocou no campo da aids invisibilidades, estigmas e descaso, é pesquisado por Tiago Amaral Salles (2021). Analisa verdades e práticas no percurso da aids, em que se encontra com distintas produções nas artes visuais e comunicação social. O pesquisador destaca que o surgimento da aids ao marcar a subjetividades de gays potencializou não apenas o compromisso de respostas a nova epidemia, mas retirou do armário e colocou na sala de estar a discussão sobre sexualidades.

É nesse cenário que nos Estados Unidos, que surge a ACT UP – AIDS COALLITION TO UNLEASH POWER (Coalização da AIDS pelo empoderamento), um coletivo

internacional de ação direta em defesa das pessoas que vivem com HIV/AIDS” (Act up, 2016).

O ACT UP, criado em 1987, foi o grupo de maior destaque nesse contexto. Um pequeno círculo se formou em Nova York, reunindo-se todas as segundas-feiras à noite, com o objetivo de providenciar suporte material e psicológico para a população doente. Em seguida, foram criados meios de forçar o governo e os laboratórios farmacêuticos a acelerar a produção e a comercialização de medicamentos. Àquela altura, a única droga disponível era o AZT, extremamente tóxica e nem sempre eficaz. Seria preciso esperar mais de dez anos pela liberação de novos remédios. Por este motivo, os dois lemas da organização foram: Silêncio = Morte e Remédios em nossos corpos (Jardim, 2019, p. 24).

Para Salles (2021) sobreviver diante de um vírus até então desconhecido trouxe não apenas verdades e práticas, mas também momentos de dor e sofrimento, diante os números elevados de óbitos, ao mesmo tempo, de invisibilidades dessas mortalidades por parte do Estado e familiares – “a incerteza marcava a vida e morte das pessoas infectadas pelo vírus em decorrência dos tantos desconhecimentos epidemiológicos e escassas possibilidades de tratamento” (p. 251). É a partir desse cenário internacional, em que tempo que a epidemia chega em solo brasileiro que por aqui a história da aids seguiu também motivados por esses mesmos caminhos: luta e resistência.

Seu início foi marcado pela presença de ativistas, pesquisadores, profissionais de saúde e gestores públicos formando redes de conexões. Desta rede nasceram as organizações aids, fortalecidas por suas ações de prevenção e *advocacy* comunitário (Calazans, 2019; Parker, 1997).

O ativismo de base comunitário despertou a reflexão crítica das PVHA na subjetivação de um corpo político frente a inércia do Estado, como consequência desse

advocacy, dentro e fora dos espaços governamentais e institucionais. A busca coletiva e comunitária na promoção de ações de prevenção, especialmente, na propagação de informações sobre os modos de contágio e diminuição de novos casos, por meio de estratégias presentes na prática do sexo seguro, do não compartilhamento de seringas, entre outros, mas também de formas de enfrentamento ao estigma e discriminação (Parker, 2013).

Durante o início de circulação e contágio do vírus, as principais ações concentravam-se nos territórios considerados de sociabilidade dos mais atingidos, são corpos de gays, corpos trans e travestis, corpos pobres e marginalizados. As ações tinham como objetivo informar a população sobre o novo vírus, formas de contágio e os modos enfraquecer a circulação. Aconteciam em bares, saunas “pontos de pegação”, regiões pobres e periféricas.

Desse modo, a resposta programática à aids ganha visibilidade pelo trabalho empreendido por essas organizações, que se constituem com forte apego comunitário e compreensão das identidades coletivas oriundas de contextos de maior desproteção e precarização, diante a insuficiência das políticas de Estado, às mortes ocasionadas pelos quadros acometidos pela aids.

Diante dos altos índices de infecção por este grupo, a pauta do cuidado foi encarada e encarnada, primeiramente, pela comunidade homossexual, fazendo com que o seu protagonismo político institucional viesse daí (Calazans, 2019).

A experiência de subjetivação de um corpo-político configurou o chamado “campo da Aids” (Parker, 1997), constituído inicialmente pelo protagonismo de ativistas gays e pessoas travestis e transexuais. Nesse ponto, dialogamos com Achille Mbembe, quando considera que esse modo de condução do Estado releva as “formas de existência social onde as vastas populações são sujeitas a condição de vida é que lhes conferem o estado de mortos-vivos” (Mbembe, 2020, p. 17). Portanto, o protagonismo dos/as ativistas contribuíram, a partir do engajamento político na produção de um corpo-político, agenciando novas formas e respostas

de enfrentamento a epidemia, sobretudo, na contrarresposta de seus corpos tomados como vetores da aids.

Um exemplo desse ativismo corporificado se deu com a experiência oportunizada pelos grupos Somos e Outra Coisa (Simões & Facchini, 2009), em São Paulo (SP). A ação realizada pelo grupo homossexual Outra Coisa em 1983 se caracterizou pela produção e oferta de insumos de prevenção, além de materiais informativos sobre Aids, o que mais tarde chamamos de educação entre pares, por abordar aspectos identitários e de fácil acesso e interlocução com os territórios de sociabilidade de cada grupo social (Calazans, 2019).

A incorporação da adoção da metodologia “educação entre pares”, derivada do termo em inglês *peer educator*, durante as práticas comunitárias foi algo bem-sucedido, já que há uma identificação com o grupo vinculado, tanto em relação a conhecer suas discursividades corpóreas, afetivas, linguísticas e comportamentais quanto no que se refere a reconhecer os próprios espaços geográficos e suas modalidades de sociabilidades.

Desse ativismo inovador rendeu a pressão na estruturação por parte do Estado brasileiro na formulação de políticas de saúde e cuidado às PVHIV e casos de aids e rastreio de novos grupos impactados pela epidemia, proporcionando a implementação de acordos de cooperação mútua internacional, em especial após a implementação do PN-DST/Aids, a partir da implementação dos primeiros programas de Aids no país, em 1985, mas só consolidados em 1988, cinco anos depois da implementação em São Paulo (Pelucio & Miskolci, 2009, p. 128).

A implementação desses programas de Aids, ano após ano por diferentes capitais e estados do país, reitera o papel responsável e agenda do Estado em desenvolver políticas públicas voltadas à promoção e prevenção em saúde em todos os níveis de cuidado e assistência. Desse modo, há uma relação de reciprocidade entre a emergência de um corpo positivado em corpo-vetor e seu devir em corpo-político.

Nos aproximamos do pensamento deleuziano como possibilidade analítica de promover deslocamentos, fissuras, fluxos de forças propiciada pela experiência do corpo-político, por entre as ações transgressoras, em resposta ao poder disciplinar em que opera o Estado, a fim de localizar os corpos e capturá-los para representar (Deleuze, 2013).

O corpo-político opera como devir – “[...] sempre inacabado, sempre a fazer-se que extravasa toda a matéria vivível ou vivida. É um processo, quer dizer, uma passagem de vida que atravessa o vivível e o vivido” (Deleuze, 2013, p. 11). Embora não sendo equivalente ao corpo-vetor, mas uma condição de possibilidade que se dá nesse encontro da militância com o vírus, por isso a reciprocidade – esse exercício político como efeito de uma aposta em outra estética do viver (Foucault, 2004b).

Nesse percurso, o corpo-político aciona a ética, quando assume uma identidade política frente a figura do/a aidético, então, torna-se uma forma de governo de si, de formas de condução de si em termos de identificação política, de lutas coletivas em torno não de uma problemática individual, mas de um comum, pois o campo da aids não se dirige a populações específicas e sim ao direito de acesso universal e integral à saúde, no sentido de que direito à saúde é direito à vida.

Nessa equação em que se assume o cuidado como parte engenhosa na garantia de práticas preventivas e de promoção à saúde, sua capacidade de operacionalização do cuidado ocorre por meio da formulação de políticas sociais, no caso da saúde, pelas diretrizes que orientam o SUS.

As políticas sociais não apenas asseguram o direito à saúde, assistência social, educação, justiça, isto é, os mínimos sociais, como exercício da cidadania, que por sua vez, se efetiva com auxílio de políticas de promoção e prevenção, no caso da saúde, como vislumbrado nos princípios de equidade, integralidade e universalidade no SUS. Mas pelas práticas como efeitos dessas ações estratégicas, advindas de políticas, ativismos, pesquisas,

entre outros, de modo que essa dimensão não pode se subsumida na própria consolidação da Política – há ali necessariamente um corpo-político que agencia também, ou seja, toda Política Social tem uma história, um itinerário, feito por um conjunto heterogêneo de corpos e um campo de jogos e lutas.

Nesse contexto multifacetado em que a aids se perfaz como dispositivo social, múltiplos dispositivos são acionados na produção de novos agenciamentos, inclusive, sendo parte de experiências, vivências e experimentações de corpos-políticos, sobretudo, provocando fissuras nos modos hegemônicos e discursivos vinculados à aids. Dessa forma, como posicionamento político, a qual esse corpo-positivado é tomado que, buscamos considerar o corpo-experiência, compreendendo-o, como dispositivo político, ético, estético e emancipatório, diante a possibilidade de reorganizar práticas que subalternizam e marginalizam corpos periféricos, como parte do projeto de necropolítica adotada pelo Estado.

Entre corpo político e um Estado operacionalizado pelas políticas públicas, avanços decorrentes de uma luta coletiva se efetivaram com a implementação, em 1996, na oferta de tratamento de antirretroviral gratuito e universal. Por consequência, isso implica a produção de subjetividades a partir da relação com a política e não apenas um assujeitamento à política. Assim, o que se destaca é um corpo militante, um corpo-político que novamente toma lugar de um corpo-vetor no constante jogo de tensão, diante os altos níveis desproporcionais de casos entre as pessoas negras e pardas em relação às pessoas não negras.

Os dados desproporcionais não se dão de modo aleatório, ao contrário, se constitui como realidade cotidiana no país. De acordo com Anuniação (2020) o impacto do racismo recai sobre corpos negros/as e pardos/as de modo a reforçar estigmas e práticas violentas, afetando-os diretamente nos contextos específicos. No caso do hiv/aids, Anuniação destaca que:

a carência de políticas públicas de saúde destinadas a população negra, sobretudo, ao

notar que nós negros apresentamos as maiores incidências de problemas com a saúde, destacando a nossa exposição ao contágio do hiv e a mortalidade por aids (Anunciação, 2022, p. 96).

Nesse sentido, a luta se faz constante, no dia a dia das pessoas vivendo com hiv/aids, principalmente, – corpos periféricos, racializados pela branquitude, patologizados no regime cis-heteronormativo. Assim, a garantia da vida a todas as pessoas exige um constante tensionamento com formas outras de governo da vida, isto é, através de uma lógica da diferença (Deleuze, 2013), ou ainda, pautada na perspectiva foucaultiana, para uma ontologia do presente (Foucault, 2004b), que proporciona novas possibilidades de análises de práticas que operam em regimes de verdade.

Ao acompanharmos os itinerários da aids ao longo dessas quatro décadas, poderemos identificar alguns acontecimentos que ajudam a materializar essa trajetória no que diz respeito à constituição desse corpo vetor, mas também da constituição de organizações coletivas e ações políticas.

Nesta digressão acerca dos itinerários no campo da aids, consideramos na primeira cena a noção de grupo de risco como fonte de controle e disseminação da epidemia, combinando estratégias de assujeitamento e disciplinarização sobre os corpos em dissidência de “Homossexuais, Hemophiliacs, Haitians e Heroinadicts”, os chamados quatro Hs (Ayres *et al.*, 2009, p. 124). Nesse primeiro momento, as ações e estratégias de controle da epidemia representavam atuar substancialmente sobre o indivíduo, sem considerar aspectos e/ou dimensões sociais e culturais que pudessem confluir para sua infecção. O conceito não é novo, circula pelo campo da epidemiologia com o nascimento das ciências modernas, ao articular um evento patológico a outro como causas relacionais (Ayres *et al.*, 1999b).

No âmbito das políticas de saúde, o Estado, ao longo da construção e consolidação de políticas e estratégias de enfrentamento à epidemia, assume a postura de governabilidade, isto

é, como sendo um “conjunto de técnicas voltadas para o cuidado da vida, da população” (Bento, 2018, p. 3). As ações se concentraram, especialmente, nesses grupos populacionais marcados pelos quatro Hs. Ações de prevenção se basearam na retórica da abstinência sexual e isolamento social. O que evitaria a realização de práticas sexuais, doação de sangue e compartilhamento de drogas injetáveis. O problema que a adoção dessas estratégias fora conduzida exclusivamente a grupos considerados vetores da epidemia (Parker, 1997).

A complacência de respostas efetivas pelos setores governamentais mundialmente foi fator determinante para instauração do pânico moral e estigma contra essas populações. O que foi duramente criticado por ativistas, especialistas e pesquisadores no enfrentamento à epidemia. Assim, o conceito chave que passa a substituir a noção de grupo de risco foi propiciado pela noção de comportamento de risco que dá lugar às chamadas estratégias de redução de risco, sendo as ações coletivas e de base como principal foco de disseminação da informação (Ayres *et al.*, 2009). Assim, o grupo de risco vai performando um corpo vetor, de modo que o grupo se torna o vetor de disseminação de uma epidemia.

A segunda vertente de resposta à Aids foi desenhada por Jonathan Mann entre os anos 1985 e 1988, inicialmente nos Estados Unidos e, posteriormente, aclimatando-se à realidade de outros países afetados pela emergência da Aids em níveis globais. Agora, o problema não estava na gênese dos quatro Hs, mas na forma de lidar com a disseminação do vírus que, nesse momento, “[...] não respeitava mais limites geográficos, sexo ou orientação sexual” (Ayres *et al.*, 2009, p. 124).

Nessa lógica, a resposta se configura a partir da análise do comportamento do sujeito em questão. Diferentemente da primeira proposta, que considera o risco como condição ontológica de determinados grupos sociais tornados em vetores, nessa abordagem são as condições individuais consideradas universais que se tornam foco de investimento das políticas de prevenção baseadas no comportamento de risco exercidas pelas subjetividades

individuais.

Isso possibilitou o desenho de novas intervenções com vistas a trazer o comportamento do indivíduo à cena, contudo, sem que para isso se revelem as dimensões da interseccionalidade como ferramenta analítica para compreensão das relações de poder que se estruturam como modalidades de subjetivação atravessadas por condições que tendem à culpabilização individual. Nessa esteira de performance de corpos vetores, o comportamento individual agregará e intensificará a própria figura de grupo, de modo que não se trata apenas de um grupo em si mesmo, mas do comportamento de certos grupos. Há um jogo nessa produção de corpos vetores que totaliza e individualiza: o corpo é vetor em conjunto e individualmente.

A insuficiência dessa abordagem expõe debilidades no campo da intervenção na aids. Porém, se por um lado a limitação de ações baseadas no comportamento de risco do indivíduo se refere à finalidade da intervenção, por outro, deve-se a ela a necessidade de articulação de um conjunto de elementos que precisa estar em intersecção tanto para moldar políticas públicas quanto as intervenções como campo de batalha das condições desiguais e suas formas de vulnerabilização.

A terceira cena se utiliza da noção de vulnerabilidade desenvolvida para o campo da Saúde Coletiva como um conjunto de elementos que se articulam em níveis individuais, sociais e programáticos levando a identificar aspectos de maior grau de fragilidade ao adoecimento e formas de garantir prevenção e assistência à saúde (Ayres *et al.*, 2009).

Rapidamente, essa abordagem é incorporada no enfrentamento à epidemia de aids por conjugar dimensões importantes e fundamentais para o campo de análise da interseccionalidade como possibilidade de compreensão nas desigualdades econômicas, sociais, raciais, de gênero e sexualidade. Com isso, as repostas à aids passam a se conduzir com a inclusão desta prerrogativa de cuidado a partir da intersecção das dimensões

individuais, sociais e programáticas como elementos que norteiam as políticas de prevenção.

Desse modo, as ações em torno do dispositivo da aids desenham estratégias biomédicas, comportamentais e estruturais, é isso que o discurso preventivo aciona. No entanto, o desafio é superar a lógica neoliberal em que diferentes condições de precariedade vão compondo outros itinerários de proteção/desproteção e nos interrogarmos, de fato, ‘pra’ quem a aids continua sendo epidemia.

Figura 14

Manifestação alusiva ao Dia Mundial de Luta contra a Aids em São Paulo



Nota. Fonte: Karina Xavier/Folhapress

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS: ALGUMAS URGÊNCIAS E INSURGÊNCIAS

A escrita deste último capítulo, tem como objetivo construir pontes de alianças e pontos de sensibilidades a partir das costuras com histórias cotidianas no que diz respeito a temática de pesquisa a qual a tese se constitui. Mais do que colocar um ponto final, buscamos perceber seus pontos de urgências e insurgências por meio de agenciamentos políticos e micropolíticos como efeitos da luta, do engajamento ético-político frente aos contextos de desproteção e invisibilidade.

Em algum lugar do estado de Mato Grosso do Sul, 24 de outubro de 2023,

Era por volta das 14 horas quando eu e uma colega fomos até uma casa que transitam diferentes trabalhadoras sexuais em um certo período do ano, entre março e outubro. Antes de entrarmos batemos palmas e chamamos pelo nome da responsável pelo local que já nos aguardava. O local se parece a um cortiço, são muitos quartos, cada um possui ar-condicionado e banheiro privativo. Os quartos estão posicionados no lado direito, ao lado do portão de entrada. A cozinha do lado esquerdo. Os cômodos privativos e a cozinha são divididos por um amplo quintal, que além de dar lugar a passagem das pessoas, também serve para que as roupas pessoais, cama e banho possam ser estendidas após a lavagem.

Algumas mulheres já nos esperavam na cozinha e outras nos quartos, acordando ou em preparação para mais um dia de trabalho. Sabiam da nossa ida, pois, anteriormente, havia encaminhado uma mensagem a responsável solicitando autorização para realizar algumas ações preventivas ao hiv. Como diz o ditado popular: “a ocasião faz o ladrão” ou ainda, a educação popular e comunitária se faz nas oportunidades diárias.

As oportunidades diárias com a que me refiro diz da possibilidade na ocasião de realizar as ações preventivas e, a partir disso, identificar uma situação de exposição sexual. Quando abordadas sobre o conhecimento da PrEP e PEP, algumas relataram que conheciam e outras não, ainda assim, não sabiam diferenciá-las e acessá-las no município e fora dele. Explicamos a diferença de uso e condições das profilaxias. Em seguida, uma das

profissionais do sexo, se aproximou de mim e relatou que havia tido uma exposição sexual recente. Tratei de perguntar o dia e horário da exposição, pois assim poderia orientá-la sobre a indicação da profilaxia.

Felizmente estava no período para acessar a profilaxia. Encaminhei, em seguida, uma mensagem a responsável pela gerência técnica do hiv/aids do município solicitando informações sobre o fluxograma de PEP no município. Fui informado que deveria sinalizar a região da usuária para que fosse orientada para qual unidade de saúde ela deveria se deslocar. Após informar a região, foi confirmado que seria na região central. Naquele momento perguntei a usuária se gostaria que nós a acompanhássemos até a unidade de saúde, consentiu que sim e seguimos. Ao chegar na unidade de saúde, perguntei pela enfermeira responsável, primeira negativa, não se encontrava na unidade e ligaram a ela. Pediram que aguardássemos e foi o que fizemos. Quando a enfermeira chegou, após um período entre 15 e 25 minutos, tentou justificar a ausência da unidade durante o expediente e só depois perguntou da demanda. Disse a enfermeira que fomos informados de que essa unidade de saúde ofertava a PEP, após isso, um conjunto de problemáticas se sucederam.

A profissional informou que a unidade realizava a oferta da profilaxia, mas que o medicamento seria retirado em outro serviço em função do município não ter um fluxograma descentralizado, trata-se de um município em que o cuidado às PVHIV é referenciado em outro município e a cartela de outros serviços da prevenção combinada, como PrEP, autoteste de hiv inexistente. A oferta da PEP é escassa, embora a demanda acompanhe o número de exposições. A insuficiência das ações de prevenção ao hiv no município revela dimensões complexas do cuidado integral à saúde, atravessadas por questões programáticas, operacionais e técnicas.

De volta a urgência dessa cena inicial, isso implica pensar sobre como essa relação usuário e serviço se apresenta na contemporaneidade. A profissional responsável durante todo

o momento conduziu suas perguntas a mim sobre o caso da usuária, na recepção, mesmo na presença de outras pessoas que ali aguardava atendimento. Solicitei a ela que chamasse a usuária até sua sala para o início do protocolo. Ela perguntou se haveria necessidade da realização do teste rápido de hiv – solicitação necessária para realização da conduta clínica conforme preconiza o PCDT PEP (Brasil, 2021) -, indaguei a profissional sobre o procedimento do protocolo? Na intenção de cessar qualquer outra conduta ou questionamento à oferta da profilaxia. Questionamento em vão, ela seguiu relutante sobre a necessidade de realização do teste rápido. Insisti da importância de seguir o protocolo.

Ainda que contrariada, consentiu em executar o teste rápido. Mas informou que após a realização do teste e preenchimento do formulário a usuária teria que se deslocar até o outro local para acessar o medicamento. Nesse momento, tornei a falar com a gerente técnica do município, ela informou que poderia ir até a unidade, mas que naquele momento não tinha nenhum carro disponível no local para o traslado. Impaciente, perguntei se poderia buscar a medicação, a atitude foi tomada devido à preocupação com a usuária, receio dela sair da unidade o uso de ARV como estratégia preventiva.

Acompanhado da colega fomos até o local retirar os dois frascos de medicamentos que seriam utilizados no período de 28 dias. Retornamos a unidade de origem e o teste rápido havia sido realizado e o diagnóstico finalizado. A usuária se encontrava na recepção, entramos, disse a ela que logo iríamos embora. Segui em direção a profissional de saúde, entreguei os medicamentos e sem hesitar ela dissera o diagnóstico, embora negativo, o revelara em plena recepção a mim e minha colega, sem o consentimento da usuária. Isso nos impôs um misto de sentimentos e afetações. Perguntamos se ela já havia dito a paciente, disse que não. Ao mesmo tempo, dissemos quase que em coro, o diagnóstico é um direito do paciente e só cabe a ele(a) revelá-lo(a). Saímos de lá atônitos, exaustos, ainda que, com sentimento de que a educação popular, comunitária e permanente é essencial no processo de

democratização, à informação, acesso e assistência às pessoas em extrema situação de vulnerabilidade, mas também fornece à gestão pública e aos seus profissionais de saúde evidências clínicas, técnicas e operacionais acerca dos procedimentos da profilaxia (Costa & Gonçalves, 2021).

O breve relato expõe condicionantes estruturais das inúmeras desigualdades na garantia aos mínimos sociais, ao mesmo tempo, problematiza no sentido das relações laborais a necessidade urgente da educação continuada e permanente como antídoto a desinformação, de modo que “[...] estratégias de prevenção combinada fortaleçam a abordagem das dimensões sociais e programáticas da epidemia, o que também potencializará a atenção às vulnerabilidades individuais na perspectiva da saúde integral” (Costa & Gonçalves, p. 01, 2021)

As barreiras de acesso são facilmente incorporadas na dinâmica das relações de trabalho e dos serviços. O direito ao cuidado integral, universal e equânime, as políticas sociais operam a partir da perspectiva dos direitos humanos, como sinaliza Vera Paiva e José Ayres, como política do bem comum: “uma política de resposta à epidemia de HIV/aids que deveria estar sendo debatida e construída no espaço público como bem comum, subsidiada por evidências científicas e orientada por exame de caráter ético-político” (p.01, 2023).

Nesse sentido, propomos ao longo deste percurso cartográfico no campo das políticas sociais de saúde, com enfoque na epidemia de hiv/aids estabelecer certos arranjos entre corpos vetores e corpos políticos como modalidades de subjetivação no nosso presente de modo a pensá-lo, considerando como essenciais à consolidação da aids como dispositivo social.

Retomamos alguns pontos no decorrer dos últimos 40 anos, inicialmente em um período que fez da epidemia de hiv/aids associada as práticas sexuais de homossexuais e pessoas transexuais e travestis. O estigma social e a patologização de práticas sexuais e

identidade de gênero considerada a luz do regime cis-heteronormativo não normativas contribuiu intensamente no aumento e risco as desigualdades estruturais e epidemiológicos e, na história da aids não, foi diferente.

Em 2010, os países e organismos internacionais estabeleceram metas ambiciosas de controle à epidemia de aids no mundo, apresentando uma série de ferramentas e tecnologias no contexto da prevenção. A utilização e incorporação de uso contínuo e diário de medicamentos como estratégia preventiva têm possibilitado novas direções em relação ao vírus aos efeitos do estigma e da discriminação, conforme salienta Vina di Carvalho (2022, p. 333) “é preciso ter experimentado alguma dose de estigma para saber exatamente quais são os seus efeitos, pelo menos alguns deles”.

O acesso às inúmeras ferramentas de acordo com a mandala da Prevenção Combinada do HIV (Brasil, 2017) se constituem em respostas as estratégias de enfrentamento a epidemia de aids, tanto para quem vive com o vírus quanto para aqueles que são possíveis de acessar medicamentos de prevenção a epidemia.

Nossa intenção ao percorrer caminhos pelos itinerários e memórias da aids, como dispositivo social, colocamos em análise um conjunto de elementos diante a conjuntura histórica e coletiva, conseqüentemente, apresentando resultados concretos que coopere para uma resposta de fim da aids como vírus, e experiências singulares constituídas ao longo deste percurso?

Na verdade, relacionadas aos significados subjetivos e intersubjetivos, e que elas não aparecem em uma estrutura naturalista, mas a partir de um enfoque sobre a construção social da realidade humana. Dessa perspectiva, a pesquisa sobre a sexualidade (independentemente do HIV/AIDS ou mesmo em relação a essa epidemia) deve ser necessariamente compreendida como algo mais do que simples exercício de contar atos sexuais. Pelo contrário, somente focalizando as dimensões políticas, econômicas,

culturais e sociais mais amplas da experiência sexual é que poderemos começar a construir uma compreensão que possa fundamentar os tipos de políticas e práticas que, em última análise, nos capacitarão a reagir à disseminação da AIDS (Parker, 2000, p. 27).

As palavras do exímio pesquisador e ativista, Richard Parker, é atemporal, no que diz respeito as fórmulas e formulações que nos conduz a responder frente a epidemia de aids. O que incluem os desafios a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde que produzem saúde, mas vemos avançar as desigualdades sociais, raciais, gênero, econômicas impactadas por um conjunto de coisas, conseqüentemente, avançando os níveis de opressão e vulnerabilidade de populações marginalizadas pela aids.

Isso implica considerar nesse percurso de 40 anos da epidemia não apenas “vidas vividas com aids” pois a “biomedicalização” permitiu novos arranjos, heterogêneo do vírus nos corpos, em que alguns corpos podem viver com o vírus, em alguns corpos o vírus inclusive já desaparece no privilégio da indetectabilidade apontada por Ronaldo Serruya (2022), alguns corpos nem mais medo da aids – enquanto vírus biológico se tem.

Entretanto, para outros corpos epidemia, vírus, e tantas outras composições tornam vidas vividas com aids invisíveis, repatologizadas, “reinfecantes”, vidas que desaparecem ou que aparecem por causa do vírus; vidas menos vidas, meias vidas, pelas pílulas que são divididas.

São corpos em composição que conseguem contestar as permanentes dominações das sofisticações coloniais, criando outras maneiras de ver o mundo, de questioná-lo, de enxergá-lo e de apresentá-lo; outros mundos criados por meio de outras formas de pensar, ser, agir, sentir, escrever, falar, transar, comer, crer, se organizar, plantar... outros mundos só são possíveis quando criado por outros corpos (Carvalho, 2022, p. 336).

As marcas dessas diferenças pulverizam a discussão, expondo características próprias de uma epidemia concentrada e, ao mesmo tempo, permeado no imaginário social de uma doença de certas populações, novamente, contribuindo para estigmatização de determinados corpos sociais e sexuais a partir de uma leitura de grupo de risco e não de assumir o risco como parte de uma estrutura de produção de determinantes sociais de desigualdades.

As estigmatizações afetam os corpos e os pretendem organizados sob seus efeitos, afinal uma hierarquização é o exercício colonial de colocar um corpo no seu devido lugar, carregando o peso de ser quem se é, sendo submetido a um molde de sentidos não correspondente e isso me parece uma prisão perfeita: um ciclo de produção de corpo fora do corpo, anterior ao corpo.

[...] No exercício de investigar o estigma como uma herança colonial, muitos caminhos são possíveis e podem ser pistas para entender as colonizações que produziram um corpo para cada pessoa que lê este artigo. Quanto de colonização cabe em um corpo? Quanto de estigma um corpo suporta? (Carvalho, 2022, p. 339).

Outro assim, a operacionalização de uma política de morte como parte da violência institucionalizada pelo Estado desde o modelo neoconservador e neoliberal para qual chama atenção Françoise Vêrges (2021), potencializado nos últimos anos no Brasil, principalmente, após o impeachment da ex-presidenta Dilma Rousseff em 2016, assistimos, o recrudescimento e intensificação de violências sistêmicas contra corpos que vão sendo tornados racializados, genereficados e sexualizados, em especial, corpos de bichas, periféricas, pessoas trans e travestis e não-binárias conforme afirma o Dossiê de Assassinatos de pessoas trans no Brasil produzido pela Associação Nacional de Travestis Transexuais (Antra, 2022), no qual diz de uma política de governo que legitima práticas de desproteção dentro e fora dos dispositivos institucionais. Dito de outra forma, são práticas que passam a conduzir a violência de modo a sua banalização e normalização no campo social.

No âmbito das políticas sociais em termos de garantias constitucionais, experienciamos os desmontes de estratégias de justiça social e dos direitos humanos a qual operam as políticas públicas dirigidas a população, substancialmente, aos grupos em maior contexto de vulnerabilidade social, econômica, de gênero – entre outros. No cerne desta investigação que, se volta para pensar os processos de produção de visibilidades e invisibilidades no foco do hiv/aids, consideramos necessário destacar que, em 2018, após a nomeação de Jair Messias Bolsonaro ao cargo presidencial, pautas progressistas a manutenção dos direitos humanos e justiça social em vários setores envolvendo as políticas sociais apresentaram adversidades que marcaram a produção e reprodução de desigualdades sociais, nos processos de exclusão, silenciamento e extermínio das populações mais pobres e racializadas neste país.

No caso das PVHA, desde 1986, o Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis ISTs, Aids e Hepatites Virais (DIAHV), referência nacional e internacional na promoção de ações e estratégias destinadas ao enfrentamento da epidemia de aids, busca promover o acesso, diagnóstico e assistência como diminuição dos agravos e mortalidade em saúde. O que por si só representa inúmeros desafios na mitigação de novos casos de infecção e mortalidade dos casos aids. Ainda assim, diante os obstáculos estruturais manifestos pelo racismo, sexismo e homofobia, em 2019, o ex-presidente do Brasil, Jair Messias Bolsonaro, acompanhado de dois de seus ministros, Luís Henrique Mandetta, ex-ministro da saúde e Paulo Roberto Nunes Guedes, ministro da economia, sancionou o decreto 9.795, em 17 de maio de 2019, onde constava a extinção do DIAHV como departamento responsável por desenvolver políticas públicas de prevenção e garantia do tratamento do hiv/aids com uso de antirretrovirais em todo território brasileiro (Anúnciação, 2022.).

A nova configuração do departamento objetiva, no domínio das práticas institucionais o apagamento. Essa nova estrutura permite, em primeiro lugar, o apagamento da aids, bem

como uma falsa sensação de controle e erradicação da epidemia via acesso aos antirretrovirais produziu novos enunciados; em segundo, amplia o escopo de atuação do antigo departamento com a incorporação à tuberculose e hanseníase. Para o intelectual brasileiro Maurício Silva da Anunciação (2022) ao equiparar as formas de prevenção, tratamento e assistência na modalidade de doença crônica, como a hanseníase e tuberculose, por exemplo, não se trata apenas de uma ampliação da cartela de serviços, mas nas formas de intervenção, nas dinâmicas presentes em cada doença e infecção, como se houvesse homogeneidade entre elas.

Além disso, as políticas de prevenção e tratamento ao hiv/aids, como consequência da intensa invisibilidade nos últimos anos, passa a produzir no campo das políticas públicas e na dinâmica social, o desinvestimento financeiro no enfrentamento da epidemia que envolve a articulação entre setores governamentais nas três esferas: pesquisas, universidades e sociedade civil. A falta de investimento direciona os modos de condução da política, impactando diretamente na proposição das ações nos estados e municípios em todo território brasileiro e, conseqüentemente, nas políticas de prevenção à população. Em nota a publicação do decreto n.º 9.795/2019 publicado em 17 maio, ativistas vinculados a Redes, Fóruns e pesquisadores apresentaram consternação a decisão que modifica a estrutura do Departamento de Aids, em carta aberta: “Política de morte o fim do departamento de AIDS”

Figura 15

Carta de manifestação do movimento social de luta contra a aids

“Política de morte: o fim do departamento de Aids

O Movimento Nacional de Luta contra a AIDS, formado por redes, coletivos, organizações e ativistas, repudia o Decreto Nº 9.795, de 17 de Maio de 2019, que modifica a estrutura do Ministério da Saúde. Por meio desse decreto, o Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais passa a se chamar “Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis”.

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

O programa brasileiro de resposta à Aids foi, durante décadas, referência internacional na luta contra a AIDS. A relação única de combate e colaboração com uma pujante sociedade civil, a decisão corajosa de oferecer tratamento antirretroviral universal e gratuito, a ousadia nas campanhas de prevenção fizeram a resposta brasileira ao HIV destaque em inúmeros fóruns internacionais e inspiraram outros países em desenvolvimento.

O marco simbólico de ter uma estrutura de governo voltada para o enfrentamento a Aids é indicativo da importância que se dá à epidemia. Por mais que se afirme que “nada mudará”, o que fica é o descaso com uma doença que mata cerca de 12 mil pessoas por ano e que, longe de estar controlada, continua crescendo, especialmente populações pauperizadas e estigmatizadas, já tradicionalmente excluídas e que com este ato se tornam mais invisíveis e desrespeitadas.

A resposta ao HIV construída no Brasil não nasceu do dia pra noite. Ao contrário, foi conquistada por meio de mais de três décadas de luta diária das pessoas vivendo e convivendo HIV/AIDS, população LGBT, negras e negros, mulheres, pessoas trans, jovens e ativistas. Essa ação do governo federal, extinguindo o programa brasileiro, é inadmissível e se insere numa forma de pensar a sociedade que invisibiliza qualquer existência que escape à limitadíssima perspectiva do governo Bolsonaro. Por não conseguir entender que a vida é complexa e potente, o governo Bolsonaro mata simbólica e fisicamente diversas populações. Contra a política de morte, gritamos: VIVA A VIDA! Não nos calaremos frente ao fim do departamento que salvou milhares de vidas. Pela manutenção do Departamento de AIDS! Nem um direito a menos!

**Articulação Nacional de Luta contra a Aids (ANAIDS)
Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA)
Fórum de ONGs AIDS/SP (FOAESP)
Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS/RS (GAPA/RS)
Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+Brasil)”**

Nota. ANAIDS. 2019.

De acordo com o comunicado pelo Movimento Nacional de Luta contra a Aids, aos quais estão presentes nessa manifestação: Articulação Nacional de Luta contra a Aids (ANAIDS), Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), Fórum de ONGs AIDS/SP (FOAESP), Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS/RS (GAPA/RS) e Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (RNP+Brasil), a mudança é estratégica e responde a um modo de condução da população que se dá diante a produção de morte ao homogeneizar suas demandas em termos de equivalência sem que para isso demande atenção a heterogeneidade das pessoas e suas necessidades no acesso e cuidado integral à saúde às políticas de prevenção. Pois, ao incorporar outras patologias e agravos no contexto a aids,

como a hanseníase e tuberculose, historicamente negligenciada no cuidado em saúde, como grave problema de saúde pública, principalmente, relacionada as populações em situação de rua, em uso abusivo de álcool e outras drogas e/ou em privação de liberdade (Brasil, 2019), corre-se o risco de sua invisibilização tanto em relação às políticas de prevenção ao hiv/aids quanto as demais infecções e doenças vinculadas ao novo departamento.

Ainda assim, devemos considerar ao plano dessa discussão que a “reestruturação” do DIAHV para DCCI parte de uma política de gestão dos corpos e de governo que insistem no desmonte da saúde pública como direito constitucional e universal, conseqüentemente, as pessoas, historicamente, tidas como subalternas, os/as que mais morrem com a falta de acesso e permanência nas políticas de prevenção e tratamento do hiv e aids, “[...] colocando a aids, as ISTs, as hepatites, a tuberculose e a hanseníase no mesmo departamento é considerar que todas têm o **mesmo peso social**, mas não têm” (Anúnciação, 2022, p. 84, grifo nosso). De acordo com o pesquisador a ampliação fragmenta não apenas as políticas de prevenção à aids, mas todo o resto, pois, perde-se de vista os itinerários de cada uma das doenças, bem como, a história de sua constituição, como consequência presenciamos o desmantelamento dessas ações e, os impactos nos modos de promover ações concretas e reais em repostas as iniquidades sociais.

Outra preocupação a respeito da reestruturação da política de aids no país, diz dos impactos nas ações de governança institucional, que envolve uma série de apagamentos e invisibilidades: orçamentária, gerencial e programática, desde o desabastecimento de insumos de prevenção – gel lubrificante -, aquisição de novos medicamentos, proposição de novas pesquisas, estudos clínicos e inquéritos desenvolvidos junto a sociedade civil, como importante iniciativa de disseminação de acesso as políticas sociais e de visibilização da epidemia que faz com que as respostas sejam articuladas no território.

A invisibilidade do hiv/aids como estratégia institucional brasileira nos últimos quatro

anos a partir dessa reestruturação coloca em jogo não somente a mudança de nomenclatura, mas de toda uma forma de conduzir as ações no que diz respeito aos processos de visibilidades e invisibilidades relacionadas ao combate das práticas de estigmas e a discriminação relacionados à aids negligenciando a garantia do acesso as políticas sociais aos corpos mais pobres e vulnerabilizados.

O que ocorre, nesse sentido, é a produção da invisibilidade e intensificação de práticas excludentes e estigmatizantes como possibilidade de existência diante a institucionalização de certos acontecimentos políticos, econômicos, sociais, étnico-raciais - entre outros - como consequência de emergência e invenção dos corpos que deverão ser atingidos e mortos por uma epidemia.

Dito de outro modo, o desmonte das políticas de aids perfaz-se por um contexto de apagamento da epidemia, sendo, muitas vezes, substituídas por práticas em torno da biomedicalização como única possibilidade de enfrentamento da epidemia, reafirmando novamente a nossa interrogação de pesquisa: “o que constitui a aids como dispositivo social no nosso presente?”

Se regressarmos no tempo, mais precisamente, no ano de 2010, o então ex-presidente, Jair Bolsonaro, na ocasião ex-deputado federal, em entrevista ao programa *Custe o que custar* (CQC), a rede Bandeirantes de Televisão, ao ser interpelado sobre as PVHAs é categórico: “A pessoa não pode ficar na vida mundana e depois querer cobrar do poder público um tratamento que é caro nessa área aí. Se não cuidou, o problema é dele” (Anúnciação, 2022, p. 85). A fala é problemática em vários sentidos, revela dimensões cruéis e descaço tanto em relação a epidemia que mesmo com avanços significativos, como a distribuição de antirretroviral em todo o país de forma gratuita e universal, alteração na composição e simplificação de medicamentos, quanto pelo valor dessas vidas, diante o reconhecimento de uma vida passível de direito, dignidade e cidadania. Diga-se vidas mais pobres e racializadas

no país em decorrência dos processos de colonialidade.

Você pode estar se perguntando que a fala do ex-deputado federal reflete a realidade com quem desconhece o assunto, ou ainda, o que é pior, não reconhece que o país atua desde 1986 no enfrentamento da epidemia, sendo inclusive, reconhecido internacionalmente na garantia dos direitos humanos e de saúde como exercício pleno de cidadania. No entanto, não é a primeira vez que o ex-presidente Jair Bolsonaro se refere as PVHAs com desdém e desumanização. Esse é o mesmo sujeito que diante o avanço de outra pandemia, do novo coronavírus, destila em pronunciamento oficial, ao ser interpelado sobre a vacina contra a Covid-19: “relatórios oficiais do Governo do Reino Unido sugerem que os totalmente vacinados [...] estão desenvolvendo a síndrome de imunodeficiência adquirida muito mais rápido do que o previsto” (Cnn brasil, 2022, n.p), segundo os dados do relatório do governo no Reino Unido, ao ser vacinado pela covid-19 pacientes soropositivos estariam morrendo mais rápido de aids.

A alegação, afirma o seu modo de atuar, espalhando medo e falsas alegações a população, isto é, uma política de desinformação, tanto para aqueles que vivem com hiv/aids quanto as demais pessoas soronegativas para o vírus, mas positivadas em sua experiência social, marcada pelo estigma e discriminação como os quais ocupam corpos de gays e pessoas travestis e mulheres transexuais - contágio do vírus do preconceito e, conseqüentemente pelas desigualdades advindas desse processo de estigmatização.

A retórica desconsidera os riscos de tal pronunciamento, principalmente, na qualidade de sua posição de chefe de estado. Os impactos dessa narrativa afetam diretamente o curso da epidemia de hiv/aids e a tantas outras, incluindo a covid-19 e suas formas de enfrentamento, no investimento em pesquisas, medicações e ações de base comunitárias eixos de atuação. Demonstra aquilo que ele enquanto agente de Estado prolifera os efeitos de uma política genocida: proliferação de factóide sensacionalistas por meio de discursos veiculados nas

redes sociais, em um contexto de produção discursiva sobre a epidemia, a partir da construção de notícias baseada no estigma em torno das PVHAs.

De acordo com Tatyane Guimarães Oliveira (2005) o estigma se efetiva quando direciona para quais corpos a epidemia de hiv/aids é uma problemática, está relacionado as situações de intensificação da vulnerabilidade como parte da experiência de um corpo positivado pelo hiv, como daqueles que não se encontram com o diagnóstico positivo, mas tem a sua vida atravessada pelo fantasma da noção de grupo de risco.

A desinformação como um dos ingredientes do estigma atinge, segundo a diretora e representante da UNAIDS vinculado ao Programa das Nações Unidas no Brasil, Claudia Velasquez, as formas como se organizam as ações, serviços e estratégias de enfrentamento individual, social e programática, impactando os modos de circulação da epidemia (Folha sp, 2022).

O desafio imposto à vigilância do estigma contribui de forma danosa na condução das práticas individuais e coletivas, no desenho e implementação de políticas sociais que estimule a propagação de ações e estratégias a combater o estigma relacionado a aids. O estigma anuncia um conjunto heterogêneo de jogos de forças que coexistem para associar determinadas práticas sexuais, identidades de gênero e orientação afetiva como vetores, de modo a demarcar esses corpos numa dimensão de constituição de um corpo positivado – isto é, o corpo vetor.

O corpo-vetor como modalidade de subjetivação é constituído dentro do dispositivo social da aids, de culpa e constrói uma epidemia do outro e não de uma perspectiva de doença coletiva, em resposta, se constrói diante desse processo de desumanização do outro, à emergência de um corpo-político na agenda político da epidemia. Nesse sentido, a articulação advinda de experiências singulares e, ao mesmo tempo, desse corpo-político como expressão coletiva foi decisivo no diálogo entre os setores: governamentais e não-governamentais, em

que a resposta em termos institucionais foi desenhada para responder às urgências de um tempo em que a epidemia de aids circunscrita à determinadas minorias já discriminadas.

O enfrentamento de uma epidemia se faz mais do que somente ciência e financiamento. Mas reconhecendo os processos simbólicos, culturais, estruturais que retardam e mascaram o risco a vulnerabilidade como sinônimos (Paiva & Ayres, 2023). Os movimentos sociais foram primordiais ao mostrar isso ao Estado, o enfrentamento, também se faz com alianças e solidariedade ao incluirmos no debate a perspectiva dos direitos humanos, às vulnerabilidades singulares, estruturais e programáticas em prol da aclamada justiça social.

A multiplicidade e complexidade dos corpos afetados pela aids contribuiu, por sua vez, ao alargamento dos discursos institucionais, no alcance de estratégias que reconheça de modo interseccional os efeitos das desigualdades sociais e os impactos naquilo que Vera Paiva e José Ayres reconhecem “os processos pelos quais as tecnologias de prevenção são concebidas, produzidas e distribuídas” (Paiva & Ayres, p.1, 2023).

As experiências individuais e coletivas desses corpos no percurso desta história de mais de 40 anos de enfrentamento a epidemia nos auxiliam na compreensão de que as desigualdades estruturais recaem sobre as populações de modos distintos, o que, por sua vez, exige-se o reconhecimento dessas vulnerabilidades na superação das iniquidades de saúde e sociais no acesso às políticas públicas. Segundo o Boletim Epidemiológico, em 2023, no último ano, foram mais de 11 mil mortes em decorrência da aids. Os dados destacam crescimento em todas as faixas etárias, embora, os discursos oficiais sinalizam para o recrudescimento entre os mais jovens. Na esteira dessa reflexão, considerando questões de raça/etnia no perfil epidêmico, novamente, a população negra registra 61,7% entre pessoas negras, sendo 47% pardos e 14,7% pretas (Brasil, 2023).

O que buscamos ao longo deste percurso em que nos colocamos a problematizar a

aids como dispositivo social, considerando um conjunto de itinerários e memórias no âmbito da aids, foi justamente, responder a um emaranhado de coisas que consolida e atualiza a epidemia no nosso presente e, que envolve, a construção e consolidação de uma política de autonomia e responsabilização como prática coletiva e não singular.

A experiência da aids e as estratégias empreendidas, no tocante a retórica da cronicidade da doença com a entrada dos antirretrovirais de fato, foram e são necessários, contudo, chamemos atenção para uma outra equação, as desigualdades que ainda persistem não apenas no campo do acesso às ações preventivas, mas naquilo que possibilita uma vida vivível como expressão cidadã. De acordo com Serruya: “o Brasil hoje é esse país que adocece a gente. A AIDS hoje é acima de tudo uma doença social, a doença do OUTRO, do diferente, daquele que NÃO SOU EU” (Serruya, 2022, p. 361).

Obviamente reconhecemos que ainda hoje há adoecimentos e mortes por aids, embora, como já mencionado, há um conjunto de respostas biomédicas em distribuição e em curso. Mas, também, reconhecemos que os processos de estigmatização fortalecem os dados de mortalidades, justamente, como barreiras de acesso e adesão as formas de tratamento e de manutenção da vida.

É preciso que se transponha os desafios que nos impedem de alcançar o fim da epidemia que já sabemos que não trata, apenas, de medicamentos, mesmo quando já estão distribuídos no SUS, como destacado no início deste capítulo. Banalizamos a epidemia de aids com práticas e discursos de “evidências clínicas” superam a mortalidade. Entretanto, acesso aos antirretrovirais são tão complexos e controversos quanto a adesão, principalmente, considerando que interseccionalidade e intersetorialidade não são apenas conceitos, mas operam na dinâmica cotidiana das relações sociais, econômicas e culturais, isto é, devem reconhecer a complexidade dessas diferenças no âmbito da garantia do “[...] acesso a recursos básicos de prevenção, mas parece-nos que a questão não é apenas de quantidade: ela é,

sobretudo, conceitual e politicamente qualitativa” (Paiva & Ayres, 02, p. 2023).

Chegamos ao final dessa caminhada, apostando na construção em outros amanhã, em que acreditamos na potência de redes de afetos e solidariedade como efeitos de uma política do amor. Nos aliançamos a bell hooks (2021) por acreditar na capacidade de uma teoria do amor capaz de transformar perspectivas singulares em interesses coletivos, basilares à consolidação do amor como antídoto à ignorância, desinformação e o ódio. Resistir diante às inúmeras urgências, é apostar na insurgência de novas memórias como parte importante do dispositivo da aids.

Segundo a pesquisadora Jane Galvão (2023), em publicação para a ABIA, destaca: “as pandemias e epidemias que virão exigirão determinação reforçada pela solidariedade, inclusão, fortalecimento da responsabilização e transparência para, efetivamente, promover a saúde como um direito humano” (Galvão, 2023, p. 14).

O medo e a desinformação não são estratégias de prevenção, ao contrário, opera de modo a contribuir na dimensão de desumanização do outro, em muitos casos, daqueles que ocupam um não-lugar de humanização e de direito à cidadania. O estigma social e a morte civil em relação às PVHIV e casos de aids se sustentam na lógica do medo e da criminalização do outro. Mas, também, diante da desinformação como estratégia de disseminar notícias falsas promovendo uma comunicação não eficiente no enfrentamento a epidemia. Por isso o engajamento na luta contra o preconceito e a estigmatização é uma luta de todos(as) como problema de saúde pública.

Por fim, nos despedimos com bell hooks, inspirados em sua teoria do amor como ética de vida: “O amor que criamos em comunidade permanece conosco aonde quer que vamos. Orientados por esse conhecimento, fazemos de qualquer lugar um local em que podemos regressar ao amor” (hooks, 2021, p. 176).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C. F. (2006). *Pequenas epifanias*. Rio de Janeiro: Agir.
- Act up. Manifesto Queer Nation. (2016). Tradução de Roberto Romero. Belo Horizonte: Caderno de Leituras n° 53 - Série Intempestiva.
- Ayres, J. R. C. M.; Franca Júnior, I.; Calazans, Gabriela, J.; Saletti Filho, H. C. (2009). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. FREITAS, C. M. organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, desafios, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 121-44.
- Ayres, J. R.; *et al.* (1999). *Vulnerabilidade e prevenção em tempo de AIDS*. In: PARKER, R. *et al.* *Sexualidade pelo avesso: Direitos, Identidades e Poder*. São Paulo: Editora.
- Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) (2022). *Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021 / Bruna G. Benevides (Org.)*. – Brasília: Distrito Drag, ANTRA.
- Articulação Nacional de Luta contra a Aids - Anaids. (2018). *As mudanças na camisinha feminina e porque novo modelo adquirido pelo Brasil*. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/entenda-as-mudancas-na-camisinha-feminina-e-porque-novo-modelo-adquirido-pelo-brasil-e-condenado-por-usuarias>.
- Anuniação, M. S. (2022). *Escrita Negro-Positiva: as escrituras como novos agenciamentos estéticos de pessoas vivendo com hiv*. 1ª. ed. Salvador: Devires. v. 1. 212p.
- Azevedo, F. M., de Almeida Segundo, D. S., Feijó, M., Nardi, H. C., & Costa, A. B. (2020). Atribuições de Causalidade pela Infecção por HIV. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20(3), 751-769. <https://dx.doi.org/10.12957/epp.2020.54346>.
- Barreto, L. (2020). *Reflexões sobre Desafios ao Campo do HIV/AIDS a partir das Experiências Transadas pelo Movimento de Prostitutas Brasileiras*. In: Vanessa Leite; Veriano Terto Jr; Richard Parker. (Org.). *Dimensões sociais e políticas da prevenção*.

- Oed.Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids - ABIA, v. 1, p. 119-123.
- Bento, B. (2018). Necrobiopoder: Quem pode habitar o Estado-nação? *Cadernos Pagu* (UNICAMP), 1, 1-16. <https://dx.doi.org/10.1590/18094449201800530005>.
- Bernardes, A. G. (2012). Potências no campo da saúde: o cuidado como experiência ética, política e estética. *Barbarói*, (36), 175-190.
- Bernardes, A. G. (2017). Território e acesso: questões sobre as políticas de saúde brasileiras. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(2), 339-349.
- Bernardes, A. G. (2018). Pesquisar com o Território: Algumas Apostas Metodológicas. *PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO (ONLINE)*, v. 38, p. 291-300.
- Bessa, M. S. (1997). *Histórias Positivas: a literatura (des)construindo a AIDS*. Rio de Janeiro: Record.
- Bezerra, V. P., Silva, V. L. M. da., (2019). Bareback, risco e prazer na perspectiva de usuários da profilaxia pré-exposição (PREP) ao hiv: um estudo netnográfico. In: Thiago Oliveira., Helder Thiago Maia (ORGS.) *Práticas Sexuais: itinerários, possibilidades & limites de pesquisa*. Salvador – BA: Devires. p.232-248.
- Borges, S. R., Becker, S., Seraguza, L., & dos Santos, Y. T. (2022). “A Dona da Rua (.):” transcrevendo o projeto de pesquisa de Satine (Rodrigues Borges) junto ao PPGAnt/UFGD. *Revista Ñanduty*, 10(16), 138–152.
<https://doi.org/10.30612/nty.v10i16.16770>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2021). Boletim Epidemiológico de HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2019a). Boletim Epidemiológico de HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2022). Boletim

Epidemiológico de HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Gabinete do Ministro PORTARIA N.º 2.761, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013.

Brasil. Portaria n.º 77, de 12 de janeiro de 2012. (2012). Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na Atenção Básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2017a). Prevenção Combinada do HIV – Bases Conceituais para profissionais trabalhadores(as) e gestores(as) de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadoresas-e-gestores>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2017b). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Cinco passos para a implementação das linhas de cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids. – Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2017c). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Diretrizes para organização do CTA no âmbito da prevenção combinada e nas redes de atenção à saúde. – Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2021). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais - Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2019b). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Brasília-DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2018b). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Brasília-DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2023). Boletim Epidemiológico de HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde.
- Butler, J. (2016). Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade. 11. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Butler, J. (2018). Corpos em aliança e a política das ruas: Notas sobre uma teoria performativa de Assembleia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Butler, J. (2019). Quadros de Guerra – quando a vida é passível de luto? Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Calazans, G. (2019). *Prevenção do HIV e da Aids: a história que não se conta/a história que não te contam*. Seminário de Capacitação em HIV: Aprimorando o Debate III. Rio de Janeiro: Associação Interdisciplinar de Aids. Recuperado de <http://abi aids.org.br/prevencao-do-hiv-e-da-aids-a-historia-que-nao-se-conta-a-historia-que-nao-te-contam/33603>
- Carvalho, V. di. (2022). Perseguir estigmas pelo corpo. In: Bruno Puccinelli., Fábio Fernandes., Ramon Fontes (ORGs.). *Aids sem capa: reflexões virais sobre um mundo*

- pós pandemia. 1ª ed. – Salvador, BA: Devires, p. 327-344.
- Cavalcanti, C. (2022). Prefácio. In: *Psicologia Suja*. Sofia Favero. 1. ed. Salvador - BA: Editora Devires. 228p.
- Cazuza. Boas novas. (1988).
- Collins, P. (2021). *Interseccionalidade*. Patricia Hill Collins, Sirma Bilge; tradução Rane Souza.- 1.ed. -São Paulo: Boitempo.
- Cecílio, L. C. de O. (2020). *O corpo recusado*. 1ª ed. - São Paulo: Hucitec.
- Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Senado Federal, Centro Gráfico.
- Costa, A. H. C.; Gonçalves, T. R. (2021) *Globalização farmacêutica e cidadania biológica: notas sobre a implementação da profilaxia pós-exposição no Rio Grande do Sul, Brasil*. *CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA*, v. 37, p. 1-e00041420.
- Costa, A. H. C. C., Leite, A. L., Shimocomaqui, G., (2022). *Reverendo os dilemas que nos trouxeram até aqui: reflexões sobre as respostas da Sociedade Civil, da Ciência e do Estado no enfrentamento da epidemia de AIDS no Brasil*. In: Bruno Puccinelli., Fábio Fernandes., Ramon Fontes (ORGs.). *Aids sem capa: reflexões virais sobre um mundo pós pandemia*. 1ª ed. – Salvador, BA: Devires, p.149-172.
- Daniel, H. (2018). *Vida antes da morte* (3ª ed.). Rio de Janeiro: ABIA.
- Daniel, H. & Parker, R. (1991). *AIDS: a terceira epidemia*. São Paulo: Iglu Editora.
- Deleuze, G. (2013). *Conversações*. São Paulo: Editora 34.
- Deleuze, G. (1989). ¿Qué es un dispositivo? In E. Balibar, H., Dreyfus, G., & Deleuze et al., *Michel Foucault, Filósofo* (pp. 155–163). Gedisa.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1995). *Mil Platôs v. 1*. São Paulo: Editora 34.
- Deus tem aids. Fabio Leal, Gustavo Vinagre. Documentário. Brasil. 2022.
- DIOGRANDE. 2021 Lei n.º 6345/2021. (2021). Campo Grande, Mato Grosso do Sul.
- DIOGRANDE. 2023 Lei n.º 762/2023. (2023). Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

- Domingues, L. (2021). Infodemia: uma ameaça à saúde pública global durante e após a pandemia de Covid-19. *Revista Eletrônica De Comunicação, Informação & Inovação Em Saúde*, 15(1). <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i4.2237>
- Duque, T. (2011). Montagens e desmontagens: desejo, estigma e vergonha entre travestis adolescentes. Annablume.
- Duque, T. (2022). "Um Bicho de Sete Cabeças". *Revista TOMO*, (39), 85-85.
- Duque, T. (2020). Corpo de fala e pesquisa: autorreflexões sobre identidade e diferenças. In: Gilmaro Nogueira; Nzinga Mbamdi; Marcelo de Trói. (Org.). Lugar de fala: conexões, aproximações e diferenças. 1ed.Salvador: Devires, 2020, v. 1, p. 71-80.
- Elisiane, P. (2020). Pedagogia da prevenção: o preservativo interno (conhecidos como femininos). In: Vanessa Leite, Veriano Tertó Jr e Richard Parker [orgs] Respostas à AIDS no Brasil: Aprimorando o Debate III (ANAIS) Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA.
- Evaristo, C. (2017). *Becos da Memória*. Rio de Janeiro: Pallas.
- Favero, S. (2022). *Psicologia Suja*. 1. ed. Salvador - BA: Editora Devires, 2022. 228p.
- Favero, S. (2019). Cisgeneridades precárias: raça, gênero e sexualidade na contramão da política do relato. *BAGOAS - ESTUDOS GAYS: GÊNEROS E SEXUALIDADES*, v. 13, p. 169-197, 2019.
- Favero, S. (2020). Pesquisando a dor do outro: os efeitos políticos de uma escrita situada. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(3), 1-16. Recuperado em 08 de fevereiro de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000300010&lng=pt&tlng=p
- Fernandes, N. M., Hennington, É. A., Bernardes, J. D. S., & Grinsztejn, B. G. (2017). Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, e00053415.

- Felitti, C. Rainhas da noite - as travestis que tinham São Paulo a seus pés. 1ª ed. - São Paulo: Companhia das letras. 2022.
- Filho, R. A. C. (2022). A indetectabilidade e a retórica preventiva em HIV/Aids: Sujeitos, desejos e moralidades. In: Bruno Puccinelli., Fábio Fernandes., Ramon Fontes (ORGs.). Aids sem capa: reflexões virais sobre um mundo pós pandemia. 1ª ed. – Salvador, BA: Devires, p. 365-384.
- Franco, T. B. (2013). Prefácio. In: Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy [orgs]. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. 1. ed. - São Paulo: Hucitec.
- Franco, T. B. (2013). As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy [orgs]. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. 1. ed. - São Paulo: Hucitec. pp 226–242.
- Fonseca, T. M. G. (2022). Rastros de um pensamento: escritos sobre clínica, arte e política / Tania Mara Galli Fonseca ; organização Alana Soares Albuquerque, Claudia Luiza Caimi, Luciano Bedin da Costa. -- 1. ed. -- Florianópolis, SC : ABRAPSO Editora.
- Foucault, M. (1979). Microfísica do Poder. (16. ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (2004a). Polêmica, política e problematizações. In: m, B. Motta (Ed.) Ética, sexualidade, política. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (pp.225-233).
- Foucault, M. (2020). História da Sexualidade 1: A vontade de saber. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra. (Trabalho original publicado em 1988).
- Foucault, M. (2018). O enigma da revolta: entrevistas inéditas sobre a revolução iraniana. São Paulo: N-1 edições.
- Foucault, M. (2008). Nascimento da biopolítica. Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- Foucault, M. (2004b). A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: FOUCAULT, Michel. Ditos & Escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

- Galvão, J. (2023). COVID-19: E assim se passaram três anos. BOLETIM ABIA AGOSTO 2023. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids – ABIA. In: Richard Parker., Veriano Terto Júnior., Angelica Basthi. (Org.). Rio de Janeiro. p- 7-15.
- Grangeiro, A. (2016). Da estabilização à reemergência: os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids no Brasil. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. *Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids em 2016*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Guibert, H. (2023). Ao amigo que não me salvou a vida. I. ed. – São Paulo: Todavia.
- hooks, bell. (2013). Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- hooks, bell. (2021). Tudo sobre o amor: novas perspectivas (S. Borges, Trad). São Paulo: Elefante.
- Hüning, S. M., Parra-Valencia, L., & Fernandes, S. L. (2021). Territórios, políticas e pesquisa psicossocial. In: Lilian R. da Cruz; Betina Hillesheim; Letícia Maísa Eichherr. (Org.). *Interrogações às políticas públicas sobre travessias e tessituras do pesquisar*. 1ed. Florianópolis: ABRAPSO, v. 1, p. 33-54.
- Hillesheim, B., Moreira, L. E., & da Cruz, L. R. (2022). Mapas de um mundo em ruínas. In: Moreira, L.E.; Hunning, S.M.; Parra-Valencia, L.. (Org.). *Políticas de pesquisa em psicologia*. 1ed. Florianópolis: Abrapso, 2022, v. p. 61-76.
- Jardim, E. (2019). A doença e o tempo: aids, uma história de todos nós. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019, 80 p
- Junqueira, R. D. (2018). A invenção da “ideologia de gênero”: a emergência de um cenário político-discursivo e a elaboração de uma retórica reacionária antigênero. *Psicologia Política*, 18(43), p. 449-502.
- Kerr, L. (2009). Comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre

homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras. Relatório técnico entregue ao Departamento DST, Aids e Hepatites Virais.

- Laval, C. (2018). Foucault e a experiência utópica. In: Foucault, M. O enigma da revolta: entrevistas inéditas sobre a revolução iraniana. São Paulo: N-1 edições. pp. 102–142.
- Lima, D. (2020). Corpo vetor – e corpo utópico. *Pandemia Crítica*. Recuperado de <https://n1edicoes.org/067>
- Lucas, M. C. V., Böschmeier, A. G. E., & Souza, E. C. F. D. (2023). Sobre o presente e o futuro da epidemia HIV/Aids: a prevenção combinada em questão. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 33, e33053.
- Marques, C. F. (2020). Dispositivo de Catequização: A emergência de uma nova política de gestão. 134f. (Tese Doutorado em Psicologia), Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, Campo Grande, MS.
- Mbembe, A. (2020). Necropolítica. Melusina.
- Melo, L. P. (2020). Aids, tempo e suas renitências: socialidades, emoções e políticas em uma rede social on-line. *Cadernos de Campo*, 29(2), 1-23.
<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v29i2pe179821>.
- Mello, R. N. (2018). Tente entender o que tento dizer: poesia + HIV/AIDS. Rio de Janeiro (RJ): Bazar do Tempo.
- Mello, L.; Gonçalves, E. (2012). Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. *Revista Cronos*, [S. l.], v. 11, n. 2,. Disponível em:
<https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/2157>. Acesso em: 26 mai. 2023.
- Merhy, E. E. (2013). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy [orgs] Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. 1ª ed. - São Paulo: Hucitec. pp. 68–94.

- Merhy, E. E. (2013). O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy [orgs]. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. 1. Ed. – São Paulo: Hucitec. pp. 172–182.
- McClintock, Anne. (2020). Couro Imperial: raça, gênero e sexualidade no embate colonial. Campinas: Editora da Unicamp, p. 15-39.
- Miskolci, R., Signorelli, M. C., Oliveira, C., D., Teixeira, F. D. B., Polidoro, M., Moretti-Pires, R. O., ... & Pereira, P. P. G. (2022). Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 3815-3824.
- Mombaça, J. (2016). Rastros de uma submetodologia indisciplinada. *Revista Concinnitas*, v. 1, n. 28, p. 334-354. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/concinnitas/article/viewFile/25925/18566> acesso em 04 de nov. 2023.
- Nolasco, G. L. P.; Aquino, G. L.; Bernardes, A. G. (2021). Enredamentos decoloniais: Articulações entre as políticas de saúde e assistência social no campo do HIV. In: Lilian Rodrigues da Cruz (UFRGS); Betina Hillesheim (UNISC); Letícia Maísa Eichherr (UFRGS). (Org.). Interrogações às políticas públicas: sobre travessias e tessituras do pesquisar. XXed.FLORIANOPÓLIS - SC: ABRAPSO, v. xx, p. 195-210.
- Nolasco, G. L. P.; Bernardes, A. G. (2023). Uma carta de amor como ato de resistência. In: Rebeca dos Santos Moreira., Ana Cláudia Arguelho Loureiro., Cristiane Scholl do Amaral., Júlia Arruda F. Palmiere., Lígia Burton Ferreira e Karô Castanha.. (Org.). MEMORIAL PARA TEAR LUTOS - Clínica, Arte e Política. 1ed.Campo Grande - MS: Hamor Livraria, v. 1, p. 115-128.
- Nolasco, G. L. P.; Souza, C. C.; Bernardes, A. G. (2022). Usos e abusos de uma vida trans a

- partir do movimento transvacinados. In: Anita Guazzelli Bernardes; Camilla Fernandes Marques; Neuza Maria de Fátima Guareshi; Gloria Baiorrotegui; Jorge Castilho Sepúlveda; Josemar de Campo Maciel. (Org.). *Enfrentamentos de violências: algumas estratégias de conhecimento, de corpos, territórios e hospitalidades*. 1ed. Florianópolis, SC: ABRAPSO Editora, v. 01, p. 38-49.
- Oliveira, D. C. de., Nolasco, G. L. P. (2023). A desinformação, o estigma e a discriminação como barreiras para prevenção e tratamento de pessoas LGBTI+. In: Richard Parker., Veriano Terto Júnior., Angelica Basthi.. (Org.). *BOLETIM ABIA AGOSTO 2023*. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids – ABIA. Rio de Janeiro. p.20-26.
- Oliveira, D. C. de., Polidoro, M., Signorelli, M.C., Moretti-Pires, R.O., Parker, Richard., & Terto Jr., Veriano. (2022). A inclusão urgente e definitiva de dados de identidade de gênero e orientação sexual nos sistemas de informação de saúde brasileiros: o que podemos aprender com o surto de varíola símia?. Em *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4645>
- Oliveira, T. D. L., Damasceno, É. D. B., & Melo, L. P. D. (2021). Viver com HIV/Aids em contextos descentrados: articulações e modos de pensar (em torno de) subjetividades políticas. *cadernos pagu*.
- Oliveira, T. G. (2005). Aids e discriminação: violação dos direitos humanos. *Jus Navigandi* (Online), v. 1, p. n.º 762.
- Paiva, V., Ayres, J. R. de C. M. (2023). Direitos humanos, vulnerabilidade e reflexão crítica sobre prevenção do HIV/aids em contexto de sindemia. *Cad. Saúde Pública* 2023; 39 Sup 1:e00186423. Acesso em 05 dez. 2023.
- Paim, J. (2020). *O que é o SUS* (8ª ed.). Editora Fiocruz.
- Parker, R. (2000). *Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política*. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids – ABIA. Editora 34.

- Parker, R. (2021). Covid-19 e a produção da ignorância. RADIS - Comunicação em Saúde. Disponível em: <<https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/opiniao/pos-tudo/covid-19-e-a-producao-da-ignorancia>> Acesso em: 10 set. 2022.
- Parker, R. (1997). Reflexões sobre a sexualidade na sociedade latino-americana: implicações para intervenções em face do HIV/AIDS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 7, 99-108.
- Parker, R. (2013). Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial. In: MONTEIRO, S., and VILLELA, W. comps. *Estigma e saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013, pp. 25–46. ISBN: 978-85-7541-534-4. <https://doi.org/10.7476/9788575415344.0003>.
- Parker, R. (2021). COVID-19 e HIV/Aids: paralelos e lições. In: *Dossiê HIV/Aids e Covid-19 no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Parker, R. & Aggleton, P. (2021). *Estigma, Discriminação e AIDS*. 2ª ed. Rio de Janeiro: ABIA. 108p.
- Passos, E. (Org.); Kastrup, V. (Org.) ; TEDESCO, Silvia (Org.). (2014). *Pistas do Método da Cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum - vol.2*. 1. ed. Porto Alegre: Sulina, 2014. v. 1. 310p.
- Passos, E. & Benevides, R. (2009). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 17–31). Sulina.
- Pelucio, L. (2009). Ativismo Soropositivo: A Politização da Aids. *Ilha. Revista de Antropologia (Florianópolis)*, v. 9, pp. 119-140.
- Pelucio, L.; Miskolci, R. (2009). A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, n. 1, p.125-157.
- Perlongher, N. (2008). *O negócio do michê*. 2ªed. São Paulo, Editora Fundação Perseu

Abramo.

Perlongher, N. (1987). O que é AIDS. In O que é Aids.

Polidoro, M., de Olivera, DC, & Nogueira, PRR Aspectos Espaciais e Epidemiológicos da Monkeypox (MPX) no Rio Grande do Sul. 2023.

Puccinelli, B., Fernandes, F., Fontes, R. (2022). Corpo, memória e aids: diálogos em espiral. In: Aids sem capa: reflexões virais sobre um mundo pós-pandemia. 1ª ed. – Salvador, BA: Devires. pp. 11–20.

Preciado, P. B. (2022). Eu sou o monstro que vos fala (Trad. Carla Rodrigues). Zahar.

Preciado, P. B. (2020). Um apartamento em Urano: crônicas da travessia. Editora Schwarcz-Companhia das Letras.

Preciado, P. (2020). Apreendendo com o vírus. Associação dos geógrafos brasileiros (AGB-Campinas). Recuperado de <http://agbcampinas.com.br/site/2020/paul-b-preciado-aprendendo-com-o-virus/>.

Quinalha, R. H. (2022). Movimento LGBTI+: Uma breve história do século XIX aos nossos dias. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica. v. 1. 192p.

Rachid, M. (2020). Sentença de vida: histórias e lembranças: a jornada de uma médica contra o vírus que mudou o mundo. Rio de Janeiro: Máquina de Livros.

Rayara, M./Oliveira, M. R. G. (2023). A cobaia agora é você! Cisgeneridade branca, como conceito e categoria de análise, nos estudos produzidos por travestis e mulheres transexuais. Caderno Espaço Feminino, 36(1), 157–178.
<https://doi.org/10.14393/CEF-v36n1-2023-9>.

Rubin, G. (2017). Políticas do sexo. 1ª ed. Ubu Editora.

Sales, T. A. (2021). Os ventos do norte também podem mover moinhos? ? Como sobreviver a uma praga? e respostas à epidemia de HIV/AIDS. BAGOAS: REVISTA DE ESTUDOS GAYS, v. 14, p. 244-281.

- Sales, T. A. (2022). A aids como dispositivo: linhas, te (n) sões e educações entre vida, morte, saúde e doença. *Pro-Posições*, 33.
- Serruya, R. (2022). Arte e HIV: a recusa do silêncio como antídoto para o estigma. In: Bruno Puccinelli., Fábio Fernandes., Ramon Fontes (ORGs.). *Aids sem capa: reflexões virais sobre um mundo pós pandemia*. 1ª ed. – Salvador, BA: Devires, p.357-364.
- Sierra, J. C., & Meyer, D. E. (2020). Entre capturas biopolíticas e estratégias de resistência LGBT: um ensaio sobre a lógica fármaco-moralizante na profilaxia pré-exposição–PrEP. *Revista Interinstitucional Artes de Educar*, 6(3), 1018-1037.
- Simões, J., & Facchini, R. (2009). *Do movimento homossexual ao LGBT*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.
- Soares, L. V., & Machado, P. S. (2017). "Escrevivências" como ferramenta metodológica na produção de conhecimento em Psicologia Social. *Revista Psicologia Política*, 17(39), 203-219. Recuperado em 24 de julho de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2017000200002&lng=pt&tlng=pt.
- Sousa, A. N. (2018). Posfácio - Poesias positivas na era pós-coquetel. In: Mello, R. N. [orgs] *Tente entender o que tento dizer: poesia + HIV/AIDS*. Rio de Janeiro (RJ): Bazar do Tempo, 2018. pp. 217–218.
- Teixeira, F. D. B., Paulino, D. B., Raimondi, G. A., Crovato, C. A. D. S., & Prado, M. A. M. (2018). Entre o segredo e as possibilidades do cuidado:(re) pensando os silêncios em torno das narrativas das travestis sobre HIV/AIDS. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 373-388.
- United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2015). *90-90-90: uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de Aids*. 2015. Disponível em: <<http://unaids.org.br/wp>

- content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2023.
- United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2023). O caminho que põe fim à aids. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2023/07/JC3082_GAU2023-ExecSumm_v2_embargoed_PT_VF_Revisada-EA.pdf. Acesso em: 04 dez. 2023.
- Vergès, Françoise. Uma teoria feminista da violência – por uma política antirracista da proteção. São Paulo: Ubu Editora, 2021. 160 pp.
- Villela, W. V., & Barbosa, R. M. (2015). Prevenção da transmissão heterossexual do HIV entre mulheres: é possível pensar estratégias sem considerar suas demandas reprodutivas?. *Revista brasileira de epidemiologia*, 18, 131-142.
- York, SW, Oliveira, MRG, & Benevides, B. (2020). Manifestações textuais (insubmissas) travesti. *Revista Estudos Feministas*, 28 .
- Zambenedetti, G. (2020). A Atualidade e a Multitemporalidade dos Processos de Estigmatização da AIDS. In: Vanessa Leite; Veriano Terto Jr; Richard Parker. (Org.). Dimensões sociais e políticas da prevenção. 0ed.Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids - ABIA, v. 1, p. 125-130.
- Zilli, B. (2018). A perversão domesticada: BDSM e consentimento sexual. 1. ed. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens, 128p.
- Weinmann, A. de. O. (2006). Dispositivo: um solo para subjetivação. *Psicologia & Sociedade*; 18 (3): 16-22; set/dez.