

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LETRAS



GABRIEL LIMA MOTA

**DISPOSITIVO DA PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV: DO CORPO PERVERSO
AO CORPO COMBINADO**

MANAUS

2026

GABRIEL LIMA MOTA

DISPOSITIVO DA PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV: DO CORPO PERVERSO AO
CORPO COMBINADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Letras da Faculdade de Letras da Universidade Federal do Amazonas, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Letras, na área de concentração de Teoria e Análise Linguística, sob orientação do Prof. Dr. Leonard Christy S. Costa.

MANAUS

2026

Ficha Catalográfica

Elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

M917d Mota, Gabriel Lima
Dispositivo da prevenção combinada do hiv: do corpo perverso ao corpo
combinado / Gabriel Lima Mota. - 2026.
99 f. : il., color. ; 31 cm.

Orientador(a): Leonard Christy Souza Costa.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Amazonas, Programa
de Pós-Graduação em Letras, Manaus, 2026.

1. Hiv-aids. 2. Prevenção Combinada. 3. Análise do Discurso. 4.
Biopolítica. 5. Dispositivo. I. Costa, Leonard Christy Souza. II.
Universidade Federal do Amazonas. Programa de Pós-Graduação em
Letras. III. Título

GABRIEL LIMA MOTA

DISPOSITIVO DA PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV: DO CORPO PERVERSO AO
CORPO COMBINADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Letras da Faculdade de Letras da Universidade Federal do Amazonas, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Letras, na área de concentração de Teoria e Análise Linguística, sob orientação do Prof. Dr. Leonard Christy S. Costa.

Aprovado em 12 de fevereiro de 2026

BANCA EXAMINADORA:

Documento assinado digitalmente
 **LEONARD CHRISTY SOUZA COSTA**
Data: 05/03/2026 14:39:43-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Leonard Christy Souza Costa – Presidente/Orientador
(PPGL/UFAM)

Documento assinado digitalmente
 **EDERSON LUIS DA SILVEIRA**
Data: 05/03/2026 17:26:28-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Éderison Luís da Silveira – Membro (UFFS)

Documento assinado digitalmente
 **ATILIO BUTTURI JUNIOR**
Data: 05/03/2026 17:43:31-0300
CPF: ***.896.399-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof. Dr. Atilio Butturi Junior – Membro (UFSC)

Para minha mãe, Nete Lima, mestre em ser mãe. E para minha Dasha, o amor de quatro patas que por 15 anos alegrou nossas vidas.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, minha base absoluta. À minha família, pelo apoio constante. Ao Júnior, meu companheiro de vida.

Ao amigo Alécio Marely: obrigado pelo empurrão decisivo para explorar meu potencial como pesquisador no campo discursivo.

Àqueles que me abriram as portas da atuação profissional e confiaram no meu fazer: Ao Dr. Marcus Lacerda, por ter me dado a chance de entrar no mundo do hiv-aids e oportunizado o trabalho na Fundação de Medicina Tropical. À Dra. Maria Paula, por acreditar e confiar no meu trabalho enquanto educador comunitário, valorizando minha voz e minha prática.

Aos meus parceiros de caminhada e de luta, Joyce Gomes, Maya Alvarenga e Emanuel Medeiros. Juntos, descobrimos e pesquisamos "nas pontas" a realidade crua da prevenção combinada. Obrigado pela partilha diária na educação de pares.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Leonard Costa, por ter acolhido este projeto e por compreender as metamorfoses do meu pensamento e por guiar as constantes alterações desta pesquisa.

Aos mestres que cruzaram meu caminho e moldaram meu olhar: À Prof.^a Marta Monteiro, pelo "sacode" necessário que me fez priorizar a escrita e por me reencontrar na pós-graduação para reconduzir meus caminhos. Ao Prof. Dr. Éderson da Silveira, cuja orientação profunda após a qualificação me resgatou de um limbo de questionamentos. Ao Prof. Dr. Eduardo Martins, pelas precisas orientações metodológicas. À Prof.^a Dr.^a Flávia Martins, que me ensinou a fazer pesquisa com método de forma descomplicada. À Prof.^a Dr.^a Ligiane Pessoas, pela gentileza e dinamismo em sala de aula.

Um agradecimento especial ao Prof. Dr. Atilio Butturi Junior, que foi um mestre através da sua extensa produção acadêmica sobre hiv - aids no campo discursivo.

Agradeço ao Programa Qualifica, da Secretaria Municipal de Educação de Manaus, pela liberação que me permitiu dedicar tempo à pesquisa.

Por fim, agradeço à Universidade Federal do Amazonas (UFAM), por resistir e existir, permitindo que possamos fazer ciência, crítica e pensamento no coração da floresta.

A progressive response to the HIV epidemic must engage inequities on three levels: within the logics and administration of science and research agendas, within and between politically and socially constituted communities, and in the symbolic meanings and the lived experiences of the HIV epidemic.

(Cindy Patton)

RESUMO

Esta pesquisa teve como objeto de estudo discursivo a prevenção combinada do hiv no Brasil. Levantei a hipótese do que chamei de dispositivo da prevenção combinada do hiv, investigando como seus enunciados reconfiguram o governo da vida e atualizam os sujeitos, transitando entre os chamados corpos perversos e crônicos para chegar na figura do corpo combinado. A investigação adota uma perspectiva arqueogenealógica fundamentada em Michel Foucault. Inquiri os documentos na ordem de documentos-monumentos, divididos em um segmento histórico-documental (textos históricos e marcos governamentais) e um segmento midiático (campanhas publicitárias veiculadas entre 1988 e 2015). A partir de excertos extraídos desses documentos-monumentos, descrevi as regularidades discursivas, os deslocamentos e as condições históricas de emergência da prevenção combinada e problematizei as relações de poder e fabricação de sujeitos em cada período da epidemia de aids no Brasil. Além da arqueogenealogia foucaultiana, mobilizei conceitos como analítica de poder, dispositivo, biopolítica, regimes de verdade e governamentalidade. O estudo dialoga de perto com pessoas autoras como Néstor Perlongher e o dispositivo da aids, Atilio Butturini Junior e Camila Lara e o dispositivo crônico da aids, Paul Preciado e sua leitura da biopolítica farmacopornográfica e Richard Parker com a descrição das respostas sociais e o avanço da epidemia no país. A análise demonstrou como as estratégias de governo se transformaram ao longo dos anos que a epidemia afeta o território brasileiro. O dispositivo da aids inicial operava pela normalização do medo e da periculosidade, fabricando a ideia do corpo perverso e focado nos grupos de risco. Com o tempo e o avanço das terapias antirretrovirais (TARV), esse mecanismo atualizou-se para um dispositivo crônico, deslocando o foco do medo da morte para a gestão biomédica da vida. Essa cronicidade pavimentou o surgimento do que chamei de dispositivo da prevenção combinada, pautado pela acentuada biomedicalização do tratamento através de tecnologias como a PrEP, a PEP e o Tratamento como Prevenção (TcP). Conclui que o dispositivo da prevenção combinada funciona como uma biopolítica farmacopornográfica que instaura um novo modo de governar a vida. Nesse dispositivo é fabricado o corpo combinado: um sujeito que não é regido primariamente pela interdição, mas que é convocado, sob uma racionalidade neoliberal, a tornar-se gerente de si mesmo. A saúde converte-se em um comando moral de autovigilância e consumo. Diante disso, defendo a importância de desnaturalizar a biomedicalização contemporânea, subvertendo a norma para que o corpo combinado deixe de ser uma máquina biológica individualista e passe a articular, através de uma educação libertadora, uma aliança de resistência comunitária e política.

Palavras-chave: Hiv-aids. Prevenção Combinada. Análise do Discurso. Biopolítica. Dispositivo.

ABSTRACT

This research had as its object of discursive study the combined prevention of hiv in Brazil. I hypothesized what I called the hiv combined prevention apparatus, investigating how its statements reconfigure the government of life and update subjects, transitioning between the so-called perverse and chronic bodies to arrive at the figure of the combined body. The investigation adopts an archeo-genealogical perspective based on Michel Foucault. I inquired into the documents in the order of documents-monuments, divided into a historical-documentary segment (historical texts and governmental milestones) and a media segment (advertising campaigns broadcast between 1988 and 2015). From excerpts extracted from these documents-monuments, I described the discursive regularities, the displacements, and the historical conditions of emergence of combined prevention, and I problematized the power relations and the fabrication of subjects in each period of the aids epidemic in Brazil. In addition to Foucaultian archeo-genealogy, I mobilized concepts such as analytics of power, apparatus, biopolitics, regimes of truth, and governmentality. The study dialogues closely with authors such as Néstor Perlongher and the aids apparatus, Atilio Butturri Junior and Camila Lara and the chronic aids apparatus, Paul Preciado and his reading of pharmacopornographic biopolitics, and Richard Parker with the description of social responses and the advancement of the epidemic in the country. The analysis demonstrated how government strategies have transformed over the years that the epidemic has affected the Brazilian territory. The initial aids apparatus operated through the normalization of fear and dangerousness, fabricating the idea of the perverse body focused on risk groups. Over time and with the advancement of antiretroviral therapies (ARTs), this mechanism was updated to a chronic apparatus, shifting the focus from the fear of death to the biomedical management of life. This chronicity paved the way for the emergence of what I called the combined prevention apparatus, guided by the accentuated biomedicalization of treatment through technologies such as PrEP, PEP, and Treatment as Prevention (TasP). I conclude that the combined prevention apparatus functions as a pharmacopornographic biopolitics that establishes a new way of governing life. In this apparatus, the combined body is fabricated: a subject who is not primarily governed by interdiction, but who is summoned, under a neoliberal rationality, to become the manager of themselves. Health is converted into a moral command of self-surveillance and consumption. In light of this, I defend the importance of denaturalizing contemporary biomedicalization, subverting the norm so that the combined body ceases to be an individualistic biological machine and begins to articulate, through a liberating education, an alliance of community and political resistance.

Keywords: Hiv-aids. Combined Prevention. Discourse Analysis. Biopolitics. Apparatus.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

Imagem 1 – Mandala da Prevenção Combinada

Imagem 2 – Quem vê cara, não vê AIDS (1988)

Imagem 3 – Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar (1991)

Imagem 4 – Zoom no texto principal da imagem 3

Imagem 5 – Faça o teste de AIDS (2013)

Imagem 6 – 30 anos de luta contra a aids (2015)

Imagem 7 – Cubo de Rubik

Imagem 8 – Mandala da Prevenção Combinada

Quadro 1 – Postulados do Poder e deslocamentos foucaultianos

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD – Análise do Discurso

AIDS – *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention* (Centro de Controle de Doenças e Prevenção)

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

FMT/HVD – Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado

HIV – *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

LGBTIA+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexo, Assexuais e outras identidades

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PCDT – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

PEP – Profilaxia Pós-Exposição

PrEP – Profilaxia Pré-Exposição

PVHIV – Pessoa(s) Vivendo com HIV

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Terapia Antirretroviral

UNAIDS – *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1: A CAIXA DE FERRAMENTAS COTIDIANAS	25
1.1 O que posso saber? A ferramenta arqueológica	26
1.2 Poder que produz verdade - a genealogia foucaultiana	29
1.3 Uma lente de biopoder para a análise	32
1.4 Governamentalidade: a conduta das condutas e a gestão dos riscos	40
1.5 Genealogias do dispositivo da aids: entre o medo e a vida crônica	41
CAPÍTULO 2: PERCURSO ARQUEOGENEALÓGICO	47
CAPÍTULO 3: O CORPO PERVERSO E O CORPO CRÔNICO	53
3.1 O corpo perverso: o grupo de risco e a interdição moral	53
3.2 Corpo crônico: da sentença de morte à governamentalidade farmacêutica	65
CAPÍTULO 4: O DISPOSITIVO DA PREVENÇÃO COMBINADA	81
4.1 Prevenção Combinada: das lições esquecidas à hegemonia biomédica	82
4.2 As bases conceituais do Brasil para o dispositivo da prevenção combinada	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	95

INTRODUÇÃO

Esta dissertação é motivada por uma inquietação pessoal, relacionada aos meus caminhos enquanto sujeito situado no interior do dispositivo crônico da aids¹, tanto pelas vivências que me atravessam quanto pelo trabalho que desenvolvo como educador. Para começar, reivindico a escrita dos termos hiv e aids com letras minúsculas e separados, como forma de fazer uma referência à epidemia em seus aspectos social, cultural e político, e também como uma forma de educação contínua para que as pessoas entendam o que é vírus (hiv) e o nome da doença causada por esse vírus (aids). Autores como Herbert Daniel (1989), Butturi Junior (2016) e Butturi Junior e Lara (2018), que são parte do referencial teórico desta pesquisa, também fazem tal distinção, como forma de apresentar vírus e doença para além das questões biomédicas e epidemiológicas, principalmente como uma epidemia de significações que molda respostas positivas e negativas (Treichler, 1987; Parker, 2024).

Reivindicação feita. Situo algumas experiências que serviram de fio condutor para chegar até esta pesquisa.

Cresci em Manaus, durante os anos de 1990 e início dos anos 2000, como um jovem gay, acompanhando um certo movimento LGBTIA+² que tinha em seu campo de atuação eventos como a “parada gay” e a realização de ações de prevenção ao hiv e aids focadas amplamente na distribuição de preservativos. “Use camisinha”, “coquetel”, “soropositivo”, eis algumas palavras que acompanhavam tais ações e o imaginário da aids que chegava até mim naquela época. Na vida adulta, em 2017, e já politicamente ativo na luta pelos direitos humanos da população LGBTIA+, observo que o que antes chamavam “parada gay” tornou-se “Parada do Orgulho LGBT” e o insistente mote do “Use camisinha” passou a dividir espaço com termos como PEP e PrEP, que serão explicados nos próximos parágrafos. “Soropositivo” passou a ser um termo ultrapassado e algumas pessoas ativistas do movimento hiv-aids passaram a reivindicar o termo “Pessoa Vivendo com HIV” (PVHIV). “Coquetel” passou a ser chamado de terapia antirretroviral (TARV) pelo pessoal da saúde.

¹ O termo *dispositivo crônico da aids* será explicado no capítulo 1.

² Adoto, neste trabalho, a sigla LGBTIA+ por critério de padronização terminológica com documentos oficiais federais no campo da saúde, como a Portaria GM/MS nº 8.245, de 25 de setembro de 2025, que institui o Comitê Técnico Nacional de Saúde LGBTIA+. Reconheço a legitimidade de outras siglas e formas de autoidentificação (p. ex., LGBTI+, LGBTQIA+), bem como a heterogeneidade das experiências que elas nomeiam. Assim, esta escolha é metodológica, voltada à coerência do texto, e não implica hierarquização, exclusão ou fixação de identidades.

Foi também em 2017 que uma juventude diversa, da qual fiz parte, passou a reivindicar para nossa população (a população LGBTIA+), avanços no campo da educação, da empregabilidade e dos espaços de acolhimento. Nasceu, dessa movimentação, o coletivo Manifesta LGBT+, que posteriormente se tornou Associação Manifesta LGBT+ e que em agosto de 2018 fundou a Casa Miga, o primeiro abrigo LGBTIA+ da região norte do Brasil.

Desde 2008, a Casa Miga contabiliza mais de 500 acolhimentos e, atualmente, com apoio de parcerias com empresas privadas e colaboradores pontuais, amplia sua atuação para além do abrigo, oferecendo cursos de capacitação, atendimento psicossocial e ações de enfrentamento à insegurança alimentar, com vistas ao fortalecimento da autonomia e das condições de vida das pessoas atendidas (Casa Miga, 2018).

Participar ativamente nessa movimentação me trouxe visibilidade e um convite para atuar na Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT/HVD), que existe desde 1970 e atende desde o tratamento de malária à prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). A FMT/HVD é um centro de excelência em infectologia e oferece cuidados às PVHIV com oferta de serviços especializados, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Unidade de Pesquisa Clínica (UPC), pronto atendimento e internação.

O trabalho era fazer "educação de pares" no estudo ImPrEP (Projeto de Implementação da PrEP), que é uma iniciativa internacional de saúde pública, financiada pela agência global Unitaaid e coordenada no Brasil pela Fiocruz, em parceria com os Ministérios da Saúde do Brasil, Peru e México, cujo termo PrEP refere-se à Profilaxia Pré-Exposição, um método de prevenção que envolve o uso diário de medicamentos antirretrovirais por pessoas não infectadas para reduzir o risco de contrair o hiv (Torres et. al, 2019). A educação de pares, por sua vez, é um processo de ensino-aprendizagem em que integrantes de um mesmo grupo social atuam como facilitadores e multiplicadores de ações educativas com e para seus pares, mobilizando uma linguagem “de igual para igual” e refletindo a realidade do próprio grupo (Padrão *et al*, 2021).

A partir de 2018, junto com Joyce Gomes — ativista da Associação Amazonense de Travestis, Transexuais e Transgêneros do Amazonas (ASSOTRAM) — passamos a realizar atividades de educação de pares através de abordagens em pontos de prostituição, locais de sociabilidade LGBTIA+, aplicativos de relacionamento como *Grindr* e *Tinder* e rodas de conversas com coletivos sociais. Além do estudo ImPrEP, mobilizamos voluntários para estudos de vacina anti-hiv, criamos material educativo sobre prevenção do hiv, adentramos as universidades, indústrias, escolas, associações comunitárias e introduzimos nesses espaços a

ideia da prevenção combinada do hiv, que “envolve o uso ‘combinado’ de métodos preventivos, de acordo com as possibilidades e escolhas de cada indivíduo, sem excluir ou sobrepor um método a outro” (Brasil, 2025, p. 14). E que é o objeto desta pesquisa.

Com o tempo percebemos que mesmo com tantas tecnologias biomédicas à disposição da população, as infecções continuavam ocorrendo e a circulação de informações governamentais parecia limitada. Essa percepção encontra fundamento em uma leitura do Boletim Epidemiológico HIV e Aids do Ministério da Saúde, instrumento técnico do governo brasileiro que anualmente apresenta os dados da epidemia no país. No Boletim Epidemiológico de HIV e Aids (2024) referente aos dados de 2023, o estado do Amazonas apresentou taxa de detecção de HIV de 32,5 casos por 100 mil habitantes, a segunda mais elevada do país, enquanto Manaus registrou 48,3 casos por 100 mil habitantes, configurando-se entre as capitais com maior incidência nacional.

Assim, surgem os questionamentos: A informação está chegando nas pessoas? Por que, apesar das “novas tecnologias”, seguem ocorrendo adoecimentos e mortes vinculados a uma doença que, desde 1996, se apresenta como crônica? Será que, além de crônica, trata-se ainda de um dispositivo mortal?

Para lidar com tais questionamentos, optei pelo campo dos estudos discursivos para esta pesquisa, fundamentado na arqueologia e na genealogia de Michel Foucault, por isso, arqueogenealógica. Trata-se de uma Análise do Discurso (AD) de um francês, não necessariamente de linha francesa, pois Foucault, em seus constantes movimentos teóricos-metodológicos, mostrou-se mais interessado em descrever os discursos em suas próprias instâncias de acontecimento, verificando as condições de possibilidade de emergência dos discursos, como explica em *Arqueologia do Saber* (2022).

A prevenção combinada do hiv será meu objeto de estudo discursivo, no intuito de descrever os enunciados e as regras de formação que tornaram possível sua emergência, examinando como essa forma de saber se articula à relações de força que operam em escala micropolítica e como produz efeitos de verdade que incidem sobre corpos, condutas e modos de subjetivação.

Ao assumir uma “perspectiva foucaultiana”, tomo a arqueogenealogia como um “método”, na ordem de uma “interrogação e um conjunto de estratégias analíticas de descrição” (Larrosa, 1994, p. 36), sem partir de conceitos estáveis e seguros, “já que acreditar que eles tenham tais propriedades é acreditar que a própria linguagem é estável e segura” sendo assim “muito mais interessante e produtivo perguntarmos e examinarmos como as coisas funcionam e acontecem” (Veiga-Neto, 2017, p. 19).

Assim, busco nestas ferramentas e em convergências com outras pessoas autoras, descrever essas regras históricas de estabelecimentos dos saberes, bem como o tensionamento destes saberes com as relações de poder. Como indica Veiga-Neto (2017), a perspectiva foucaultiana aproxima e distancia, contrasta com outros pensamentos e outras perspectivas.

Deixo a profundidade teórica para a seção seguinte e procedo para a contextualização do tema proposto.

De acordo com Teodorescu e Teixeira (2025), o Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos da América, com sede em Atlanta, Geórgia, reportou os primeiros casos de imunodeficiência em homens homossexuais em 5 de junho de 1981. Nesse comunicado, o prenúncio do que viria a ser a Aids - *Acquired Immunodeficiency Syndrome*³: “Todas as observações sugerem a possibilidade de uma disfunção da imunidade celular ligada a uma exposição a um fator comum que predispõe os indivíduos a infecções oportunistas, tais como a pneumocistose e a candidíase” (CDC, 1981).

Entre os principais grupos atingidos pela nova doença, Teodorescu e Teixeira (2025, p. 31) destacam o chamado grupo “dos quatro Hs” – *heroinômanos*⁴, *homossexuais*, *haitianos* e *hemofílicos* –, cuja caracterização, articulada à identificação dos primeiros quadros clínicos em 1982, contribui para a emergência e consolidação do termo *grupo de risco*. No ano seguinte, em 1983, o vírus responsável pela doença foi isolado. Porém, devido à controvérsias e batalhas jurídicas entre franceses e estadunidenses sobre a “paternidade da descoberta do vírus” (p. 33), apenas em 1986 a comunidade científica adota a sigla HIV - *Human Immunodeficiency Virus*, que em português será chamado homonimamente de HIV e com tradução de *vírus da imunodeficiência humana*.

No Brasil, o acontecimento da epidemia está associado ao contexto político que a antecede: o fim do regime de ditadura militar e o processo de redemocratização do país, o que causou uma “chegada” da aids no país em meio à degradação do sistema público de saúde e de outros serviços sociais, marcada por uma onda de moralismo, medo e estigmatização que associava a doença a práticas consideradas “imorais”, como a homossexualidade e a “promiscuidade heterossexual” (Parker, 2003; Teodorescu; Teixeira, 2025). As respostas iniciais tiveram como característica uma fragmentação e centralização em visões normativas da sexualidade, tratada como questão secundária e restrita ao campo médico, com a consequente negligência de suas dimensões sociais e culturais (Parker, 1995; 2003).

³ Em português: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA. Porém, o acrônimo SIDA será usado no português de Portugal. No Brasil, até os dias atuais usa-se o termo Aids.

⁴ Termo que se refere aos usuários de heroína injetável.

Parker (1995) aponta uma limitação teórica significativa nas ciências da saúde durante a epidemia de hiv-aids, decorrente da tradição do "modernismo sexual", que se restringia a catalogar e descrever práticas sexuais. Essa herança gerou uma pobreza conceitual na Saúde Pública, levando as pesquisas a focarem excessivamente nos determinantes individuais do comportamento, negligenciando as estruturas sociais, culturais, econômicas e políticas que fundamentalmente moldam a experiência sexual.

Uma reinterpretação desse modelo epidêmico (centrado em determinantes individuais do comportamento sexual e da mudança comportamental) acontece a partir do discurso na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas - ONU feito por Jonathan Mann, então diretor do Programa Global sobre AIDS da OMS, no ano de 1987, quando o hiv passa a ser compreendido em três níveis: infecção, doença e resposta social (Daniel; Parker, 2018).

Calazans, Parker e Terto Junior (2022) argumentam que é nesse momento que se consolida o reconhecimento da epidemia como um “evento social”, no qual diferentes discursos e práticas se articulam na produção de respostas e sentidos. As respostas das políticas públicas e da saúde pública passam a se concentrar, sobretudo, em ações educativas que enfatizavam o uso do preservativo como principal estratégia preventiva (Parker, 2003; Calazans; Parker; Terto Junior, 2022), porém essa prática acontece com certa inconsistência que decorre “de uma preocupante falta de informação precisa no que concerne aos fatos da transmissão do HIV e AIDS” (Daniel; Parker, 2018, p. 120).

No contexto brasileiro, algumas pessoas autoras como Parker (2003), Galvão (2000), Calazans, Parker e Terto Junior (2022) descrevem o avanço da doença no país, através da divisão em fases ou ondas da resposta social à epidemia, desviando de uma perspectiva estritamente epidemiológica ou do ponto de vista do discurso vírus-doença. Por se tratar de uma pesquisa mais recente que, de certa forma, envolve a perspectiva de todas as autoras citadas, recorro à pesquisa mais recente de Calazans *et al.* para botar em perspectiva as ondas da epidemia como resposta social no Brasil, pois, como ensina Parker (2024), a ideia de ondas é útil pois ilustra tanto a magnitude de forças que nos subjugam quanto a dificuldade de delimitar eventos sucessivos que, apesar de possuírem fronteiras imprecisas, marcam transições de consequências profundas. Calazans *et al.* (2022) descrevem:

→ Primeira onda (anos 1980): Inventando a epidemia

- Construção de respostas comunitárias baseadas na solidariedade, no cuidado e na invenção do "sexo seguro" diante da inação estatal inicial; criação das primeiras ONGs/Aids e início da institucionalização da resposta com programas governamentais e a fundação do Sistema Único de Saúde (SUS).

→ Segunda onda (anos 1990): Construindo um movimento global

- Consolidação do ativismo global com a criação Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS)⁵ e expansão massiva de ONGs financiadas pelo Estado; o Brasil torna-se pioneiro ao garantir acesso universal ao tratamento antirretroviral

→ Terceira onda (anos 2000): Aumento da escala da resposta global

- Compromisso internacional e flexibilização de patentes para ampliar o acesso a medicamentos; descentralização e integração das ações de prevenção e tratamento no Brasil, fortalecendo o "modelo brasileiro" dentro do SUS.

→ Quarta onda (anos 2010): Prometendo o fim da Aids

- Disseminação do discurso otimista do "fim da Aids" pelas agências internacionais, contrastando com a persistente desigualdade no acesso; ênfase em tecnologias biomédicas (como a PrEP) e fragmentação da resposta brasileira.

→ Quinta onda (anos 2020): A Aids depois do tsunami da Covid-19

- Perda de prioridade da Aids na agenda global e reconhecimento da inviabilidade da narrativa de "fim da epidemia" a curto prazo; agravamento do cenário do hiv impactado pela pandemia de Covid-19 e pelo negacionismo científico, apesar do reforço na biomedicina.

A leitura das respostas sociais da aids nestas ondas mostram um avanço complexo da doença, de uma reação inicial da sociedade civil à progressiva consolidação institucional e global. O que importa à esta pesquisa, entretanto, encontra-se entre a terceira e a quarta onda, que é a emergência da prevenção combinada do hiv como discurso biomédico de prevenção.

Em 2010, a UNAIDS lançou um documento que instituiu, pela primeira vez, um conceito que buscava integrar estratégias biomédicas, comportamentais e estruturais em diferentes níveis: a prevenção combinada, no documento chamado *Prevenção combinada do HIV: adaptando e coordenando estratégias biomédicas, comportamentais e estruturais para reduzir novas infecções por HIV*⁶ (UNAIDS, 2010). Seguindo as orientações da agência internacional, o Ministério da Saúde do Brasil publica, em 2017, o documento *Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde* (doravante Prevenção Combinada: bases conceituais), que define a prevenção

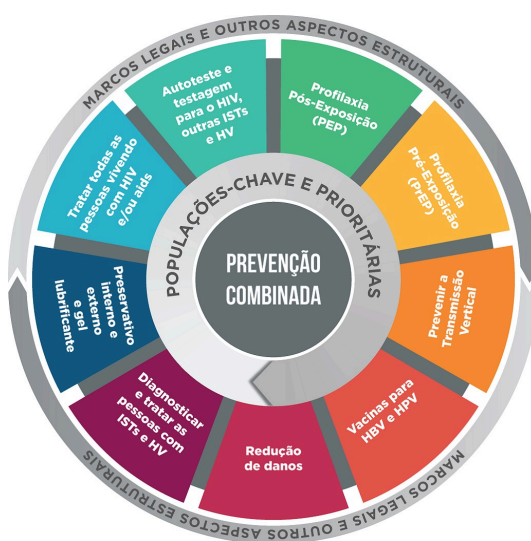
⁵ Uma estrutura multilateral criada em 1996 que reuniu mais de dez agências do sistema das Nações Unidas, a fim de coordenar esforços conjuntos e fortalecer a resposta mundial à Aids (Calazans, Parker e Terto Júnior, 2022).

⁶ Original: Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections (UNAIDS, 2010).

combinada do hiv como uma abordagem que integra intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, adaptadas às necessidades específicas de indivíduos e grupos, com o objetivo de responder de forma mais eficaz ao hiv e aids (Brasil, 2017).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré- Exposição Oral à Infecção pelo HIV - PCDT/PrEP (Brasil, 2025), indica que “a oferta das estratégias de prevenção combinada deve ser centrada nas pessoas⁷, levando em consideração seus contextos sociais” (Brasil, 2025, p. 15) e se utiliza da “Mandala da Prevenção Combinada” (**Imagem 1**) para ilustrar a estratégia:

Imagem 1: Mandala da Prevenção Combinada



Fonte: DATHI/SVSA/MS

Na prática, a prevenção combinada acontece quando o usuário opta por utilizar duas ou mais estratégias dispostas na mandala para se prevenir do hiv e das ISTs. Mais recentemente, entretanto, algumas pesquisas se desenrolaram em torno da ideia da prevenção combinada como uma “prevenção biomédica” (Parker; Pereira, 2025) na qual o foco em estratégias como a oferta de PrEP em ampla escala e da consolidação do uso de antirretrovirais (TARV), na lógica tanto do *Testar e Tratar* quanto do *Tratamento como Prevenção (TcP)*⁸, atendem à uma “coalização de financiadores, cientistas biomédicos, administradores da saúde pública e desenvolvimento de representantes da indústria

⁷ Serviços centrados na pessoa referem-se à organização do cuidado e dos serviços de saúde de modo integrado e responsivo às necessidades, prioridades e preferências de cada pessoa, com foco em apoio personalizado que fortaleça o protagonismo do(a) usuário(a) (empoderamento, escolha e autocuidado) e ajude a superar barreiras estruturais de acesso ao cuidado e à prevenção combinada do HIV. Consultar: www.iasociety.org

⁸ O Tratamento como Prevenção (TcP) indica que a terapia antirretroviral (TARV) eficaz impede a transmissão do HIV. No Brasil, essa lógica foi institucionalizada pelo PCDT de 2013, que determinou o início imediato da TARV após o diagnóstico. Ver Maksoud et al., 2015.

farmacêutica” e deixam de lado as “dimensões comunitárias e culturais que foram importantes no começo da pandemia de HIV/AIDS (Parker; Pereira, 2025).

Problema de pesquisa e objetivos

Diante desse cenário no qual a compreensão de prevenção contemporânea vem sendo esquadrihada na modalidade de uma *biomedicalização*, é mister interrogar os efeitos de verdade que essa modalidade de fazer prevenção produz.

Para responder a esse problema, apresento as seguintes perguntas:

1. De que modo os enunciados materializados nos documentos oficiais da Prevenção Combinada atualizam regimes de verdade sobre a epidemia?
2. Como a racionalidade da *Mandala de Prevenção* produz novos modos de subjetivação?

Essas perguntas pavimentam uma investigação arqueogenealógica, permitindo descrever e problematizar as condições históricas que tornaram possível a emergência, a circulação e as disputas em torno da prevenção combinada do hiv, em direção à um dispositivo que surge como resposta à uma urgência histórica.

Objetivos da pesquisa

Objetivo geral:

Analisar o funcionamento do dispositivo da prevenção combinada do hiv no Brasil, investigando como seus enunciados reconfiguram o governo da vida e atualizam os corpos perversos, crônicos e combinados.

Objetivos específicos:

- i) Descrever as regularidades discursivas dos enunciados sobre prevenção ao longo das ondas da epidemia de aids no Brasil;
- ii) Problematizar como a prevenção combinada do hiv convoca os indivíduos a tornarem-se gerentes de sua própria vida, constituindo o sujeito do "corpo combinado" através da biomedicalização e da gestão neoliberal da conduta.

No primeiro momento da pesquisa, fundamentado na proposição de um *dispositivo da aids* proposto por Nestor Perlongher em seu *O que é AIDS?* (1987), busquei descrever as condições históricas de emergência que transformaram a epidemia em uma ferramenta de gestão política dos corpos. A análise demonstra que o dispositivo da aids normalizou o medo

em suas campanhas de prevenção, inventando a categoria dos grupos de risco e fabricando novos “corpos perversos” Foucault (2023), sujeitos cuja sexualidade e conduta desviante foram capturadas pelo discurso médico-jurídico como a própria encarnação da ameaça sanitária.

No segundo momento, em diálogo com as contribuições de Atilio Buturi Junior (2016) e Atilio Buturi Junior e Camila Lara (2018), descrevo a atualização deste dispositivo para o que o autor denomina “dispositivo crônico da aids”. Nesta etapa, a investigação se volta para a compreensão de como a introdução das terapias antirretrovirais (TARV) reconfigurou as estratégias de governo, deslocando a ênfase do “medo da morte” para a “gestão da vida”. Busco demonstrar, portanto, como a “cronicidade” produziu discursos que permitiram a emergência de novas tecnologias de controle, pavimentando o caminho analítico para o surgimento da prevenção combinada do hiv, normalizando o Tratamento como Prevenção (TcP) e a biomedicalização da epidemia, com o advento de tecnologias como a PrEP e a PEP.;

Por fim, no terceiro momento, dedico-me à análise da atualidade através da hipótese de um dispositivo da prevenção combinada. Nesta etapa, examino a materialidade dos documentos oficiais, especificamente a *Mandala da Prevenção* e o documento Prevenção Combinada: bases conceituais (Brasil, 2017) para demonstrar como o governo da conduta se apresenta como uma biopolítica farmacológica (Preciado, 2018). É neste ponto que discuto a emergência do “corpo combinado”: um sujeito que não é mais governado apenas pela interdição ou pelo medo, mas que é convocado a tornar-se um gerente de si mesmo.

A justificativa para este percurso investigativo reside na urgência de desnaturalizar a Prevenção Combinada, retirando-a do lugar de uma simples evolução técnica ou progresso inevitável da ciência. Enquanto as pesquisas no campo da saúde pública tendem a focar na eficácia epidemiológica e na adesão aos fármacos, esta dissertação se justifica ao deslocar o olhar para os regimes de verdade e os efeitos de subjetivação que tais tecnologias produzem.

Em um cenário onde a resposta à epidemia se torna cada vez mais biomedicalizada, como alertam Parker e Pereira (2025), é mister compreender como os discursos oficiais não apenas distribuem medicamentos, mas instituem novas formas de governar a vida, transformando a gestão da saúde em um comando moral de autovigilância. Assim, este trabalho contribui para os estudos da linguagem e para o campo social ao expor as engrenagens discursivas que, silenciosamente, redefinem o que significa ter um corpo, ter saúde e exercer a cidadania sexual no Brasil contemporâneo.

Corpus

O *corpus* desta pesquisa segue os caminhos da arqueologia foucaultiana ao delimitar os materiais analisados como uma “população de acontecimentos no espaço do discurso em geral”, compreendendo um conjunto finito de enunciados que foram efetivamente formulados em seu contexto histórico. Esses materiais são abordados em sua materialidade documental, a partir de uma “crítica ao documento”, que lê tais documentos como “monumentos” que permitem descrever as regularidades e as relações internas de uma prática específica (Foucault, 2022). Assim, o recorte proposto busca isolar um campo de enunciados para observar como eles se organizam e se transformam, sem recorrer a interpretações sobre intenções ocultas dos autores.

Para dar conta de analisar os deslocamentos discursivos do “corpo perverso” para o “corpo combinado” (passando pelo corpo crônico), os documentos-monumentos foram divididos em dois segmentos: segmento histórico-documental, que organiza os conhecimentos consolidados sobre a história do hiv-aids e da prevenção em determinada época; e o segmento midiático, que traz à tona as práticas discursivas de determinada época sobre hiv-aids e campanhas de prevenção.

Em relação ao segmento histórico-documental, analisei as seguintes obras: *O que é AIDS?* (1987) de Néstor Perlongher, que cristaliza e visibiliza os enunciados de medo, estigma e periculosidade que circulavam na década de 1980 no Brasil, permitindo-nos acessar a racionalidade daquele momento, bem como pelo fato do autor ser pioneiro na alcunha do termo “dispositivo da aids” e fazer uma análise a partir da *scientia sexualis* foucaultianas, mostrando, assim, proximidade com o tema e fundamentação teórica da minha pesquisa; *Histórias da Aids: 1983 – 2003, volume 1 – As respostas governamentais à epidemia de AIDS* (2025), de Lindinalva Laurindo Teodorescu e Paulo Roberto Teixeira, que mobiliza e sistematiza a cronologia dos acontecimentos e mapeia as transformações biomédicas e sociais da epidemia, em especial entre os períodos do “corpo perverso” e do “corpo crônico” oferecendo o suporte factual necessário para compreender as condições de possibilidade que permitiram a emergência do dispositivo da aids em sua configuração inicial. *Vida antes da morte*, de Herbert Daniel (1989); e *A AIDS no Brasil*, de Jane Galvão (2000).

Além dessas duas obras, recorri a documentos que definem os marcos consensuais da prevenção combinada do hiv mundo e no Brasil: *Prevenção combinada do HIV: adaptando e coordenando estratégias biomédicas, comportamentais e estruturais para reduzir novas infecções por HIV* (UNAIDS, 2010), que funciona como a superfície de emergência do

conceito e é analisado como a matriz discursiva que apresenta a mudança de paradigma, deslocando o foco da prevenção comportamental isolada para uma gestão integrada de riscos biomédicos e estruturais; *Prevenção Combinada do HIV: bases conceituais* (Brasil, 2017), que traduz e sistematiza a racionalidade da prevenção combinada para o contexto brasileiro; Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na Atenção Básica (Brasil, 2017b), que apresenta o Cubo de Rubik como objeto que materializa a prevenção combinada em seus três eixos; e, por fim, para chegar até a Mandala da Prevenção Combinada, tomo a versão atual do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré- Exposição Oral à Infecção pelo HIV - PCDT/PrEP (Brasil, 2025).

No segmento midiático, selecionei quatro campanhas publicitárias, sendo duas que se referem aos anos iniciais da epidemia no Brasil (1988 e 1991) e que apresentam enunciados relacionados ao contexto de doença e prevenção descritos no corpus do segmento histórico-midiático (*Quem vê cara, não vê AIDS*, de 1988 e *Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar*, de 1991); e duas campanhas mais recentes (*Faça o teste de AIDS*, de 2013 e *30 anos de luta contra a aids*, de 2015) por apresentarem enunciados relacionados à cronicidade da doença e os deslocamentos discursivos analisados na pesquisa. A razão de escolher tais campanhas publicitárias se encontra no fato destas mostrarem o regime de visibilidade do dispositivo da aids no Brasil em contato com o estrato histórico nos quais estes foram veiculados para a sociedade brasileira.

Estes documentos-monumentos tem um recorte temporal de 1983 até 2017, períodos que esquadrinharam as descrições históricas do dispositivo da aids (Perlongher, 1987) e do dispositivo crônico da aids (Butturi Junior, 2016), mais precisamente do início da epidemia no Brasil até a estabilização da prevenção combinada do hiv como estratégia de governo para responder à epidemia.

Para a realização desta análise em perspectiva arqueogenealógica, mobilizei uma *caixa de ferramentas* (Foucault, 2024; Veiga-Neto, 2017) para capturar as nuances biopolíticas dos discursos sobre prevenção do hiv no Brasil. No nível arqueológico, utilizo as noções de enunciado e discurso para descrever as regras que ordenam a superfície dos documentos-monumentos, buscando a positividade do que pode e deve ser dito sobre a prevenção. No nível genealógico, aciono os conceitos de analítica de poder, regime de verdade, governamentalidade e dispositivo. Esse percurso é articulado pela noção de dispositivo compreendida como uma gestão estratégica que se desdobra historicamente desde o dispositivo da aids (Perlongher, 1987) até o dispositivo crônico da aids (Butturi Junior, 2016). Por fim, essa empresa teórico-metodológica permite compreender como o panoptismo

molecular, através de um farmacopoder e as tecnologias de governo incidem sobre os viventes (Preciado, 2018) produzindo novos processos de subjetivação que culminam na emergência do que designo como o “corpo combinado”.

Metodologicamente, foram selecionados excertos enunciativos extraídos dos documentos-monumentos que compõem o *corpus*, com atenção às definições, justificativas, critérios e instruções que estruturam a estratégia prevenção ao hiv dentro do recorte histórico proposto. A partir desses excertos, procedeu-se à descrição de regularidades e deslocamentos, à identificação de regimes de verdade e à problematização dos modos como se produzem sujeitos, riscos e formas de gestão da sexualidade no contexto da saúde pública brasileira.

Por se tratar de uma pesquisa documental, baseada exclusivamente em textos oficiais e materiais de acesso público disponibilizados em ambientes institucionais, este estudo não envolve intervenção clínica, coleta direta com participantes, identificação de indivíduos ou acesso a informações sigilosas. Assim, a investigação opera com fontes secundárias e, nesses termos, prescinde de submissão e apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), mantendo-se, contudo, o rigor ético no tratamento das fontes, a fidedignidade na citação e a integridade científica no manejo dos discursos.

Para operacionalizar este percurso investigativo, organizei a dissertação na seguinte estrutura: Introdução; Capítulo 1 - Referencial Teórico: A caixa de ferramentas foucaultiana; Capítulo 2 - Percurso Metodológico; Capítulo 3 e 4 - Análise; Considerações Finais; Referências.

Delimito, ao final desta introdução, o campo teórico, o objeto, o *corpus* e o percurso analítico que orientaram a pesquisa. O movimento realizado buscou deslocar o foco de uma leitura estritamente técnico-epidemiológica para a problematização da economia política da verdade que atravessa esses textos, isto é, dos modos pelos quais se produzem, legitimam e naturalizam determinadas verdades sobre o vírus, o risco e os sujeitos da prevenção.

1 A CAIXA DE FERRAMENTAS FOUCAULTIANA

Esta é uma pesquisa no campo dos estudos discursivos, filiando-se especificamente à perspectiva teórico-metodológica desenvolvida pelo filósofo Michel Foucault. A abordagem aqui adotada desloca o foco analítico para as práticas discursivas, que são as regras sócio-históricas implícitas que determinam os limites e as possibilidades do que pode ser dito em um contexto específico. Interessa-me o discurso não como um reflexo de estruturas ocultas ou como um véu ideológico a ser desmascarado, mas como uma prática positiva que forma sistematicamente os objetos de que fala (Foucault, 2022). Por isso, os documentos sobre a *prevenção combinada do hiv* (doravante Prevenção Combinada) não serão lidos em busca de sentidos escondidos, mas descritos em sua superfície, observando-se as regras históricas que permitiram sua emergência e os efeitos de verdade que produzem.

Nesse sentido, corroboro a leitura de Maria do Rosário Gregolin, de que fazer análise arqueogenealógica significa debruçar-se sobre os arquivos "a fim de enxergar a trama das relações entre saberes, poderes e processos de subjetivação pela lente crítica da história" (Navarro; Sargentini, 2022, p. 38). A opção por este método justifica-se pela natureza do objeto desta pesquisa: a Prevenção Combinada não é apenas um acontecimento do campo da saúde pública, mas também um acontecimento biopolítico que exige uma ferramenta capaz de transitar entre os enunciados (os textos que normatizam) e o corpo (o governo da conduta). Trata-se, portanto, de desvelar as dinâmicas de poder-saber que sustentam a transição do corpo perverso (Perlongher, 1987; Foucault, 2023) para o que chamo de corpo combinado, compreendendo-as como contingências históricas e não como evoluções naturais da ciência médica.

Inicialmente **(1.1)**, apresento os operadores da arqueologia, com foco na descrição dos enunciados e das regras de formação. Na sequência **(1.2)**, estabeleço as bases da genealogia, discutindo as relações de poder-saber e os regimes de verdade. O terceiro eixo **(1.3)** dedica-se à biopolítica e à governamentalidade, ferramentas essenciais para compreender a gestão através de do farmacopoder. Por fim **(1.4)**, articulo esses conceitos à historicidade da epidemia, discutindo o dispositivo da aids desde uma conduta em saúde pública que aterrorizava os corpos perversos até a sua configuração como dispositivo crônico, pavimentando o terreno para a análise da Prevenção Combinada e a hipótese desta como um dispositivo.

1.1 O que posso saber? A ferramenta arqueológica

Com a pergunta do título desta subseção referente ao *Foucault* (2005) de Deleuze, começo a fundamentação sobre a arqueologia como operador teórico-metodológico nesta pesquisa. O que posso saber, em cada época, sobre a prevenção do hiv?

Em *A Arqueologia do Saber* (2022), Foucault sistematiza um método de análise que busca descrever as “condições históricas de possibilidade” dos discursos. Diferente da história das ideias — que busca continuidades e origens —, a arqueologia interessa-se pelas rupturas, pelas discontinuidades e, sobretudo, pela descrição da dispersão dos acontecimentos. Como aponta Paul Veyne (2008), para Foucault os fatos humanos não derivam de uma razão trans-histórica, mas emergem de casualidades e lutas específicas. Fazer arqueologia é, portanto, descrever essa singularidade do acontecimento discursivo.

Para falar sobre acontecimento discursivo, retorno ao enunciado, conceito axial na arqueologia foucaultiana, que não se confunde com “frase, proposição ou ato de linguagem”, mas se define como uma “função de existência” (Foucault, 2022, p. 104 - 105), isto é, como a condição histórica que permite que certos conjuntos de signos existam efetivamente como discurso. O enunciado não se organiza segundo a hierarquia lógica das proposições nem pela sucessão linear das frases, mas por um arranjo específico que atravessa esses níveis. Como observa Deleuze (2005, p. 13 - 14), o enunciado instala-se numa “espécie de diagonal”, que “torna legível o que não podia ser apreendido de nenhum outro lugar, precisamente os enunciados”. Enquanto função de existência, ele funciona como mecanismo revelador de prática discursiva, permitindo apreender regularidades que não se deixam reduzir nem à linguagem, nem ao sujeito, nem ao referente, mas que constituem o próprio campo de possibilidade do dizível em uma formação histórica determinada.

Na leitura de Deleuze (2005), em torno de cada enunciado desenham-se três círculos ou espaços. O primeiro é o espaço colateral, constituído por outros enunciados que pertencem ao mesmo grupo ou família discursiva — formação discursiva — compondo a sua regularidade. O segundo é o espaço correlativo, que põe em relação o enunciado com as posições que ele distribui a sujeitos, objetos e conceitos, posições variáveis e diferencialmente ocupadas. O terceiro é o espaço extrínseco, correspondente às formações não discursivas – instituições, acontecimentos políticos, práticas e processos econômicos – com as quais o enunciado se articula e que configuram o seu horizonte de emergência.

Nesta pesquisa, tomo o enunciado como unidade de análise arqueológica, sendo identificado em excertos normativos, definicionais, prescritivos e justificativos dos

documentos-monumentos do *corpus*, a partir da descrição das condições de sua existência, de suas regularidades de formulação e das posições de sujeito, objeto e saber que ele torna possíveis em articulação com as formações discursivas e não discursivas que o sustentam.

Para Foucault (2022), uma formação discursiva é um sistema que organiza enunciados aparentemente dispersos por meio de uma regularidade estrutural, estabelecendo uma ordem e correlações específicas entre objetos, modalidades de enunciação, conceitos e escolhas temáticas. Essa regularidade não é aleatória, mas estritamente governada pelo que o autor denomina "regras de formação". Na prática, essas regras funcionam como a estrutura de sustentação de uma dada repartição discursiva, ditando rigorosamente as condições para que os elementos desse discurso possam existir, coexistir, se manter, sofrer modificações ou até mesmo desaparecer dentro de um determinado contexto histórico.

Butturi Junior (2008) interroga as regras de formação descritas por Foucault (2022), indicando que a formação dos objetos institui historicamente o que se torna alvo de saber e intervenção; as modalidades enunciativas definem as posições e a legitimidade descentrada dos sujeitos que falam; a formação dos conceitos, que organiza saberes dispersos e heterogêneos de forma histórica; e a formação das estratégias, que orienta politicamente as escolhas e hierarquias no interior do discurso, articulando saber e poder. Tais noções fazem parte da análise dos materiais do segmento midiático do *corpus*, orientando a descrição das regularidades enunciativas que atravessam o corpus da prevenção combinada do hiv nos documentos do *corpus*, articulando, de modo relacional, a formação dos objetos, das modalidades enunciativas, dos conceitos e das estratégias.

O discurso, para Foucault (2022), não se reduz a uma forma linguística ou retórica, mas constitui um conjunto historicamente situado de enunciados sustentados por uma mesma formação discursiva, definidos por condições específicas de existência, sendo, portanto, “de parte a parte, histórico”. De acordo com o francês, discurso é uma prática e essa “prática discursiva refere-se ao conjunto de regras anônimas e historicamente determinadas que regulam o exercício da função enunciativa em um dado tempo e espaço, não se confundindo com a intenção do sujeito, com a lógica formal ou com a competência linguística individual”.

Veiga-Neto (2014, p. 89), ao comentar Foucault, diz que o filósofo não vê a linguagem “como um instrumento que liga o nosso pensamento à coisa pensada” mas sim assume a linguagem como o que dá forma ao nosso pensamento e, conseqüentemente, “do sentido que damos às coisas, às nossas experiência, ao mundo”. Falando sobre linguagem, cabe aqui também destacar a forma que o indivíduo é assujeitado pelo discurso, na esteira foucaultiana: “o sujeito de um discurso não é a origem individual e autônoma de um ato que traz à luz os

enunciados desse discurso; ele não é o dono de uma intenção comunicativa, como se fosse capaz de se posicionar de fora desse discurso para poder falar sobre ele (Veiga-Neto, 2017, p. 96). Com isso, não tomo neste trabalho a noção de um sujeito transcendental responsável pela execução de uma ação, mas como atravessada pelas marcas dos discursos que circulam historicamente pelo mundo.

Por fim, Machado (2006) explica que os discursos não possuem princípio interno de unidade, e que a unidade que se busca nos níveis do objeto, tipo de enunciação, conceito e estratégias “é na realidade uma dispersão de elementos.” Por isso, Foucault (2022, p. 31, **o grifo é meu**) ensina que é preciso acolher o discurso em sua irrupção de acontecimentos, “nessa dispersão temporal que lhe permite ser repetido, sabido, transformado, apagado até nos menores traços, escondido bem longe de todos os olhares, na poeira dos livros. [...] **é preciso tratá-lo no jogo de sua instância**”.

O discurso é mobilizado aqui como prática histórica que organiza e distribui enunciados no interior do discurso da Prevenção Combinada, não como expressão de intenções individuais ou reflexo imediato de realidades empíricas. A análise toma o discurso em sua positividade e dispersão, descrevendo as regras que condicionam sua emergência, repetição e transformação, bem como os efeitos de verdade e de sujeição que produz sobre objetos, saberes e posições de sujeito no contexto das políticas e práticas institucionais de enfrentamento ao hiv-aids.

Dentro dessa concepção, não se trata mais de perguntar “o que o discurso diz?”, mas “como o discurso diz?”. A análise arqueológica propõe, portanto, deslocar o foco da interpretação para a descrição das condições históricas de emergência dos discursos, identificando as regras que organizam o que pode ser dito.

O campo de análise da arqueologia é o saber, e esse saber não constitui uma exclusividade da ciência, sendo nas diferentes formações discursivas que ele (o saber) se define (Machado, 2006). Como salienta Perencini (2023, p. 36), “não só se define um saber, mas se pretende compreender quais foram as condições para que um determinado saber – e não outro – pôde surgir e se transformar na história”.

Assim, ao acoplar a ferramenta arqueológica nesta análise, descrevo as condições históricas que tornaram possível a emergência dos discursos sobre a Prevenção Combinada, evidenciando as regras que organizam seus enunciados e as formações discursivas e *não-discursivas*⁹ que os sustentam.

⁹ Na leitura de Deleuze (2005) as formações não-discursivas são instituições, acontecimentos políticos, práticas e processos econômicos com as quais o enunciado se articula e que configuram o seu horizonte de emergência.

1.2 Poder que produz verdade - a genealogia foucaultiana

A genealogia foucaultiana junta a análise das regularidades discursivas com as relações históricas entre saber, poder e verdade, recusando a autonomia do conhecimento e a redução do saber ao poder. Como observa Veyne (2008, p. 36), não se trata de ver “o Saber e o Poder” como “casal infernal”, mas de examinar “em cada caso” suas relações e “por que vias”. Assim, saber e poder articulam-se em dispositivos nos quais “o poder sábio na sua área” legitima certos saberes, produzindo regimes de verdade que orientam práticas, condutas e subjetivizam indivíduos.

Foucault (2024) se inspira em Nietzsche para estabelecer a genealogia como uma abordagem que desmistifica a *Ursprung* (origem) em favor da análise da *Herkunft* (proveniência) e da *Entstehung* (emergência), mostrando que o que percebemos como evolução histórica ou fundação moral é, na realidade, o produto instável de lutas e relações de poder que se confrontam pela imposição de sentido. Como indica Veiga-Neto (2017), na genealogia, importa menos descobrir “de onde veio” em termos de origem pura e mais entender como algo foi se formando por deslocamentos, rupturas e recomposições.

Machado (2024, p. 11 - 12) explica que a genealogia foucaultiana é uma “análise do porquê dos saberes”, pois lê as relações de poder que tornam possíveis certos saberes e explicam sua existência, sem que isso implique uma “teoria do poder” em Foucault. Não sendo o poder um objeto natural, “uma coisa”, temos então a leitura do poder como uma “prática social e, como tal, constituída historicamente”.

Em *Vigiar e Punir*, Foucault (2014, p. 30-31) aponta uma “microfísica do poder” que não atua como propriedade ou posse, mas como algo “que se exerce mais do que se possui”. Tais relações abandonam o postulado jurídico-estatal para assumir que “o poder produz saber”. Poder e saber imbricam-se no “poder-saber”, cujos “processos e as lutas que o atravessam [...] determinam as formas e os campos possíveis de conhecimento”. Portanto, a microfísica foucaultiana nos obriga a deslocar o olhar das grandes instituições para as pequenas práticas cotidianas. É no detalhe dos protocolos e das classificações que o poder-saber se materializa, agindo menos por interdição e mais pela produção de novos saberes que moldam a realidade e as identidades dos sujeitos.

Conforme nota Deleuze (2005), *A Vontade de Saber*¹⁰ marca o refinamento da microfísica foucaultiana. Em movimento estratégico, Foucault (2023, p. 90) privilegia uma “analítica do poder” em detrimento de uma “teoria do poder”, oferecendo uma análise

¹⁰ História da Sexualidade I - A vontade de saber (2023).

emancipada do direito enquanto “modelo e código” (p. 99). No **quadro 1**, descrevo a relação de postulados tradicionais sobre o poder e tais deslocamentos foucaultianos:

Quadro 1: postulados do poder e deslocamentos foucaultianos

Postulado tradicional	Deslocamento foucaultiano
Poder como propriedade de uma classe dominante	O poder é menos propriedade e mais estratégia
Poder como função do Estado e de sua aparelhagem de funcionamento	O Estado é efeito de uma multiplicidade de engrenagens que se estabelecem na ordem de uma microfísica d o poder
Poder como efeito do próprio funcionamento da aparelhagem estatal subordinada a um modo de produção	A subordinação, ao deixar de conceber o poder como simples superestrutura dependente do modo de produção, passa a pensar o poder como força imanente, produtiva e capilar, que atravessa e constitui o próprio campo econômico e social
Poder como expressão de uma essência ou atributo que qualifica dominantes e dominados	O poder não tem essência, ele é operatório, não é atributo, mas relação que passa tanto por dominados como por dominantes
Poder como modalidade de ação que, por violência ou ideologia, reprime, engana ou ilude, seja pelo policiamento, seja pela propaganda	O poder não se opera por ideologia, o poder produz antes de reprimir
Poder como legalidade, na qual o Estado se exprime por meio das leis.	Conceber o poder como gestão estratégica dos ilegalismos, que os distribui, diferencia e usa como forma de dominação.

Fonte: Deleuze (2005, p. 34 - 40), adaptado pelo autor.

Esse conjunto de deslocamentos redefine, em termos genealógicos, o que se procura quando se analisa “poder”: não uma instância central (o Estado, a lei, a classe) como fonte originária, mas o poder em ação. Nas palavras de Foucault (2023, p. 101): “o poder não é uma instituição nem uma estrutura, não é uma certa potência de que alguns sejam dotados: é o nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada”.

Por isso, Machado (2024, p. 16) pondera que Foucault rejeita uma análise descendente do poder, “que deduziria o poder partindo do Estado e procurando ver até onde ele se prolonga nos escalões mais baixos da sociedade” e ao se insurgir contra esse Estado centralizador, inverte a analítica do poder com sua proposta de análise ascendente, na qual o poder “se difunde e repercute nos outros setores da vida social de modo homogêneo, mas como tendo existência própria e formas específicas no nível mais elementar”.

No que tange à relação do saber com o poder, Deleuze (2005) explica que Foucault os distingue de modo que o saber é composto por formas relativamente “estáveis e estratificadas”, ao passo que o poder é “diagramático”: não passa por formas, mas por forças e

pontos singulares, sempre locais, instáveis e móveis. Por isso, as relações de poder não se localizam em um centro único nem são facilmente reconhecíveis, pois suas estratégias são anônimas, quase mudas e cegas, escapando às formas visíveis e enunciáveis do saber. A análise histórica das relações de poder não abandona o saber. Como destaca Machado (2024, p. 28): “saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, e, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder”.

É nesse circuito poder-saber que se torna possível compreender o estatuto foucaultiano da verdade: longe de ser exterior ou anterior às relações de poder, a verdade é produzida no mundo “graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder” (Foucault, 2024, p. 52). A verdade, portanto, é compreendida como um conjunto de procedimentos regulados para a produção, repartição e funcionamento dos enunciados, indissociável de um “regime de verdade” que a apoia e dos efeitos de poder que ela induz (Foucault, 2024).

Esse regime gera uma “economia dos discursos de verdade”, o que implica uma gestão estratégica e organizada do que pode ser validado como verdadeiro, por quem e sob quais condições. Foucault (2024, p. 279) sintetiza: “não há possibilidade de exercício de poder sem certa economia do discurso de verdade”, de modo que a eficácia das intervenções biopolíticas está amarrada à capacidade do dispositivo em circular e validar saberes que orientam a conduta dos indivíduos.

À luz dessa perspectiva genealógica, esta pesquisa analisa o *corpus* como práticas discursivas inseridas em regimes de verdade que articulam saberes, tecnologias e estratégias de poder. O interesse analítico recai sobre os modos pelos quais determinados enunciados se estabilizam como verdadeiros para legitimar intervenções e orientar condutas aos indivíduos. Ao seguir o funcionamento desses enunciados em sua exterioridade, busco identificar as relações de força e as racionalidades que permitem ao poder exercer-se por meio da gestão estratégica da verdade. Assim, a genealogia permite compreender como certos discursos se tornam dominantes no governo da vida e, fundamentalmente, como eles convocam os indivíduos a novos processos de subjetivação, produzindo o que designo nesta pesquisa como o “corpo combinado”.

Por fim, fundamentada a arqueologia e a genealogia nesse capítulo, retomo Gregolin na sua descrição do que é fazer análise arqueogenealógica: “significa que nosso olhar investigativo se debruça sobre os discursos a fim de enxergar a trama das relações entre saberes, poderes e processos de subjetivação” (Navarro; Sargentini, 2022, p. 36). Sendo assim, trato o *corpus* da pesquisa como um campo de disputas em que regimes de verdade

organizam práticas e produzem sujeitos, de modo que a análise busca evidenciar como tais discursos operam, com que efeitos e a serviço de quais racionalidades.

1.3 Uma lente de biopoder para a análise

Foucault (2005, p. 287) situa o biopoder como uma transformação do exercício do poder quando a vida passa a ser seu alvo privilegiado. No lugar do direito soberano de “fazer morrer ou deixar viver” que perdurou entre os séculos XVII e XVIII, instaurou-se “o direito de fazer viver e de deixar morrer”, isto é, um poder que faz a gestão da existência, seus riscos e seus limiares. Esse biopoder se organiza em dois pólos. De um lado, incide sobre o corpo individual por técnicas de adestramento e utilidade: “uma anátomo-política do corpo humano”. De outro, se espalha sobre a vida em escala coletiva, regulando processos como natalidade, morbidade e durabilidade da vida: uma “biopolítica da espécie humana” (Foucault, 2005, p. 289).

Foucault (2005) ressalta que esses eixos não se excluem e compõem um mesmo diagrama de governo da vida, articulando disciplina e regulação. Por isso, “Temos, pois, duas séries: a série corpo - organismo - disciplina - instituições e a série população - processos biológicos - mecanismos regulamentadores - Estado” (Foucault, 2005, p. 298). Deleuze (2005) comenta que as duas funções maiores nas sociedades modernas serão a “anatomopolítica” e a “biopolítica”, e as duas matérias suas, um corpo qualquer, uma população qualquer.

Assim, o exercício do poder sobre o corpo individual e a população compõem dois diagramas biopolíticos modernos: modos de organizar relações de poder como redes de posições que afetam e são afetadas, antes de qualquer forma institucional ou sujeito já dado. O diagrama, como descreve Deleuze (2005), é uma máquina abstrata de poder, que não se confunde com instituições particulares, mas organiza o modo como elas funcionam e se articulam. Mais que um mapa visível e enunciável, ele é um esquema de forças que distribui corpos, tempos, espaços e funções, produzindo certas maneiras de ver e de conduzir condutas. Cada configuração histórica tem seus próprios diagramas, capazes de combinar e transformar dispositivos distintos, como prisão, escola, hospital ou exército.

Em *Vigiar e Punir* (2014), Foucault descreve uma perspectiva histórica do “enquadramento da penalidade”, que vai dos suplícios do século XVIII até a estabilização da prisão como aparelho punitivo. Contudo, mais do que um estudo sobre o surgimento de uma instituição específica, a obra possui um alcance mais amplo, na medida em que investiga

“uma história correlativa da alma moderna e de um novo poder de julgar”, por meio de uma análise genealógica centrada no complexo científico-judiciário “onde o poder de punir se apoia, recebe suas justificativas e suas regras, estende seus efeitos e mascara sua exorbitante singularidade” (Foucault, 2014, p. 26–27).

No capítulo “Disciplina”, Foucault (2014) toma o soldado como exemplo privilegiado das técnicas modernas de adestramento. No século XVII, este corpo era valorizado por atributos inatos, como força e bravura. Já no século XVIII, sofre uma transformação radical: passa a ser fabricado por exercícios e repetições minuciosas, processo que Foucault (2014, p. 133) descreve como “esculpir o corpo do camponês” até dar-lhe a “forma do soldado”. Nesse contexto, o soldado não é apenas um objeto militar, mas um paradigma de produção do corpo disciplinado.

Segundo Foucault (2014, p. 134 - 135), esse deslocamento de um soldado natural para um soldado fabricado está relacionado, à “uma descoberta do corpo como objeto e alvo de poder”, remetendo à ideia de um corpo que “pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado”. Nesse ponto, emerge o “poder disciplinar” como técnica que permite o controle minucioso das operações do poder sobre os corpos, sem destruí-los, mas integrando-os a uma economia útil e produtiva.

Para explicitar o funcionamento do poder disciplinar, Deleuze (2005) comenta que

Uma das ideias essenciais de Vigiar e Punir é que as sociedades modernas podem ser definidas como sociedades “disciplinares”, mas a disciplina não pode ser identificada com uma instituição nem com um aparelho, exatamente porque ela é um tipo de poder, uma tecnologia, que atravessa todas as espécies de aparelhos e de instituições para reuni-los, prolongá-los, fazê-los convergir, fazer com que se apliquem de um novo modo.

Essas disciplinas produzem uma coerção que funciona de modo contínuo, regulando a atividade mais do que os resultados e esquadrinhando minuciosamente o tempo, o espaço e os movimentos. Foucault (2014) mostra que, nesse sistema, o poder não incide apenas de forma episódica ou repressiva, mas também de maneira constante, por meio da codificação dos gestos, da ordenação dos ritmos e da normalização das condutas. No caso do soldado, essa coerção se materializa em uma série de práticas aparentemente banais: a marcha, a postura, o manejo da arma, a resistência física, que são permanentemente observadas, avaliadas e corrigidas. Trata-se de um corpo que não só executa ordens, mas que é continuamente comparado a um padrão, medido em seu desempenho e classificado em critérios de rendimento e disciplina.

Dessa forma, o poder atua tanto sobre o corpo quanto através dele, fazendo do cotidiano o espaço privilegiado de sua eficácia. Essa lógica disciplinar, longe de se restringir

ao quartel, estende-se a outros domínios institucionais, como a escola, o hospital e a clínica, onde os corpos passam igualmente a ser acompanhados, avaliados e normalizados segundo parâmetros técnicos e saberes especializados.

Para que o poder disciplinar funcione, Foucault (2014, p. 136 - 137) descreve três instrumentos fundamentais: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame. O olhar hierárquico organiza um aparelho de visibilidade onde técnicas permitem “ver sem ser visto”, induzindo efeitos de poder contínuos. A sanção normalizadora mede e compara diferenças, hierarquizando capacidades e impondo uma coação de conformidade. Já o exame combina vigilância e julgamento, individualizando os sujeitos e tornando-os permanentemente avaliáveis.

Na injunção que normaliza e hierarquiza, o *exame* opera a inversão da visibilidade: o poder torna-se invisível e o sujeito, obrigatoriamente visível. É aqui que se materializa, na prática institucional, a articulação indissociável do “poder-saber” (Foucault, 2014, p. 31). Ao transformar o indivíduo em “caso” (através de prontuários, fichas e anotações, por exemplo), o exame constitui o corpo como objeto de conhecimento para mantê-lo sob domínio. Como aponta Veiga-Neto (2017), os saberes clínicos e pedagógicos não são externos a esse processo; eles se engendram justamente para atender a essa vontade de governar condutas.

Na esteira do poder disciplinar, o Panóptico de Bentham aparece como a figura arquitetural que generaliza essa mecânica. Se o exame é o ritual que extrai a verdade do indivíduo, o Panóptico é o aparelho que automatiza e tira a individualidade do exercício do poder, garantindo seu funcionamento contínuo através de uma disposição espacial específica. Eis seu funcionamento:

O princípio é conhecido: na periferia uma construção em anel; no centro, uma torre; [...] a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção. [...] Pelo efeito da contraluz, pode-se perceber da torre, recortando-se exatamente sobre a claridade, as pequenas silhuetas cativas nas celas da periferia. Tantas jaulas, tantos pequenos teatros, em que cada ator está sozinho, perfeitamente individualizado e constantemente visível (Foucault, 2014, p. 194).

A partir dessa descrição, nota-se que a eficiência do panoptismo reside não na força física, mas na visibilidade permanente que induz no detento (ou paciente) um estado consciente de vigilância: “O princípio é que o poder seja visível e verificável” (Foucault, 2014, p. 195). No escopo desta pesquisa, a fundamentação do panoptismo revela-se essencial para a análise subsequente. Para tanto, articulo o pensamento de Foucault à perspectiva de Paul Preciado (2018), que propõe uma atualização dessa mecânica de vigilância ao demonstrar que as tecnologias de controle se deslocaram das instituições externas para o interior do próprio organismo.

Ao descrever o estabelecimento da pílula anticoncepcional — a Pílula — como ferramenta de controle de natalidade na segunda metade do século XX, Preciado (2018, p. 222) explica que entre o panóptico e a Pílula houve a transição de um “regime de disciplinamento para um regime de farmacopornográfico”, no qual o primeiro esquadrihava o indivíduo diante de uma arquitetura política que colocava o corpo diante de “um espaço coletivamente regulado, criando posições específicas de poder” ao passo que o segundo trata-se de um mecanismo que reduz sua escala para uma “tecnologia biomolecular que pode ser consumida individualmente e introduzida por orifícios corporais”.

A era *farmacopornográfica* inaugura, assim, um regime onde a torre de vigilância se dissolve em substâncias assimiláveis, transformando a disciplina em uma gestão somática invisível. Nessa configuração, a pílula e os tratamentos hormonais não são apenas medicamentos, mas dispositivos de micro vigilância que operam sob a pele, constituindo uma "forma de controle ao mesmo tempo democrática e privada, ingerível, bebível, inalável e de fácil administração" (Preciado, 2018, p. 223).

A transição para esse “panóptico ingerível” altera a relação do sujeito com a norma. Diferente da prisão ou da fábrica, onde a coerção é espacial e externa, o *farmacopoder* atua através da sedução e da voluntariedade, convertendo o próprio sujeito no agente de sua monitorização bioquímica: “Não é o poder infiltrado a partir do exterior, é o corpo desejando poder” (Preciado, 2018, p. 223). O poder sobre a vida, nessa perspectiva, não se trata mais de algo que age por fora, do exterior, mas que, segundo o autor, “já reside dentro”. O *farmacopoder* de Preciado é a materialização tática de uma racionalidade governamental mais ampla, que toma a vida biológica da população como objeto central de gestão política. Para compreender a sustentabilidade desse panóptico ingerível e sua inserção em uma tática de Estado, retorno às bases estabelecidas por Foucault em *A Vontade de Saber* (2023) e as aulas registradas no seu *Em Defesa da Sociedade* (2005), obras que não apenas delineiam os traços da biopolítica, mas também expõe como o sexo foi transformado em uma questão de verdade a ser permanentemente extraída e administrada, convertendo o antigo estímulo pastoral da confissão em uma discursividade científica.

A importância dada ao sexo como foco de disputa política assume um papel estratégico central não por acaso, mas por estar situada precisamente, como destaca Foucault (2023, p. 157) na "articulação entre os dois eixos”, tanto como parte da “disciplina dos corpos” como pertencente à “regulação das populações, por todos os efeitos globais que induz”.

Em *A Vontade de Saber* (2023), Foucault contesta a premissa de que somos uma sociedade que silenciou o sexo. O filósofo recusa a ideia de que vivemos sob as sombras de uma "hipótese repressiva", desconstruindo o senso comum sobre a interdição da sexualidade. Pelo contrário, o francês demonstra que houve uma verdadeira explosão discursiva em campos como o médico, o pedagógico e o político e que o poder não apenas proibiu, mas também estimulou a produção de saberes sobre o sexo. A tese foucaultiana sustenta que essa incitação à fala tem por objetivo analisar e classificar as condutas, constituindo uma aparelhagem capaz de extrair a verdade do sujeito. É esse mecanismo que transforma o sexo em um “objeto de verdade” (Foucault, 2023, p. 63).

Para produzir tal verdade sobre o sexo, Foucault (2023, p. 64 - 65) contrasta dois procedimentos: a arte erótica, comum às sociedades orientais, nações muçulmanas e Roma, na qual a verdade sobre o sexo podia ser extraída a partir do próprio prazer, saber que recai sobre “a própria prática sexual”, a “necessidade de mantê-lo na maior discrição”, “arte magistral” cujos efeitos “devem transfigurar aquele sobre quem recaem seus privilégios”. Por outro lado, uma *scientia sexualis*, ou ciência dos sexo, que “oposta à arte das iniciações e ao segredo magistral”, toma como estratégia de poder-saber a “confissão”.

Foucault (2023, p. 65) explica que “as sociedades ocidentais colocaram a confissão entre os rituais mais importantes de que se espera a produção de verdade”. Regulamentação do sacramento penitencial, técnicas de confissão, métodos de interrogatório e inquérito, tribunais de Inquisição... todas essas transformações contribuíram para dar à confissão “um papel central na ordem dos poderes civis e religiosos”, inclusive a evolução da própria palavra no campo jurídico que colocou a confissão como uma “garantia de status, de identidade e de valor atribuído a alguém por outrem”. Dessa forma, o homem ocidental tornou-se um animal confessional, cuja verdade profunda reside menos nos seus atos e mais na obrigação inesgotável de os transformar em discurso.

Difundindo seu valor nos mais diversos cosmos de relações que se possa imaginar: na justiça, na medicina, na pedagogia, na rotina, no amor, no que há de mais comum de um dia qualquer, produzir a verdade tornou-se o *modus operandi* principal do Ocidente. Mas não sem uma estratégia. Essa forma de poder-saber, tão poderosa que transgride a visão foucaultiana de sujeito não transcendental, e faz com que a confissão seja “um ritual de discurso onde o sujeito que fala coincide com o sujeito do enunciado”, estabeleceu seus próprios procedimentos para extrair a verdade do sexo sob uma pseudo discursividade científica.

Foucault (2023, p. 73-76) destaca que esse processo ocorre mediante a integração de métodos de exame clínico à prática da confissão, legitimando o imperativo do “fazer falar”.

Nessa lógica, o sexo passa a ser compreendido como uma causalidade geral e difusa sobre a saúde, o que impõe ao sujeito o dever de relatar tudo, uma vez que o mais ínfimo detalhe pode esconder a raiz de uma patologia. Diante da latência intrínseca atribuída à sexualidade, tornam-se necessárias técnicas específicas de interrogatório para extrair aquilo que não emerge espontaneamente. Tal dinâmica exige, obrigatoriamente, a escuta qualificada de um especialista, a quem cabe decifrar a confissão e validar esse saber, visto que a verdade extraída não é evidente por si mesma. Como resultado, consolida-se a medicalização dos efeitos dessa confissão, deslocando a sexualidade da esfera do julgamento estritamente moral para o escrutínio do diagnóstico clínico e da intervenção médica.

Em suma, é por meio dessa complexa aparelhagem clínica que o Ocidente consoma a transformação do sexo em discurso. Tais procedimentos expropriam do sujeito a autoridade sobre sua própria verdade: o sexo deixa de ser apenas uma prática para se tornar algo que se confessa, e cuja validade depende inteiramente da interpretação e da codificação conferidas pelo poder por meio do campo científico.

Esse jogo de excitação não se satisfaz com a simples acumulação de segredos íntimos. Foucault (2024) recorre à noção de “dispositivo”, enquanto rede estratégica que visa “responder a uma urgência histórica”, para caracterizar esse mecanismo de produção incessante de saber. Nesse contexto, a sexualidade aparece não como um dado natural que a ciência finalmente desvelou, mas como o efeito do dispositivo: ela é “a verdade do sexo e seus prazeres” (Foucault, 2023, p. 77). Portanto, se a sexualidade é uma construção histórica, o objetivo final desse dispositivo da sexualidade não é apenas o saber pelo saber, mas a gestão política da vida: uma biopolítica.

É sob essa ótica que se desfaz a ilusão de uma essência sexual oculta a ser libertada. A sexualidade, para Foucault (2023, p. 115),

é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: não à realidade subterrânea que se apreende com dificuldade, mas à grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e poder

Sustentar essa definição de sexualidade exige, contudo, “colocar em jogo” um afastamento da representação jurídico-discursiva tradicional conferida ao poder. Foucault (2023, p. 91) alerta que a análise política do Ocidente permaneceu, em grande medida, concebendo o poder essencialmente como uma instância de negatividade — aquilo que diz “não”, que traça limites, que opera pela interdição e pela censura. No entanto, tentar compreender o dispositivo da sexualidade através dessa grade puramente jurídica seria

insuficiente, pois ela é “estranhamente limitativa”, logo não inventiva, não produtiva e não energética.

A persistência dessa concepção jurídica, entretanto, não é um mero erro teórico, mas um efeito de sucesso do próprio poder. Foucault (2023, p. 94) argumenta que “é somente mascarando uma parte de si mesmo que o poder só é tolerável”. Seu êxito é proporcional à sua capacidade de ocultar seus próprios mecanismos e seu “segredo” é indispensável ao seu funcionamento. Ao aceitarmos a ideia de que o poder atua apenas como uma lei externa que nos limita, tornamos invisível a teia disciplinar e biopolítica que nos constitui internamente. A representação jurídica funciona, assim, como uma garantia de “aceitabilidade”: cremos nos submeter apenas a uma legislação enquanto somos docilizados por uma microfísica contínua que opera aquém e além do direito.

Contra essa visão, já descrevi anteriormente a preferência de Foucault não por uma teoria geral do poder, mas uma “analítica do poder”. O autor descreve uma tendência de uma análise jurídico-discursiva sobre o poder que se estende desde a Idade Média e o coloca num ponto de junção entre a monarquia e o direito, e que “apesar dos esforços feitos para separar o jurídico da instituição monárquica e para liberar o político do jurídico” as sociedades ocidentais permanecem presas nesse sistema: “No pensamento e na análise política ainda não cortaram a cabeça do rei” (Foucault, 2023, p. 95 - 96).

Entretanto, Foucault (2023, p. 98-99) faz notar que novas formas históricas de poder, “irredutíveis à representação do direito”, penetraram na sociedade. Como tais mecanismos não visam apenas impedir, mas gerir a vida, a sexualidade torna-se seu ponto de aplicação privilegiado. Assim, ao propor que devemos nos “desembaraçar de uma representação jurídica e negativa”, o filósofo revela a produtividade desse mecanismo: trata-se de uma “verdadeira tecnologia do sexo”, muito mais complexa e positiva do que o simples “efeito excludente de uma proibição”.

Para analisar a sexualidade sem cair na armadilha de relacioná-la ao campo jurídico-discursivo, o autor descreve algumas prescrições de prudência (Foucault, 2023, p. 106) para fazer aparecer a produção dos discursos sobre o sexo no campo das relações de poder:

i) regra de imanência: a sexualidade não é uma realidade exterior ao poder; ela é constituída na própria intersecção entre as técnicas de saber e as estratégias de poder, logo um poder-saber;

ii) regra das variações contínuas: o poder não é uma propriedade estática ou uma posse fixa, mas uma matriz dinâmica de transformações que redistribui forças e intensidades constantemente;

iii) regra do duplo condicionamento: há uma dependência recíproca e necessária entre os focos locais de poder (microfísica) e as estratégias globais (macrofísica); um nível serve de suporte ao outro.

iv) regra da polivalência tática: o discurso é um segmento instável e descontínuo que pode servir, alternada ou simultaneamente, tanto como instrumento de controle quanto como ponto de resistência.

Tais prescrições deslocam Foucault (2023) da análise do sexo dentro de uma esfera da moralidade para o campo da gestão da vida, que foca-se no corpo-espécie, “no corpo transpassado pela mecânica do vivente e que serve de suporte aos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida e a longevidade”. Trata-se de uma biopolítica da população.

Foucault (2023, p. 150) explica que se a morte simbolizava o estatuto do poder soberano, ela passa a ser cuidadosamente “recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida”. Se o velho poder soberano definia-se pelo direito de *fazer morrer ou deixar viver*, o biopoder, seja pela anátomo-política ou pela biopolítica, inverte essa lógica e se organiza em torno do imperativo de *fazer viver e deixar morrer*: “é a vida que surge como novo objeto de poder” (Deleuze, 2005, p. 98).

A articulação entre esses dois pólos (as disciplinas do corpo e a regulação das populações) não se dá de forma abstrata, mas através de “agenciamentos concretos” (Foucault, 2023, p. 151). Tais agenciamentos operam como tecnologias de ponte entre o corpo individual e o corpo-espécie, manifestando-se materialmente em instituições como a escola, a polícia e, centralmente, a medicina. Nesse cenário, Foucault (2023, p. 157) destaca o dispositivo da sexualidade como o agenciamento estratégico por excelência, pois ele ocupa a intersecção exata dos dois eixos: adestra, intensifica e distribui forças e também regula as populações “por todos os efeitos globais que induz”:

Insere-se, simultaneamente, nos dois registros: dá lugar à vigilâncias infinitesimais, a controles constantes, a ordenações espaciais de extrema meticulosidade, a exames médicos ou psicológicos infinitos, a todos um micropoder sobre o corpo; mas também dá margem a medidas maciças, a estimativas estatísticas, a intervenções que visam a todo o corpo social ou grupos tomados globalmente.

Diferente da antiga soberania, focada na subtração e na morte, a mecânica desses agenciamentos é a normalização: eles medem, qualificam e hierarquizam a vida para extrair

dela a máxima utilidade (Foucault, 2023). Trata-se de todo um complexo de leis, medidas administrativas e saberes científicos que permitem ao Estado gerir a vida cotidiana em todos os seus níveis.

Não obstante, cabe citar que todo o desenvolvimento desse biopoder “foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos da população aos processos econômicos” (Foucault, 2023, p. 152). Logo, além de um agenciamento no nível dos processos econômicos e correlação de forças, o capitalismo levou esse biopoder a operar como “fatores de segregação e hierarquização social”.

Para construir hierarquias no interior de um sistema voltado ao “fazer viver”, o Estado recorre ao “racismo de Estado”. Na coletânea *Em Defesa da Sociedade*, Foucault (2005) postula que a emergência do biopoder insere o racismo nos mecanismos estatais não como um preconceito ideológico, mas como uma técnica indispensável para reativar o direito soberano de matar. O racismo é definido, primariamente, como “o meio de introduzir afinal, nesse domínio da vida de que o poder se incumbiu, um corte: o corte entre o que deve viver e o que deve morrer”. Essa cesura fragmenta o contínuo biológico da espécie humana, permitindo tratar a população através de subgrupos distintos e “defasar, no interior da população uns grupos em relação aos outros” (Foucault, 2005, p. 304)

Além de fragmentar, o racismo estabelece uma relação guerreira de tipo biológico, na qual a eliminação do perigo, interno ou externo, fortalece a própria espécie: “a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal), é o que vai deixar a vida em geral mais sadia” (Foucault, 2005, p. 305 - 306). Dessa forma, o racismo assegura a função assassina do Estado, tornando-se “a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização”, abrangendo desde o assassinio direto até a morte indireta, entendida como a exposição ao risco, a expulsão e a rejeição política.

1.4 Governamentalidade: a conduta das condutas e a gestão dos riscos

Para compreender como a Prevenção Combinada age não apenas como uma diretriz médica, mas como uma estratégia biopolítica de largo alcance, é necessário mobilizar o conceito de governamentalidade. Foucault (2024) introduz essa noção para descrever o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões que permitem exercer uma forma específica de poder que tem como alvo principal a população e como saber a economia política.

Diferente do poder disciplinar, que foca no adestramento do corpo individual, a governamentalidade encontra em mecanismos de segurança a gestão dos acontecimentos aleatórios e, sobretudo, os riscos. Trata-se da "conduta das condutas": uma forma de poder que não visa anular a liberdade dos sujeitos, mas sim estruturar o campo de ação possível onde essa liberdade é exercida.

No contexto da Prevenção Combinada, a governamentalidade tem como estratégia preponderante a lógica do "cálculo de risco". O sujeito da prevenção não é mais apenas o indivíduo obediente que segue uma norma única, mas o sujeito capaz de avaliar suas vulnerabilidades e investir em sua proteção através das tecnologias disponíveis. Como aponta Foucault (2008), a racionalidade neoliberal (americana) estende a lógica econômica para domínios não-econômicos, transformando o indivíduo em um "empresário de si mesmo". Assim, a Prevenção Combinada funciona como uma tecnologia de governo que delega ao indivíduo a responsabilidade de gerenciar as opções farmacológicas e sanitárias, transformando a gestão da saúde em uma prática cotidiana de autovigilância e escolha orientada pelo saber biomédico.

Nesse cenário, a Prevenção Combinada atua na articulação exata entre a *disciplina dos corpos* e a *biopolítica das populações*. Se por um lado exigem um adestramento individual meticuloso, focado na adesão farmacológica e na autovigilância constante, por outro, respondem a metas globais de controle da pandemia e redução da circulação do vírus. O poder, portanto, revela aqui sua face produtiva: longe de operar apenas pela interdição do sexo, o discurso da Prevenção Combinada incita à circulação dos corpos e à gestão autônoma dos prazeres, desde que mediados pela tecnologia.

Feito o desenho do biopoder nesta pesquisa, cito Foucault para avançar ao próximo ponto, o mais importante, pois é onde faço interlocução com o tema direto que propus: "O dispositivo da sexualidade deve ser pensado a partir das técnicas de poder que lhe são contemporâneas" (Foucault, 2023, p. 163).

1.5 Genealogias do dispositivo da aids: entre o medo e a vida crônica

Para compreender a prevenção combinada enquanto uma maquinaria de poder específica, recuo à definição de dispositivo, uma vez que "o dispositivo da sexualidade deve ser pensado a partir das técnicas de poder que lhe são contemporâneas" (Foucault, 2023, p. 163). Assim, parto do próprio Foucault (2023; 2024), tensiono com Agamben (2009) e avanço com Butturi Junior (2016) para aventar a hipótese de um dispositivo da prevenção combinada.

A noção foucaultiana de dispositivo é descrita como "um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas". Nessa rede onde elementos discursivos e não discursivos se entrelaçam, ocorrem constantes mudanças de posição e de funções estratégicas, visto que o dispositivo se define essencialmente como "um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência". (Foucault, 2024, p. 364 - 365). O dispositivo, como explica Foucault, tem uma "função estratégica dominante", operando através de uma "intervenção racional e organizada" nas relações de força, seja para "bloqueá-las, para estabiliza-las, utilizá-las". Ele é, portanto, o local onde se articulam saber e poder: ele é constituído por "estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles" (Foucault, 2024, p. 367)

Giorgio Agamben, ao revisitar Foucault, radicaliza essa leitura, rastreando a genealogia do termo e ligando-o, primeiro, à *positividade* hegeliana, elemento histórico “das crenças, das regras e dos ritos que numa determinada sociedade e num determinado momento histórico são impostos aos indivíduos pelo exterior” (Agamben, 2009, p. 30). Depois, recua à teologia cristã primitiva para demonstrar que dispositivo traduz o latim *dispositio* e o grego *oikonomia*, designando a “administração do *oikos* (da casa), e, mais geralmente, gestão, management” (p. 35), isto é, uma atividade de governo.

Ao situar o termo "dispositivo" na linhagem da *dispositio* latina e da *oikonomia* teológica, Agamben (2009, p. 38) revela sua natureza como “aquilo em que e por meio do qual se realiza uma pura atividade de governo sem nenhum fundamento no ser”, o que implica o caráter de subjetivação dos dispositivos: “eles devem produzir os sujeitos”. Essa genealogia densifica o conceito foucaultiano ao aproximá-lo tanto da positividade hegeliana quanto da *Gestell*¹¹ de Heidegger. O fio condutor comum entre positividade, *Gestell*, *dispositio* e o dispositivo foucaultiano, como descreve Agamben (2009) é a referência à *oikonomia* grega, o que, no limite, define o dispositivo como um mecanismo estratégico de gestão e controle destinado a orientar os comportamentos e pensamentos humanos.

Apesar do fio comum, Agamben (2009, p. 40) propõe dividir o existente (o mundo como realidade) em dois grupos: os seres vivos (a ontologia das criaturas) e os dispositivos que os capturam, reatualizando a *oikonomia* como governo. Ao definir o dispositivo como

¹¹ Agamben (2009, p. 39) nota que, embora *Ge-stell* signifique comumente “aparato” (*Gerät*), Heidegger entende o termo como “o recolher-se daquele (dis)por (*Stellen*), que (dis)põe do homem, isto é, exige dele o desvelamento do real sobre o modo do ordenar (*Bestellen*)”

algo capaz de “capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar” condutas e discursos, ele amplia a visão foucaultiana: de estratégia para urgências históricas, o dispositivo passa a ser visto como ferramenta geral de gestão da vida.

Nesse cenário, a relação entre o vivente e o dispositivo que captura sofre uma mutação essencial. Se para Foucault os dispositivos funcionam fundamentalmente como máquinas de subjetivação, que produzem identidades específicas e constituindo corpos dóceis que assumem sua "liberdade" no próprio ato de assujeitamento, Agamben (2009, p. 47) alerta que a fase atual do capitalismo atua predominantemente por processos de “dessubjetivação”.

Agamben (2009, p. 47 - 48) ensina que nos dispositivos contemporâneos, a captura do indivíduo não resulta na recomposição de um novo sujeito (uma nova identidade), mas gera figuras "larvais" ou "espectrais": subjetivação e dessubjetivação tornam-se reciprocamente indiferentes. Aquele que é capturado pelo dispositivo não adquire uma nova subjetividade, mas é reduzido a um dado numérico ou estatístico, o que torna inócua qualquer tentativa de "uso correto" do dispositivo, uma vez que não há um sujeito constituído que possa governar esse uso, mas apenas um corpo esvaziado pela captura. Logo, se a máquina disciplinar precisava fabricar uma "alma" para governar o indivíduo, o dispositivo contemporâneo dispensa a consciência e se contenta com o algoritmo: não se trata mais de formar um sujeito obediente, mas de gerir um fluxo anônimo de comportamentos, onde o "eu" se dilui em mero fragmentos de informações.

Entretanto, é preciso notar que a proposta agambeniana não anula a mecânica foucaultiana; antes, ela a tensiona ao limite. Na Prevenção Combinada, observamos que os processos de subjetivação e dessubjetivação operam de forma simultânea e paradoxal. Se, por um lado, o dispositivo captura o indivíduo e o reduz a dados estatísticos e fluxos bioquímicos, opera uma clara dessubjetivação; por outro lado, essa mesma captura exige que o indivíduo se assuma como um novo sujeito: o gerente de si, o sujeito prudente e tecnologicamente mediado.

Assim, o corpo que combina sua prevenção é, ao mesmo tempo, um sujeito intensamente produzido pelo discurso biomédico e um corpo esvaziado, cujas condutas são asseguradas por algoritmos de risco. Não se trata de uma substituição, mas de uma nova economia de poder onde o indivíduo só é reconhecido como sujeito na exata medida em que aceita ser gerido como um dado biológico.

Então, a aids é um *dispositivo*?

Diante de tais perspectivas, a resposta é afirmativa: a aids constitui-se como um dispositivo, na medida que é compreendida como um acontecimento histórico que articula

discursos, instituições, decisões regulamentares e enunciados científicos (Foucault, 2024), e que revela sua natureza como uma complexa tecnologia política de gestão da vida ao articular como uma rede capaz de capturar e modelar as condutas e opiniões dos seres vivos (Agamben, 2009).

Néstor Perlongher foi o primeiro a descrever o dispositivo da aids no Brasil em sua obra *O que é AIDS?* de 1987, na forma de um esforço pedagógico que partiu da resposta técnica para realizar uma análise crítica e sociológica sobre a emergência da doença. Ao romper com o estreito plano da informação médica, o autor descreveu a aids como um dispositivo, que impôs desafios marcados por incertezas e disputas, a medicalização da morte, a limitação terapêutica e a ausência de cura. Este dispositivo estigmatizou grupos sociais minoritários como os 4 Hs, rotulados como “grupos de risco” e criou a figura do aidético, sujeito fabricado pelo dispositivo da aids (Perlongher, 1987; Teodorescu; Teixeira, 2025).

O cenário brasileiro, mapeado por Perlongher (1987), foi de uma “pedagogia do terror”. A doença chegou ao país “nos braços da moda” e sua agonia, tendo como um dos primeiros ícones o estilista Markito, cuja morte detalhada minuciosamente pelos meios de comunicação desencadeou uma onda de pavor. O percurso discursivo foi rápido: de “doença chique”, passou a ser algo “procurado insistentemente em homossexuais”, até atingir a narrativa da “culpa pelos excessos libidinosos” que ameaçavam os casais e as famílias.

O dispositivo da aids brasileiro foi alimentado por um pânico tripartido: mídia, medicina e religião. Com as mortes do costureiro Markito e do teatrólogo Roberto Galizia, a mídia espetacularizou a doença, reciclando rituais de agonia. A medicina, por sua vez, criou uma “imagética terrorista”, expondo corpos corroídos e rostos desfigurados em eventos científicos, o “terrorismo médico” denunciado pelo pintor Darcy Penteado em 1986. Paralelamente, enunciados religiosos de diversas vertentes uniram-se para justificar a epidemia como um tributo físico decorrente da imoralidade (Perlongher, 1987).

Essa perigosa mistura de enunciados médicos e sensacionalismo midiático levou setores da saúde a proporem mudanças legislativas. O objetivo, como aponta Perlongher (1987, p. 64), não era a democratização da prevenção para corpos heterossexuais, mas a transformação da repressão em um “controle mais estrito dos suspeitos e suas práticas”. O dispositivo da aids consolidou-se como um “refluxo” da revolução sexual, desencadeando um processo de moralização pública. A moral exigia uma “confissão de intimidades escabrosas”, tornando pré-requisito que toda a corporalidade fosse dita, mostrada e exibida. O ponto máximo desse dispositivo, como conclui Perlongher (1987, p. 75), é o “espetáculo”.

Eis então o dispositivo da aids no início da epidemia: um mecanismo biopolítico que utilizou a incerteza científica e o pânico moral para tentar conter os avanços da revolução sexual, cristalizando a epidemia não apenas como uma crise sanitária, mas como um espetáculo de dor e uma poderosa ferramenta de normalização subjetiva. Historicamente, o dispositivo da aids foi excludente e produziu a figura do aidético, identidade que marcou a morte civil (Daniel, 1989) do sujeito também causou pânico moral (Galvão, 2000). O ponto de deslocamento desse dispositivo ocorre quando se confirma a eficácia da Terapia Antirretroviral (TARV) e quando surge, no Brasil, a Lei 9.313 de 1996, que garantiu o acesso universal ao tratamento. Como analisam Teodorescu e Teixeira (2025), a lei transformou a assistência farmacêutica de uma concessão instável em um direito de cidadania. Isso alterou a natureza do dispositivo. Assim, a epidemia deixa de ser narrada pela iminência do fim para ser gerida pela durabilidade do tempo. O sujeito que antes estava destinado a morrer, tornou-se o sujeito da cronicidade. Temos, aqui, um deslocamento para uma fase crônica desse dispositivo.

A compreensão da aids como um dispositivo crônico exige, primeiramente, uma configuração que supra a carência de uma “problematização teórica abrangente” na fundamentação foucaultiana original (Butturi Junior, 2016). Ao amparar-se em Agamben (2009), Butturi Junior expande a rede heterogênea de elementos (discursos, leis, instituições, etc) que respondem a uma urgência histórica. Nessa leitura, a aids deixa de ser apenas uma doença para tornar-se uma elaborada rede que produz formas específicas de saber e de sujeição, fragmentando o indivíduo em identidades formatadas conforme a conveniência do governo biopolítico.

Nesta nova configuração, a existência do sujeito é capturada por aparatos biomédicos e pela cronicidade. O “aidético” dá lugar ao sujeito que “vive com HIV”, cuja subjetividade é moldada pela necessidade de ser um gestor de si mesmo. A cronicidade prescreve uma nova normalidade que exige adesão estrita; aqui, o bom usuário é aquele que internaliza a disciplina médica para manter a carga viral controlada. Entretanto, esse processo de subjetivação é atravessado pelo conceito de *phármakon*: o medicamento que garante a vida age em uma zona de indiscernibilidade, sendo “ora remédio, ora veneno” (Derrida *apud* Butturi Junior, 2016). A terapia exige uma ascese corporal onde o indivíduo busca expurgar marcas físicas da doença para produzir-se como um “sujeito normal”.

Com essa redistribuição, consolida-se o conceito de Tratamento como Prevenção (TasP), formulado por Montaner et al. (2006)¹², demonstrando de que o tratamento em larga escala reduz a incidência do vírus em nível populacional alça o fármaco à categoria de tecnologia de prevenção. Prevenir, agora, exige que o indivíduo se submeta a um regime de visibilidade permanente através do monitoramento clínico. Surge, assim, o *sujeito indetectável*: o indivíduo que, devido ao sucesso terapêutico comprovado pelo estudo de Vernazza et al. (2008), atinge o status de intransmissível, alterando profundamente as regras de circulação dos corpos no dispositivo.

Contudo, esse dispositivo de cronicidade conserva, sob a aparência de êxito, uma lógica de sujeição total. Como apontam Butturi Junior e Lara (2018), a cidadania só se efetiva mediante a adesão irrestrita, estabelecendo um nexos punitivo entre cronicidade e culpabilização que recai sobre corpos ainda lidos como perversos. Se o biopoder é um poder que "faz viver", ele opera no Brasil de forma dual: separa e disciplina a vida daqueles que aderem, enquanto utiliza o racismo de Estado como tática para justificar a exposição ao risco daqueles que escapam a esse esquadramento (Foucault, 2005).

Por fim, a estabilização promovida pelo dispositivo crônico encontra resistência na crítica de Richard Parker (2015) sobre a "biomedicalização" da resposta. Parker alerta que as tecnologias farmacológicas, como a PrEP e a PEP, classificadas por ele como uma "salada mista" de intervenções, correm o risco de substituir as respostas sociais e políticas por uma gestão neoliberal de corpos. É no interior dessa proliferação de discursos sobre a Prevenção Combinada, na ordem de uma biomedicalização acentuada partir de 2017 no Brasil, que esta pesquisa levanta a hipótese de que estamos diante de um dispositivo que funciona com regras de formação próprias no interior da cronicidade: o dispositivo da prevenção combinada.

¹² O artigo de Montaner et al. (2006) é considerado a pedra fundamental da postulação teórica do **Tratamento como Prevenção (TasP)**. Nele, os autores apresentam evidências de que a terapia antirretroviral (TARV) reduz a carga viral a níveis indetectáveis, o que diminui drasticamente a concentração do vírus em fluidos biológicos (sêmen e secreções vaginais) e, por extensão, a sua transmissibilidade.

2 PERCURSO ARQUEOGENEALÓGICO

No presente capítulo, apresento os caminhos percorridos nesta pesquisa como um itinerário reflexivo que assume a postura de uma história do presente, investigando a estabilização da Prevenção Combinada como discurso da governamentalidade biopolítica brasileira sobre o hiv - aids (Foucault, 2014; 2023; 2024). Detalho como analisei a materialidade do *corpus*, propondo um exercício de tensionamento das superfícies de emergência de saberes e poderes em vez de uma análise de conteúdo tradicional que busque significados ocultos. Baseado nos preceitos da arqueologia de Foucault (2022, p. 8), analiso os documentos-monumentos a partir de sua exterioridade, de modo que a análise possa definir, no próprio tecido documental, suas “unidades, conjuntos, séries, relações”. Nesse sentido, o trabalho arqueológico opera uma mutação na qual a história “transforma os documentos em monumentos”, permitindo que o material seja isolado e organizado em conjuntos significativos. Assim, o *corpus* não é tratado como matéria inerte que remete ao passado, mas como uma materialidade documental abordada em sua existência própria, visando a uma “descrição intrínseca do monumento” que revele as regularidades das práticas discursivas.

Em *História da Sexualidade II – O uso dos prazeres* (2020 [1984]), Foucault faz um corte entre a Antiguidade greco-romana e a modernidade para analisar a transição das preocupações morais sobre o corpo e os prazeres. Explorando uma genealogia sobre o “homem do desejo”, que revelou como o cuidado com a verdade e a liberdade moldaram as normas de comportamento sexual no Ocidente, o francês, logo no início da obra, explica que os documentos que usou tiveram caráter prescritivo, ou seja, textos práticas que propunham “regras de conduta [...] na medida em que eram feitos para serem lidos, aprendidos, meditados, utilizados, postos à prova, e visavam, no final das contas, constituir a armadura da vida cotidiana.

Uma década depois, Kenneth Camargo Jr. em recorte da sua tese de doutorado “*Aids e a Aids das Ciências*” (1994), também na esteira teórico-metodológica foucaultiana, descreve a metodologia que utilizou em sua pesquisa documental, selecionando como fio condutor manuais médicos, publicações científicas e fontes primárias em textos históricos. O autor elege como critérios de recorte do corpus a relevância histórica dos documentos e o papel fundamental na descrição do hiv. Além da organização do material em ordem cronológica, Camargo Jr. (1994, p. 44) destaca a “emergência de uma certa tipologia dos artigos analisados”, elencando estes como artigos de consolidação, que consolidam os conhecimentos

de um período; e artigos de demarcação, que definem marcos consensuais.

A organização do *corpus* da pesquisa foi inspirada em Foucault (2020 [1984]) e Camargo Jr. (1994), de modo a capturar os deslocamentos que marcaram a os modos de ser sujeito em meio à epidemia de aids, ao longo do recorte temporal de 1983 até 1987. Este período foi recortado em razão de ser possível descrever o momento que a aids surge como um dispositivo de morte e medo até o deslocamento para um dispositivo biomedicalizado. Por este motivo, dividi o *corpus* em dois segmentos para cada parte da análise: o segmento histórico-documental, com função similar ao proposto por Foucault e Camargo Jr., que trata-se de documentos-monumentos que consolidam conhecimentos de um período e que definem marcos consensuais; e o segmento midiático, com função de rastrear a circulação e a capilaridade desses saberes no tecido social, evidenciando como os discursos médicos e morais foram traduzidos para o grande público e participaram ativamente na produção das subjetividades e dos estigmas relacionados à doença no recorte temporal selecionado.

Além dessa segmentação do *corpus*, a análise foi feita em três momentos, divididas em dois capítulos distintos.

No capítulo 3, comecei tratando da figura dos “corpos perversos”, terminologia que Foucault (2023) descreve como o resultado de uma “implantação perversa” produzida pelos mecanismos de poder-saber que transformou comportamentos isolados em “espécies” de indivíduos. Perlongher empresta o termo de Foucault no texto *O que é AIDS* (1987), para se referir aos sujeitos fabricados pelo dispositivo da aids. Eu, por minha vez, usei o termo “corpo perverso” para me referir a um período que vai desde 1983 até 1996, tendo como marco a Lei 9.313/1996, que celebra o início da distribuição gratuita da TARV para pessoas vivendo com hiv ou aids. A escolha deste marco não é apenas cronológica, mas analítica: ela sinaliza a transição de um dispositivo de morte e exclusão para um dispositivo de gestão da cronicidade.

Nesse sentido, ao delimitar a fase do corpo perverso, busquei indicar que, no interior desse dispositivo da aids, a prevenção não era uma estratégia puramente técnica, mas um campo de batalha atravessado por campanhas de forte apelo moral, influência religiosa e uma instabilidade nas políticas públicas de saúde. Era um momento em que a ciência e o Estado ainda buscavam formas de manejar a epidemia, e essa incerteza traduziu-se em uma bagunça institucional que delegou à moral a função de regular os comportamentos.

O *corpus* selecionado para esta análise do corpo perverso conferiu inteligibilidade ao acontecimento do vírus, da doença e das práticas de prevenção no Brasil entre 1983 e 1996. O segmento histórico-documental foi composto por obras que documentaram e problematizaram a epidemia em seu surgimento: *O que é AIDS*, de Nestor Perlongher (1987); *Vida antes da*

morte, de Herbert Daniel (1989); e *A AIDS no Brasil*, de Jane Galvão (2000). Inicialmente, Daniel e Galvão não faziam parte do *corpus*, porém, diante da necessidade de enriquecer a pesquisa com detalhes de como o dispositivo da aids incidia sobre os corpos vivendo com hiv, trouxe Daniel para a pesquisa; a obra de Galvão ofereceu o embasamento para mapear a formulação das políticas públicas brasileiras em diálogo com as normativas internacionais. Juntas, essas adições ao *corpus* permitiram capturar com mais precisão a complexidade do dispositivo da aids, desde a sua incidência direta nos sujeitos até a consolidação de saberes oficiais e transnacionais.

Para o segmento midiático, selecionei duas campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde: "Quem vê cara, não vê AIDS" (1988), recuperada a partir de registros jornalísticos do Senado Federal, e "Se você não se cuidar a AIDS vai te pegar" (1991), coletada nos arquivos digitais da *Revista Manchete*. A razão da escolha por essas duas campanhas reside na capacidade que ambas apresentaram de expor as ranhuras do discurso oficial de prevenção brasileiro. Elas revelam como o Estado traduziu o saber médico em uma estratégia preventiva moralizante que, sob o pretexto de proteger a vida, acionou o medo, a culpa e a responsabilização individual como tecnologias centrais para o governo das condutas sexuais da população.

A análise deste material seguiu os passos de Ramari e Navarro (2022), no quais os autores realizam uma análise arqueogenealógica de manchetes sobre a aids na imprensa brasileira. Em um primeiro momento, descrevi as condições de possibilidade para a emergência desses discursos, utilizando o segmento histórico-documental para entender o que permitia que certas coisas fossem ditas e outras silenciadas naquele período. Em seguida, as campanhas de prevenção foram analisadas para demonstrar como a prevenção era exercida na prática e quais sujeitos eram constituídos.

A partir desse mapeamento, procedi à *análise arqueogenealógica* propriamente dita, identificando as regras de formação que sustentavam o saber sobre a aids (quem podia falar, de que lugar e sob qual autoridade). Por fim, voltei-me para a descrição das relações de poder e dos efeitos de verdade produzidos, revelando como o dispositivo da aids disciplinava os corpos e regulava as condutas por meio de uma racionalidade que mesclava o saber biomédico a um profundo julgamento moral.

Ramari e Navarro (2022) adotam uma perspectiva que se verticaliza desde enunciado até a amplitude do documento. O movimento analítico consiste, nesse caso, na identificação dos enunciados que emergem no *corpus*, buscando descrever suas regras de formação a partir de quatro eixos fundamentais: a delimitação dos objetos, as modalidades enunciativas, a rede

de conceitos e as escolhas estratégicas que sustentam o dizer.

Ao seguir esse modelo, foi possível realizar uma análise que não se limitou à descrição da superfície textual, mas buscou compreender como esses enunciados se organizam se inscrevem em um a priori histórico específico. Essa estratégia permitiu mapear os jogos de verdade e as relações de poder-saber que autorizam certos discursos sobre o hiv e a aids, revelando como o dispositivo se transforma e se estabiliza por meio de dependências intrínsecas entre o que é dito e as estruturas de poder que o sustentam.

A adoção desse percurso metodológico foi fundamental para a continuidade da análise, sanando impasses teóricos e operacionais verificados nas etapas iniciais da pesquisa. Cabe destacar que essa inflexão analítica é fruto das interlocuções travadas durante a banca de qualificação, momento em que a sugestão de leitura da obra de Ramari e Navarro (2022) permitiu consolidar um procedimento mais robusto. Essa sistematização possibilitou a operacionalização da arqueogenealogia de forma mais precisa, fornecendo o instrumental necessário para o exame dos arquivos que compõem as fases seguintes da pesquisa: o corpo crônico e o corpo combinado.

Ainda no capítulo 3, analisei os deslocamentos das práticas discursivas sobre hiv-aids e prevenção, partindo do deslocamento de um dispositivo da aids emanava pânico e promovia exclusão e estigma, para um “dispositivo crônico da aids”, a partir de 1996, que teve como marco a Lei nº 9.313/1996 e alterou a racionalidade de governo sobre a vida das pessoas que vivem com hiv – aids. A hipótese de um dispositivo crônico da aids é levantado por Butturi Junior (2016) e Butturi Junior e Lara (2018), e descreve um corpo que antes era destinado à morte biológica e civil e passa a ser capturado por um dispositivo de cronicidade, onde a sobrevivência é possível, desde que mediada por uma vigilância constante e uma adesão ininterrupta à medicação. Por isso, esta parte da análise denominei como a fase do corpo crônico.

O *corpo crônico* é aquele que deve ser "docilizado" pela técnica médica: ele vive, mas sob a condição de uma cidadania biológica que exige exames constantes e cumprimento rigoroso de protocolos. É uma biopolítica que, como apontam Butturi Junior e Lara (2018), "faz viver", mas também cria novas formas de sujeição e culpabilização para aqueles que não conseguem aderir ao padrão esperado de "doente saudável".

No segmento histórico-documental, o *corpus* selecionado inicialmente analisou a obra *Histórias da aids no Brasil: as respostas governamentais à epidemia de aids - Volume 1* (2025 [2015]), de Lindinalva Laurindo Teodorescu e Paulo Teixeira. A utilização deste documento é fundamental para mapear a genealogia das políticas de saúde no Brasil. O livro

transparece a versão governamental da resposta à doença, permitindo analisar os mecanismos biopolíticos estabelecidos para normatizar as condutas da população e organizar as diretrizes de prevenção em âmbito nacional, a partir do relato de profissionais que atuaram direta e indiretamente na resposta brasileira à epidemia. Além disso, essa obra traz como recorte temporal o período entre 1983 e 2003, sendo possível acessar enunciados dos anos iniciais do período do corpo crônico (1996 a 2003).

Ainda no âmbito do segmento histórico-documental, o *corpus* passou a integrar também o texto *"Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982 – 1996"*, de Richard Parker. A inserção desse documento justifica-se pela necessidade de mapear as tensões, resistências e alianças que forjaram a resposta nacional à epidemia. A análise de Parker demonstra que a governamentalidade foi articulada em uma complexa rede de relações de poder que envolveu a forte mobilização da sociedade civil. Dessa forma, o texto atua como uma ferramenta analítica crucial para descrever as condições históricas de emergência e a consolidação do dispositivo da aids no Brasil durante o período recortado.

Para o segmento midiático desta fase volta-se para a consolidação da testagem como o principal disparador da gestão da cronicidade e porta de entrada para o sistema biomédico. Para compor este arquivo, foram selecionadas duas campanhas do Ministério da Saúde: “Faça o teste de AIDS” (2013), recuperada da página oficial do órgão no Facebook, e “30 anos de luta contra a AIDS #PartiuTeste” (2015), proveniente do acervo da UNA-SUS.

Essas peças são tratadas como superfícies de emergência que revelam uma transição fundamental na racionalidade preventiva: o deslocamento do foco do comportamento (o uso do preservativo) para a biologia (o status sorológico). Mantendo o rigor metodológico estabelecido por Ramari e Navarro (2022), a análise deste *corpus* buscou identificar os deslocamentos nas regularidades discursivas e então realizada descrição das relações de forças que incidiram sobre esse fazer prevenção a partir das condições históricas de possibilidade enunciativa.

Por fim, no capítulo 4, analisei a emergência de um período que chamei de “corpo combinado”, em alusão à estratégia de Prevenção Combinada. Esse período não representa apenas uma evolução técnica, mas uma transformação biopolítica onde a distinção entre corpos positivos e negativos é borrada em prol de uma gestão molecular do risco. Neste período, a pesquisa analisou como o sujeito é convocado a tornar-se um “administrador de si”, um tecnovivente cuja cidadania é exercida pela ingestão de fármacos e pelo monitoramento constante de fluidos (Preciado, 2008).

O *corpus* para esta etapa final organizou-se exclusivamente dentro do segmento histórico-documental, trazendo como principais documentos-monumentos o relatório *Combination HIV Prevention* (UNAIDS, 2010) e o manual *Prevenção Combinada: bases conceituais* (Brasil, 2017a). Além das normativas textuais, foram incorporadas à materialidade analítica representações diagramáticas que operam como aparatos do discurso: a "Mandala da Prevenção Combinada", presente no *PCDT/PrEP* (2025) e o "Cubo de Rubik" da Prevenção Combinada, esquematizado no manual *Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na Atenção Básica* (Brasil, 2017b). Estes materiais não são tratados aqui como meras ilustrações, mas como superfícies de emergência que tornam a prevenção "inteligível" e "consumível", funcionando, de fato, como a planta baixa da governamentalidade biopolítica contemporânea.

Seguindo o percurso metodológico inspirado em Ramari e Navarro (2022), o processo analítico deste capítulo iniciou com o mapeamento histórico. Essa etapa compreendeu a identificação das condições de possibilidade que demandaram a emergência da Prevenção Combinada, destacando o esgotamento do modelo focado no preservativo e a crise econômica de 2008. Em seguida, a pesquisa avançou para a descrição da relação agonística, promovendo uma análise dos embates entre a moralidade conservadora e a racionalidade científica. Esse movimento mostrou a forma pela qual dispositivo alcançou sua estabilização por meio da rebiomedicalização.

O trajeto contemplou também a análise arqueológica dos diagramas, examinando a Mandala e o Cubo Mágico como instrumentos de subjetivação e de processos de dessubjetivação. Nesse contexto, o sujeito acaba reduzido a um status de função sorológica e é capturado pela lógica da gestão proposta por Agamben (2009). O percurso findou na genealogia do corpo combinado, rastreando o modo pelo qual a tecnologia preventiva, englobando PrEP, PEP e TcP, produz uma zona de indiscernibilidade que transforma a prevenção em um regime de gestão molecular do desejo e da conduta. Por fim, retomei as perguntas de pesquisa iniciais, bem como os objetivos fixados para a investigação, com o intuito de fundamentar as minhas considerações finais.

3 O CORPO PERVERSO, O CORPO CRÔNICO E O CORPO COMBINADO

“O máximo que se consegue, ao amedrontar as pessoas, é afastá-las da verdadeira informação cujo objetivo é fornecer **métodos de prevenção** e ensinar: A Aids pode ser evitada.” (Herbert Daniel, 1989, p. 23 - 24, **o grifo é meu**)

Inspirando-se na premissa de Herbert Daniel (1989) de que o medo afasta as pessoas da verdadeira informação preventiva sobre a aids, este terceiro capítulo analisa os regimes de verdade e os métodos historicamente mobilizados no enfrentamento da epidemia. Ao investigar o dispositivo da aids e suas rupturas, busco descrever como diferentes estratégias preventivas foram enunciadas ao longo do tempo e a quais relações de força elas respondem. Veremos, contudo, que essa trajetória não se limitou à produção de novos sujeitos (Foucault, 2024); no cenário contemporâneo, o dispositivo em seu caráter crônico (Butturi Junior, 2016; Butturi Junior; Lara, 2018) apresenta também processos de dessubjetivação (Agamben, 2009), nos quais a agência e a identidade política cedem cada vez mais espaço para a gestão técnica de corpos reduzidos a dados biomédicos e a rígidos protocolos de adesão.

3.1 O corpo perverso: o grupo de risco e a interdição moral

Inicialmente moldado pelo medo, moralismo e negligência, o dispositivo da aids, cuja chegada ao Brasil veio por veículos de comunicação, compilou as principais notícias divulgadas por agências oficiais de informação dos Estados Unidos (epicentro da doença no início da epidemia durante a década de oitenta do século XX). A imprensa brasileira traduziu o enunciado “Rare cancer seen in 41 homosexuals” do *New York Times* de 3 de julho de 1981 como “Câncer raro ataca gays”¹³ no Jornal do Brasil (Galvão, 2000; Teodorescu; Teixeira, 2025), fazendo com que o acontecimento da doença (a notícia) chegasse antes da doença em si (Moraes; Carrara, 1985).

O discurso da imprensa brasileira sobre a aids veio acompanhado de sua parceira coadjuvante: “é a medicina que identifica e nomeia a AIDS, criando-a enquanto um fenômeno *sui generis*. É ela também a primeira a postular modelos que estabelecem nexos causais entre os fatos agrupados sob o nome dessa nova patologia” (Moraes; Carrara, 1985, p. 21). Se o discurso médico é quem dita a regra do que é falado, a imprensa entra e divulga suas impressões gerais.

¹³ Há uma divergência nas fontes consultadas sobre a data exata da divulgação desta matéria. Considero que foi divulgado entre julho e agosto de 1981 no Jornal do Brasil. Em consulta ao arquivo deste veículo, não identifiquei a matéria no dia 5 de julho de 1981 e não há no arquivo a data do dia 3 de agosto de 1981 (datas que apresentaram divergência no livro de de Teodorescu e Teixeira, 2025)

Teodorescu e Teixeira (2025) apontam que os primórdios da epidemia foram marcados por prenúncios prudentes sobre uma "disfunção da imunidade celular". Esses prenúncios encontram fundamento na obra *Inventing AIDS*, de Cindy Patton (1990, p. 59), na qual a autora relata que os campos médicos da virologia e da imunologia vivenciavam avanços científicos significativos e que a imunologia foi “mais abrangente em termos explicativos, tanto no nível científico quanto no cultural”. Ao caracterizar os primeiros casos como uma “falha imunológica inexplicável em um pequeno grupo de homens gays”, a imunologia findou por chamar a síndrome de “imunodeficiência relacionada aos gays (GRID), termo que dentro das premissas deste campo de conhecimento era lógico, porém criticado por ativistas gays.

Em 1982, quando a nomenclatura Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) se estabilizou através, principalmente, dos boletins epidemiológicos do CDC, a doença já havia sido chamada de nomes como *gay pneumoniae*, *gay cancer*, *GRID* e *gay compromise syndrome* (Teodorescu; Teixeira, 2025). Este fato, comenta Patton (1990, p. 55), fez com que os corpos considerados grupos de risco, os corpos perversos, fossem a própria representação da AIDS e que o homem gay se tornou a “encarnação” do “vírus da AIDS”. Desse modo, quando a imprensa brasileira passou a noticiar o fenômeno, a narrativa importada já trazia esse viés consolidado, fazendo com que a aids entrasse no discurso midiático nacional não como uma questão de saúde pública universal, mas restrita às categorias marginalizadas que aquelas primeiras nomenclaturas haviam delimitado.

Herbert Daniel (2018, p. 30) conta que “Por volta de 83, esperava-se, apenas, a confirmação da presença no Brasil. E a imprensa aguardava somente o nome da primeira vítima para produzir uma manchete já preparada de antemão”. No curto intervalo entre o acontecimento da aids e a morte do estilista Markito em 1983 (Teodorescu; Teixeira, 2025), a aids era considerada um “mal de folhetim”, termo que Galvão (2000, p. 48) usou para se referir a essa fase entre 1981 e 1982 quando a doença circulava apenas nos veículos de comunicação: “Sem uma literatura médica disponível, sem iniciativas governamentais ou não governamentais e sem casos de pessoas oficialmente identificadas como “doentes”.

No texto *Um mal de folhetim*, de Moraes e Carrara (1985), os autores analisam como a imprensa brasileira construiu a imagem pública da aids no país, na forma de um fenômeno no qual “a realidade supera a ficção” (p. 20). Ao comparar a aids com outras doenças que historicamente eram mais letais, os autores destacam que “não é a relevância ou a gravidade de um fato médico que irá determinar sua maior ou menor repercussão social. São antes as questões que suscita para a sociedade, a **sua atração simbólica**” (Moraes; Carrara, 1985, p. 20 - **o grifo é meu**).

Um folhetim, como descreve Garcia (2019), evoluiu de um espaço de conteúdos variados para a ficção seriada, assumindo, para além do entretenimento, a função estratégica de fidelizar leitores e atuar como instrumento pedagógico de moralização e modelagem de comportamento das massas urbanas. Nesse cenário, o *mal de folhetim* de Moraes e Carrara (1985) apresenta, em seu limite, uma *polivalência táctica discursiva*: “deve-se conceber o discurso [...] como uma multiplicidade de elementos discursivos que podem entrar em estratégias diferentes” (Foucault, 2023, p. 110). Assim, não se trata apenas de uma doença que entra em circulação nos veículos informativos, mas, tomando a característica de seriação própria ao folhetim, atende às tais questões cuja sociedade é suscitada.

A aids, como uma “bricolagem de linguagens e opiniões” que “amalgamou discursos em diferentes domínios” (Moraes; Carrara, 1985) tornou fácil para a imprensa brasileira colocá-la em discurso. Seu atrativo simbólico era justamente a possibilidade de colocar na mesma notícia “a fala dos médicos, psicólogos, sociólogos, líderes, ativistas gays, sacerdotes religiosos; vítimas da doença e seus parentes, pessoas que se julgavam ameaçadas de contágio, delegados de polícia, travestis de porta de boate, artistas famosos, presos, hemofílicos” (Moraes; Carrara, 1985, p. 21). E “apesar das poucas matérias que saíram na mídia brasileira entre 1981 e 1982”¹⁴ (Galvão, 2000, p. 55), foi ganhando espaço na imprensa que a doença se tornou socialmente visível (Moraes; Carrara, 1985).

Em solo brasileiro, o discurso médico se mostrou resiliente em receber a nova doença. Como poucos artigos havia sido publicados e pouco se conhecia sobre os aspectos da doença, médicos se atualizavam entre pares, principalmente em eventos científicos, como o 2º Congresso de Infectologia, em 1983, no qual a aids foi amplamente discutida de maneira um tanto contraversa: dois casos da Escola Paulista de Medicina foram relatados, o então presidente da Sociedade Brasileira de Infectologia e titular da disciplina de doenças infecciosas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo afirmou desconhecer casos, cientista rejeitou a ideia de *câncer gay* mas relacionou homossexualidade e aids. Por aqui, “o meio médico começava uma cruzada moral contra os homossexuais” (Teodorescu; Teixeira, 2025, p. 22).

Em 1983, a aids não era mais um *mal de folhetim* no Brasil (Galvão, 2000). Teodorescu e Teixeira (2025, p. 25) relatam que com a morte do estilista brasileiro Markito, houve uma explosão discursiva sobre a aids por parte da imprensa: “durante todo o ano de 1983, indistintamente, essas duas categorias de imprensa publicaram reportagens nomeando a aids ora de ‘doença que atinge homossexuais’, ora de ‘câncer gay’ ou ‘peste gay’. A

¹⁴ Galvão (2000) cita *Folha de São Paulo*, *O Globo* e *Veja* nos anos de 1981 e 1982.

estigmatização dos corpos homossexuais foi uma consequência direta dessa associação entre aids e homossexualidade. Barp *et. al.* (2022, p. 230) argumentam que “À medida que a homossexualidade precisou ser ‘tolerada’, dado o fracasso da medicina em tratá-la, o HIV/Aids possibilitou uma nova forma de governá-la”.¹⁵ Estava pavimentado, portanto, o caminho para que o discurso médico transformasse esse estigma difuso em uma categoria de gestão populacional. O homossexual, “foi desdobrado na figura do aidético” (Barp *et. al.*, 2022, p. 230), fazendo parte da invenção do *grupo de risco*. Contudo, antes do enunciado *grupo de risco* se estabilizar como norma, descrevo as regularidades que tornaram esse conceito pensável e enunciável.

O saber médico desse momento do dispositivo da aids não residia no agente etiológico da doença: “O vírus foi isolado em janeiro 1983 pela equipe do Instituto Pasteur de Paris, mas sua responsabilidade etiológica pela doença só foi realmente admitida a partir de abril de 1984” (Teodorescu; Teixeira, 2025, p. 20). O comportamento do doente é onde se buscava compreender a doença. Estabeleceu-se uma injunção discursiva fundamental: para falar da doença, era obrigatório falar das práticas sexuais. A avaliação clínica transformou-se em um ritual de confissão, reativando o dispositivo da *scientia sexualis* descrito por Foucault (2023): a verdade da doença deveria ser extraída da verdade do sexo.

Não se tratava, portanto, de relacionar os primeiros dados científicos que apontavam para a incidência da doença na população homossexual, mas de uma ontologização da culpa. A regra discursiva vigente autorizava uma fusão entre a identidade do indivíduo e sua patologia, onde a orientação sexual não era apenas um fator, mas a própria condição de possibilidade da infecção. As doenças oportunistas, como o sarcoma de Kaposi, o emagrecimento súbito ou a pneumonia não eram interpretados apenas como sintomas clínicos, mas como a culpa de uma *vida desregrada*. O corpo doente falava a verdade sobre seus pecados.

Tal racionalidade restringiu drasticamente o campo do dizível. Sob a regência do arquivo (Foucault, 2022), estabeleceu-se uma regra de formação que tornava estruturalmente impossível, nos primeiros anos do dispositivo, enunciar a aids sem a contrapartida da devassidão. O arquivo funcionava, assim, como um filtro de existência: para ser considerada verdadeira, a doença precisava, obrigatoriamente, ancorar-se em corpos que desafiavam a norma sexual vigente à época.

¹⁵ O que Barp *et al* (2022) fazem notar é o fato de que a Associação Americana de Psiquiatria retirou a homossexualidade do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) em 1973 mas a epidemia de hiv - aids a medicina se “redimisse” com tal fracasso.

As regularidades discursivas apontaram para uma doença que era efeito de um desvio das normas sexuais. Como diz Herbert Daniel (1989, p. 41 - **o grifo é meu**) “a homossexualidade deixou de ser vista, pela medicina, como doença, mas passou a ser considerada sutilmente como fonte de doenças: **de patologia passou a ser considerada condição patogênica**. Mudança indicativa de uma feroz batalha ideológica, onde a medicalização da sexualidade é parte de uma sombria estratégia.”. A estratégia: mapear, classificar e cercar as identidades perversas que eram seu próprio algoz.

As identidades perversas, contudo, logo transbordaram os limites da homossexualidade. Operando uma articulação complexa entre “sangue, raça e sexualidade” (Barp et al., 2022, p. 228), a epidemiologia instrumentalizou os dados probabilísticos para ampliar o cerco taxonômico. A estatística serviu, assim, de suporte racional para nomear e isolar aqueles corpos que, por sua biologia ou procedência, representavam uma ameaça provável à população: consolidava-se a categoria dos *grupos de risco* — a estratégia biopolítica de gestão dos corpos perversos.

Essa expansão taxonômica é descrita por Teodorescu e Teixeira (2025) ao narrarem o deslocamento do olhar médico em 1982: se antes o foco estava na *gay compromise syndrome*, a notificação de casos em haitianos na Flórida e em heterossexuais africanos na Europa forçou uma reconfiguração do mapa do perigo. Nos Estados Unidos, a síndrome passou a ser circunscrita pela regra dos 4 Hs: homossexuais, haitianos, heroinômanos e hemofílicos. Foi sob essa urgência de classificação que os epidemiologistas cunharam o termo *grupos de risco*, uma ferramenta semântica para tentar conter o ingovernável.

Entretanto, extrapolar os limites da homossexualidade não foi suficiente para remover o estigma. No Brasil, essa ontologia da culpa desenhou um novo quadro: os homossexuais eram tidos como culpados pela própria doença, enquanto hemofílicos e parceiras de bissexuais eram lidos como vítimas inocentes da infecção (Teodorescu; Teixeira, 2025). Essa distinção moral mostra que a constituição dos grupos de risco não obedeceu apenas a um saber médico neutro, mas funcionou como uma tecnologia de poder voltada à produção de verdade e à hierarquização dos indivíduos (Perlongher, 1987).

Ao circunscrever o perigo a grupos específicos, o dispositivo da aids opera o que Pelúcio e Miskolci (2009) descrevem como a criação de um cordão sanitário. A função tática desse cordão não é apenas isolar os infectados, mas produzir e proteger uma ficção estatística e moral denominada “população geral”. Segundo os autores, a noção de grupo de risco permitiu que a sociedade hegemônica se imaginasse imune, projetando a epidemia como um problema exclusivo dos “outros”, dos desviantes. A mídia, referendada pelo saber médico

vigente, instituiu no senso comum a ideia de que a respeitabilidade moral seria um escudo imunológico (Pelúcio; Miskolci, 2009), estabelecendo uma distinção clara na gestão da vida.

Essa gestão inscreve-se no que Foucault (2005) descreve como a paradoxal operação da biopolítica: um poder contínuo e científico de "fazer viver" que, contudo, precisa gerir a morte. Para compreender como um poder centrado na vida pode exercer a segregação letal, Foucault recorre ao conceito de *racismo de Estado*. É este mecanismo que introduz o corte entre o que deve viver e o que pode ser deixado para morrer, justificando a eliminação (biológica ou simbólica) daqueles que representam um perigo para a saúde do corpo social.

No dispositivo da aids, esse racismo de Estado produziu medo e silenciamento. O efeito mais perverso dessa tecnologia foi a decretação do que Herbert Daniel chamou de morte civil (Daniel, 1989, p. 33). Antes mesmo da falência biológica, o sujeito inserido no grupo de risco tinha sua cidadania cassada pela interdição moral, tornando-se, nas palavras de Daniel, um morto-vivo no interior do corpo social, excluído da humanidade comum muito antes do golpe final da doença.

Se a invenção do grupo de risco serviu para para dizer onde habitava o perigo, ou melhor, em quem, a estratégia de prevenção desse período funcionou como mecanismo de contenção. Conforme analisam Pelúcio e Miskolci (2009, p. 126), as políticas públicas de prevenção no dispositivo da aids buscavam controlar e normalizar as relações afetivas e sexuais “segundo padrões heteronormativos”.

A heteronormatividade, como descreve Berlant e Warner (2002), é a sexualidade organizada e apresentada como coerente e privilegiada. Destacam Pelúcio e Miskolci (2009, p. 142) que esses privilégios

vêm materializados nos discursos jurídicos, médicos, educativos, midiáticos, nas produções culturais, como filmes e romances, estabelecendo hierarquias que não se pautam explicitamente pela sexualidade ou só por ela, mas que regulam as relações sociais a partir do pressuposto da heterossexualidade como um estado natural e moralmente desejável.

Sob essa ótica, Pelúcio e Miskolci (2009) demonstram que a racionalidade da prevenção, naquele momento inaugural do dispositivo, não se voltava à promoção da saúde em sentido estrito, mas operava fundamentalmente como uma prevenção do desvio. O alvo da intervenção sanitária eram as condutas que escapavam à heteronormatividade. O dispositivo acionou, portanto, discursos que vinculavam a segurança biológica à retidão moral, elegendo a monogamia, o potencial reprodutivo e a vida familiar privada como ideais de imunidade. Estabelecia-se, assim, a premissa de que a única profilaxia eficaz contra o vírus residia na adesão estrita a uma conduta normativa.

Ao analisar primeiras respostas institucionais, observa-se que a prevenção no Brasil não nasceu pronta como política de Estado, mas emergiu de uma tensão entre o silêncio federal e a urgência de grupos locais: “A aids veio a público pela imprensa, mas foi comunicada às instâncias públicas de saúde pela comunidade homossexual” (Teodorescu; Teixeira, 2025, p. 31). Nessa esteira, assumo como ponto de partida para falar sobre a percepção de prevenção nesse dispositivo da aids, elegendo o acontecimento da criação do Programa Estadual de AIDS de São Paulo em 1983.

Teodorescu e Teixeira (2025) relatam que, no hiato entre 1981 e 1985, a falta de informação oficial funcionava como uma tática de omissão do Estado. Nesse cenário, a prevenção começou a ser desenhada não em Brasília, mas em São Paulo, através de uma mobilização protagonizada por um grupo pioneiro de ativistas gays e profissionais de saúde engajados. Foi tomando *como nossa* e sabendo que era *contra nós*, que o ativismo homossexual fez prevalecer sua atitude em resposta à doença no Brasil:

eles perceberam que, para evitar uma onda moralista, deveriam atuar junto aos profissionais de saúde e participar da construção do discurso social sobre a aids. Mostrar a cultura do mundo homossexual com naturalidade, de maneira a barrar qualquer tentativa de moralização dos valores sexuais e atuar como voluntários nas ações de informação e prevenção nos locais de frequência gay, foi o caminho escolhido (Teodorescu; Teixeira, 2025, p. 31)

Nesse cenário, fazer prevenção buscou disputar o sentido da epidemia e romper o cerco da desinformação. O pioneiro programa de aids de São Paulo, pioneiro no país, identificou que a ausência de diretrizes claras era, em si, um vetor de letalidade. O movimento ativista, preocupado com o problema da desinformação, colocou entre suas reivindicações “distribuir um boletim informativo à população, em especial aos grupos considerados de maior risco, com informações sobre a doença, as formas de transmissão e sobre os serviços disponíveis para o atendimento aos casos suspeitos (Teodorescu; Teixeira, 2025, p. 35).

Foi também nesse período inicial do dispositivo que uma nova tecnologia biopolítica alterou radicalmente a paisagem da prevenção: o advento dos testes anti-HIV comerciais em 1985. Teodorescu e Teixeira (2025) apontam que a testagem não trouxe apenas um diagnóstico clínico; ela fabricou um novo sujeito político e biológico: o soropositivo. Se antes a fronteira do perigo era visível (entre o doente com sintomas e o saudável), o teste introduziu um novo regime de visibilidade, trazendo à luz a pessoa assintomática. A prevenção, aqui se projeto também como um ritual de confissão (Foucault, 2023): a obrigação de extrair a verdade oculta na carne e falar publicamente. O ato de fazer o teste torna-se, assim, um dever moral onde o indivíduo deve confessar sua condição biológica para ser governável, transformando a sorologia na nova verdade da sua alma.

Essa pressão vinda das bases e a nova realidade diagnóstica forçaram a entrada tardia do Governo Federal na arena. Em 1985, com a criação do Programa Nacional de Aids, o Estado tentou assumir o controle da narrativa preventiva, mas suas primeiras incursões foram marcadas pela instabilidade.

É emblemático dessa instabilidade inicial o caso da campanha protagonizada pelo jogador Sócrates, também em 1985, uma das primeiras tentativas do Ministério da Saúde de falar com as massas: “o jogador de futebol, na época ídolo da população brasileira, falava dos riscos da doença. [...] não abordou explicitamente o uso do preservativo como forma de prevenção. Não encontramos vestígio dessa campanha [...] (Teodorescu; Teixeira, 2025, p. 90). De fato, no desenrolar desta pesquisa, procurei em vários veículos, porém não identifiquei qualquer referência dessa campanha.

Avanço para o movimento analítico central deste capítulo, detendo-me sobre duas campanhas de prevenção governamentais que efetivamente inscreveram a norma da prevenção no corpo social brasileiro naquele primeiro momento do dispositivo. Tais ações são a representação materializada das verdades e dos métodos de que o governo brasileiro dispunha em suas estratégias de massa.

O primeiro material do *corpus* midiático é uma campanha veiculada pelo Ministério da Saúde em 1988. Para fins de análise, procedo à transcrição do texto da peça para torná-la inteligível enquanto enunciado e explicitar suas regularidades e à quais estratégias de poder respondiam.

“As noites de uma grande cidade tem alegria, tem diversão, tem amor. Mas também tem muitos perigos. O maior deles chama-se AIDS. É uma doença que mata se piedade. Ela é transmitida pelo sexo, pelas seringas e agulhas contaminadas, pelas transfusões clandestinas de sangue. Não dá para saber quem é ou quem não é o portador da doença. Quem vê cara, não vê AIDS. Use sempre camisa de vênus, qualquer que seja seu parceiro sexual. E se, por alguma razão tiver que tomar uma injeção, nunca use seringas e agulhas de outras pessoas. Lembre-se de que AIDS é uma doença mortal que está se alastrando cada vez mais. Depende de você, de todos nós, interromper esta triste ameaça. Não permita que esta seja a última viagem da sua vida. AIDS, pare com isso.”

Imagem 2: Quem vê cara, não vê AIDS.



Fonte: Site do Senado Federal

A aids não emerge aqui apenas como uma patologia viral ou biológica. O objeto aids é formado discursivamente como uma predadora urbana, uma entidade quase personificada que habita "as noites de uma grande cidade". O enunciado "doença que mata sem piedade" retira o vírus do campo da neutralidade microbiológica e o insere em um campo semântico de crueldade e intencionalidade. A doença torna-se um sujeito que age, pune e mata, enquanto o humano é posicionado como a presa potencial desse mal que se esconde entre "alegria, diversão e amor".

O texto expõe a posição de um sujeito enunciator estatal que oscila entre a autoridade sanitária e o pudor moral. É notável a hesitação do Ministério da Saúde em nomear os insumos de prevenção. Ao optar pelo termo "camisa de vênus" em vez de preservativo ou camisinha, o enunciator legitima seu dizer recorrendo a uma nomenclatura melindrosa, evitando a linguagem técnica ou popular que poderia soar obscena para a moral da época. Essa modalidade enunciativa revela um Estado que precisa falar de sexo para salvar vidas, mas que ainda não possui a desenvoltura discursiva para tratar da sexualidade sem recorrer a eufemismos ou metáforas que suavizam o contato com o corpo sexualizado.

A campanha concretiza o conceito de invisibilidade do perigo. A frase "Quem vê cara, não vê AIDS" organiza elementos verbais e não-verbais, no qual a aparência saudável deixa de ser garantia de proteção. Essa organização é expressa, também, na escolha da pessoa para

modelar a campanha, que apresenta um aspecto bem afeiçoado. Mesmo num momento histórico em que o teste anti-HIV já existia, o conceito mobilizado ignora a possibilidade do diagnóstico para instaurar a regra da suspeição universal. O soropositivo é desvinculado de qualquer signo visual. Diferente das fases anteriores, onde o estigma recai sobre o corpo magro ou "afeminado", nesta campanha o conceito de risco se dispersa: qualquer um, mesmo o dono da "cara" saudável, torna-se um vetor em potencial.

A estratégia mobilizada é de responsabilização individual em detrimento da saúde do coletivo de pessoas. Ao enunciar "Depende de você", o discurso opera uma transferência estratégica do ônus da epidemia. O Estado informa o perigo, mas a gestão do risco é privatizada. Nota-se também uma estratégia incipiente de redução de danos na frase "se, por alguma razão tiver que tomar uma injeção". Esse enunciado evita nomear o uso de drogas injetáveis, uma estratégia que orienta o leitor a não se expor ao tabu do consumo de drogas ilícitas.

Avançando para as relações de poder que atravessam o discurso da prevenção neste dispositivo da aids, percebe-se que a campanha tensiona os mecanismos disciplinares descritos por Foucault (2014). Se na sociedade disciplinar clássica o exercício do poder se garante pela visibilidade total do corpo (o olhar hierárquico que tudo vê), a aids coloca esse modelo em crise ao introduzir a angústia da invisibilidade: é melhor ficar atento. O enunciado "quem vê cara não vê aids" atesta a insuficiência do panoptismo e exige um novo diagrama para racionalizar e identificar o perigo. Esse novo diagrama impõe a universalização da suspeita. A vigilância, que antes era focada em grupos marginalizados visíveis, os grupos de risco, dispersa-se agora para todo o tecido social. Cada indivíduo é convocado a agir como um fiscal de si e do outro, transformando suas relações de intimidade em uma cena de confissão e desconfiança, onde a presunção de saúde do parceiro é substituída pela presunção de risco.

O slogan "Aids, pare com isso" e a menção à "última viagem da sua vida" evidenciam os limites de um biopoder que, naquele momento histórico, encontrava-se incapaz de efetivar sua função primordial de "fazer viver". Diante da impossibilidade terapêutica, o poder recorre à iminência da morte como ferramenta de coação comportamental. A "camisa de vênus" entra no discurso não como um instrumento de contracepção ou prazer, mas como um escudo de guerra, uma barreira física necessária para sobreviver em um meio onde o outro é, por definição, uma ameaça biológica. A verdade do sujeito, torna-se aqui uma verdade inacessível e perigosa: como o olhar clínico e social falha em extrair a verdade do vírus (a invisibilidade), resta ao sujeito blindar-se contra o segredo que o corpo do outro pode carregar.

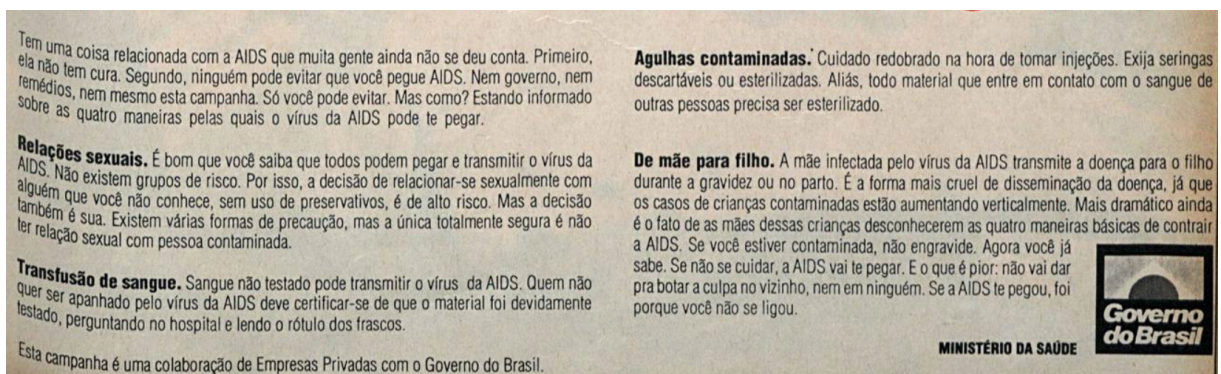
Se na campanha de 1988 a estratégia de poder convocava a suspeição da invisibilidade do outro (*quem vê cara...*), o discurso oficial avança, em 1991, para a personificação agressiva da própria doença. Diante de um cenário ainda desprovido de horizonte terapêutico, o dispositivo da aids se depara com um Estado que inflaciona a ameaça como única pedagogia possível:

Imagem 3 - Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar



Fonte: Arquivo revista Manchete - 09/03/1991

Imagem 4 - zoom no texto principal da campanha de 1991



Fonte: Arquivo revista Manchete - 09/03/1991

Analisando as regularidades o enunciado principal da campanha “Se você não se cuidar a AIDS vai te pegar” (Imagem 3), o *objeto* “aids” é construído através de uma figura de linguagem, a prosopopeia: aqui não como dado clínico, mas como uma entidade predadora e onipresente, dotada de intencionalidade punitiva (*vai te pegar*), deslocando o vírus do campo biológico para o de um antagonista moral. A *modalidade enunciativa* situa o Estado não na posição de quem acolhe ou trata, mas de uma autoridade que profetiza o destino pois já detém todo o saber para afirmar a intencionalidade da aids-gente, legitimando seu dizer pelo

terror e interpelando o cidadão na posição de vítima iminente ou culpado por sua própria negligência. O *conceito* mobilizado é o da inevitabilidade da morte, organizando um discurso onde a prevenção não é cuidado (preservativo, por exemplo), mas é medo aplicado. Por fim, a *estratégia* discursiva seleciona a responsabilização individual radical, operacionalizada pela uso da frase condicionado *Se você...*, cujo enunciado instituído a partir de uma barreira linguística, privatiza a gestão do risco: o *se* transfere o ônus da proteção inteiramente para a vontade do sujeito. Uma manobra que hierarquiza a vigilância de si acima das garantias estatais.

Essa mesma manobra deixa claro o momento da crise biopolítica do dispositivo da aids: é o Estado que não consegue *fazer viver*. Diante da incapacidade técnica e farmacológica de gerir a vida naquele momento, restava ao Estado o retorno ao poder soberano de *causar a morte*, utilizando a ameaça da própria morte como principal ferramenta de gestão da epidemia.

Outros aspectos, de certa forma positivos, que cabem destacar nessa campanha, é uma ruptura com a ideia de *grupos de risco*. No texto principal da campanha (Imagem 4), em letras menores, é possível ler alguns enunciados interessantes: “*É bom que você saiba que todos podem pegar e transmitir o vírus da AIDS. Não existem grupos de risco*” seguido de outro enunciado “*Mas a decisão também é sua*”. Outro: “*Sangue não testado pode transmitir o HIV*” seguido de “*Quem não quer ser apanhado pelo vírus da AIDS deve certificar-se que o material foi devidamente testado*”. E também: “*Exija seringas descartáveis ou esterilizadas*”, e em seguida “*Aliás, todo material que entre em contato com o sangue de outras pessoas precisa ser esterelizado*”. Por fim, mais ao final da imagem é possível ler: “*Esta campanha é uma colaboração de Empresas Privadas com o Governo Federal*”.

Esses enunciados, contudo, não devem ser lidos sob a ótica binária do avanço *versus* retrocesso, mas através do que Foucault (2023) denomina polivalência tática dos discursos. Ao romper com a noção de *grupos de risco*, por exemplo, e enunciar que *todos podem pegar*, a campanha é polivalente: por um lado, democratiza o vírus e desfaz a equivalência entre doença e identidade desviante; por outro, universaliza a suspeita e intensifica a vigilância, uma vez que, se não há grupo de risco, todo corpo é um vetor em potencial. Essa tática discursiva prepara o terreno para a estratégia da responsabilização individual radical, expressa pela máxima “a decisão também é sua”.

Nesse vácuo deixado pela diluição da responsabilidade estatal, a assinatura da peça: *uma colaboração de Empresas Privadas com o Governo Federal*. A emergência desse ator social (a iniciativa privada) na gestão da saúde pública sinaliza o deslocamento para uma

governamentalidade neoliberal, cujos traços mais visíveis do dispositivo da aids são apresentados no próximo capítulo.

Por tanto, o contexto de prevenção que é possível descrever nesse dispositivo da aids pré-coquetel é insinuante e apocalíptico. Prevenir, nessa lógica, não era gerir a saúde, mas esquivar-se da morte através da barreira física (“camisa de vênus”) e da suspeita generalizada. Essa lógica do corpo ameaçado e mortal — a encarnação do “negócio do desejo” analisado por Perlongher (1987) — contrasta radicalmente com o deslocamento que veremos a seguir: a emergência do corpo crônico, medicado e indetectável.

3.2 Corpo crônico: da sentença de morte à governamentalidade farmacêutica

A Lei nº 9.313/1996 inaugurou a era da biomedicalização da vida, mas ela não é um ponto de partida espontâneo do Estado. Como nos lembra Parker (2003), a resposta brasileira foi forjada nos alicerces da solidariedade e da pressão da sociedade civil, que recusou a pedagogia do medo para instaurar uma política de direitos humanos. O corpo crônico nasce, portanto, de uma insurreição política, encabeçada pelos movimentos sociais, que obrigou o Estado a *fazer viver*. Para tornar inteligível como os alicerces da solidariedade provocaram tal deslocamento, vamos “espreitar” a singularidade dos acontecimentos “lá onde menos se os esperava e naquilo que é tido como não possuindo história — os sentimentos, o amor, a consciência, os instintos” (Foucault, 2024, p. 55), enfim, na solidariedade.

O percurso que levou à confirmação da uma combinação de três medicamentos antirretrovirais para o tratamento da aids em 1996 (Teodorescu; Teixeira, p. 120), fazendo surgir a era dos *coquetéis* (Butturi Junior, 2016), não foi apenas uma conquista da comunidade científica em nível global, e muito menos, no contexto nacional, resultado de uma boa vontade política. Antes de 1996, o tratamento do hiv era com um fármaco chamado zidovudina, popularmente chamado de AZT, e “foi um dos primeiros medicamentos oferecido como tratamento para a infecção pelo hiv, ainda na década de oitenta do século XX” (Butturi Junior, 2016).

Na esteira do que Parker (2003) pontuou como alicerces da solidariedade, cito os dois principais alicerces que tornaram possível alcançar uma era de cronicidade da doença no Brasil: o Programa Nacional de AIDS e a mobilização política de movimentos sociais que recusaram a “morte civil” (Daniel, 1989). Tais alicerces foram fundamentais no avanço da resposta brasileira à aids e na passagem de um dispositivo da aids (Perloguer, 1987) que *fazia morrer* para um dispositivo crônico da aids (Butturi Junior, 2016; 2018) que *faz viver*, este

último com toda polivalência discursiva (Foucault, 2023) que o enunciado da vida pode significar em termos de desenvolvimento biopolítico do dispositivo.

Buscando no arquivo da *história antiga* da aids, como quer Parker (2003, p. 11), o autor destaca que ações efetivas em relação à epidemia começaram primeiro nos estados da federação, que foram os primeiros a entenderem a gravidade potencial da situação, “antes da burocracia letárgica de Brasília”. O estado de São Paulo, primeiro a apresentar casos da doença, criou o primeiro programa de aids reconhecido no país, numa iniciativa principalmente provocada por organizações gays que procuraram a Secretária de Saúde do Estado para exigir providências (Teixeira, 1997; Parker, 2003; Teodorescu; Teixeira, 2025). Se a aids tinha sido anunciada pela imprensa, foi a comunidade homossexual que a comunicou às instâncias públicas de saúde (Teodorescu; Teixeira, 2025).

A resposta inicial não-governamental à epidemia é um marcador político importante nessa história antiga da doença. Tal atitude da sociedade civil organizada vai ser notória quando da implementação do Programa Nacional de AIDS, a partir de 1985 em Brasília. Teodorescu e Teixeira (2025, p. 88) descrevem que a atitude refratária do Ministério da Saúde em relação à epidemia decorria da percepção pública de que a doença, embora grave, “estava acantonada em grupos específicos e em algumas unidades da Federação.

Parker (2003) destaca que com a *abertura*¹⁶, poucos estados da Federação, à exemplo de São Paulo, tiveram a felicidade de contar com um espírito de democracia e oposição a ditadura, além de um movimento de reforma sanitária¹⁷ que foi fundamental para a crítica ao regime militar, tornando possível uma aliança entre instituições de saúde pública e movimentos sociais — em especial, como já referendado, o movimento gay. Teodorescu e Teixeira (2025) destacam que a resposta à epidemia foi uma continuação do movimento de reforma sanitária, e nesse movimento, que também era de resistência à ditadura militar, trouxe a reboque uma geração de profissionais e ativistas engajados nas lutas políticas e sociais, cuja visibilidade tornou possível que estes ocupassem cargos estratégicos nos programas de aids que surgiram no Brasil, inclusive do próprio programa nacional.

Essa dinâmica histórica revela que a construção da resposta brasileira à aids não emanou do centro do poder estatal, mas operou através do que Foucault (2005, p. 11 - 12) denomina de insurreição dos saberes, que, de acordo com francês: são, por um lado, “conteúdos históricos que foram sepultados, mascarados em coerências funcionais ou em

¹⁶ A *abertura* refere-se ao período no qual o país deixava um regime de ditadura militar e retornava gradualmente a um regime civil (Parker, 2003).

¹⁷

sistematizações formais”, em outras palavras, a criação de uma história oficial e teorias científicas que mascaram a realidade dos fatos, que é composta por brigas, lutas e conflitos que envolvem o poder; e por outro lado, “toda uma série de saberes que estavam desqualificados como saberes não conceituais, [...] saberes ingênuos, saberes hierarquicamente inferiores, saberes abaixo do nível do conhecimento ou da cientificidade requeridos”.

O saber oficial e centralizado de Brasília, marcado pela letargia burocrática (Parker, 2003) foi confrontado e atravessado pelos saberes sujeitados, aquele na ordem do conhecimento local, histórico e desqualificado dos grupos ativistas. Ao tomarem para si a gestão da epidemia antes mesmo do Estado, esses movimentos iniciaram uma contra-conduta biopolítica: recusaram a lógica do deixar morrer dos tempos dos atos institucionais repressivos e fizeram instaurar, pelas bordas, uma política de fazer viver. A Portaria Ministerial 236, de 2 de maio de 1985 criou o Programa Nacional de AIDS e começou a funcionar, sob a consulta e supervisão de funcionários estaduais de programas de aids, as ONGs e a mídia efetivamente em 1986.

A organizações não-governamentais (ONGs) do Brasil surgiram em um contexto de clandestinidade e autoritarismo no país, como destaca Galvão (2000) ao analisar pesquisas anteriores (Landim, 1988; Souza, 1991; Novaes, 1994). As composições dessas ONGs eram um cruzamento de pessoas oriundas de universidades, igrejas, partidos políticos e organizações de militância política de esquerda (Fernandes, 1988), em resposta ao regime de ditadura militar. As ONG/AIDS, por sua vez, nascem numa conjuntura diferente, “sobretudo porque elas foram criadas fora do regime de ditadura militar” e são organizações com papel chave na moldagem das políticas públicas de aids ao longo dos anos da epidemia no país (Galvão, 2000, p. 38).

Galvão (2000, p. 39) também destaca certa dificuldade em definir o que seria uma ONG/AIDS, considerando que qualquer definição “não dá conta da diversidade da atuação não-governamental frente à epidemia de HIV/AIDS”. Para não limitar e responder a essa diversidade, a autora opta pelo termo “resposta não governamental” e quando necessário usa o termo ONG/AIDS para se referir às organizações criadas para trabalhar especificamente com a aids.

Neste dispositivo da aids (Perlongher, 1987) constituído de um compósito de respostas governamentais e não-governamentais, surgiram as primeiras respostas do Programa Nacional de AIDS à epidemia: a primeira campanha de aids, em 1985, a “campanha de Sócrates” — que sumiu; a criação da Comissão Nacional de AIDS (CNAIDS) em 1986, com papel

consultivo ao programa e que “reunia representantes de diferentes ministérios, de secretarias estaduais da Saúde, de universidades, das Igrejas protestante e católica, do movimento social de aids e do movimento homossexual”; cooperação técnica e financeira a partir de 1988 com agências internacional como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); criação dos programas estaduais e municipais como braços executores da política nacional e projetos como o Empresa e o Previna, cujos objetivos eram treinamento sobre a aids no mercado de trabalho e projetos de prevenção para os chamados grupos de risco (Parker, 2003; Teodorescu; Teixeira, 2025).

Entretanto, esse compósito não foi possível sem o tensionamento de forças que buscavam constante validação de seus propósitos institucionais. Em especial, no que diz respeito às ações de prevenção, que, apesar de serem prioritárias dentro dos grandes projetos que seriam financiados pelo Banco Mundial a partir de 1994 — exigência contratual do próprio Banco — as campanhas de prevenção serão interditadas e cercadas pelo viés religioso e da ordem de avanço do próprio capitalismo.

Em 1987, o mundo já tinha as seguintes informações: doença causada por vírus, modos de transmissão, teste anti-HIV criado e até o AZT já estava disponível. Com estas informações, trinta anos depois seria possível pensar um cerco completo para evitar novas infecções e seguir rumo à um verdadeiro fim da aids, se assim for possível pensar numa era pós-COVID. Entretanto, destaco três características axiais que modelaram negativamente o dispositivo da aids no que concerne à prevenção: i) interdição da moral religiosa em campanhas e ações de prevenção; ii) ausência de consenso sobre a distribuição de medicamento às pessoas vivendo com aids; e iii) descontinuação de políticas públicas em decorrência da crise política à época do *impeachment* de Collor¹⁸ (Teodorescu; Teixeira, 2025). Comento a seguir sobre os dois primeiros pontos:

i) Galvão (1997) destaca que a Igreja Católica, Movimentos Evangélicos e até religiões de matriz afro-brasileira deram respostas iniciais negativas ao problema da aids no país. Essa reação institucional, contudo, detinha lógicas distintas. No caso do cristianismo hegemônico, a recusa inscrevia-se no que Foucault (2009, p. 237) denomina *poder pastoral*: uma forma de poder cujo objetivo final é assegurar a "salvação" individual no outro mundo, e que, para isso, exige "conhecer o interior da mente das pessoas" e "explorar suas almas". Sob

¹⁸ Fernando Affonso Collor de Mello elegeu-se presidente da República em 1989, pelo Partido da Reconstrução Nacional (PRN). Em 2 de outubro de 1992, foi afastado temporariamente da Presidência da República, em decorrência da abertura do processo de impeachment na Câmara dos Deputados. Renunciou ao cargo em 29 de dezembro de 1992, data da sessão de julgamento do processo de impeachment no Senado, que o tornou inelegível por oito anos (Teodorescu; Teixeira, 2025, p. 116)

essa racionalidade, representantes da Igreja Católica associavam a doença ao comportamento “imoral” e opunham-se à promoção do preservativo. Eis o mistério perverso desse *poder pastoral*: em nome de sua disposição para “se sacrificar pela salvação do rebanho” (Foucault, 2009, p. 237), a Igreja optou por firmar seu posicionamento diante o risco da morte biológica a permitir o que considerava a morte moral do pecado.

De modo similar, líderes evangélicos enfatizavam o hiv e a aids como exemplos de decadência moral da sociedade brasileira, operando através do que Foucault (2005, p. 231) classifica como *práticas divisoras*. Nesse modo de objetivação, “o sujeito é dividido no seu interior e em relação aos outros”, estabelecendo uma fronteira rígida entre “o doente e o sadio, *puros e perversos*. Ao qualificar a aids como sintoma de degradação, o discurso evangélico acionava essa cesura, utilizando a moralidade para separar o corpo social: *perversos* deveriam ser isolados.

Já em outra vertente, as religiões de matriz afro-brasileira evitavam se envolver numa tentativa tática de não amplificar o estigma já sofrido (Galvão, 1997; Parker, 2003) em razão da intolerância religiosa e do racismo estrutural. Embora setores progressistas dessas três vertentes tenham, posteriormente, direcionado forças para a solidariedade, o imaginário epidêmico inicial consolidou-se sob a égide desse julgamento moralizante.

ii) Em relação à falta de consenso sobre a distribuição de medicamentos para as pessoas vivendo com aids, é mister destacar que tal impasse não ocorria em um vácuo administrativo, mas era sintoma da profunda instabilidade política que marcou o Brasil no início da década de 1990. Nesse cenário de transição, a política de aids tornou-se refém de disputas orçamentárias e dos interesses do seu principal financiador à época: o Banco Mundial, que impunha uma racionalidade econômica que priorizava ações preventivas em detrimento do custeio de tratamentos, criando um entrave financeiro para a assistência médica.

Essa paralisia materializou-se dramaticamente na questão do acesso ao AZT. Enquanto o antirretroviral já estava disponível nos mercados norte-americano e europeu desde 1988, no Brasil sua comercialização encontrava barreiras intransponíveis. Conforme apontam Teodorescu e Teixeira (2025, p. 111), “apesar da forte demanda da classe médica e das pessoas com aids para que o poder público dispensasse os medicamentos disponíveis para os pacientes, o Programa Nacional apresentou, de início, forte resistência em investir na compra dos produtos”.

Tal resistência, contudo, não era fruto apenas de negligência, mas reflexo de um imbróglcio institucional sobre as atribuições do Estado em uma época de consolidação do SUS.

Havia um hiato administrativo entre o Ministério da Saúde, que cuidava de endemias e da educação sanitária, e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), responsável pela assistência médica curativa (Paim et al., 2011)¹⁹. Nessa arquitetura sanitária fragmentada, onde a prevenção estava desconectada do tratamento, o corpo do doente restava sem lugar, e o medicamento tornava-se um objeto de disputa burocrática inacessível. As atribuições do Inamps relativas à assistência médica foram incorporadas pelo Ministério da Saúde em 31 de agosto de 1993, pelo Decreto n.º 907 (Teodorescu; Teixeira, 2025).

Em uma nova insurreição de saberes (Foucault, 2005) e indo na contramão da inércia do Ministério da Saúde, alguns estados começaram a comprar pequenas quantidades do AZT, a exemplo do estado de São Paulo, “por considerar que o AZT e o tratamento para doenças oportunistas aumentavam a sobrevida e melhoravam a qualidade de vida das pessoas com aids”. De maneira mais subversiva, destaco também nessa insurreição a atitude dos membros da CNAIDS, que “na ausência da coordenadora em uma das suas reuniões [...] firmaram posição sobre a necessidade de o Ministério da Saúde adquirir os medicamentos”, que, por sua vez, como resposta governamental, mobilizou reunião entre o Ministério da Saúde, INAMPS e Ministério da Previdência, forçando o governo brasileiro a comprar os primeiros medicamentos em 1989, “suficiente para 5% dos pacientes” (Teodorescu; Teixeira, 2025), demonstrando um importante avanço por parte do Programa Nacional de AIDS (Parker, 2003).

Um ponto que vale reter profunda atenção é sobre a intenção governamental em torno dessa decisão sobre os medicamentos:

Enquanto esta decisão era justificada originalmente como parte de **uma tentativa de estimular o relato de casos de AIDS** e era baseada na suposição de que pacientes e médicos provavelmente relatariam os casos se isto trouxesse algum benefício, ela, no entanto, teria o efeito em longo prazo de garantir medicamentos caros para os pacientes cujas situações econômicas fariam deste acesso uma impossibilidade (Parker, 2001; Teixeira, 1997 *apud* Parker, 2003 - **o grifo é meu**)

Essa justificativa governamental revela que a entrada do medicamento no dispositivo não obedeceu, a priori, a uma lógica de assistência, mas a uma racionalidade de vigilância. A distribuição do AZT funcionou, assim, como um sofisticado mecanismo de incitação à confissão. Se, como postula Foucault (2023, p. 66), o Ocidente tornou-se uma civilização da confissão, fazendo dela “uma das técnicas mais altamente valorizadas para produzir a

¹⁹ Para entender sobre a história do sistema de saúde brasileiro as atribuições administrativas de cada pasta, ler Paim et al., 2011.

verdade”, o Estado brasileiro transfigurou essa técnica nos corpos com aids: a oferta da tecnologia de vida (o remédio) condicionada à entrega da verdade do sujeito (a notificação).

A estratégia descrita por Parker mostra que o poder público utilizou a esperança da sobrevivência como moeda de troca para romper a clandestinidade dos casos. O corpo do doente só se tornava digno de investimento estatal no momento em que se tornava um corpo legível, quantificável e, portanto, governável pela epidemiologia. A confissão do diagnóstico deixava de ser apenas um ato clínico para se tornar o pedágio de entrada na cidadania biológica.

Quanto à terapêutica, Teodorescu e Teixeira (2025) destacam narrativas controversas que geravam resistência ao AZT. Nos meios governamentais e médicos, questionava-se a validade do dispêndio financeiro com corpos sob prognóstico fatal, priorizando-se a prevenção sob uma ótica utilitarista. Paradoxalmente, essa lógica de abandono ecoava na recusa dos próprios pacientes: diante dos brutais efeitos colaterais, o AZT era ressignificado não como cura, mas como uma tortura farmacológica que tornava a sobrevivência insuportável.

Encerro os comentários sobre os dois pontos citados para avançar em direção ao objeto da pesquisa, que é a prevenção, dentro desse dispositivo que segue para se configurar como um dispositivo crônico. Antes de tal avanço, retomo Parker (2003).

Se ao mesmo tempo Parker reconhece o avanço com a implementação da terapia antirretroviral com AZT, ele também critica a forma como as atividades de prevenção foram retomadas na década de noventa. O exemplo dessa tensão reside nas repercussões políticas da campanha de 1991, analisada no subcapítulo 3.1. Para além de seu teor amedrontador, o que importa destacar aqui é o regime político-econômico que sustenta essa campanha. Diante das duras críticas por parte dos ativistas, o Ministério da Saúde defendeu a peça publicitária das acusações de estigma e discriminação “argumentando que o interesse dos não-infectados deveria ser sobreposto aos sentimentos das pessoas vivendo com HIV/AIDS” (Parker, 2003, p. 16)

Outra faceta crítica desse período, no início da década de 1990, foi a acentuada deterioração da articulação entre o Programa Nacional de AIDS e as esferas estaduais e municipais, bem como o distanciamento entre a gestão federal e a comunidade científica. Conforme aponta Parker (2003), esse descompasso institucional resultou na descontinuidade dos repasses de recursos federais para os entes federativos, afetando gravemente o financiamento de pesquisas e a manutenção de hospitais de referência. Tais retrocessos não foram eventos isolados, mas reflexos diretos da crise política que atravessou o país entre 1990 e 1992, culminando no *impeachment* de Fernando Collor. A retomada de uma agenda de

avanços só se tornou possível quando, após a destituição presidencial, a equipe técnica que havia protagonizado a arquitetura inicial do Programa Nacional retornou aos quadros do Ministério da Saúde, reestabelecendo o diálogo com a academia e a sociedade civil²⁰.

A retomada da capacidade de investimento do Estado brasileiro na epidemia deu-se através de uma complexa articulação política que culminou no acordo com o Banco Mundial (Projeto AIDS I), em 1993/1994. No entanto, essa injeção de recursos não era neutra; ela obedecia a uma regra financeira que via o Brasil como um "teste para a possibilidade do controle da AIDS em países em desenvolvimento" (Parker, 2003, p. 19). A lógica do financiamento impunha uma hierarquia biopolítica clara: do montante total, a maior fatia, cerca de "41,08% dos fundos eram destinados para prevenção", enquanto o tratamento e a assistência ficavam em segundo plano, seguindo a diretriz do Banco que privilegiava a "prevenção primária da infecção pelo HIV, acima de tudo" (Parker, 2003, p. 19).

Os relatos descritos desde a campanha de 1991 até a intervenção do Banco Mundial, mostram a incidência de um regime político-econômico específico sob o dispositivo da aids, o qual Foucault (2008) confere ao neoliberalismo americano. Nessa leitura, a vida deixa de ser apenas o objeto de cuidado para se tornar um campo de análise econômica, onde o sujeito é convocado a se comportar como uma “empresa de si mesmo” e o corpo é gerido sob a exigência de um “capital humano” cujos rendimentos devem ser maximizados os riscos devem ser minimizados.

Para compreender a lógica que sustentava a defesa do Ministério da Saúde em priorizar os não infectados, é preciso recorrer à redefinição do trabalho operada pela análise neoliberal. Foucault (2008) explica que, para esta vertente econômica, o trabalhador não é apenas um vendedor de força de trabalho, como prevê as análises marxistas, mas um sujeito econômico ativo, um empreendedor. O que ele possui não é apenas força física, mas um capital humano. Nesse sentido, a competência e a saúde do indivíduo funcionam como uma máquina da qual ele é proprietário, “entendida no sentido positivo, pois é uma máquina que vai produzir” (Foucault, 2008, p. 309).

Quando o Estado brasileiro, em 1991, argumenta que o interesse dos não infectados deve se sobrepor aos sentimentos das pessoas vivendo com hiv - aids, ele realiza uma triagem econômica dessas máquinas-competências. O corpo saudável é a máquina produtiva, o capital humano íntegro capaz de gerar fluxo de renda; o corpo doente, marcado pela incurabilidade

²⁰ A compreensão das dinâmicas de gestão e das tensões políticas que marcaram a atuação de Lair Guerra e Eduardo Côrtes à frente do Programa Nacional exige um recuo detalhado. Remeto, para tanto, à análise empreendida por Teodorescu e Teixeira (2025) no capítulo *Consolidação do Programa Nacional de AIDS*.

da época, é a máquina avariada, o capital depreciado que, na lógica fria do investimento, representa um risco ao patrimônio coletivo.

Essa operação de triagem nos remete a uma tensão fundamental discutida por Foucault acerca dos elementos constitutivos do capital humano: a parte inata (genética) e a parte adquirida. Embora Foucault (2008) alerte que a preocupação excessiva com o elemento genético poderia levar à formação de uma política de assepsia de indivíduos e a um racismo de Estado moderno (Foucault, 2005), ele faz notar que os neoliberais tendem a focar nos elementos adquiridos (investimentos educacionais, na saúde, educação, cultura) por serem mais modificáveis. Contudo, a atitude do Ministério da Saúde rompe essa barreira e atualiza o receio foucaultiano. Ao separar a população entre "nós" (os não infectados) e "eles" (os infectados), e ao utilizar o estigma da incurabilidade como ferramenta de gestão, o Estado produz um efeito de racismo biopolítico. Mesmo que não se trate de genética em sentido estrito, a lógica é idêntica: isolar os portadores de riscos biológicos para proteger o estoque de capital humano sadio da nação. A defesa do Ministério é, preponderantemente, econômica, visando proteger a "boa genética" ou a boa saúde da população economicamente ativa em detrimento daqueles que já não poderiam se constituir como empresas de si mesmos viáveis.

É com a entrada do Banco Mundial e a priorização da prevenção, que a teoria dos elementos adquiridos do capital humano se manifesta com maior clareza. Foucault (2008, p. 315 - 316) destaca que o capital humano é formado por "investimentos educacionais", "culturais" e, fundamentalmente, por despesas com saúde. Para o neoliberalismo, a saúde não é apenas ausência de doença, mas um elemento que permite melhorar o rendimento da máquina humana. A decisão do Banco Mundial de destinar a maior fatia dos recursos (41,08%) para a prevenção e preterir o tratamento obedece estritamente a esse cálculo de investimento.

Tratar quem já estava doente, na década de noventa do século XX, significava gastar recursos em uma máquina cujo tempo de vida útil (e produtivo) estava comprometido pela falta de tecnologias de cura. Por outro lado, investir em prevenção significava investir na manutenção da capacidade produtiva dos futuros trabalhadores, garantindo que o capital humano nacional não se deteriorasse. A prevenção, nessa ótica, deixa de ser uma política de solidariedade para se tornar uma estratégia de, como aponta Foucault (2008), melhoria do capital humano. A recusa em tratar e a obsessão em prevenir revelam a face mais cruel do regime neoliberal: a vida só tem valor na medida em que pode ser acumulada, valorizada e transformada em fluxo de renda.

Outro ponto de fricção que merece análise detida é a complexa logística envolvida na circulação do preservativo. Se na contemporaneidade a disponibilização gratuita desse insumo pelo SUS aparece naturalizada como uma tecnologia de governo consolidada, Parker (2003) revela que, na gênese do dispositivo, a preservação da vida colidia frontalmente com a racionalidade econômica do Estado. Havia um entrave estrutural: o governo brasileiro impunha altas tarifas de importação sobre os preservativos, priorizando o protecionismo da indústria nacional da borracha em detrimento da urgência sanitária. Essa barreira alfandegária tornava a pressão política pela isenção fiscal quase inócua diante dos interesses de mercado.

Ademais, mesmo quando a lógica econômica cedeu espaço, a territorialidade impôs seus limites. A dimensão continental do país desafiava o poder estatal, encontrando dificuldades para fazer com que a tecnologia de prevenção alcançasse fisicamente os corpos vulneráveis nas extremidades do território. Nesse cenário de escassez induzida e falência logística, as ONGs denunciavam a insuficiência do aparato estatal, apontando que a distribuição de preservativos e o acesso à informação permaneciam restritos, bloqueando a eficácia do dispositivo de segurança (Parker, 2003).

Esses avanços e desafios logísticos que descrevi situam-se no que Parker (2003) classifica como a quarta fase da resposta brasileira à epidemia (1992-1996), um período marcado pela tensão entre a expansão burocrática e os gargalos estruturais. Contudo, o desfecho dessa fase não seria a paralisia, mas uma ruptura jurídica que reconfiguraria todo o horizonte biopolítico da doença. Se a distribuição de preservativos e o acesso ao AZT esbarravam em entraves econômicos e aduaneiros, a pressão da sociedade civil forçou o Estado a dar um salto qualitativo para além da lógica de mercado.

Esse salto materializou-se na promulgação da Lei nº 9.313, em 13 de novembro de 1996. Conforme analisam Teodorescu e Teixeira (2025), esse dispositivo legal transformou a assistência farmacêutica de uma concessão instável em um direito de cidadania, obrigando o SUS a fornecer gratuitamente toda a medicação necessária. A lei representou a vitória da racionalidade sanitária sobre a contábil, colocando o Brasil, nas palavras de Parker (2003, p. 47), em uma posição de destaque global:

O Brasil se tornou o primeiro país em desenvolvimento a oferecer terapia anti-retroviral combinada a todos os cidadãos portadores do HIV/AIDS que necessitassem. Esta política, mais do que qualquer outra, colocou o Brasil na vanguarda da resposta global ao HIV/AIDS e serviu como um modelo para outros países em desenvolvimento.

É precisamente sobre esse novo solo marcado pelo deslocamento de um cenário de insegurança jurídica e campanhas focadas no pânico para um campo onde a terapia

combinada se torna acessível e universal, que a epidemia deixa de ser narrada pela iminência do fim para ser gerida pela durabilidade do tempo, inaugurando uma nova economia dos corpos onde a vida não é apenas preservada, mas farmacologicamente administrada.

Um aspecto central nas construções de subjetividades fabricadas com a possibilidade de cronicidade manifesta-se no blog *Diário de um Jovem Soropositivo*. Conforme descreve Butturi Junior (2016), a relação do sujeito com a TARV reatualiza a ambivalência do *phármakon*, no qual o medicamento opera em uma zona de indiscernibilidade, sendo “ora remédio, ora veneno”. Segundo o autor, a terapia “exige uma série de critérios que criam um efeito de manutenção da alteridade e da marcação dos sujeitos” (p. 71).

Butturi Junior (2016) faz notar a persistência de uma memória do dispositivo da aids, na qual as noções de grupo de risco e a identidade do aidético são reconfiguradas pela experiência física dos efeitos adversos, como a lipodistrofia e a cara do hiv. Os enunciados que o autor analisa manifestam a busca pela normalidade, marcada por uma desconfiança sistemática diante do saber médico e pelo temor das novas marcas da cronicidade, como o envelhecimento precoce e os processos inflamatórios.

Nesse cenário de produção de si, a adesão extrapola a ingestão de fármacos e torna-se uma ascese corporal: para produzir-se como sujeito normal, os indivíduos buscam expurgar qualquer “característica psicologicamente negativa” e investem no “distanciamento da corporalidade do aidético” (Butturi Junior, 2016, p. 72-73), convertendo a disciplina de alimentação e exercícios físicos em uma tática de apagamento do estigma.

Esses deslocamentos evidenciam que a nova ordem representa o surgimento do indivíduo que vive com hiv sob a ordem da TARV. Nessa nova redistribuição de saberes e poderes, os protocolos clínicos deixam de ser meras orientações de saúde para se transformarem em uma complexa 'tática de testagem e tratamento' (Butturi Junior, 2016, p. 68), consolidando o conceito de Tratamento como Prevenção (TcP) Prevenir, agora, exige que o indivíduo se submeta a um regime de visibilidade permanente através da testagem constante e do monitoramento clínico.

Para analisar a transparência desse dispositivo crônico da aids, selecionei duas campanhas de prevenção veiculadas na página oficial do Ministério da Saúde no Facebook (2013 e 2015) tomando como justificativa para tal escolha a compatibilidade da descrição dos enunciados ali presentes com as estratégias biopolíticas que marcam a fase de cronicidade da epidemia

Imagem 5 - Faça o teste de AIDS (2013)



Fonte: Página do Facebook Ministério da Saúde - HIV/Aids

Nesta campanha do Ministério da Saúde de 2013 (Imagem 5), a constituição do objeto central expressa bem o deslocamento de um dispositivo da aids para um dispositivo crônico da aids. Observa-se que a doença que tinha uma “cara” e estava manifesta em indivíduos adoecidos de aids ou que “não tinham uma cara da aids”, transforma a doença em uma verdade interior que demanda do indivíduo falar de si através da tecnologia do teste, “Faça o teste de aids”. Esta nova configuração permite que as modalidades enunciativas estabeleçam uma pedagogia da horizontalidade, na qual a legitimidade do saber técnico se dispersa e convoca o cidadão comum a assumir o papel de emissor e agente da saúde pública ao compartilhar a norma entre seus pares, expressa em “espalhe essa ideia para seus amigos”.

Tal movimento promove uma mudança na construção de sentido no conceito de prevenção, que abandona o foco exclusivo nas barreiras físicas (“camisa de vênus”, “preservativo”, “seringa descartável”) para se consolidar como uma tática de monitoramento constante e uma forma de vigilância compartilhada mediada pelo afeto da amizade. Finalmente, a estratégia discursiva amarra estes elementos ao substituir a antiga pedagogia do medo por uma estética da normalidade, garantindo que o dispositivo crônico funcione plenamente sem os sobressaltos ou as exclusões históricas que outrora o marcaram.

Ao incentivar que o cidadão espalhe a ideia entre amigos, o Estado promove uma defesa da sociedade fundamentada na normalização das condutas, transformando o afeto em um mecanismo de regulação populacional que busca imunizar o corpo social através da conformidade estrita à norma sanitária. Essa lógica culmina em um governo de si que

Nesta campanha, a prevenção emerge como um objeto diferente do que se apresentava no dispositivo anterior, desassociada do medo, da suspeição e da moralidade, trata-se de um objeto que incentiva a testagem e vai além, articulando também enunciados referentes ao uso da camisinha “*use camisinha sempre*”, destacando os pontos positivos de *fazer o teste rápido, gratuito, seguro e sigiloso*”, e, apontando para o caso de uma testagem positiva para o hiv, sugere: “*comece já o tratamento*”, apontando para os benefícios do TcP. O Ministério da Saúde, lugar institucional de onde parte essa modalidade enunciativa, abandona sua autoridade vertical clássica e parte para abordagem horizontalizada, buscando aproximação com a linguagem da internet, fazendo do exame clínico uma ação trivial compartilhada com a comunidade virtual.

Esse deslocamento articula uma mudança conceitual profunda na qual a luta pela sobrevivência física cede lugar à manutenção de um estilo de vida e o risco se transforma em vulnerabilidade programada, fazendo com que preservativos e a TARV sejam tecnologias de acesso a uma cidadania plena. Tal movimento obedece, por fim, a uma estratégia de incitação ao discurso pela visibilidade aos corpos diversos, na qual a inclusão da diversidade racial e de gênero, bem como a normalização de um corpo crônico-positivado, serve para universalizar a obrigatoriedade do teste e diluir a doença na normalidade produtiva e cosmopolita da vida urbana.

Ao passarmos da descrição das regularidades para a análise das forças, a campanha se revela como uma sofisticada peça de biopolítica que atualiza a confissão cristã para a era biomédica, transformando o exame em um ritual de verificação no qual a extração da verdade biológica se converte em ato de escolha e atitude jovem. Essa dinâmica ilustra a passagem da simbólica do sangue para a analítica da sexualidade, visto que o biopoder opera pela gestão de fluxos que maximizam a vida e tornam o corpo produtivo através dos fármacos e das conexões sociais. Estabelece-se assim uma tecnologia de governo que transfere a responsabilidade ao indivíduo e captura o cuidado de si como obrigação cívica, exigindo que o sujeito governe seus próprios riscos e monitore sua sorologia para legitimar sua cidadania perante o Estado.

É inegável, que diferente do teor de pânico, medo e julgamento moral que se visualizava no dispositivo anterior, o dispositivo crônico da aids, ao associar métodos diferentes de prevenção, inclusive já com o consolidado TcP integrado à esse dispositivo preventivo, a campanha de 2015 materializa exatamente o deslocamento dos protocolos clínicos para a testagem e o tratamento, conforme analisa Butturi Junior (2016).

Em outro estudo, Butturi Junior e Lara (2018) destacam que, no interior do dispositivo crônico da aids, é possível pontuar “êxitos no que diz respeito às taxas de manutenção de vida da pessoas que vivem com hiv” e que se trata, certamente, de um dispositivo que “funciona ancorado em discursos sobre o ‘fazer viver’”.

Entretanto, Butturi Junior e Lara (2018) alertam que esse dispositivo de cronicidade da aids conserva, sob a aparência de êxito, uma lógica de sujeição total aos ditames biomédicos na qual a cidadania só se efetiva mediante a adesão irrestrita à TARV. Estabelece-se assim um nexu punitivo entre cronicidade, adesão e culpabilização que recai sobre corpos ainda lidos como perversos, fenômeno exemplificado pelo pânico moral midiático em torno dos chamados contaminadores e carimbadores, figuras estigmatizadas por supostamente transmitirem o vírus de modo intencional. Uma nova forma de ser sujeito, nesse dispositivo de cronicidade, dirá respeito ao desenrolamento que veio a partir do sucesso do TcP: o sujeito indetectável, que se trata de indivíduos que vivem com hiv e zeram a carga viral passaram a ficar indetectáveis e, conseqüentemente tornar o vírus intransmissível por relações sexuais.

Nesse sentido, a estabilização aparente promovida pelo dispositivo crônico da aids encontra eco na crítica contundente de Richard Parker (2015) sobre a narrativa do "Fim da Aids". Para o autor, “o discurso oficial sobre a epidemia foi ‘repaginado’ pelos gestores das agências internacionais, as mesmas que há pouco tempo falavam de uma epidemia fora do controle, mas que decidiram [...] que é mais útil para eles [...] declarar a epidemia como próxima ao fim, uma visão de administração eficiente e de sucesso que não corresponde à realidade vivida nas frentes de batalha da epidemia (Parker, 2015, p. 3).

Sob o acontecimento de um dispositivo crônico da aids, Parker argumenta que estamos vivenciando uma transição perigosa onde as respostas biomédicas ameaçam substituir, e não complementar, as respostas sociais e políticas construídas historicamente. Por resposta biomédica, Parker (2015, p. 5) define:

basicamente produtos farmacêuticos, já prontos para serem utilizados, mas os quais, em muitos lugares, ainda não estão disponíveis por questões de recursos, questões políticas, entre outras. Neste caso, estamos falando principalmente do uso de medicamentos como o PEP e o PrEP, como uma maneira de prevenir a transmissão pós-exposição ou pré-exposição ao HIV.

Ao privilegiar tecnologias farmacêuticas em detrimento da mobilização comunitária e da defesa dos direitos humanos, o enfrentamento da aids corre o risco de se tornar apenas uma gestão neoliberal de corpos e recursos, onde TcP é adotado muitas vezes por ser a única política viável diante da redução de orçamentos para a prevenção educativa e estrutural.

Essa “biomedicalização da resposta” cria, dentro do dispositivo crônico da aids, um cenário onde a salvação é depositada inteiramente em novas tecnologias de barreira química. Parker (2015) classifica essas inovações — especificamente a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a Pós-Exposição (PEP) — como um “saco de gatos” ou uma “salada mista” de intervenções que, embora cientificamente aprovadas, dependem profundamente de condições políticas e mudanças comportamentais para funcionarem. É justamente sobre as implicações dessas novas tecnologias de prevenção e das subjetividades constituídas que me debruço no capítulo final.

4 O DISPOSITIVO DA PREVENÇÃO COMBINADA

Este capítulo analisa como uma multiplicidade de intervenções biomédicas que pareciam dispersas em um horizonte de gestão da saúde sob o olhar de políticas neoliberais foi capturada, ordenada e sistematizada sob uma nova forma de governar: a Prevenção Combinada. Sustento a hipótese de que estamos diante da emergência de um dispositivo específico, na acepção foucaultiana do termo, por se tratar de uma rede heterogênea que responde a uma urgência histórica (Foucault, 2024). Trata-se de um dispositivo porque dispõe de uma interação contínua entre elementos discursivos (manuais, protocolos, bulas, campanhas midiáticas) e elementos não discursivos (o comprimido diário, o exame de sangue, a clínica), compondo uma tecnologia biopolítica singular.

Além desses aspectos, argumento ser um dispositivo específico que tem como principal condição de possibilidade o próprio dispositivo crônico da aids (Butturi Junior, 2016; Butturi Junior; Lara, 2018), uma vez que a estabilização biomédica do vírus deslocou o foco governamental da urgência da morte iminente para a administração contínua e calculada da vida. Ou seja, é apenas porque a infecção se tornou cronicamente manejável que se abriu o limiar discursivo e material para a proliferação de múltiplas biotecnologias preventivas focadas na modulação das condutas sexuais

A cartografia arqueogenealógica desse dispositivo exigiu a leitura de documentos-monumentos que forjam as condições de possibilidade desse novo feixe de saber-poder: *Prevenção combinada do HIV: adaptando e coordenando estratégias biomédicas, comportamentais e estruturais para reduzir novas infecções por HIV* (UNAIDS, 2010); *Prevenção Combinada do HIV: bases conceituais* (Brasil, 2017); *Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na Atenção Básica* (Brasil, 2017b) e *PCDT/PrEP* (Brasil, 2025). Ao interrogar essas materialidades, o objetivo foi rastrear o funcionamento discursivo pelo qual o saber biomédico, associado às agências globais e à racionalidade farmacêutica, produziu o que chamo de “corpo combinado”.

Para dar a ver esse funcionamento, o percurso analítico focalizou duas tecnologias visuais específicas: o diagrama do Cubo de Rubik (Brasil, 2017b), que inaugura a formulação geométrica dessa tríade preventiva (biomédica, comportamental e estrutural); e a Mandala da Prevenção Combinada (Brasil, 2025), que consolida e faz circular o paradigma biopolítico contemporâneo de modulação das condutas no interior das políticas públicas brasileiras. Ambos os materiais permitiram observar de forma particularmente nítida o modo como o fazer prevenção é institucionalmente projetado, normatizado e tornado visível, operando

como dispositivos de enunciação que articulam saberes técnicos, prescrições de conduta e estratégias de gestão dos corpos e das práticas preventivas.

Neste novo arranjo, a lógica binária que separava rigidamente os corpos entre "saudáveis" e "doentes" (ou positivos e negativos) se dissolveu. Apoiado nas leituras de Agamben (2009) sobre a profanação dos dispositivos e nas intuições de Preciado (2018) sobre o farmacopoder, argumento que a Prevenção Combinada inaugura uma zona de indiscernibilidade sorológica. Nela, o indivíduo, seja ele vivendo ou não com hiv - aids, é convocado a se tornar um administrador de seus próprios riscos, uma interface biopolítica que deve aderir a combinados biomédicos - farmacológicos para exercer sua cidadania. Portanto, o objetivo deste capítulo é descrever as condições históricas de possibilidade que tornaram possível a emergência do dispositivo da prevenção combinada e problematizar as relações de poder e sujeitos fabricados por este dispositivo.

4.1 Prevenção Combinada: das lições esquecidas à hegemonia biomédica

Numa rápida genealogia sobre o termo “prevenção combinada”, Parker e Pereira (2025) relatam que já no começo dos anos 2000 a “prevenção combinada” era construída sob a lógica do uso de todas as estratégias disponíveis, ideia que foi fomentada por um movimento global de acesso ao tratamento e por agências internacionais como *Global HIV Prevention Working Group* e PEPFAR, que reconheceram o uso de abordagens biomédicas, comportamentais e estruturais em países como o Brasil, Uganda e Tailândia (UNAIDS, 2010). Em 2014, a UNAIDS define a prevenção combinada como “estratégias de indivíduos que possuem informações sobre formas de prevenção do HIV e que podem escolhê-las em cada momento de suas vidas” (UNAIDS, 2004, *apud* Parker; Pereira, 2025).

Entretanto, a formulação inicial do termo não foi técnica, mas eminentemente política e atravessada por tensões. Conforme destacam Parker e Pereira (2025, p. 8 - 10), a definição inicial de prevenção combinada pela UNAIDS, em 2004, apresentou-se de maneira superficial, capturada por um cunho “moralista” e “conservador” materializado na estratégia do "ABC": *Abstinence* (abstinência), *Be faithful* (fidelidade) e *Condom* (uso de camisinha). Essa tríade foi uma exigência direta do PEPFAR, criado em 2003 durante o governo Bush, que condicionava o financiamento global à adoção de pautas morais.

Nesse cenário, a gênese do dispositivo da prevenção combinada ocorre no que Foucault (2013, p. 245) denominaria de uma relação agonística, “uma relação que é, ao mesmo tempo, de incitação recíproca e de luta”. Neste caso um campo de batalha onde duas

lógicas de governo da conduta se enfrentaram abertamente. De um lado, o campo da educação sexual americana de base religiosa, defendendo a abstinência; do outro, o campo da saúde pública científica, que advogava por uma educação sexual abrangente. Essa tensão agonística representa uma primeira versão da prevenção combinada racionalizada pela ideia de *poupar dinheiro*, priorizando a redução de custos em detrimento da perspectiva dos direitos humanos ao acesso universal ao tratamento. (Parker; Pereira, 2025).

Entre 2005 e 2007, observa-se um esforço de estabilização discursiva: documentos da UNAIDS (2005; 2007) e a revisão da *Declaração de Compromissos da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas - UNGASS* (2006) tentaram harmonizar as estratégias programáticas com a promoção da igualdade de gênero e a defesa dos direitos humanos, buscando superar as barreiras estruturais. Contudo, essa retórica de direitos foi gradativamente sobreposta pela ascensão da prevenção biomédica entre 2008 e 2009. Conforme apontam Parker e Pereira (2025), é nesse período que o uso de antirretrovirais para fins preventivos ganha força, deslocando o eixo da prevenção do campo comportamental para o campo da prevenção biomédica.

No documento da UNAIDS (2010, p. 5) lê-se o seguinte enunciado:

A prevenção combinada baseia-se no uso estratégico e simultâneo, fundamentado em evidências, de estratégias complementares de prevenção comportamental, biomédica e estrutural. Os programas de prevenção combinada operam em diferentes níveis (por exemplo, individual, relacional, comunitário, social) para atender às necessidades específicas, porém diversas, das populações em risco de infecção pelo HIV

Este enunciado propõe a articulação de três eixos: o biomédico, o comportamental e o estrutural. Entretanto, é preciso inquirir as condições de possibilidade políticas e econômicas que permitiram que essa tríade fosse enunciada dessa forma naquele momento histórico.

O enunciado da UNAIDS de 2010, coincide com o desenrolar da crise econômica global de 2008, que impôs uma lógica de austeridade e eficiência aos financiamentos internacionais de saúde. Sob a lente de Agamben (2009), esse movimento transpõe o dispositivo como uma racionalidade de governo caracterizada por uma pura atividade de administração da vida. A resposta à aids deixou de ser uma emergência humanitária para dar lugar a uma “rebiomedicalização da epidemia global” (Aggleton; Parker, 2015). As tecnologias biomédicas ganharam primazia pois ofereciam resultados mensuráveis e controláveis, adequando-se perfeitamente a essa gestão administrativa de riscos.

A emergência desse dispositivo ocorre, portanto, através da colonização das outras esferas pelo saber biomédico. A promessa técnica da PrEP e do Tratamento como Prevenção (TcP) passou a ditar os rumos das políticas, produzindo o que Calazans, Parker e Terto Jr.

(2022) identificam como um processo de esquecimento institucional. Ao privilegiar a farmacologia, o dispositivo apaga a importância da mobilização comunitária e da solidariedade social (Parker, 2003; 2015). O que observa é a substituição de uma pedagogia da prevenção (Gavigan et al., 2015) construída no diálogo horizontal por uma gestão verticalizada de riscos biológicos que expande o biopoder para a totalidade da população sexualmente ativa. Se o dispositivo crônico inaugurou a gestão da vida da pessoa vivendo com hiv, o dispositivo da prevenção combinada submeteu todos a um regime de combinados, onde a distinção biológica se torna secundária diante da necessidade de modulação farmacológica do desejo.

O discurso do fim da aids (Parker, 2015) serve como o horizonte utópico que legitima esse arranjo e traz à tona uma atualização da epidemia de significação citada por Treichler (1987), a qual cria a ilusão de que a tecnologia biomédica, por si só, resolveria um problema de ordem social e política. Sob o pretexto de oferecer um leque democrático de opções, o dispositivo instaura uma biomedicalização profunda: a própria cidadania passa a ser medida pela adesão aos fármacos. Dessa forma, a invenção da Prevenção Combinada representa a instauração de uma nova economia política dos corpos. O sujeito não é mais o indivíduo que negocia o preservativo, mas um corpo cujos fluidos devem ser monitorados. Nesse movimento, consolida-se um regime de gestão orientado pelo risco permanente, que produz processos que Agamben (2009) chama de dessubjetivação: o sujeito é capturado reduzido a uma função-status sorológico dentro de uma economia de gestão da saúde pública.

Eis o dispositivo da prevenção combinada: um arranjo que condensa uma rede heterogênea de saberes e práticas para responder a uma urgência histórica, forjando o que denomino de “corpo combinado”. A emergência desse dispositivo não é um processo pacífico, mas o resultado de uma relação agonística entre regimes distintos de governo da conduta. De um lado, resiste a subjetivação política herdada do ativismo das décadas passadas, que constituía o sujeito por meio da consciência, da solidariedade e do direito ao prazer; do outro, impõe-se uma dessubjetivação técnica, no qual o sujeito é reduzido a um dado estatístico, uma cifra biológica, cuja potência da invenção política é capturada pela modulação farmacológica do desejo, consolidando a transição para o que Preciado (2018) define como o regime farmacopornográfico, um paradigma biocapitalista de governo da subjetividade que articula o controle biomolecular (fármaco) e semiótico-técnico (pornô) para transformar o corpo, o sexo e o desejo em mercadorias e artefatos que vivem por meio de tecnologias.

O dispositivo da prevenção combinada atua como a infraestrutura técnica desse

regime, onde o controle social deixa de ser exercido por instituições disciplinares externas (Foucault, 2014) para tornar-se "um conjunto de dispositivos microprotéticos de controle das subjetividades por meio de novos protocolos técnicos biomoleculares e multimídia" (Preciado, 2018, p. 36). Nesse cenário, o corpo combinado é lido como um tecnovivente, uma subjetivação da era farmacopornográfica que é efeito e suporte de tecnologias moleculares e digitais de produção e controle. Essa dinâmica materializa a tese de Preciado (2018, p. 56) de que o biocapitalismo pornográfico, em seu estágio atual, não produz meros objetos externos, mas fabrica ativamente “ideias variáveis, órgãos vivos, símbolos, desejos, reações químicas e afetos”. O dispositivo tem seu paradoxo: ele faz acontecer uma dessubjetivação técnica, na qual a espessura da experiência humana é reduzida a métricas biológicas, ao mesmo tempo em que se instaura uma nova subjetivação como tecnovivente, ou seja, enquanto um corpo cuja autonomia e desejo são indissociáveis da ingestão da norma farmacológica. O corpo combinado torna-se, assim, a materialização de uma vida que, para ser protegida, precisa ser capturada por protocolos de gestão molecular.

Na esteira de uma crítica à polivalência discursiva do discurso da prevenção combinada, trago as contribuições analíticas realizadas por Calazans, Parker e Terto Jr. (2022), que se instauram em um plano onde há uma espécie de distanciamento do dispositivo em questão no que tange à lições que as respostas comunitárias e culturais:

as concepções vigentes da prevenção combinada nunca reconheceram as dimensões comunitárias e culturais da prevenção, desconsiderando importantes aprendizados da primeira década da epidemia [...] também não conseguiu escapar a uma perspectiva técnica (ou até tecnicista) da prevenção, não valorizando sua dimensão política (Calazans et al., 2022, p. 2015)

Parker (2015, p. 6), ao tecer sua crítica ao discurso do *fim da aids*, que traz à reboque “metodologias diversas de prevenção”, corrobora com a crítica ao dispositivo ao fazer notar que questões sociais e políticas são fundamentais para eficácia do dispositivo:

o desafio mais importante sobre todas essas metodologias diversas é que todas, apesar de serem apresentadas como formas de prevenção biomédica, dependem de profundas mudanças de comportamento para serem utilizadas. Tomar um medicamento todos os dias como forma de prevenção pré-exposição não é uma coisa tão simples assim. Aliás, não é tão fácil utilizar nenhuma dessas tecnologias. Todas dependem de mudanças de comportamento que, por sua vez, dependem de questões sociais e políticas para serem colocados na prática.

Ao mostrar que as lições históricas e culturais que as comunidades afetadas pelo hiv-aids apresentaram no início da pandemia entram em ostracismo do regime farmacopornográfico e são inaudíveis para os tomadores de decisão em saúde pública, Calazans, Parker e Terto Jr. (2022) e Parker (2015) revelam a destruição que Preciado (2008) nomeou como “feitiçaria narcossexual”: tal como a Inquisição criminalizou rituais

tradicionais, em especial aqueles realizados por mulheres, para privatizar a medicina, o regime atual deslegitima as tecnologias sociais de sobrevivência das comunidades para assegurar o monopólio técnico-científico sobre a vida e o desejo. Esta racionalidade de silenciamento e supremacia técnica aterrissa no Brasil reconfigurando as políticas públicas e as formas de governo da vida. No território nacional, o embate entre a herança histórica dos direitos humanos e a nova norma farmacopornográfica produz um diagrama de controle específico: a “Mandala da Prevenção Combinada”.

4.2 As bases conceituais do Brasil para o dispositivo da prevenção combinada

Parker e Pereira (2025, p. 11) relatam que a prevenção combinada começa a circular em território brasileiro a partir de 2013, sob forte tensionamento da sociedade civil. Ferraz (2016, p. 10) relata que o momento que o governo brasileiro atravessava era de resistência em discutir tecnologias alternativas ao preservativo, e o debate da sociedade civil “contribuiu para o país avançar na incorporação de novas tecnologias preventivas, sobretudo as baseadas no uso dos ARV”.

Neste momento histórico, Ferraz (2016, p 10 - 11) relata que os primeiros materiais sobre prevenção combinada produzidos pelo Ministério da Saúde em 2013 se quer traziam uma definição do termo, embora em sua diagramação fosse possível ver os enunciados “camisinha”, “tratamento como prevenção”, “PEP”, “PrEP”, imagens que faziam referência à transmissão vertical, redução de danos, e a própria imagem de uma primeira mandala ao centro do material: “Não há menção ao enfrentamento dos fatores estruturantes da vulnerabilidade ao HIV, como, por exemplo, a homofobia e a discriminação baseada na identidade de gênero”. A autora advoga por uma prevenção combinada “baseada em evidências e promotora dos Direitos Humanos” e que a revisão desse primeiro modelo é útil para “retomar os pilares da atenção integral à saúde, da defesa e promoção dos direitos humanos e da mobilização social” (Ferraz, 2016, p. 12).

Um ano depois, em 2017, o Ministério da Saúde lança um manual chamado *Prevenção Combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores (as) e gestores (as) da saúde*. Este manual arrola, diferente do que vimos anteriormente, o seguinte enunciado:

O termo “Prevenção Combinada do HIV” remete à ideia de conjugação de diferentes ações de prevenção, tanto em relação ao vírus HIV quanto aos fatores associados à infecção, sendo este o ponto de partida para sua conceituação. Assim, sua definição parte do pressuposto de que diferentes abordagens devam ser conciliadas em uma estratégia conjunta, em que as partes não devem ser dissociadas do todo que compõem. Nesse sentido, **o termo pressupõe a combinação das três abordagens possíveis na formulação de estratégias de**

prevenção do HIV: a abordagem biomédica, a abordagem comportamental e a abordagem estrutural. A simples conjugação dessas diferentes abordagens não encerra, contudo, todos os significados do termo “Prevenção Combinada” (Brasil, 2017, p. 17 - **o grifo é meu**)

No intervalo de um ano que separa o artigo de Ferraz e o lançamento do manual, é possível notar alguns deslocamentos importantes: o termo ganha uma definição, cita a combinação não apenas das ações de prevenção biomédicas, mas também os eixos comportamental e estrutural e reconhece que com todas as informações disponíveis, ainda assim não é possível saturar a compreensão do que é Prevenção Combinada. Porém, algo que chama bastante atenção neste manual é justamente o seu nome, que o direciona especificamente para profissionais, trabalhadores (as) e gestores (as) da saúde. Isso representa que o primeiro passo do Estado rumo à um reordenamento do dispositivo da prevenção combinada no Brasil privilegia o acesso à informação primeiramente à um corpo técnico em detrimento de uma apresentação da estratégia diretamente às comunidades afetadas ou vulnerabilizadas pelo hiv - aids, fato que dialoga diretamente com a crítica de Calazans, Parker e Terto Jr. (2022) e Parker (2015), no que tange à exclusão destas comunidades no circuito inicial do dispositivo. Nesse documento, ainda não é disponibilizado uma versão atualizada do diagrama de uma *mandala da prevenção combinada*, sendo todo o conteúdo descritivo e instrutivo para o público que foi destinado.

Um diagrama visual aparece em formato de Cubo de Rubik (ou cubo mágico), em outro documento do Ministério da Saúde no mesmo ano, *Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na Atenção Básica* (Brasil, 2017b), e também é direcionado para profissionais da saúde que atuam na atenção básica do SUS — porta de entrada para os serviços de prevenção no Brasil — conforme a Imagem 7:

Imagem 7 - Prevenção Combinada (Cubo de Rubik)



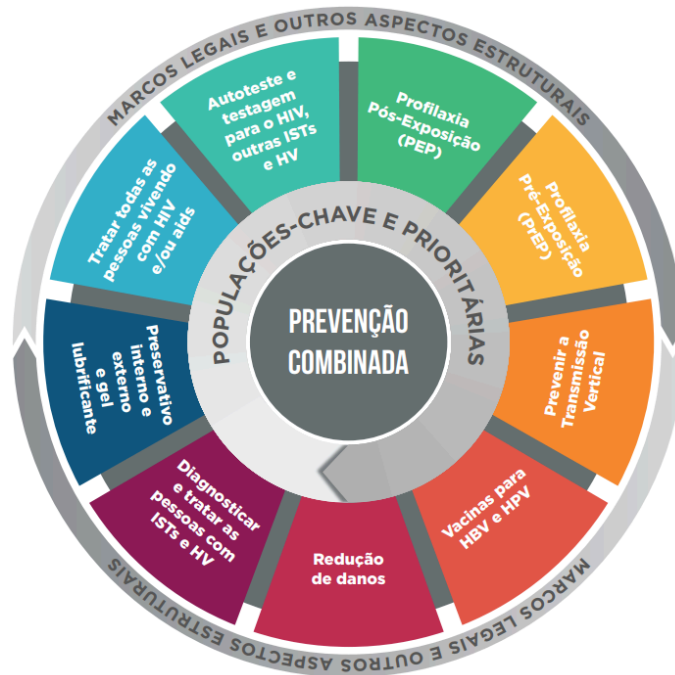
Fonte: *Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na Atenção Básica* (Brasil, 2017b)

Como é possível observar, este manual apresenta uma representação gráfica da prevenção combinada que torna inteligível as três dimensões priorizadas pelas pessoas que ocupam os locais de decisão enunciativa ao estabilizarem os enunciados do dispositivo. Cabe aqui notar na Imagem 7, a fonte que ela foi retirada: o antigo Departamento de Aids, que foi desestruturado em 2019, sob decreto do então presidente Jair Bolsonaro.

Entre os anos de 2016 e 2022, o Brasil atravessou um momento político entre o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, mandato tampão de Michel Temer, avanço de forças políticas ultraconservadoras no Congresso Nacional e nas diversas casas legislativas e a eleição do presidente Jair Bolsonaro. A política pública de aids em torno da prevenção combinada acontece exatamente nesse período. Não tenho como objetivo, aqui, saturar uma descrição histórica do caos político que o país atravessou no período, além do próprio acontecimento da COVID-19 e os impactos que causou na resposta brasileira à epidemia de aids. O que me interessa ao recorrer a essa conjuntura política é apontar a “redesignação e o rebaixamento do departamento de enfrentamento do hiv e das ISTs, que passou a se chamar Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis” (Butturi Junior, 2021, p. 61) e a consequente queda do site no qual, anteriormente, era possível acessar, por exemplo o “cubo mágico” da prevenção combinada. Com a queda do site do antigo departamento de aids brasileiro, esse material gráfico foi recuperado a partir do manual direcionado aos profissionais da atenção básica, o que representa um registro da memória institucional do SUS, evidenciando como a documentação técnica se torna um porto seguro para a manutenção de estratégias de prevenção essenciais em tempos de retrocessos administrativos.

No dispositivo da prevenção combinada, sua representação visível vem em formato de um círculo fatiado com as intervenções biomédicas e é conhecido como “Mandala da Prevenção Combinada”, conforme Imagem 8:

Imagem 8 - Mandala da Prevenção Combinada



Fonte: Ministério da Saúde/DATHI (2026)

Sob o olhar arqueogenealógico, proponho interpretá-la como a planta baixa do dispositivo, o diagrama visual que mapeia a captura da vida em sua totalidade biomédica. Ao dispor o indivíduo no centro de um círculo segmentado por múltiplas intervenções — biomédicas, comportamentais e estruturais —, a Mandala materializa o que Agamben (2009) define como a capacidade do dispositivo de capturar, orientar, determinar, interceptar e assegurar os gestos e as condutas dos seres vivos. Ela é a engrenagem estética que organiza o regime farmacopornográfico em solo brasileiro.

A primeira funcionalidade política desse diagrama é a instauração de uma democracia do risco. Ao observar a disposição dos elementos na Mandala, percebe-se que as fronteiras sorológicas, antes rígidas e definidoras de identidades políticas (como "o soropositivo" e "o soronegativo"), são dissolvidas em prol de uma gestão integrada. O sujeito que vive com hiv e alcança a carga viral indetectável e o sujeito soronegativo que utiliza a profilaxia medicamentosa (PrEP/PEP) são submetidos exatamente ao mesmo regime de governamentalidade. Ambos devem aderir a protocolos farmacológicos, ambos devem submeter seus fluidos corporais a monitoramento constante e ambos são reduzidos à gestão

incessante de si através da molécula.

Essa equivalência de regimes revela uma mutação profunda nos processos de constituição do sujeito. Se nos primeiros anos da epidemia a luta contra a aids produzia subjetividades políticas fortes, no dispositivo da prevenção combinada os processos de *dessubjetivação* passam a dividir espaço com a fabricação de novas identidades. A Mandala oferece um cardápio de tecnologias (o preservativo, a pílula, o gel, o teste), produzindo autonomia para os sujeitos e seus desejos. No entanto, essa "liberdade de escolha" encobre o fato de que o sujeito não é convidado a constituir-se como um agente ético-político, mas a funcionar como um gestor de seus próprios riscos.

A captura realizada pela Mandala gera o que Agamben (2009) denomina de uma zona de indiferença entre subjetivação e dessubjetivação. O indivíduo que adere à PrEP ou à TARV não adquire uma nova subjetividade transformadora; ele adquire um estatuto numérico de adesão e eficácia. Da mesma forma que o autor exemplifica com o uso do telefone celular, onde a captura pelo dispositivo não cria uma nova identidade, mas reduz o sujeito a um dado controlável:

Aquele que se deixa capturar no dispositivo 'telefone celular', qualquer que seja a intensidade do desejo que o impulsionou, não adquire, por isso, uma nova subjetividade, mas somente um número pelo qual pode ser, eventualmente, controlado; o espectador que passa suas noites em frente à televisão não recebe em troca de sua dessubjetivação mais que a máscara frustrante do *zapping* (Agamben, 2009, p. 48)

Transpondo essa análise para a Prevenção Combinada, o sujeito que "gira" a Mandala, escolhendo entre a PrEP ou o preservativo, recebe em troca de sua dessubjetivação a máscara da possibilidade de escolher a prevenção. A liberdade, nesse diagrama, é circunscrita à capacidade de consumir tecnologias de saúde e performar a gestão molecular do desejo. A Mandala funciona, assim, como uma máquina que processa corpos vibrantes e devolve corpos combinados: organismos biologicamente protegidos, mas politicamente neutralizados. Trata-se da materialização de uma vida cuja existência é validada pela conformidade aos protocolos biomédicos e pela estabilidade das taxas virais, e não mais pela potência de seus laços comunitários ou pela sua capacidade de subverter as estruturas de poder.

A Mandala sinaliza o triunfo de uma governamentalidade que opera por sedução e consumo tecnológico, mais do que por repressão. Se o antigo Departamento de Aids foi desestruturado institucionalmente, o dispositivo da prevenção combinada provou ser resiliente, sobrevivendo como uma memória técnica que, ao centralizar o acesso ao insumo (medicamentos e testes), acaba por escantear as dimensões comportamentais e, principalmente, as estruturais, estas últimas tão caras às lutas e resistências dos movimentos

organizados da sociedade civil. Embora o discurso oficial sustente um tripé preventivo, na prática da Mandala o que é estrutural — a pobreza, o racismo, a LGBTfobia, o estigma e as desigualdades regionais — torna-se um ruído de fundo diante da urgência do protocolo clínico.

A Mandala, portanto, encerra este capítulo não como um ponto de chegada ou ponto fixo do dispositivo da prevenção combinada, mas como um impasse ético e político (Por que não comunitário? É preciso querer lutar!) e que nos convoca à interrogação: até que ponto a eficácia biológica de conter um vírus não tem servido como estratégia para obscurecer a aids enquanto acontecimento social e histórico que exige respostas coletivas? Quais seriam, afinal, as fendas possíveis para uma fabricação de novas identidades políticas dentro de um desenho tão perfeitamente articulado para a captura e para a gestão individual do risco e de que forma poderíamos resgatar uma vontade política e uma experiência comunitária que não se deixem reduzir à frieza do protocolo? Se a aposta reside na retomada da dimensão cultural e coletiva da epidemia, resta saber se o corpo combinado — embora biologicamente seguro e tecnicamente monitorado — ainda encontra em si condições de possibilidade para a insurgência; é sob o peso dessas incertezas, e na busca por brechas nesse círculo de governamentalidade, que avanço para as considerações finais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao encerrar esta escrita, percebo que o movimento que fiz não foi apenas o de organizar e analisar documentos, mas o de revirar o *arquivo* de uma epidemia que atravessa gerações. Nesta investigação arqueogenealógica, não busquei encontrar uma verdade oculta sobre o hiv-aids e a prevenção, até porque os boletins epidemiológicos não deixam um único número ficar oculto, mas sim compreender como as *verdades* sobre nossos corpos foram fabricadas ao longo do tempo. O que vi, página após página, foi o deslocamento significativo de uma estratégia de poder: deixamos de ser governados pelo medo da morte para sermos, governados pela gestão minuciosa da vida (Foucault, 2014). Não foi uma evolução natural, como se a medicina e o campo político estivesse à espreita de entregar avanços para as comunidades afetadas pelo dispositivo crônico da aids, foi uma reforma política das nossas almas e dos nossos corpos.

Olhando para as primeiras ondas da epidemia, lancei mão de Foucault (2023) e os corpos perversos, para descrever o corpo dos anos 80 e 90 do século XX, vigiado, culpabilizado, parte de um *grupo de risco*. Naquela época, o dispositivo operava pela exclusão e pelo terror: o vírus era lido como consequência moral de uma vida desregrada. O Estado apontava o dedo, e a sociedade recuava. Contudo, ao analisar os documentos atuais, é preciso admitir: o fantasma desse corpo perverso ainda assombra os corredores dos hospitais e o imaginário social. Ele não desapareceu por completo; foi apenas silenciado pelo ruído da técnica, pelo discurso da cronicidade farmacopornográfica, transformado em um corpo crônico, corpo esse possível de apontar sua existência a partir da pesquisa de Butturi Junior (2016) e Butturi Junior e Lara (2018), cujo fantasma da morte não foi conjurado; esse fantasma, na verdade, se materializou nas estatísticas de relatórios biopolíticos que anualmente informam quantos corpos (perversos e crônicos) sucubme à esse dispositivo, que mesmo cronificado, segue enterrando pessoas que ficaram presas no segmento estrutural da prevenção combinada, que o Estado insiste em negligenciar.

Desse modo, o objetivo central desta pesquisa interrogou o dispositivo da prevenção combinada e a emergência do corpo combinado. Analisei como a interdição moralizante do passado cedeu espaço a um novo imperativo governamental centrado na autogestão: seja o empreendedor de si, calcule seus riscos, instrumentalize seu corpo ou pereça. A Prevenção Combinada, ilustrada pela multiplicidade de opções de sua Mandala, é a consagração desse cálculo. No entanto, é inegável a produtividade biopolítica dessa tecnologia. O dispositivo cria positivities reais ao blindar o corpo e devolver a possibilidade do prazer sem o

assombro da infecção, seja transmitindo ou recebendo. O paradoxo se instaura quando compreendemos que essa mesma máquina de produzir vida sadia é a engrenagem que executa o racismo de Estado: a fórmula do corpo combinado exige o fazer viver através do capital farmacológico, mas mantém intacta, nas margens dessa política, a prerrogativa estatal de deixar morrer. Se é pra viver, tem que fazer prevenção combinada.

À luz de Foucault e da lógica neoliberal que analisei, o sujeito que toma a PrEP ou PEP, que faz o teste regularmente, que está com a carga viral indetectável, enfim, que combina suas estratégias, não é apenas um paciente: é um empresário de si mesmo. O vírus deixou de ser um castigo divino para se tornar um risco calculado. O corpo tornou-se um capital que não pode se desvalorizar. A biomedicina entrega a liberdade de viver o desejo, mas estariam todos dispostos a pagar o preço da vigilância constante? A vigilância e a disciplina não são mais arquiteturas que projetam seu poder pela exterioridade: a torre foi engolida e agora monitora por dentro. A culpa e a imoralidade cederam espaço à responsabilidade individual. Os dedos que antes apontavam de dentro das igrejas e templos religiosos avançaram em tomada de poder político e agora usam toda a mão para propor ou assinar leis que inflacionam os problemas estruturais que tornam determinados estratos sociais mais vulneráveis ao dispositivo crônico da aids. As comunidades, responsáveis pelas primeiras respostas à epidemia, tiveram sua experiência armazenadas em algum arquivo científico que apenas são consultadas quando a indústria (e os governos) precisam validar a participação social em investigações científicas com fármacos das mais diversas modalidades. A informação sobre prevenção combinada chega antes aos profissionais da saúde do que às comunidades afetadas pelo hiv - aids. E as escolas, que deveriam ser o espaço de educação transversal, encerram seus currículos para qualquer tema que aglutine um conjunto de dispositivos: aids, sexualidade e prevenção. A Mandala é perfeita no papel, uma planta baixa racional, mas a vida não cabe num diagrama. Ao transformar prevenção em uma questão puramente técnica e biomédica corre-se o risco de esquecer que a aids é, e sempre foi, um acontecimento social e político.

Vejo que o *corpo combinado* é biologicamente seguro, mas corre o risco de ser politicamente solitário. O comprimido entra na corrente sanguínea e bloqueia o vírus, mas ele não bloqueia o racismo, não dissolve a pobreza, não cura a LGBTfobia estrutural que está espalhada em todas as esferas do território brasileiro e, inclusive, nas especificidades da dimensão-país do estado do Amazonas, um dos mais afetados pela epidemia. A tecnicidade da prevenção, sem vigilância, funciona como uma anestesia social: resolvemos o problema do vírus, mas e as desigualdades que pavimentam caminhos até ele?

Ao encerrar os percursos desta dissertação, o que se impõe é a necessidade de interrogar a Mandala a partir das fraturas do real. No cruzamento entre a pesquisa acadêmica e o ativismo, torna-se impossível aceitar a captura do sujeito preventivo, agora encapsulado como um algoritmo de risco ou um corpo de consumo biomédico. O desafio biopolítico que se abre é o de subverter a norma: fazer com que o corpo combinado articule, antes de tudo, uma aliança de resistência coletiva. Precisamos resgatar a tridimensionalidade política do “cubo mágico”, forçando o dispositivo a encarar as dimensões que o atual arranjo insiste em ofuscar sob o brilho mercadológico dos fármacos

Foucault (2023) ensina que onde há poder, há resistência. Se o dispositivo tenta nos transformar em gerentes dóceis de nossa própria saúde, a resistência talvez esteja em insistir que a saúde é um laço comunitário, não apenas um sucesso individual. Como educador, em sala de aula e em saúde, evoco Paulo Freire (2014) que ensina que a liberdade é busca coletiva, constante e crítica, que é preciso, primeiro, refletir e então agir. A liberdade não é uma doação da biomedicina, mas uma conquista que se faz em comunhão. Se o dispositivo da prevenção combinada nos quer solitários na gestão do risco, a educação libertadora nos recorda que ninguém se salva sozinho, nem ninguém se previne sozinho: é na práxis, nessa união indissociável entre a reflexão sobre o mundo e a ação para transformá-lo, que o corpo combinado pode deixar de ser apenas uma máquina biológica eficiente para se tornar, finalmente, um corpo político e solidário.

A prevenção combinada é um ato de coragem. Para si, para o Estado, para a indústria. Para todas as pessoas. Tenhamos coragem.

REFERÊNCIAS

AGGLETON, Peter ; PARKER, Richard. Moving Beyond Biomedicalization in the HIV Response: Implications for Community Involvement and Community Leadership Among Men Who Have Sex with Men and Transgender People. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 8, p. 1552–1558, 2015. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4504295/>>. Acesso em: 25 jan. 2026.

BARP, Luiz; MITJAVILA, Myriam ; FERREIRA, Diego Diz. Gestão biopolítica da Aids: a homossexualidade como fonte de periculosidade social. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 223–236, 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gFqPpWzQHbTBgygm97TJdzL/>>. Acesso em: 11 jan. 2026.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico - HIV e Aids 2024**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à Infecção pelo HIV [recurso eletrônico]**. Brasília : Ministério da Saúde: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, DO HIV/AIDS E DAS HEPATITES VIRAIS. **Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, DO HIV/AIDS E DAS HEPATITES VIRAIS. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, 2017.

BUTTURI JUNIOR, Atilio. **Metafísica e discurso: Pechêux, Foucault e a pós-modernidade**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/92078>>. Acesso em: 4 jan. 2026.

BUTTURI JUNIOR, Atilio. A SOROPOSITIVIDADE E O PERIGO HOMOSSEXUAL: A ECONOMIA BIOPOLÍTICA DO DISCURSO DE JAIR BOLSONARO. **Caderno de Letras**, n. 41, p. 51–67, 2022. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/cadernodeletras/article/view/21630>>. Acesso em: 15 out. 2025.

BUTTURI JUNIOR, Atilio. As formas de subjetividade e o dispositivo da aids no Brasil contemporâneo: disciplinas, biopolítica e phármakon. *In: Língua, literatura, cultura e identidade: entrelaçando conceitos*. Passo Fundo: Editora Universidade de Passo Fundo,

2016, p. 59–78. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/profile/Tatiana-Lebedeff/publication/317370880_Lingua_de_si_nais_e_cultura_surda_qual_seu_lugar_na_escola/links/5936f6f6a6fdcca6586f6694/Lingua-de-sinais-e-cultura-surda-qual-seu-lugar-na-escola.pdf#page=59>. Acesso em: 25 out. 2025.

BUTTURI JUNIOR, Atilio ; LARA, Camila. AS NARRATIVAS DE SI E A PRODUÇÃO DA MEMÓRIA DO HIV NA CAMPANHA O CARTAZ HIV POSITIVO. **Linguagem em (Dis)curso**, v. 18, n. 2, p. 393–411, 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ld/a/tWtfRnpVwVXMr7G6bSYRG6d/?lang=pt>>. Acesso em: 31 ago. 2025.

CALAZANS, Gabriela Junqueira; PARKER, Richard ; TERTO JUNIOR, Veriano.

Refazendo a prevenção ao HIV na 5ª década da epidemia: lições da história social da Aids.

Saúde em Debate, v. 46, p. 207–222, 2023. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Qr9cptjJJgsCKJzQnJtJ4bw/?lang=pt>>.

CASA MIGA. **Nossa História**. Casa Miga. Disponível em: <<https://casamiga.org/>>. Acesso em: 26 jan. 2026.

CDC. **Pneumocystis Pneumonia --- Los Angeles**. CDC. Disponível em:

<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june_5.htm>. Acesso em: 4 jan. 2026.

DANIEL, Herbert. **Vida Antes da Morte**. 3. ed. Rio de Janeiro: ABIA, 2018. Disponível em:

<https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2018/12/VIDA_ANTES_DA_MORTE_LIFE_BEFORE_DEATH_site.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2025.

DANIEL, Herbert ; PARKER, Richard. **AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas**.

Rio de Janeiro: ABIA, 2018.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. Trad. Cláudia Sant’Anna Martins. São Paulo: Brasiliense, 2005.

FERRAZ, Dulcez. Prevenção Combinada baseada nos Direitos Humanos. **Boletim ABIA**, p. 9–12, 2016.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. 8. ed. Rio De Janeiro: Forense Universitária, 2022.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e Escritos - Vol. IX - Genealogia da Ética Subjetividade e Sexualidade**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. Trad. Maria Tereza da Costa Albuquerque ; J. A. Guilhon Albuquerque. 16. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2023.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento Da Biopolítica : Curso Dado No Collège De France (1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Trad. Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 2014.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Trad. Roberto Machado. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2024.

GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil**. 34. ed. São Paulo: Editora 34, 2000.

GIORGIO AGAMBEN. **O que é o contemporâneo? e outros ensaios**. Chapeco: Argos, 2009.

LARROSA, Jorge. Tecnologia do eu e educação. In: **O sujeito da educação**. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 36–86. Disponível em: <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/373/2019/04/TecnologiasdoEuEducacaoLarrossa.pdf> >. Acesso em: 10 jan. 2026.

MACHADO, Roberto. **Foucault, a ciência e o saber**. 3. ed. [s.l.]: Zahar, 2006. Disponível em: <https://dokumen.pub/foucault-a-ciencia-e-o-saber-9788537808382.html> >. Acesso em: 9 set. 2025.

MACHADO, Roberto. Introdução: por uma genealogia do poder. In: **Microfísica do Poder**. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2024.

MAKSUD, Ivía; FERNANDES, Nilo Martinez ; FILGUEIRAS, Sandra Lucia. Technologies for HIV prevention and care: challenges for health services. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 104–119, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000500104 >. Acesso em: 9 jan. 2026.

MONTANER, Julio SG; HOGG, Robert; WOOD, Evan; *et al.* The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic. **The Lancet**, v. 368, n. 9534, p. 531–536, 2006. Disponível em: <10.1016/S0140-6736(06)69162-9>. Acesso em: 8 jan. 2026.

NAVARRO, Pedro ; VANICE SARGENTINI. Por uma Arqueogenealogia dos Estudos Discursivos Foucaultianos no Brasil - Cartografias. **Revista da Anpoll**, v. 53, n. 2, p. 20–40, 2022. Disponível em: <https://revistadaanpoll.emnuvens.com.br/revista/article/view/1777/1231> >. Acesso em: 30 ago. 2025.

PADRÃO, Maria Regina Araújo de Vasconcelos; TOMASINI, Ana Júlia; ROMERO, Maria Laura Alves de Moura; *et al.* Educação entre pares: protagonismo juvenil na abordagem preventiva de álcool e outras drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2759–2768, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sB5VZpFCfZsLF3ysHV6GQfk/?lang=pt&format=pdf> >. Acesso em: 4 jan. 2026.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.

Disponível em:

<<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2811%2960054-8>>. Acesso em: 12 jan. 2026.

PATTON, Cindy. **Inventing AIDS**. New York ; London: Routledge, 1990.

PARKER, Richard. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982 – 1996. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 27, p. 8–49, 2003. Disponível em:

<https://abiids.org.br/wp-content/uploads/2019/03/4-Construindo-os-alicerces-para-a-resposta-ao-HIV_AIDS-no-Brasil-o-desenvolvimento-de-politicas-sobre-o-HIV_AIDS-1982-%E2%80%93-1996-2.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2026.

PARKER, Richard. Epidemias de significação e políticas de saúde global: Do fim da AIDS ao fim da ampliação da resposta global da AIDS. **Global Public Health**, v. 19, n. 1, 2024.

Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2024.2386920>>. Acesso em: 14 jan. 2026.

PARKER, Richard G. A construção social e cultural do risco sexual, ou como fazer pesquisa (em sexualidade) em uma epidemia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 85–98, 1995. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/physis/a/7cTvXLcsDwFdjk8HCsyKnjx/?lang=pt>>. Acesso em: 12 nov. 2025.

PARKER, Richard ; AGGLETON, Peter. People, politics and death. **Routledge eBooks**, p. 120–134, 2024. Disponível em:

<<https://www.taylorfrancis.com/chapters/oa-edit/10.4324/9781003322788-11/people-politics-death-richard-parker-peter-aggleton>>. Acesso em: 29 nov. 2025.

PARKER, Richard ; PEREIRA, Carla Rocha. A construção social da prevenção biomédica do HIV. **Saúde e Sociedade**, v. 34, n. 3, 2025. Disponível em:

<<https://abiids.org.br/a-construcao-social-da-prevencao-biomedica-do-hiv/>>. Acesso em: 14 jan. 2026.

PERENCINI, Tiago. A arqueologia de Michel Foucault como procedimento filosófico de pesquisa. **Linguagens, discursos e práticas de ensino**, v. 10, n. 11, 2024. Disponível em:

<<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/8806>>. Acesso em: 10 out. 2025.

PERLONGHER, Néstor. **O que é AIDS?** 1. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

PRECIADO, Paul B. **Testo junkie: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica**. 1. ed. São Paulo: N-1 edições, 2018.

TEODORESCU, Lindinalva ; TEIXEIRA, Paulo Roberto. **Histórias da Aids no Brasil: 1983-2003**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em:

<<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2025/historias-da-aids-no-brasil-vol-i-eletronico.pdf/view>>. Acesso em: 5 jan. 2026.

TORRES, Thiago Silva; KONDA, Kelika; VEGA-RAMIREZ, E. Hamid; *et al.* Awareness and factors associated with willingness to use Pre-exposure prophylaxis (PrEP) in Brazil, Mexico and Peru: an online survey among men who have sex with men (MSM) (Preprint). **JMIR Public Health and Surveillance**, 2019. Disponível em: <<https://publichealth.jmir.org/2019/2/e13771/>>. Acesso em: 1 fev. 2026.

TREICHLER, Paula A. AIDS, Homophobia, and Biomedical Discourse: An Epidemic of Signification. **October**, v. 43, p. 31–70, 1987. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3397564?seq=1&cid=pdf-reference#references_tab_contents>. Acesso em: 1 fev. 2026.

UNAIDS. **Combination HIV prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioural and structural strategies to reduce new HIV infections**. Geneva: UNAIDS, 2010.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault & a Educação**. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2007.

VERNAZZA, Pietro; HIRSCHER, Bernard; BERNASCONI, Enos; *et al.* HIV transmission under highly active antiretroviral therapy. **The Lancet**, v. 372, n. 9652, p. 1806–1807, 2008. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)61753-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61753-5)>. Acesso em: 7 jan. 2026.
VEYNE, Paul. **Foucault, o pensamento, a pessoa**. 1. ed. Lisboa: Edições Texto e Grafia, 2008.