

Organização

Annette Leibing

com a colaboração de Kenneth R. de Camargo Jr.

Tecnologias do corpo:

uma antropologia das medicinas no Brasil

NAU
EDITORA

Rio de Janeiro
2004

- MINAYO, Maria Cecília de S. (1998) Construção da identidade da Antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. Em P.C. Alves e M. Rabelo (eds.). *Antropologia da saúde, traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- PAHO. (2001) O perfil do sistema de serviços de saúde no Brasil. Programa de organização e gestão dos sistemas e serviços de saúde, divisão de desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde, Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO).
- SMITH, André. (no prelo) Contextualizing Help-Seeking Behavior in Patients Diagnosed with No Dementia. In Lawrence Cohen and Annette Leibing (orgs.). *Thinking about Dementia: Culture, loss, and the anthropology of senility*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ciência, Tecnologia e Saúde Mental

João Biehl

No livro *A condição humana*, Hannah Arendt argumenta que a ação política nas sociedades modernas está centrada no controle de processos naturais e na fabricação de autômatos. O *homo faber* deu lugar ao *homo laborans* — o ser humano contemporâneo está cada vez mais preocupado com sua fisiologia e envolvido em produções de massa: “Este desenvolvimento acarreta uma perda de experiência humana extraordinária” (Arendt, 1958: 321). O processo que invadiu as ciências naturais por meio do experimento, isto é, a “tentativa de imitar, sob condições artificiais, as dinâmicas que deram origem a coisas do mundo natural,” argumenta Arendt, é agora também “o princípio que rege as relações humanas” (Arendt, 1958: 299).

No meu trabalho antropológico no Brasil e nos Estados Unidos, investigo como avanços científicos e tecnológicos informam políticas de saúde e adquirem vida social (Biehl, 1999a; 1999b; 2001a). Estou interessado nas maneiras pelas quais a tecnociência encontra seu lugar em regularidades institucionais e práticas discursivas locais e em como ela é articulada sobre o autoconhecimento. Mais especificamente, exploro como esses desdobramentos reestruturam os próprios processos pelos quais a subjetividade individual é formada. Como coloca o cientista e filósofo Ludwik Fleck (1979: 19), descobertas e desenvolvimentos científicos implicam a criação de uma certa “prontidão mental” a fim de que possamos ver a nova forma da verdade como se fosse a única e eterna verdade, independente das pes-

soas. Neste sentido, “ver significa recriar, no momento adequado, a imagem gerada pelo coletivo mental ao qual se pertence” (Fleck, 1986: 78). Nós, modernos, não somos sem uma relação insistente com formas variáveis da verdade.

Este ensaio etnográfico espelha e problematiza transformações no que significa a subjetividade contemporânea desde a perspectiva de homens e mulheres que experimentam com ciência e tecnologia de forma mundana e inesperada.¹ Abordo a ação governamental e subjetiva que ocorre num centro de aconselhamento e testagem anônima para o HIV (CTA) em Salvador, Bahia. Desde 1993, com mudanças na Coordenação Nacional de DST/AIDS e fundos do Banco Mundial, dezenas de Centros de Aconselhamento e Testagem para o HIV (CTA) foram criados anualmente em todo o país — hoje em dia, mais de 150 estão em funcionamento. O modelo norte-americano que informa esta e outras iniciativas de prevenção da AIDS localiza a natureza do problema médico, bem como as possibilidades para sua solução nos instintos e mentes individuais, e, de acordo com o que o antropólogo Sean Patrick Larvie (1997: 100), enfatiza “uma profilaxia psicológica”.

Em 1996 e 1997, conduzi pesquisa etnográfica em um CTA em Salvador, auxiliado pela psicóloga Ana Luiza Outeiro (uma das conselheiras do CTA) e pela psicanalista Denise Coutinho. Durante a pesquisa, combinamos a observação participativa com análise epidemiológica e levantamento clínico. O estudo tinha por objetivos: 1) identificar como as dinâ-

¹ Denise Coutinho e Ana Luzia Outeiro ajudaram a pensar e a realizar este projeto de pesquisa: muito obrigado. Também agradeço aos coordenadores, funcionários e clientes do CTA e o apoio do CNPq, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, do Departamento de Medicina Social da Universidade de Harvard, e do Conselho das Ciências Sociais e Humanas da Universidade de Princeton. Sou o único responsável pelas idéias aqui expressas.

micas psíquicas dos clientes eram manipuladas durante o aconselhamento e a testagem e que novas experiências subjetivas eram ali forjadas; 2) problematizar essa manipulação e essas experiências como formas emergentes de (auto)governamentalidade no contexto da neoliberalização brasileira, particularmente no domínio da saúde pública (Biehl com Coutinho e Outeiro, 2001a).

Os clientes do CTA seguem o seguinte conjunto inicial de procedimentos: escolhem um pseudônimo, preenchem um questionário epidemiológico, escutam uma palestra sobre os aspectos clínicos e científicos do HIV e da AIDS, e então passam por aconselhamento individual pré-teste. Nesse momento, o cliente e o conselheiro localizam o ato potencialmente mórbido que motivou a pessoa a vir ao CTA e traduzem aquele ato em um fator de risco. A seguir, formulam um plano epidemiológico individual (uma nova gramática de risco), que basicamente tem por objetivo a formatação de comportamentos conscientes de segurança, particularmente com respeito à sexualidade. Nas palavras de Mulata, uma estudante do ensino médio: “Eu preciso me controlar... tenho que aprender a ver que as aparências enganam.” Ela parece ter racionalizado bem as lições do CTA: “Se um casal não quer usar camisinha, ambos precisam fazer o teste do HIV. A vida está em jogo.” Em jogo está também a formação de uma nova autopercepção biológica da cliente. Essa autopercepção funciona como um ideal *verdadeiro* do ego que tem que ser constantemente trazido à consciência e transformado em novos valores de vida a serem incorporados em práticas sexuais. A conselheira Marlene é direta: “Eu lhes pergunto: ‘Foi o seu desejo de prazer, de satisfação, mais forte do que o desejo de continuar a viver?’” Os conselheiros também avaliam as implicações psicológicas de revelar uma potencial soropositividade, e formulam estratégias para assegurar que os clientes retornem para buscar o resultado do

teste. Amostras de sangue são então coletadas no laboratório da sala contígua.

Em resumo, neste ensaio exploro como o saber clínico-epidemiológico e a tecnologia de testagem para o HIV são integrados em ações biopolíticas dirigidas a populações específicas compostas por indivíduos saudáveis e inseridos no mercado de trabalho. Também apresento materiais etnográficos apontando as maneiras pelas quais os conceitos de uma administração técnica da saúde e de uma identidade baseada biologicamente (inerentes a esse saber e tecnologia) são reificados e absorvidos pelos sujeitos da testagem. Argumento que as dinâmicas inconscientes de produção da verdade, repetição e fantasia são o material e o meio pelos quais novos mecanismos de autogovernança são construídos e que uma *tecnoneurose* é engendrada nesse novo espaço tecnocientífico-governamental.

Ciências do sujeito

Em Paris, em 1969, antes de começar sua conferência *O que é um Autor?*, Michel Foucault (s/d: 30) disse à sua audiência que era a posição do neurótico que melhor caracterizava a “abertura” do que ele estava por apresentar. Este comentário estava alinhado com o subtítulo da fala, *o retorno a a...*, e o *a* era uma referência direta ao trabalho de Jacques Lacan sobre *o objeto pequeno a*. Para Lacan, *o objeto pequeno a* é o objeto causa de desejo, aquilo que está constantemente refazendo sua inscrição no corpo à medida que responde no lugar da verdade impossível do neurótico — ele corresponde à idéia freudiana de uma “representação representativa da pulsão”. Sentindo-se endereçado por Foucault, Lacan foi escutá-lo. Este breve encontro entre Foucault e Lacan, que tem geralmente passado despercebido pelo meio acadêmico, nos ajuda a problematizar a interação

entre rupturas epistêmicas, funcionamentos do inconsciente e experiência social no CTA.

Foucault (1998: 206) começou e terminou sua conferência perguntando: “O que importa quem está falando?” De um modo geral, ele argumentou que a função do autor tem de fato estabelecido a legitimidade e o *status* de alguns discursos nas nossas culturas e sociedades, e tem em sua produção ideológica limitado a proliferação de significados. Foucault também marcou uma diferença importante entre o ato de fundação de uma ciência que “pode sempre ser reintroduzida na maquinaria daquelas transformações que derivam dela” (Foucault, 1998: 218) e a ciência dos campos da discursividade fundados, por exemplo, por Marx e Freud nos quais há uma “necessidade inevitável (...) de um retorno à origem. Este retorno, que é parte do próprio campo discursivo, nunca pára de modificá-lo” (Foucault, 1998: 219). Segundo Foucault, há que se investigar os modos de circulação, apropriação e modificação dos discursos em cada cultura. Análises deste tipo questionam o caráter absoluto e o papel fundante do sujeito e apontam para o sistema de dependências do sujeito — ou seja, *o sujeito se encontra na materialidade de transformações epistêmicas* (Foucault, 1972: 186). “Em resumo, é uma questão de privar o sujeito (ou seu substituto) de seu papel de originário, e de analisar o sujeito como uma função variável e complexa do discurso” (Foucault, 1998: 221).

A seguir, durante a discussão, Lacan alinhou-se com Foucault quando diversos ouvintes criticaram o trabalho do filósofo por supostamente investir na “negação do homem”. “Com ou sem estruturalismo”, disse Lacan, “não é uma questão da negação do sujeito. É uma questão da dependência do sujeito, e isto é algo completamente diferente” (citado por Eribon, 1996: 150). Em diversas ocasiões, Foucault comentou a importância do trabalho de Lacan nesta área: “O sujeito não é originário. O sujeito tem uma gênese. Bem, quem disse isto? Freud,

certamente; mas foi necessário que Lacan o mostrasse claramente” (citado por Eribon, 1996: 147).

Lacan mencionou este encontro com o trabalho de Foucault em seu próprio seminário naquele ano, *De um Outro ao outro* (Lacan: s/d). Novamente, ele argumentou que Foucault apropriadamente valorizava a originalidade de uma função interna aos discursos, o que implica “um efeito de divisão e de laceração que é próprio a todos” (s/d: 90). Como Lacan elaborou em outro momento, a psicanálise contraria os ideais e práticas da ciência, mostrando que há sempre algo no sujeito que “sabidamente mente, sem a contribuição da consciência” (1991: 194). O que está em funcionamento no nível do inconsciente é o retorno a *a*: “Há um saber que diz que em algum lugar há uma verdade que desconhece a si mesma” (s/d: 90).

Paradoxalmente, postula Lacan (1989: 17), “nós não temos mais nada com o que unir conhecimento e verdade senão o sujeito da ciência”. Lacan fala da verdade como o trabalho do sujeito. O que caracteriza particularmente nossa forma cartesiana/capitalista de subjetividade é que amamos a verdade e dispomos de saberes para proliferar nossos sintomas, produzindo, assim, “mais gozar” (o conceito lacaniano é uma analogia à *mais-valia* elaborada por Karl Marx (1983, vide Zizek, 1997). “Não há discurso que não seja de *jouissance*, pelo menos quando se espera dele o trabalho da verdade” (1994: 74). A recorrência da experiência de que *talvez este não seja o significado verdadeiro* aponta para os trabalhos da verdade no sujeito.

O fato é que a ciência, diz Lacan, “não tem memória; uma vez constituída, ela esquece os caminhos pelos quais se constituiu... ela esquece a dimensão de verdade que a psicanálise seriamente põe a trabalhar” (1989: 18). Conforme Lacan, na psicanálise, o saber perde sua posição absoluta. “O que chamamos de sujeito? De forma precisa, aquilo que no desenvolvimento de objetificações está fora do objeto. O ego adquirir o *status* de miragem, como resíduo é somente um elemento

nas relações objetais do sujeito” (1991: 194). Ou, na reescrita lacaniana do moto de Freud (*Wo es war, soll Ich werden*), “onde isto era, devo eu, sujeito, vir a ser” (1989: 12).

Seria errôneo, no contexto do CTA, referir-se ao inconsciente como um mundo de fenômenos pré-lingüísticos e pré-teóricos em contraste com efeitos técnico-políticos e sociais (Keller, 1992: 3, 9). Aqui, a plasticidade de processos psíquicos e ciência e tecnologia estão integrados na formulação de novas estratégias de governamentalidade. Como previu Hannah Arendt (1958: 299), aqui os processos da vida interior, encontrados nas paixões por meio da introspecção, tornam-se literalmente um campo experimental, gerando padrões e regras para a criação “da vida automática do ser humano artificial” (1958: 299). Quais são os *afetos colaterais* e os efeitos políticos desse experimento?

Autobioadministração

Durante a pesquisa no CTA, documentei uma alta demanda de testagem por parte de clientes de baixo risco, em grande parte da classe trabalhadora e da classe média baixa, apresentando ansiedade e queixando-se de sintomas aparentemente relacionados à AIDS, como diarreia, emagrecimento e hérpis. A maior parte dos clientes era soronegativa e muitos retornavam para uma segunda e uma terceira testagens (também negativas). Dados do Laboratório Central (LACEN), onde todos os exames sanguíneos do estado são realizados, mostram que, realmente, tem havido um aumento expressivo no número de testagens para o HIV e um concomitante decréscimo geral na soropositividade registrada pelo LACEN desde que o CTA começou a oferecer seus serviços em 1994 (Biehl, 1999a; 2001a; Cunha *et al.*, 1996). É importante ressaltar que esses dados não representam a soroprevalência da população em geral ou o

risco individual de infecção pelo HIV. Refletem, isto sim, a emergência de uma nova população, a população de uma *AIDS imaginária*.

Urso é contabilista, tem 35 anos e afirma ter nódulos por todo o corpo e diarreia constante: “Só pode ser AIDS.” Durante o aconselhamento, relatou que nos dois últimos anos teve só uma parceira e que sempre usaram camisinha. “Mas foi a confiança nela que me ferrou... Teve um dia em que bebi demais e daí transamos sem camisinha.” Urso disse que recentemente, depois de terem se separado, aprendeu “toda a verdade” sobre o passado da ex-parceira: “Ela não era coisa boa. Transou com outros caras quando estava comigo. Suspeito que um deles injetava drogas.” Urso disse ter certeza que a ex-namorada o havia infectado. O resultado do seu teste para o HIV foi negativo.

Manga veio receber o seu resultado, dizendo-se “muito deprimida”. Ela tem 49 anos e trabalha como balconista de loja. Na sessão pré-teste, Manga afirmou que seu parceiro tivera sexo com uma mulher que “aparentemente morreu de AIDS”: “Confiei nele. Sexo sem camisinha é bem melhor... Mas não dou culpa pra ele não. Se a gente se contamina, é culpa da gente mesmo.” A testagem e a longa demora pelo resultado (na época, cerca de dois meses) pareciam ter intensificado a confusão e o sofrimento de Manga, agora expresso em lesões de pele: “Fiquei louca esperando. Olha minhas pernas, vê estas feridas... Estou com tanto medo.” Manga ficou contente com o resultado negativo, mas então admitiu que depois do teste havia tido sexo sem camisinha com o mesmo parceiro. A conselheira fez Manga promover que nos próximos três meses usaria camisinha e que então voltaria para uma segunda testagem. Desta vez, Manga deixou o CTA com uma narrativa de pureza: “As mulheres são ingênuas. Transam sem camisinha porque pensam que o parceiro é tão puro quanto elas.”

Podemos fazer um paralelo entre as medidas de saúde pública e o controle social na era do HIV/AIDS com a administração das epidemias no início da modernidade na Europa. Em *Vigiar e punir*, Foucault mostra que durante a quarentena, por exemplo, cada indivíduo na localidade contaminada (e estritamente monitorada) era obrigado a aparecer na janela de sua casa. “Todos trancados em suas gaiolas, todos à janela, dizendo seus nomes e mostrando-se quando chamados — é a grande revista dos vivos e dos mortos” (1979: 196). Tais estratégias e ações disciplinares deram forma a uma *nosopolítica*: “A relação de cada indivíduo com sua doença e com sua morte passa pelos representantes do poder, o registro que eles fazem disto, as decisões que tomam sobre ele” (1979: 197). Robert Castel (1991) e Gilles Deleuze (1995) argumentam que nas nossas novas sociedades neoliberais, caracterizadas pela reestruturação do espaço familiar, pela deterioração dos locais tradicionais de confinamento, pela crescente redução do aparato de previdência social e por novas estratégias econômicas e administrativas, o controle de indivíduos e populações está cada vez mais automatizado. Este controle pós-disciplinar é baseado em novas ciências de risco e é estabelecido por diagnósticos médico-psicológicos. Nesta perspectiva, pacientes não são mais avaliados conforme o perigo que representam para si ou para os outros, mas têm, com base em indicadores numéricos, apontados os seus fatores de risco específicos e a severidade dos mesmos. No campo médico, a interação com o paciente dá lugar à administração dos seus riscos e capacidades potenciais.

A proposta e prática de centros como o CTA é representativa dos novos modos de controle pelos quais o Estado contemporâneo reescreve o contrato social na área de saúde pública. Aqui, grupos de indivíduos fisicamente saudáveis e “mercadologicamente viáveis” são tratados como “sociedade de risco” e reorganizados em termos de “melhoramento psicossocial”. A questão de quando aparecer à janela e ser

contado pelo Estado é agora uma negociação interna que tem a ver com a produção da verdade biotécnica desses seletos indivíduos e grupos, e a reconfiguração dos seus instintos sexuais por meio dessa verdade. Ou seja, os clientes do CTA são treinados para se tornarem administradores de seus instintos, e têm no exame do HIV o meio para verificar essa autobioadministração. Aqui, não está mais em jogo a influência direta do grupo sobre o indivíduo, mas sim o trabalho de cada indivíduo sobre si próprio, via tecnologia, e sua participação em perfis epidemiológicos (“populações epistêmicas”).

Em outros escritos, discuti como esse processo de criação de subjetividades coletivas livres de risco coexiste com outro processo técnico-político no qual amplos segmentos da população, os pobres dos pobres e os doentes dos doentes, “inúteis” na razão do Estado e da economia, são “invisibilizados” (Biehl, 1999a; 2001a). Pessoas vivendo com AIDS nas ruas de Salvador, por exemplo, não são alvo de programas específicos de prevenção, tratamento e assistência e, ainda que detectadas como casos de AIDS por algum serviço de saúde do estado, não são, na sua maioria, registradas na vigilância epidemiológica que, por sua vez, produz estatísticas demonstrando um controle eficaz da epidemia. Denomino a este processo “morte social”: abandonadas com AIDS, são incluídas na ordem social por meio do seu morrer, muitas vezes em espaços públicos, como se sua morte tivesse sido autogerada. Neste caso, a invisibilidade é um mecanismo de controle dentro dos cálculos dos processos de vida que estão agora no centro das ações governamentais (mediadas por *risk expertise* e biotecnologia): vida para quem? Por quanto tempo? A que custo?

Como afirma o filósofo Renato Janine Ribeiro, no Brasil “torna-se imaginável [e realizável] um discurso que pretenda o fim do social, a fim de emancipar a sociedade... O social diz respeito ao carente; a sociedade, ao eficiente” (2000: 21).

A janela imunológica e a plasticidade dos instintos

De volta ao CTA. O fenômeno da AIDS imaginária não representa o fracasso da prática de prevenção via aconselhamento e testagem. Representa, isto sim, um novo laço estabelecido entre o aparato de testagem e o cliente, e entre o cliente e si mesmo através deste aparato e da experiência tecnocientífica. A questão da *janela imunológica* é reveladora. Num projeto piloto de pesquisa com 37 clientes, todos soronegativos, 5 disseram que já haviam sido testados para o HIV antes. Os conselheiros pediram a 14 clientes que retornassem para uma segunda ou terceira testagem porque eles “tinham uma janela aberta”. A janela imunológica corresponde à lacuna temporal que existe entre a infecção inicial pelo vírus e a soroconversão, isto é, quando o anticorpo específico HIV-1 pode ser detectado no sangue (Alcabe *et al.*, 1993). A data específica da infecção é raramente sabida e a lacuna entre infecção e soroconversão é aproximada. Em média, a janela imunológica se estende por um período de 2 semanas a 3 meses. Os centros de testagem rotineiramente adotam um período padrão de 3 a 6 meses como referência para localizar a última situação de risco do sujeito e avaliar sua verdade soropositiva ou negativa (há casos registrados em que a soroconversão deu-se depois de 6 meses). Conforme observado nas rotinas do CTA, essa temporalidade *quase científica* é muitas vezes usada pelos conselheiros para anular os resultados de testes anteriores e induzir os clientes a retornarem para outra testagem (“Pelo que você me disse agora, você poderia ter uma janela aberta quando fez o teste”) — enquanto isso, eles são colocados numa espécie de quarentena de sexo seguro. Também observamos que a janela imunológica é integrada, de forma complexa, às fantasias dos clientes. Muitos sentem-se *zerados* depois de passar pela quarentena e pelo novo teste e acabam por expor-se novamente a situações de

baixo risco. A dúvida sobre a verdade do HIV permanece. Entendo que a eficácia indutiva dessa tecnologia de testagem repousa no fato de que ela maneja e dá nova forma ao insistente dilema psicológico de que *talvez esta não seja a verdade verdadeira*.

Considere a maneira pela qual Luneta realiza suas fantasias no CTA e os efeitos dessa experiência. Esse homem de 42 anos de idade, bissexual, tem um diploma universitário e trabalha como funcionário público. No aconselhamento pré-testagem, ele queixou-se de constantes dores de estômago e diarreia: “Isto tem a ver com a doença. Estou apavorado.” Luneta também falou sobre as suas dificuldades em controlar “o desejo de sexo” e os problemas com o uso de preservativos: “A cabeça do homem é um assunto muito sério. Preciso me prevenir. Mas é que as camisinhas atrapalham meu tipo preferido de relação sexual. A penetração não é tão importante. As coisas preliminares são muito melhores e se eu fizer tudo isso com caminha, cada vez vou consumir pelo menos três.” Segundo Luneta, as campanhas governamentais de prevenção da AIDS são geralmente ineficazes: “Elas precisam usar o corpo e incitar a fantasia.” Feliz, após receber o resultado negativo, Luneta enfatizou que vir ao CTA o impactou sobremaneira: “Durante o aconselhamento, eu comecei a canalizar toda aquela culpa. Agora meu pensamento é mais coerente.” O momento decisivo “de mudança”, no entanto, ocorreu com a coleta do seu sangue. Luneta descreveu a coleta como se fosse a culminação do prazer que busca nas suas preliminares aventuras sexuais. “A tensão é incrível. No fim, temos que dar o nosso sangue, e então as coisas não estão mais no nível da hipótese. É uma sensação tremenda.” Ou seja, com a coleta sanguínea, o domínio do fantasma parecia ter chegado (momentaneamente) ao fim, e havia então *jouissance* na produção de verdade biotécnica. “O teste em si me ajuda a entender que eu poderia ter esta coisa e poderia morrer. É difícil, mas o teste revela isto.”

Mas como Luneta provavelmente “estava em janela” quando o sangue foi coletado, ele foi solicitado a retornar para uma segunda testagem.

No CTA, o processo científico de objetificação passa, com sucesso, do cientista, o criador de um novo sistema de conhecimento, ao indivíduo que pratica o sistema, de modo que o subjetivo fique reduzido a um erro e o humano “a um jogo determinado de símbolos englobando todas as interações entre objetos” (Lacan, 1991: 194). Um “progresso” na formação subjetiva é aqui estimulado: à medida que o campo de consciência *risk-free* do cliente é amplificado, uma autocompreensão biotecnologicamente baseada desloca a sua fala e mantém a vontade pela verdade prosteticamente no lugar das palavras. Neste processo, o sujeito da psicanálise é idealmente excluído como sendo uma miragem do passado. Esse enodamento das pessoas consigo mesmas, e uma com as outras, via biotecnologia e as reformas das possibilidades humanas aí inscritas são parte de “uma nova cultura de simulação” (Turkle, 1997: 22) e de uma crescente biologização dos processos mentais e farmacologização de afetos (Haraway, 1991; Young, 1995; Petryna e Biehl, 1997; Agamben, 1998). A visão de Foucault de um modo experimental de subjetividade, expressa no fim de sua palestra *O que é um Autor?*, parece estar bem no processo de se realizar: “Penso que, ao passo que nossa sociedade muda, a ficção e seus textos polissêmicos irão mais uma vez funcionar de um modo diferente (...) um modo que não mais será o autor, mas sim *experimental*” (1998: 222).

Tecnoneurose

Concluo com a experiência de Oxigênio, que retorna ao CTA para o seu quarto teste. Desta vez, o conselheiro disse a essa comerciária de 32 anos que não havia mais nada que o

Centro de Testagem pudesse fazer por ela. Oxigênio havia esgotado sua cota de testes. “Mas eu preciso de mais um.” Ela disse ter muita ansiedade, apontou para as lesões cutâneas em seu rosto e repetiu sua história: “Um ano atrás, eu fui estuprada.” O estuprador disse-lhe que ele tinha AIDS. Nenhuma queixa foi registrada na polícia. Todos os conselheiros que atenderam Oxigênio concordam com a seguinte interpretação: “Ela cometeu adultério e está morrendo de culpa.” Agora até mesmo o marido apresenta sintomas relacionados com a AIDS, alega Oxigênio. Ela já procurou dois psicoterapeutas, em vão. “Não gostei: o primeiro disse que eu não tinha nada; a segunda não disse nada.” A necessidade de um novo teste para o HIV parece estar enlaçada com a impossibilidade de Oxigênio acessar sua própria palavra e, na realidade, a substitui. Entendo que a experiência sintomática, confusa e dolorida de Oxigênio é arquetizada tecnicamente. As dinâmicas neuróticas de clientes como ela não são simplesmente expurgadas em enquadramentos epidemiológicos e biotestagens, mas são instrumentalizadas e coproduzidas como sendo normais, retornando à realidade social como *tecnoneurose*. Esta é uma via de duas mãos. Ao mesmo tempo em que esses novos sujeitos de risco são treinados para ultrapassar atos potencialmente mórbidos por meio de um novo saber (um duplo) de si mesmos, eles também normalizam, agora com tecnociência, sua capacidade neurótica/plástica de reinventar a subjetividade. Nesse processo, clientes como Oxigênio tornam-se dependentes de uma significação secreta que o teste de HIV possa carregar (no lugar deles), e podem assim ter forcluído o acesso à singularidade de suas experiências dramáticas e à formulação do desejo.

Em muitos casos, os sintomas desses clientes soronegativos e suas demandas por uma verdade biológica são também veículos para a construção de novas identidades sociais. Em meio a vazios abertos pelo desaparecimento e/ou pela reciclagem de tradicionais laços sociais, muitos clientes usam o CTA para re-

solver conflitos familiares e amorosos (casos de incesto, perda da virgindade e adultério). Outros usam esse aparato para formular ou camuflar novas definições de orientação sexual (afirmando ou negando sua homossexualidade, por exemplo), para liberar-se da servidão sexual ou lidar com mudanças ocasionadas por uma nova consciência de gênero. Muitos simplesmente exercitam o raro direito de ter aqui acesso a um “moderno” aparato de saúde pública. De um modo geral, observamos clientes desritualizando relacionamentos face a face e realizando fantasias programáticas de uma suposta autonomia.

Em resumo, este experimento técnico-cultural e a experiência de uma AIDS imaginária no CTA têm como efeitos imediatos a consolidação local de um *ethos* biocientífico de governamentalidade, o reforço da fantasia como um regulador da realidade social, a nova inscrição de padrões de dominação social e sexual, e a viciada auto-instrumentalização de novos sujeitos de risco. A história de Oxigênio mostra que nesse contexto e em meio à nova plasticidade subjetiva desses cidadãos e cidadãs, o imperativo categórico da ciência — conhecer *ad infinitum* — é o que permanece. Ali, onde essa pulsão epistemológica ganha forma, não há necessidade da presença de uma pessoa real.

Referências bibliográficas

- ALCABES P., A. MUÑOZ *et al.* (1993) Incubation Period of Human Immunodeficiency virus. *Epidemiologic Reviews*, 15 (2): 303-318.
- AGAMBEN, Giorgio. (1998) *Homo Sacer: Sovereignty and Bare Life*. Stanford: Stanford University Press.
- ARENDT, Hannah. (1958) *The Human Condition*. Chicago: The University of Chicago Press.
- BIEHL, João. (1999a) *Other Life: AIDS, Biopolitics, and Subjectivity in Brazil's Zones of Social Abandonment*. Ann Harbor: UMI Dissertation Services.

- BIEHL, João. (org.) (1999b) *Antropologia da razão: ensaios de Paul Rabinow*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- BIEHL, João (with Denise Coutinho and Ana Luzia Outeiro). (2001a) Technology and Affect: HIV/AIDS Testing in Brazil. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 25: 87-129.
- BIEHL, João. (2001b) Vita: Life in a Zone of Social Abandonment. *Social Text* 68, vol. 19, n. 3.
- CASTEL, Robert. (1991) From Dangerousness to Risk. Em GRAHAM Burchell, GORDON, Colin, MILLER, Peter (orgs.) *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Chicago: The University of Chicago Press.
- CUNHA, Sérgio *et al.* (1996) Atividade prática: Disciplina MED 100 – Epidemiologia. Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia.
- DELEUZE, Gilles. (1995) *Negotiations, 1971-1990*. New York: Columbia University Press.
- ERIBON, Didier. (1996) *Michel Foucault e seus contemporâneos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- FISCHER, Michael M.J. (1999) Emergent Forms of Life: Anthropologies of Late or Postmodernities. *Annual Review of Anthropology*, 28: 455-78.
- FLECK, Ludwik. (1979) *The Genesis and Development of Scientific Facts*. Chicago: The University of Chicago Press.
- FLECK, Ludwik. (1986) Scientific Observation and Perception in General. Em COHEN, Robert e SCHNELLE, Thomas (orgs.) *Cognition and Fact: Materials on Ludwik Fleck*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- FOUCAULT, Michel. (s/d) *O que é um autor?* Lisboa: Passagens.
- FOUCAULT, Michel. (1972) *The Archaeology of Knowledge & The Discourse on Language*. New York: Harper Torchbooks.
- FOUCAULT, Michel. (1979) *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. New York: Vintage Books.
- FOUCAULT, Michel. (1991) Governmentality. Em GRAHAM Burchell, GORDON, Colin, MILLER, Peter (orgs.) *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Chicago: The University of Chicago Press.
- FOUCAULT, Michel. (1998) What is an Author?. Em FAUBION, James (org.) *Aesthetics, Method, and Epistemology*. New York: The New Press.
- HARAWAY, Donna. (1991) *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature*. New York: Routledge.
- KELLER, Evelyn Fox. (1992) *Secrets of Life: Essays on Language, Gender, and Science*. New York: Routledge.
- LACAN, Jacques. (1989) Science and Truth. *Newsletter of the Freudian Field*, 3: 4-29.
- LACAN, Jacques. (1991) *The Seminar of Jacques Lacan: Book I – Freud's Papers on Technique, 1953-1954*. New York: W.W. Norton.
- LACAN, Jacques. (1994) *O Seminário: O Averso da Psicanálise, Livro 17*. Rio de Janeiro: Zahar.
- LACAN, Jacques. (s/d) *Seminário XVI: De un Otro al otro*. Buenos Aires: Grupo Verbum (manuscrito).
- LARVIE, Sean Patrick. (1997) Personal Improvement, National Development: Theories of AIDS Prevention in Rio de Janeiro, Brazil. Em LEIBING, Annette (org.) *The Medical Anthropologies in Brazil*. Berlin: Verlag für Wissenschaft Und Bildung.
- MARX, Karl. (1983) Production of Surplus Value. Em KAMEKA, Eugene Kameka (org.) *The Portable Karl Marx*. New York: Penguin Books.
- PETRYNA, Adriana e BIEHL, João. (1997) O estádio clínico: a constituição de uma criança inválida. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 7 (13): 83-101.
- RABINOW, Paul. (1999) *Antropologia da razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- RIBEIRO, Renato Janine. (2000) *A sociedade contra o social: o alto custo da vida pública no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras.
- TURKLE, Sherry. (1997) *Life on the Screen: Identity in the Age of the Internet*. New York: Simon and Schuster.
- YOUNG, Allan. (1995) *The Harmony of Illusions*. Princeton: Princeton University Press.
- ZIZEK, Slavoj. (1997) How did Marx invent the symptom? In *Mapping Ideology*. New York: Verso.