

VARIAÇÕES

TECNOCIÊNCIA E
SUBJETIVIDADE

João Biehl*

Avanços médico-científicos e desenvolvimentos político-econômicos estão reestruturando interações sociais e as dinâmicas através das quais a subjetividade individual é formada, sendo que não existe hoje um sistema explanatório único que possa dar conta destes processos em termos do seu impacto experiencial e ético. Este ensaio espelha e endereça transformações no que significa a subjetividade contemporânea desde a perspectiva de homens e mulheres que se valem de ciência e tecnologia para refazer as suas identidades. Especificamente, o ensaio problematiza a ação governamental e subjetiva que ocorre num centro de aconselhamento e testagem anônima para o HIV (CTA) no Nordeste do país¹. Estou interessado em como a tecnociência encontra seu lugar em regularidades institucionais e práticas discursivas locais e em como ela é articulada sobre o autoconhecimento. Nesse sentido, investigo: 1) 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; 2) como os conceitos de uma administração técnica da saúde e de uma identidade baseada biologicamente (inerentes a esse saber e

tecnologia) são reificados e absorvidos. Argumento que as dinâmicas inconscientes de produção da verdade, de repetição e fantasia são o material e o meio através dos quais novos mecanismos de autogovernância são articulados e que uma *tecnoneurose* é engendrada neste contexto tecnocientífico.

A DEPENDÊNCIA DO SUJEITO E O TRABALHO DA VERDADE

Em Paris, 1969, antes de começar sua conferência “O que é um Autor?”, Michel Foucault disse à sua audiência que era a posição do neurótico que melhor caracterizava a ‘abertura’ do que ele estava por apresentar (n/d:30). 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 em 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, ajuda-nos a problematizar a interação histórica entre ruptura epistêmica, funcionamento do inconsciente e experiência social.

Foucault começou e terminou sua conferência perguntando, “o que importa quem está falando?” (1998:206). De um modo geral, ele argumentou que a função do autor tem, de fato, estabelecido a legitimidade e 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” (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. Esse retorno, que é parte do próprio campo discursivo, nunca pára de modificá-lo” (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 (1972:186; Fischer, 1999). “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” (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 em geral’. “Desejaria lembrar que, com ou sem estruturalismo”, disse Lacan, “não se trata absolutamente, no campo vagamente determinado por este rótulo, da negação do sujeito. Trata-se da dependência do sujeito, o que é extremamente diferente...” (citado por Eribon, 1996:150). Em diversas ocasiões, Foucault comentou a impor-

* Antropólogo, professor do Departamento de Antropologia, Universidade de Princeton, Estados Unidos.

¹ Agradecimentos: Denise Coutinho e Ana Luzia Outeiro ajudaram a pensar e a realizar este projeto de pesquisa: muito obrigado. Também agradeço os coordenadores, funcionários e clientes do CTA e o apoio do CNPq, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e do Departamento de Medicina Social da Universidade de Harvard. Adriana Petryna, Joseph Dumit e Michael M.J. Fischer: *thank you*. Sou o único responsável pelas idéias aqui expressas.

tância do trabalho de Lacan nessa área: “O sujeito tem uma gênese, o sujeito não é originário. Ora, quem disse isto? Freud, certamente, mas foi preciso que Lacan o mostrasse claramente. Daí a importância de Lacan” (citado por Eribon, 1996: 147). Lacan mencionou esse encontro com o trabalho de Foucault em seu próprio seminário naquele ano, “De um Outro ao outro” (n/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” (n/d:90). O que está em funcionamento ao nível do inconsciente é o retorno a α : “há um saber que diz que em algum lugar há uma verdade que desconhece a si mesma” (n/d:90). A psicanálise, diz Lacan, 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 fato é que a ciência “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). Paradoxalmente, postula Lacan, “nós não temos mais nada com o que unir conhecimento e verdade senão o sujeito da ciência” (1989:17). O que caracteriza particularmente as formas cartesiana e capitalista de subjetividade, continua ele, é que a verdade é o nosso trabalho: 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 do gozo, pelo menos quando dele se espera o trabalho da verdade” (1994:74). A recorrência da experiência de que ‘talvez não seja o verdadeiro’, aponta para os trabalhos da verdade no sujeito (1994:13). E nós, modernos, não somos sem uma relação insistente com formas variáveis da verdade.

RISCO E AUTO-BIO-ADMINISTRAÇÃO

Adiante. 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 – há agora mais de 150 (Biehl, 1999). 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, enfatiza “uma profilaxia psicológica” (1997:100). Em 1997, conduzi pesquisa etnográfica em um CTA em Salvador, no Estado da Bahia, auxiliado pela psicanalista Denise Coutinho e pela psicóloga Ana Luíza Outeiro (uma das conselheiras do CTA). Combinamos observação participativa com análise epidemiológica e levantamento clínico (Biehl com Coutinho e Outeiro, 2001).

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 AIDS e então passam por aconselhamento individual pré-teste. Neste momento, o cliente e o conselheiro locali-

zam 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 de II Grau, “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: 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.

Durante nossa pesquisa no CTA, documentamos uma alta demanda de testagem por parte de clientes de baixo risco, em grande parte oriundos da classe trabalhadora e da classe média baixa, apresentando ansiedade e queixando-se de sintomas aparentemente relacionados à AIDS, como diarreia, emagrecimento, herpes, e assim por diante. A maior parte dos clientes eram soronegativos e muitos retornavam para uma segunda e terceira testagem (também negativa). Dados do Laboratório Central (LACEN), onde todos os exames sanguíneos do Estado eram então realizados, mostravam que, realmente, tinha 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 começara a oferecer seus serviços em 1994 (Biehl, 1999, 2001; 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*.

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” (197). Robert Castel (1991) e Gilles Deleuze (1995) argumentam que nas nossas novas sociedades neoliberais, caracterizadas pela deteriorização dos locais

tradicionais de confinamento, pela crescente redução do aparato de previdência social e por novas estratégias de *business*, a administração de populações e corpos se está tornando cada vez mais automatizada. Esta administração pós-disciplinar é baseada, por exemplo, em ciências de risco e estabelecida através de diagnósticos médico-psicológicos. A proposta e prática de centros como o CTA é representativa dos novos modos pelos quais o Estado contemporâneo reescreve o contrato social na área de saúde pública. Aqui grupos de indivíduos fisicamente saudáveis e mercadologicamente viáveis, por assim dizer, são tratados como ‘sociedade de risco’ e reorganizados em termos de ‘melhoramento psicosssexual’. A questão de quando aparecer na janela e ser contado pelo Estado – agora uma negociação interna que tem a ver com a produção de verdade biotécnica destes seletos indivíduos – os clientes do CTA são treinados para se tornarem administradores de seus instintos, e têm no exame do HIV o meio para verificar esta auto-bio-administração.

Este processo de criação de subjetividades coletivas livres de risco coexiste com outro processo técnico-político no qual os pobres dos pobres e os doentes dos doentes, os ‘inúteis’ segundo a lógica econômica, são ‘invisibilizados’ (Biehl, 1999, 2000). Pessoas vivendo com AIDS nas ruas de Salvador, por exemplo, não são alvo de programas específicos de prevenção, tratamento e assistência e, ainda que detectados como casos de AIDS por algum serviço de saúde do Estado, não são, na sua maioria, registrados na vigilância epidemiológica que, por sua vez, produz estatísticas demonstrando um controle eficaz da epidemia. Denomino este processo ‘morte social’: abandonados com AIDS são incluídos na ordem social através do seu morrer, como se suas mortes tivessem sido autogeradas. 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

De volta ao CTA. O fenômeno da AIDS imaginária não representa o fracasso desta prática de prevenção. Representa, isto sim, um novo laço estabelecido entre o aparato de testagem e o cliente, e o cliente e si mesmo através deste aparato e experiência tecnocientífica. A questão da ‘janela imunológica’ é revelatória. 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 (Alcibes 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 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 acessar sua verdade soropositiva ou negativa (há casos registrados em que a soroconversão deu-se depois de seis 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 isto, eles são colocados numa espécie de quarentena de sexo seguro. Observamos ainda que a janela imunológica é também integrada, de forma complexa, às fantasias dos clientes. Muitos se sentem ‘zerados’ depois de passar pela quarentena e pelo novo teste e se expõem 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 isto não seja verdadeiro’.

Considere a maneira pela qual Luneta realiza suas fantasias no CTA e os efeitos desta experiência. Este homem de 42 anos de idade, bissexual, tem um diploma universitário e trabalha como funcionário público. No aconselhamento pré-testagem ele se queixou 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 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 isto com camisinha, 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 comeci 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, através da coleta sanguínea o domínio do fantasma parecia ter chegado (momentaneamente) ao fim, e havia então gozo na produção de verdade bio-técnica. “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 umas 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 da mente e da intersubjetividade (Young, 1995; Agamben, 1998; Rabinow, 1999; Haraway, 1991; Biehl, 1999b; Petryna e Biehl, 1997). 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).

TECNEUROSE

Concluo com a experiência de Oxigênio, que retorna ao CTA para o seu quarto teste. Desta vez, o conselheiro disse a esta 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 que estava muito deprimida, apontou para as lesões cutâneas em seu rosto e repetiu sua história: “Um ano atrás eu fui estuprada”. O estuprador disse-lhe que 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 arquitetada tecnicamente. As dinâmicas neuróticas de clientes como ela não são simplesmente expurgadas em enquadramentos epidemiológicos e biotestagens, mas são instrumentalizadas e co-produzidas 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 através 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 dos seus dramas e à formulação do desejo.

Em muitos casos, os sintomas destes 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 reciclagem de tradicionais laços sociais, muitos clientes usam o CTA para resolver conflitos familiares e amorosos (casos de incesto, perda de virgindade e adultério). Outros usam este aparato para formular ou camuflar novas definições de orientação sexual (afirmando ou negando homossexualidade, por exemplo), para liberar-se de 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 de-ritualizando 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 tem 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, neste contexto, o que permanece é o imperativo categórico da ciência – conhecer *ad infinitum*. E, no lugar onde essa pulsão epistemológica é maquinada, não há necessidade da presença de uma pessoa real. Como Hannah Arendt previu no final da sua obra “A Condição Humana” (1958: 299), aqui os processos da vida interior, encontrados nas paixões através da introspecção, tornam-se literalmente padrões e regras para a criação da vida automática do ser humano artificial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALCABES, P.; MUÑOZ, A. et al. 1993. Incubation Period of Human Immunodeficiency virus. *Epidemiologic Reviews*, n. 15 (2), p. 303-318, 1993.
- 2 AGAMBEN, Giorgio. 1998. *Homo Sacer: Sovereignty and Bare Life*. Stanford: Stanford University Press, 1998.
- 3 ARENDT, Hannah. *The Human Condition*. Chicago: The University of Chicago Press, 1958.
- 4 BIEHL, João. *Other Life: AIDS, Biopolitics, and Subjectivity in Brazil's Zones of Social Abandonment*. Ann Harbor: UMI Dissertation Services, 1999.
- 5 _____. *Biotechnology and the New Politics of Life and Death in Brazil*. Paper apresentado no Programme in Science, Technology and Society, MIT, 2000.
- 6 BIEHL, João; FRANCO, Anamélia; ALENCAR, Roselene de. 1996. *Uma Avaliação Qualitativa das Práticas de Prevenção em AIDS na Cidade de Salvador*. Salvador: Secretaria Municipal da Saúde da Cidade de Salvador, 1996.
- 7 BIEHL, João; COUTINHO, Denise; OUTEIRO, Ana Luiza. Technology and Affect: HIV/AIDS Testing in Brazil. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, n. 25, p. 87-129, 2001.

- 8 CASTEL, Robert. From Dangerousness to Risk. In: BURCHELL, Graham; GORDON, Colin; MILLER, Peter (eds.). *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Chicago: The University of Chicago Press, 1991.
- 9 CUNHA, Sérgio et al. *Atividade Prática: Disciplina MED 100 — Epidemiologia*. Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, 1996.
- 10 DELEUZE, Gilles. *Negotiations, 1971-1990*. New York: Columbia University Press, 1995.
- 11 ERIBON, Didier. 1996. *Michel Foucault e seus contemporâneos*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1996.
- 12 FISCHER, Michael M. J. Emergent Forms of Life: Anthropologies of Late or Postmodernities. *Annual Review of Anthropology*, n. 28, p. 455-478, 1999.
- 13 FOUCAULT, Michel. *O que é um autor?* Lisboa: Passagens, n. d..
- 14 _____. *The Archaeology of Knowledge & The Discourse on Language*. New York: Harper Torchbooks, 1972.
- 15 _____. *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. New York: Vintage Books, 1979.
- 16 _____. Governmentality. In: BURCHELL, Graham; GORDON, Colin; MILLER, Peter (eds.). *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Chicago: The University of Chicago Press, 1991.
- 17 _____. What is an Author? In: FAUBION, James (ed.). *Michel Foucault: Aesthetics, Method, and Epistemology*. New York: The New Press, 1998.
- 18 HARAWAY, Donna. The Biopolitics of Postmodern Bodies: Constitutions of Self in Immune System Discourse. In: _____. *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature*. New York: Routledge, 1991.
- 19 RIBEIRO, Renato J. *A Sociedade contra o social: o alto custo da vida pública no Brasil*. São Paulo: Cia. das Letras, 2000.
- 20 LACAN, Jacques. Science and Truth. *Newsletter of the Freudian Field*, n. 3, p. 4-29, 1989.
- 21 _____. *The Seminar of Jacques Lacan: Book I — Freud's Papers on Technique, 1953-1954*. New York: W.W. Norton, 1991.
- 22 _____. *O Seminário. Livro 17. O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.
- 23 _____. *Seminário XVI: De un Otro al otro*. Manuscrito. Buenos Aires: Grupo Verbum, s.d..
- 24 LARVIE, Sean Patrick. Personal Improvement, National Development: Theories of AIDS Prevention in Rio de Janeiro, Brazil. In: LEIBING, Annette (ed.). *The Medical Anthropologies in Brazil*. Berlin: Verlag für Wissenschaft Und Bildung, 1997.
- 25 MARX, Karl. Production of Surplus Value. In: KAMEKA, Eugene (ed.). *The Portable Karl Marx*. New York: Penguin Books, 1983.
- 26 PETRYNA, Adriana; BIEHL, João. O estúdio clínico: a constituição de uma criança inválida. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, n. 7, p. 83-101, 1997.
- 27 RABINOW, Paul. *Antropologia da razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.
- 28 TURKLE, Sherry. *Life on the Screen: Identity in the Age of the Internet*. New York: Simon and Schuster, 1997.
- 29 YOUNG, Allan. 1995. *The Harmony of Illusions*. Princeton: Princeton University Press, 1995.
- 30 ZIZEK, Slavoj. How did Marx invent the symptom? In: _____. *Mapping Ideology*. New York: Verso, 1997.