

BIOPOLÍTICA, DIREITOS HUMANOS E RESISTÊNCIAS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT DE FLORIANÓPOLIS-SC¹

BIOPOLITICS, HUMAN RIGHTS AND RESISTANCES: A COMPARATIVE ANALYSIS OF PUBLIC HEALTH POLICIES FOR THE LGBT POPULATION OF FLORIANÓPOLIS-SC

Atilio Butturi Junior*
Camila de Almeida Lara**

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo analisar os discursos das políticas públicas de saúde para a população LGBT de Florianópolis, Santa Catarina. Para tanto, parte das discussões sobre a governamentalização, a biopolítica e sobre a cisão entre as modalidades de subjetividade, relacionando o dispositivo crônico da aids aos enunciados materializados no *I Plano Municipal de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros* (PMLGBT I), publicado em 2012, e no *II Plano Municipal de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais* (PMLGBT II), publicado em 2017. Observa-se que, entre os discursos, há importantes deslocamentos históricos em funcionamento, seja da perspectiva da posituação das sexualidades não-heteronormativas, seja segundo a ordem das resistências e da luta pelos direitos da população LGBT, que redundam em enunciados menos estigmatizantes quanto às práticas afetivas e sexuais e sua relação com os enunciados do risco e do perigo. Conclui-se, a partir das análises, que no interior de uma biopolítica menor, as políticas públicas de Florianópolis para a população LGBT têm se marcado pela problematização dos direitos humanos e pela assunção de corporalidades e subjetividades dissidentes no interior das estratégias de cidadania e de cuidado, não obstante os limites com que opera o biopoder na contemporaneidade.

Palavras-chave: Biopolítica; HIV/Aids; População LGBT.

1. O professor Atilio Butturi Junior gostaria de agradecer à CAPES | Brasil pela bolsa de pós-doutoramento concedida (processo 88881.120013/2016-01), que permitiu a realização deste trabalho, que é parte da pesquisa realizada sob a supervisão do professor José Luís Câmara Leme, na Universidade Nova de Lisboa.

* Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil. atilio.butturi@ufsc.br.

** Doutoranda em Linguística Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil. camilaalara04@gmail.com.

ABSTRACT

This work aims to analyse the discussions of public health policies for the LGBT community in Florianópolis, Santa Catarina. For this purpose, the work starts from the discussions on governance, biopolitics and regarding the cleavage between the modes of subjectivity, relating the chronic *apparatus* of aids to the statements made in the *I Plano Municipal de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros* (PMLGBT I, *First Municipal Plan on Public Policies and Human Rights for Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transgender*), published in 2012, and the *II Plano Municipal de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais* (PMLGBT II, *Second Municipal Plan on Public Policies and Human Rights for Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals*), published in 2017. It is observed that, among the discourses, there are important historical shifts in operation, either from the perspective of non-heteronormative sexual positization or from the order of resistance and the struggle for the rights of the LGBT community. These result in less stigmatizing statements about affective and sexual practices, and their relationship with statements about risk and danger. It is concluded that, from the analyses, as part of a minor biopolitics, Florianópolis' public policies for its LGBT population have been marked by the problematization of human rights and by the assumption of dissident corporalities and subjectivities within the strategies for citizenship and care, despite the limits within which biopower operates in contemporary times.

Keywords: Biopolitics; HIV/ Aids; LGBT population.

INTRODUÇÃO

Segundo Žižek (2010), seriam três as suposições que sustentariam os discursos dos Direitos Humanos na contemporaneidade: primeiro, eles fariam oposição aos diferentes fundamentalismos; segundo, seu efeito de essencialidade residiria na busca pela liberdade e pelo prazer (em detrimento do sacrifício ideológico de qualquer ordem); terceiro, os Direitos Humanos poderiam conter os excessos do poder, na forma de resistências e de proteção da vida dos sujeitos. O autor, então, elenca os limites de cada um desses pressupostos, respectivamente materializadas em práticas de re-naturalização, na normatividade disciplinadora dos dispositivos e, por fim, no paradoxo com que a soberania, ainda hoje, se exerce – no limite, um excesso de poder que opera nas relações.

Gostaríamos de iniciar este texto sob a égide deste poder cuja marca é a do excesso e problematizar os efeitos dos discursos dos Direitos Humanos. Diferente de Žižek (2010), assumiremos a biopolítica e o paradigma do campo (conforme definidos, como se verá, por Michel Foucault e Giorgio Agamben) como pontos de partida para o debate acerca da relação entre os direitos, as formas de subjetividade e a produção de diferenças entre as modalidades de vida. Compartilharemos o que Žižek (2010) chama de *insight* de Hannah Arendt, qual seja, a assunção de que há laços estreitos entre a política e a violência, o que significará, aqui, assumir que: i)

toda a política traz no bojo um excesso e uma violência, que lhes são constitutivos e incontornáveis; ii) que os discursos dos Direitos Humanos se estabelecem no interior do excesso e da exceção, par que produz a ambiguidade da biopolítica (FOUCAULT, 2008b; AGAMBEN, 2010a).

A partir dessa ancoragem, no presente artigo analisaremos discursos das políticas públicas de saúde – enquanto práticas concretas de governo – voltadas para a população LGBT da cidade de Florianópolis, capital de Santa Catarina, *construídas sob a égide dos enunciados de enfrentamento da aids e do hiv*². Partimos de dois documentos e traçamos uma análise comparativa do chamado Eixo Saúde que ambos materializam: no *I Plano Municipal de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros – LGBT*, publicado em 2012 (FLORIANÓPOLIS, 2012); no *II Plano Municipal de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT*, publicado em 2017 (FLORIANÓPOLIS, 2017)³. De uma perspectiva transdisciplinar, cara aos estudos discursivos e à Linguística Aplicada Contemporânea⁴, nossa abordagem será construída na intersecção entre o campo dos estudos discursivos, a antropologia da saúde e a filosofia política, sobretudo pautando-se nos conceitos foucaultianos de governamentalidade e de biopolítica para investigar os vértices entre a população LGBT e os discursos de risco ligados ao hiv-aids.

Tal problematização justifica-se tanto pelos discursos estatísticos, que têm materializado enunciados sobre o aumento da infecção pelo hiv em determinadas populações, em Florianópolis – notadamente, adultos jovens (SANTA CATARINA, 2017) – quanto pela relação que se estabelece entre populações vulneráveis e práticas afetivas e sexuais não-heteronormativas. Neste último caso, é mister trazer à tona, ainda, os discursos que colocam Florianópolis como uma espécie de capital LGBT, epicentro do turismo (LANZARINI, RIAL, 2010) e, por conseguinte, foco de formas de controle do prazer, conforme assinalava Žižek (2010) acerca dos corpos dissidentes na atualidade. Diante deste dispositivo de disciplinarização e de

2. Assim como Butturi Junior (2016), neste trabalho, hiv e aids serão grafados em letras minúsculas, exceto quando forem citações de outros textos, uma vez que, no Brasil, em virtude da militância dos anos oitenta e noventa, a insistência em letras minúsculas é uma estratégia diante da espetacularização dos sujeitos soropositivos.

3. Doravante PMLGBT I e PMLGBT II.

4. Neste trabalho, nos inscrevemos na ordem de uma LA transdisciplinar. Tal mobilidade é defendida, de diferentes perspectivas, em propostas como a de Pennycook (2006) de uma LA “transgressiva”. No caso desta pesquisa, a potência da problematização dos limites disciplinares se inscreve sobretudo na perspectiva arqueogenológica foucaultiana e na crença de que a linguagem é um dispositivo de produção de subjetividades e de formas de resistência, tendo um papel social relevante e profícuo.

controle de certas modalidades de vida, nossa interrogação volta-se para o caráter ambíguo das políticas públicas, que ora operam dando visibilidade e garantindo o cuidado da saúde dos sujeitos LGBT, ora circunscrevem suas práticas e suas formas de subjetividade a imperativos, no limite, morais.

Valemo-nos, para tanto, da positividade paradoxal da biopolítica, que faz viver e produz corpos mais eficazes e saudáveis, mas, ao mesmo tempo, captura-os e exige, como contrapartida, gestos de resistência, em diferentes instâncias da vida política (TAYLOR, 1984; FOUCAULT, 2008b). Nosso esforço, ainda, é de inquirir o acontecimento das políticas públicas de saúde naquilo que guardam de tensionamento e de suspeição dos discursos dos direitos humanos – e nessa esteira, descrever as modificações importantes que têm lugar entre os dois documentos (de 2012 e de 2017).

Como prescrições de prudência (FOUCAULT, 2009a), assumimos as regras foucaultianas para a análise dos dispositivos: a da *imanência*, que estabelece uma constitutividade entre poderes e saberes e rompe com a perspectiva iluminista dos direitos humanos como saberes que interdita a dominação (nos moldes definidos, anteriormente, em nossa leitura de Žižek); a das *variações contínuas*, capaz de avaliar o jogo de distribuições e deslocamentos com os quais o poder se exerce; a do *duplo condicionamento*, cuja injunção é a da ausência de descontinuidade entre práticas globais e locais de exercício e de transformação das relações de poder; por fim, a da *polivalência tática dos discursos*, responsável por esclarecer a agonística enunciativa dos dispositivos, funcionando de acordo com urgências históricas específicas e de acordo com estratégias diferenciais.

Tendo em vista tais prescrições, entenderemos o acontecimento do hiv e da aids no Brasil em sua ambiguidade. As políticas de enfrentamento, dessa perspectiva, foram capazes tanto de dar visibilidade a grupos e populações estigmatizadas, como os homossexuais, as trabalhadoras do sexo e as pessoas *trans*, quanto permaneceram esquadrinhando os chamados “grupos de risco”. Nessa polivalência tática dos discursos, capaz de produzir solidariedade e formas de sociabilidade da ordem das resistências, produziu-se em torno do enfrentamento da aids uma série de ações voltadas para as pessoas afetadas pelo vírus e pela doença, as quais favoreceram o fortalecimento do movimento homossexual no Brasil através de associações e grupos gays fundados nesse período, numa relação de duplo condicionamento entre estratégias locais de cuidado de si e, do outro lado, de estratégias globais de governo biopolítico (CAMARGO JR., 1994; DANIEL; PARKER, 1991).

Para perscrutar essa problemática, nossa argumentação percorrerá o seguinte trajeto: a primeira seção se ocupará de definir o que se entende por gestão

biopolítica da população e por dispositivos da aids, trazendo à tona as implicações políticas da gestão diferencial do risco. Por sua vez, a segunda seção será o espaço para a apresentação sucinta dos Planos. Em seguida, analisaremos com mais vagar a relação entre o eixo saúde, os enunciados acerca do hiv e a estratégia do dispositivo crônico da aids em funcionamento na produção dos documentos sobre os direitos da população LGBT⁵.

1. A GESTÃO BIOPOLÍTICA DA POPULAÇÃO E O DISPOSITIVO CRÔNICO DA AIDS

Nesta seção, abordaremos os conceitos fundamentais do nosso pacto ontológico, sobre o qual produziremos as análises dos documentos e de seus discursos. Para tanto, traçamos uma breve descrição da governamentalização, da biopolítica e da precariedade; depois disso, passamos ao debate sobre as tecnologias de governo biopolítico e o acontecimento do dispositivo crônico da aids, tendo em vista a exigência de produção de formas de resistência, conforme pensadas por Foucault (2009) e Agamben (2010a).

1.1. Governo, biopolítica e precariedade

Foucault (2008) ensina que entre os séculos XVI e XVIII a Europa passava por um processo de assunção das “artes de governo”. Teria sido o problema da população um dos responsáveis pelo que o francês chama de “desbloqueio” da problemática do governo. Ela permite não apenas a modificação do foco – a família passa a ser lida a partir da população –, mas exige que todas as ações tenham por fim a vida da população. Para Foucault (2008), a Economia Política passaria a existir justamente como um dispositivo de saber-poder cujos saberes e cálculos estariam voltados para essa população. Uma governamentalização do Estado, portanto, que atende aos desígnios da biopolítica, entendida como um conjunto de discursos, estratégias e práticas que se voltam tanto para o *corpo individual*, em formas disciplinares, quanto para o *corpo social*, em forma de regulamentação da população (FOUCAULT, 2010a).

Este governo sobre a espécie, baseado no cálculo e na estatística, é um *poder sobre a vida*. Conforme Foucault, a governamentalização do Estado estaria

5. Pretendemos traçar uma leitura da positividade do dispositivo crônico da aids. Dessa perspectiva, cabe ressaltar que as análises tecidas neste texto não devem ser lidas como um posicionamento em favor ou contra as políticas e práticas mencionadas nos PMLGBTs; não se trata de buscar um juízo de valor sobre elas, mas descrever seu funcionamento discursivo e a rede de práticas e saberes que as constitui.

intimamente relacionada à desqualificação da morte, expulsa dos limites do poder. Se o poder soberano era caracterizado por sua capacidade de fazer morrer, o Estado biopolítico e suas técnicas de governo reúnem dispositivos de segurança, cuja função é fazer viver. No interior dessas modificações, a saúde e a doença vão ter seus sentidos recompostos. Todavia, o problema da morte permanecerá em aberto: como permanecer excluindo tirando a vida numa sociedade em que a morte aparece como um limite? Para Foucault (2010a), a resposta reside nos racismos de Estado, na produção de certas formas de subjetividade “matáveis”: anormais, perigosos, degenerados. Em nome da segurança da população, novas tecnologias de manutenção da saúde e da expulsão – “[...] a morte política, a expulsão, a rejeição, etc” (FOUCAULT, 2010a, p.216, grifos nossos) – da vida “biologicamente inferior”. O que Foucault (2010a, p.215) chama de “cesura biológica”, no interior dos dispositivos biopolíticos de governo, é o que se entende pelo racismo e pelo adensamento da problemática da raça nos séculos XVIII e XIX: “A raça, o racismo, é a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização”.

É esta nova característica que, justamente, é retomada por Agamben (2010a), p.169) e sua leitura da biopolítica segundo o paradigma do campo – “[...] o espaço desta absoluta impossibilidade de decidir entre fato e direito, entre norma e aplicação, entre exceção e regra [...] –, cuja genealogia remonta à Antiguidade. A partir de Michel Foucault, o italiano faz notar que o biopoder elege o homem vivente como o sujeito político. Na contemporaneidade, porém, se adensa a separação entre as modalidades de vida. Assim, se os gregos postulavam uma diferença entre a *zoé* e a *bíos*, o paradigma do campo captura o vivente em *zoé* (a vida natural), vida nua e *homo sacer*, numa exclusão que passa a incluir aqueles sujeitos cujo estatuto de cidadania poderia lograr o espaço da *bíos* (a vida própria do cidadão).

Se a modernidade, para Agamben (2010a, p.171), marca-se pelo *paradigma do campo* como definidor do político, a vida biológica, nos moldes da *zoé* grega, torna-se um assunto estratégico para o governo e para os Estados. Disciplinar os corpos individuais e regular o corpo da população são táticas que dizem respeito à produção dos dispositivos de segurança e, no limite, à anfibia da problemática do “povo”, que aparece como questão fundamental. Agamben (2010a, p.173) observa que é justamente no povo a ser protegido que reside a ambiguidade fulcral: uma exclusão de certas modalidades de vida biológica (dir-se-ia, uma racialização) e uma assunção de certos grupos. Como “fratura fundamental”, o povo guarda no bojo tanto a exceção da vida nua quanto a promessa da cidadania e da pertença à ordem da *bíos*.

Se o poder soberano era caracterizado por sua capacidade de fazer morrer, o Estado biopolítico e suas técnicas de governo reúnem dispositivos de segurança, cuja função é fazer viver. Note-se que, no interior dessa série de deslocamentos, Foucault (2009, p.159) já fazia notar o papel da sexualidade: “O sexo é o acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida da espécie”. Por sua vez, Butler (2016) faz notar a relação entre a biopolítica e a precariedade de gênero, que relaciona a ontologia ao corpo. A filósofa norte-americana interroga a produção normativa das ontologias, cujo resultado é uma separação entre espécies de vida e modalidades de sujeito: “há ‘sujeitos’ que não são exatamente reconhecíveis como sujeitos e há ‘vidas’ que dificilmente – ou, melhor dizendo, nunca – são reconhecidas como vidas.” (BUTLER, 2016, p.17). Apontando que o reconhecimento é uma prática normativa, Butler (2016) descreve a condição contingente e precária dos sujeitos no mundo e, a partir daí, advoga a respeito da produção de diferenças no interior da contingência: há vidas, genericadas e racializadas, sobre as quais incide uma maximização da precariedade como estratégia de governo e de violência⁶. A autora faz emergir a série de cisões que permitem a existência de vidas passíveis de luto e outras que normativamente são excluídas – do debate público, das normas de reconhecimento. Neste caso, cabe o questionamento: *qual a distribuição da precariedade no interior dos dispositivos de gênero biopolíticos com que, atualmente, ainda nos deparamos? Qual a relação possível entre a precariedade do gênero e o dispositivo crônico da aids? Como se relacionam os discursos dos direitos humanos e as vidas precárias?*

Antes de passar a esse jogo agonístico, gostaríamos de tomar a reflexão de Agamben (2010b) sobre as possibilidades de uma *biopolítica menor*. Ao ser questionado sobre o caráter pessimista de seu paradigma do campo, o italiano oferece uma resposta ainda premente: às formas de dessubjetivação corresponderiam novas formas de captura nos dispositivos e, neste caso, a agonística entre controle e resistência, como clamava Foucault, deveria passar pela intimidade e pelos corpos dos sujeitos, numa luta atenta e constante. Na entrevista, o hiv funcionaria como uma espécie de paradigma dessa nova forma de política (menor), justamente porque indicaria a polivalência tática entre um assujeitamento biopolítico e a produção de resistências, relativas à manutenção da vida e à saúde (por exemplo, nas lutas

6. Este debate pode ser aproximado daquele travado por Butler (2014) em *O Clamor de Antígona*. As condições de enunciabilidade na cena pública e a divisão normativa dos corpos e do luto são questões centrais da problematização dos gêneros e das corporalidades. Como aponta a norte-americana, trata-se de pensar em estratégias de perversão da Lei e não de assunção de sujeitos perversos no interior dos dispositivos. Nesse caso, a relação entre gênero, orientação sexual e práticas e afetivas e de prazer é colocada em suspenso justamente por ainda funcionar conforme uma separação entre corpos humanos e precários, na ordem da biopolítica.

por melhores medicamentos). É essa a possibilidade de uma *biopolítica menor* que percorreremos neste escrito, ao nos questionarmos sobre o papel que os processos de subjetivação que implicam os discursos sobre a saúde os direitos humanos nas políticas públicas e, no limite, para as modalidades de resistência que podem fazer surgir.

1.2. O governo da vida com HIV

Fassin (2006) afirma, seguindo Foucault e Agamben, que a biopolítica é – literalmente – uma política de vida, isto é, uma política que tem a vida como objeto. No entanto, para o autor, antes de ser uma política de sujeitos, a biopolítica tornou-se uma política populacional, que mede e regula, constrói e produz comunidades humanas através de programas de mortalidade e planejamento familiar, regras de higiene e controle de fluxos migratórios. Do ponto de vista teórico, as categorias de biopolítica e biopoder tentam dar conta da normalização biológica da espécie humana e conduziram, desde Foucault, à problemática da governamentalidade, tendo em vista os enunciados sobre a segurança e o risco. A noção de governamentalidade foucaultiana, como afirmado anteriormente, contribui sobremaneira para problematizar os modos pelos quais se constituíram, no âmbito do Estado moderno, novos mecanismos de vigilância, controle e intervenção do Estado sobre a vida das populações – e reverberam, ainda, nos debates sobre a antropologia da saúde (FASSIN, 2006). É um espriamento da governamentalização que caracterizaria a contemporaneidade e seus dispositivos biopolíticos e do qual partimos neste artigo (FOUCAULT, 2008a).

A biopolítica designaria então apenas um setor limitado de todo o campo das práticas refletidas de governo e em seu sentido estrito seria a racionalização das práticas de um determinado tipo de relação de poder, aquela que se estabelece entre Estado e população e que se refere a fenômenos imanentes à população, como a saúde e a higiene. A formação do biopoder torna possível a reintrodução das noções de raça e de guerra de raça com um novo sentido, especificamente biológico, que determinará a aparição do racismo moderno, biológico e de Estado – em outras palavras, o direito soberano de poder matar justifica-se e passa a ser exercido biologicamente, no corpo e na vida (assim, temos as leituras de Foucault, Agamben e Butler).

Dessa perspectiva, Caponi (2004) assinala que, pela primeira vez na história, o biológico ingressa no registro da política: a vida passa a entrar no espaço do controle de saber e da intervenção do poder. O sujeito, na qualidade de sujeito de direitos, passa a ocupar um segundo plano em relação à preocupação política por maximizar

o vigor e a saúde das populações. Diante dos riscos, cabe ao governo mensurar, esquadrihar, medir e alinhar as possibilidades de garantir a segurança, separando as espécies, as modalidades de sujeito e seu potencial mais ou menos perigoso. Com o biopoder, há uma importância crescente da norma em seu relacionamento com a lei, pois é preciso definir e redefinir o normal em contraposição àquilo que se lhe opõe, a figura dos anormais, incorporada logo à categoria de degeneração que se inscreve nas margens do jurídico.

Se entendemos os dispositivos de governo biopolíticos e suas estratégias racializantes de manutenção da vida da população e a centralidade da saúde na produção da segurança, é necessário discutirmos os dispositivos⁷ que engendram os discursos da aids. Dessa perspectiva, a rede de discursos deve ser lida não apenas sob o viés legal-jurídico (com Foucault, cortamos a cabeça do rei), mas de acordo com estratégias polivalentes e ubíquas. No caso da aids e do hiv, entenderemos, com Perlongher (1987) e Butturi Junior (2016) a existência de dispositivos específicos, nos moldes delineados por Foucault e Agamben.

Em *O que é AIDS*, Perlongher (1987) traz à tona a problemática do dispositivo para pensar os discursos sobre a aids e os sujeitos que então eram produzidos e entende a aids como um dispositivo: “O dispositivo da AIDS não parece dirigir-se (pelo menos da ótica progressista) tanto à extirpação dos atos homossexuais, mas à redistribuição e controle dos corpos perversos [...]” (PERLONGHER, 1987, p. 76). Pelúcio e Miskolci (2009), também ancorados em Perlongher, discutem a estrutura do dispositivo da aids e argumentam que o discurso preventivo é parte basilar desse dispositivo. Para os autores,

É neste registro que o dispositivo da aids opera e faz sentido, tendo a prevenção como estratégia de normalização materializada em uma espécie de imposição, em uma teleologia heterossexista que aponta para uma compreensão futura da vida como monogâmica, reprodutiva, familiar, em suma, privada e sob controle. Assim, o discurso da prevenção foi sendo construído ignorando a abjeção como fundante da experiência homoerótica. (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009, p. 142)

Para Butturi Junior (2016), o dispositivo da aids no Brasil avançou segundo a ordem de um governo do corpo e da população, semelhante aos dispositivos da sífilis: controle médico-jurídico e formação pedagógico-disciplinar. Nesse dispositivo biopolítico, a sexualidade é aproximada do discurso da morte e os

7. Para Agamben (2009), embora Foucault não tenha elaborado uma definição precisa do termo, ele se aproxima dela em uma entrevista de 1977 quando afirma que por dispositivo pode-se entender um conjunto heterogêneo de práticas e mecanismos, uma espécie de formação histórica que teve como função responder a urgências e por isso teria função estratégica. O dispositivo estaria, portanto, sempre inscrito em um jogo de poder e ligado aos limites do saber que, ao mesmo tempo, derivam dele e o condicionam.

corpos são objetos de luta e regularização médica. No entanto, a doença que já foi conhecida como o *Câncer Gay* e causou pânico nos momentos mais críticos da epidemia adquiriu novos contornos e ganhou status de doença crônica.

Sob a égide dos deslocamentos e da cronicidade, este *dispositivo crônico da aids*, como aqui entendemos, parte de uma redistribuição dos saberes e das formas de subjetividade que tem lugar com o desenvolvimento da TARV – Terapia Antirretroviral. Conjunto de medicamentos capazes de conter a evolução do vírus hiv no corpo dos sujeitos, a TARV surgirá relacionada com a amplificação das estatísticas acerca da heterossexualização da aids, já não mais restrita aos “grupos de risco” – cuja marca é do desaparecimento factual, mas da permanência na memória discursiva⁸ da aids. Os “coquetéis” exigem uma nova descrição da doença e dos corpos doentes, segundo o discurso da “cronicidade” e sob a égide de tecnologias de governo da população, marcadas por protocolos de teste e tratamento, com vistas a reduzir a transmissibilidade do vírus (BUTTURI JUNIOR, 2016). O aparecimento da TARV adensa o governo biopolítico: de um lado, exigindo o controle da população e a contenção dos riscos; do outro, exigindo das pessoas que vivem com hiv um cuidado de si irrestrito. Esta cronicidade, não obstante, é a mesma que permite aos sujeitos entabular possibilidades de resistência e de politização das identidades dos grupos e sujeito afetados, recorrendo a políticas identitárias de pressão pública e garantia dos direitos civis. Interessa, então, percorrer as linhas híbridas – e, por vezes, contraditórias – deste dispositivo polivalente.

Neste processo de modificações que dão lugar ao dispositivo crônico, é importante destacar três enunciados: o da adesão, o da indetectabilidade e o da invisibilidade. Quanto aos dois primeiros, tomemos a *Declaração da Suíça*⁹, publicada em 2008 e cujos efeitos ainda permanecem em curso. Ali, no interior da biomedicina, assistia-se ao acontecimento de um deslocamento dos discursos sobre as pessoas que vivem com hiv. De um lado, um dispositivo de morte anterior, em que os sujeitos “aidéticos” eram tomados como perigosos e condenados ao silenciamento e à morte civil (DANIEL, 1989). Do outro lado, o acontecimento da

8. Neste artigo, estamos usando o conceito de memória discursiva conforme Foucault (2008c), para quem há um campo de remanência elaborado segundo um feixe de relações em que tem lugar um jogo entre o acontecimento e as repetibilidades.

9. Publicada em 2008, a Declaração é um discurso da biomedicina que sustenta, depois de ampla pesquisa, a impossibilidade de transmissão de hiv por pessoas em tratamento com ARV exitoso, os chamados “indetectáveis” – pessoas com carga viral indetectável e controlada, sob tratamento antirretroviral – pacientes crônicos, “zerados” e incapazes de transmitir o hiv (VERNAZZA et al., 2008, p.165). Alvo de muitas polêmicas, nos últimos anos seus resultados têm balizado políticas públicas – inclusive no Brasil – de prevenção (por adesão) e de crítica aos estigmas relacionados ao viver com hiv.

“adesão à TARV”, possibilidade de manutenção da vida dos sujeitos e da ausência potencial de imputação de sua periculosidade social (atestada pelos saberes da biomedicina). No Brasil, em 2017, é justamente esta série de pesquisa que alimenta algumas das políticas públicas – certamente, as mais progressistas – passam a contar com a descrição da pessoa que vive com hiv de uma perspectiva de posituação, como na *Nota Informativa 02/2017/CRT-PE-DST/AIDS* da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2017), cujo assunto é “Indetectável igual a Intransmissível” e cujo enunciado central desfaz a relação entre infecção pelo hiv e risco, sob a égide das pesquisas biomédicas (devidamente sob o escrutínio da *adesão*): “A pessoa vivendo com HIV/aids com carga viral indetectável há pelo menos seis meses e boa adesão ao tratamento tem um risco insignificante de transmitir o vírus pela via sexual”.

Os efeitos da *Declaração da Suíça* e da TARV podem ser lidos, todavia, em sua polivalência, relacionados a estratégias distintas de governo e de produção de subjetividades para as pessoas que vivem com hiv: primeiro, na modalidade de um poder sobre a vida, que pretende *fazer viver* (FOUCAULT, 2010a) e permite aos sujeitos a existência de acordo com os parâmetros da normalidade médica; em contrapartida, seguindo Pelúcio e Miskolci (2009), tais discursos permaneceriam fundamentados na exigência da responsabilização e na consequente disciplinarização. Dito de outro modo, se por um lado atenta-se para a possibilidade de novos enunciados, menos estigmatizados, sobre os que vivem com hiv, também se exige desses sujeitos a medicalização imperativa, novo biomarcador do dispositivo crônico. Assim, mesmo vivenciando o momento pós-aids¹⁰, o dispositivo crônico carrega no bojo memórias discursivas de racialização e de *sorofobia*, além de se pautar em estratégias de governo dos sujeitos específicos – as práticas “mais vulneráveis” e os sujeitos que delas tomam parte – em que têm lugar a biomedicina e a exigência de medicalização e de cuidado de si (BUTTURI JUNIOR, 2016).

O terceiro dos enunciados deste dispositivo diz respeito ao que Biehl (2004) definiu como as *tecnologias de invisibilização*. Ora, para o autor, diante das estratégias neoliberais de ampliação do acesso ao tratamento do hiv e da aids que tiveram lugar, no Brasil, a partir da década de noventa do século XX – portanto, que de uma perspectiva biopolítica sustentaram o dispositivo crônico da aids –, uma parcela de corpos e subjetividades permaneceram invisíveis para as estatísticas de sucesso do sistema público de saúde e de distribuição da TARV. É o abandono dessas modalidades de vida, matáveis e precárias, uma das estratégias de diferenciação

10. Pelúcio e Miskolci (2009) definem o momento pós-aids como o período em que a eficácia do tratamento somada a campanhas que procuram minimizar o preconceito, disseminaram a percepção de que a aids não é uma doença que aflige apenas condutas sexuais dissidentes.

política do enfrentamento do hiv e da aids. Nessa esteira, Parker (2015) fala do “desaparecimento” da aids, engendrado por um dispositivo que cinde corpos e subjetividades – economicamente, genericamente, sexualmente, racialmente ou etnicamente marcados pela biopolítica. Para ele, o enfrentamento da epidemia do hiv carece de um olhar diferencial sobre determinadas populações, justamente porque houve uma modificação na distribuição da infecção (racializada e marcada pela vulnerabilidade social).

Além desses três enunciados, o cálculo dos riscos do dispositivo crônico da aids e suas estratégias de manutenção da vida, por meio de mecanismos de enfrentamento e de prevenção ao vírus redundam, atualmente, em novas formas de controle medicalizado dos corpos e das práticas sexuais dissidentes. Assim, tanto a Pep quanto a Prep (respectivamente, Profilaxia Pós-Exposição e Pré-Exposição), têm sido adotadas por diversos países, desde que a OMS fez recomendações sobre a sua eficácia, em 2010 (PREPWATCH, 2018). No caso do Brasil, a adoção da Pep e da Prep pelo Ministério da Saúde e pelo SUS trouxeram no bojo as marcas dos discursos racializadores. Nas diretrizes de distribuição da Prep, aparece a reinvidicação dos discursos da “prioridade” que, sustentados pelos enunciados estatísticos, estabelece a categoria discursiva *grupos-chave*, nas quais encontram-se: “Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); Pessoas trans; Trabalhadores(as) do sexo” (BRASIL, 2017). Novamente, para além da potência de prevenção, os discursos dos direitos humanos que envolvem a saúde são inseridos num jogo polivalente de produção de modalidades de vida, sobretudo quando reinscritos nos discursos midiáticos – como pode atestar, por exemplo, a reportagem de Thomaz (2018) para a *Época*, que estabelece um vínculo entre o prazer medicalizado e os comportamentos supostamente promíscuos dos homossexuais masculinos, bem como as diversas respostas que a revista recebeu, como a nota da ABIA (2018).

Segundo a gestão dos riscos nesse *dispositivo crônico da aids* – sucintamente apresentada em seus enunciados axiais – que traz à tona tanto as memórias discursivas de estigmatização quanto as novas estratégias de cisão biopolítica e a possibilidade de *viver com hiv* é que, na próxima seção, analisaremos os PMLGBT I e II, inquirindo acerca de seus discursos e sobre as estratégias de resistência que, a partir dos discursos de gênero e de orientação sexual, deixam entrever no interior de um dispositivo de saúde plástico e de acordo com distintas urgências históricas específicas.

2. O EIXO SAÚDE E OS PMLGBT: DESLOCAMENTOS DE UMA BIOPOLÍTICA MENOR

Embora, neste texto, não nos ocupemos em traçar um histórico das políticas públicas de saúde no Brasil consolidadas desde a Constituição Federal de 1988 no Sistema Único de Saúde, recorreremos a Ferraz e Kraiczuk (2017, p. 70) para uma definição panorâmica:

As políticas públicas podem ser definidas como respostas do Estado a problemas que emergem na sociedade. São consolidadas em conjuntos de diretrizes, medidas e procedimentos que explicitam o posicionamento político do Estado frente a problemas que são considerados de interesse público. No campo da ação social, as políticas públicas de saúde têm por função definir a resposta do Estado às necessidades de saúde da população, visando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em nível individual e coletivo.

Da ordem da biopolítica que adotamos, as políticas públicas atuam e produzem efeitos no corpo individual e no corpo populacional – garantidas, da perspectiva da governamentalização, como uma rede de discursos e práticas que redundam na garantia e na manutenção dos direitos humanos relativos à saúde, tomados como cálculo biopolítico dos riscos (FOUCAULT, 2008b). As respostas que dão, como temos afirmado até aqui, oferecem tanto a possibilidade de controle quanto de eficácia no enfrentamento de vários problemas da ordem do governo. Da perspectiva da governamentalidade, as políticas de saúde têm se mostrado intrinsicamente relacionadas ao contínuo médico-jurídico descrito por Foucault (2008b), estabelecido na rede de saberes e práticas que tanto prescrevem o cuidado com o corpo biológico quanto engendram modalidades de captura desse corpo sob o viés político, jurídico e social. A medicina, dessa perspectiva, passa a fazer parte de um saber ampliado, moral e, no limite, autoritário, não restrito à suposta objetividade da doença e do doente: “A saúde é o objeto de uma verdadeira luta política.” (FOUCAULT, 2010b, p.170).

Partimos dessa relação entre o político, o discurso dos direitos humanos e a saúde. A partir daí, recuperamos as memórias discursivas produzidas acerca do hiv e da aids, bem como dos sujeitos soropositivos. Como pretendemos mostrar, os discursos que se materializam no dispositivo crônico da aids retomam os efeitos dos enunciados da “identidade deteriorada”, perigosa e responsável pela infecção, daquele dispositivo da aids das décadas de oitenta e noventa do século XX. Na busca dessa memória, voltamo-nos para um texto tornado clássico, publicado em 1988 (portanto, no auge da “crise da aids”), em que Susan Sontag (2007) faz notar o caráter biopolítico desse jogo discursivo, capaz de alimentar fantasias sinistras a respeito da moléstia, assinalando vulnerabilidades individuais e sociais e reforçando

a sensação de que a aids é onipresente: o vírus invade o organismo, e a doença invade toda a sociedade (o organismo social), instalando o pânico moral e produzindo de discursos culpabilizantes e estigmatizantes. A metáfora da guerra contra a aids e contra o vírus era a de uma cisão entre um corpo saudável e sua pureza, de um lado, e as corporalidades viciadas, excessivas e efetivamente responsáveis.

Interessa-nos pensar, dessa perspectiva de deteriorização de subjetividades proposta por Sontag, o jogo entre uma biopolítica e a biossociabilidade, entendendo o segundo conceito conforme Ortega (2004): uma gestão da saúde que, desde as práticas subjetivas e de sociabilidade, submetem os corpos e os sujeitos a injunções morais e biológicas – como se verá, presentes nas diretrizes de saúde de Florianópolis que exigem tanto a responsabilização dos sujeitos e de suas práticas quanto a bioascese e o controle dos corpos medicalizados. Assim, como um marcador social de formas de subjetividade deterioradas, por suas características e complexidade, a aids e o hiv se tornaram potentes marcadores sociais, capazes de adensar desigualdades e vulnerabilidades sociais. A observação dos discursos sobre a aids e o hiv, e precisamente das políticas públicas que os envolvem, portanto, nos permitiriam compreender como é garantido, no tecido social, o direito à vida e à saúde – de forma diferencial e biopolítica (SEFFNER; PARKER, 2016).

Aqui, acreditamos estar diante da rede de discursos que operam, no mundo contemporâneo, fazendo distinções acerca da universalidade dos direitos humanos em dispositivos de exclusão. Se, por um lado, uma política de universalização aparece depois da Segunda Guerra Mundial, o desmantelamento do *welfare state* e o adensamento das relações neoliberais de produção têm como efeito a invenção constante de regimes de identidade e de diferença, nos quais o que está em jogo é a própria “humanidade” da vida dos sujeitos, que passam a ser divididos entre os cidadãos e os outros (HARDT; NEGRI, 2001). Essa precarização de certas modalidades de vida, de suas práticas e de seus discursos funciona como uma espécie de fracasso constitutivo das declarações e dos acordos internacionais relativos aos direitos humanos, cuja tendência permanece ser a de recrudescimento da ambiguidade já anunciada por Michel Foucault entre uma política da vida e uma tanatopolítica racializada. É a partir dessas diferenças e do que elas deixam entrever acerca da suposta universalidade aos direitos humanos – aqui, estamos tomando como objeto a saúde – que passamos a observar os documentos que são objeto deste escrito.

Antes de voltar nossa atenção aos enunciados presentes no eixo 4, *Saúde*, dos PMLGBT I e II, gostaríamos de apresentar os documentos elaborado pela Coordenadoria Municipal de Políticas para as Mulheres em conjunto com entidades

civis e com a Universidade Federal de Santa Catarina (notadamente, o NIGS, Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividade).

O PMLGBT I (2012) fundamenta-se nas orientações e diretrizes contidas no Plano Nacional de Promoção da Cidadania LGBT1 (que parte de uma discussão acerca dos direitos humanos e da cidadania LGBT em Florianópolis), e figura como um instrumento para a implantação, implementação e consolidação de ações e serviços, relacionando e definindo prioridades e propostas para os próximos anos no município. De acordo com o documento, as ações e serviços descritos seguem também as orientações e diretrizes do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – PNPM2 em dois eixos temáticos: capítulo 2 (*Educação inclusiva, não-sexista, não-racista, não-homofóbica e não-lesbofóbica*) e capítulo 9 (*Enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia*), o que garantiria assim a transversalidade das políticas sociais. O PMLGBT I tem como enunciado central, na forma de slogan, “Por uma ‘Florianópolis Sem Preconceito LGBT”. É dividido em onze eixos temáticos apresentados na seguinte ordem: a) *Direitos Humanos*, b) *Segurança e Justiça*, c) *Violência Lesbofóbicas, Homofóbicas e Transfóbicas*, d) *Saúde*, e) *Previdência Social, Trabalho e Emprego*, f) *Turismo, Cultura, Esporte e Lazer*, g) *Comunicação e Mídia*, h) *Educação*, i) *Nome Social*, j) *Juventudes* e l) *Deficiências e Acessibilidade*.

Ainda no que tange ao PMLGBT I (2012), é mister destacar suas condições de produção. O documento, já na *Apresentação*, descreve um histórico de lutas que culminaram com a aprovação do Decreto N^o 999872002 e que acabaram por nortear as políticas públicas de direitos e de cidadania para a população LGBT em Florianópolis. Não obstante materializando um instrumento de governo, portanto, o acontecimento da publicação do Plano é importante porque consolida as estratégias de resistência da população LGBT e um movimento fundamental, do qual fazem parte as entidades civis e a UFSC, de debate público e de interferência positiva da discussão sobre gênero, raça, deficiência e orientação sexual cujas deliberações e compromissos – marcados na I Conferência Municipal LGBT, de 2011 – pretendem combater “[...] a desigualdade de gênero [...] na configuração da sociedade brasileira.” (FLORIANÓPOLIS, 2012, p.19).

Por sua vez, o PMLGBT II (2017), adensa as discussões que o primeiro documento estabelecia. Se em 2012 uma Comissão era a responsável pelo documento, em 2017 uma modificação importante pode ser lida na autoria, quando figura, junto da Coordenadoria Municipal de Políticas para as Mulheres, o Conselho Municipal de Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CMDLGBT). Criado pela Lei 10.018, de 13 de março de 2016, o CMDLGBT integra a estrutura administrativa do município de Florianópolis, além de ter força

deliberativa e consultiva com o objetivo central de “Participar da promoção, elaboração, monitoramento e avaliação em âmbito Municipal das políticas públicas destinadas à efetiva promoção dos direitos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais”. (FLORIANÓPOLIS, 2016). Este deslocamento da função-autoria, como se verá, será estratégico na enunciação de uma política de saúde menos estigmatizante para a população LGBT – da qual trataremos adiante.

Ora, não apenas a autoria é deslocada no documento de 2017. O enunciado central, que aparece já na capa do documento, é atualizado e cria um efeito de ampliação: “Por um Brasil que criminalize a violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.” (FLORIANÓPOLIS, 2017). Se em 2012 tratava-se de Florianópolis e de preconceito, em 2017 o acontecimento discursivo tem como estratégia estabelecer no município uma espécie de metonímia biopolítica, na qual a cidade funciona como topologia que açambarca outras ações, nacionais, atravessadas pelo combate ao recrudescimento dos discursos de ódio e de violência crescentes – e muitas vezes invisibilizados – contra a população LGBT. Novamente, o que notamos é a polivalência tática dos discursos, conforme Foucault (2009), pois o PMLGBT II tanto funciona como tecnologia de governo quanto permite, agonisticamente, que uma série de resistências possam se estabelecer neste intrincado jogo de discursos.

Reconfigurado segundo os debates da II Conferência Municipal de Políticas Públicas e Direitos Humanos de LGBT, de 2015, o PMLGBT II está organizado em sete eixos, a saber: a) *Saúde*, b) *Previdência Social, Trabalho e Emprego*, c) *Turismo, Cultura e Esportes*, d) *Educação*, e) *Segurança*, f) *Comunicação* e g) *Assistência Social*. Note-se que alguns dos eixos de 2012, como o Nome Social, o Deficiências e Acessibilidade e o Juventudes permanecem funcionando no documento de 2017. No entanto, eles se tornam parte dos demais eixos, como condição de existência. O eixo *Segurança*, em 2017, ganhará destaque: não apenas porque adensa as táticas de combate à violência física, material e simbólica em relação à população LGBT como pela ênfase dada à necessidade de política de enfrentamento da homofobia e da transfobia, já na *Apresentação*, que evoca os números internacionais, nacionais e municipais de violência de gênero e aponta para a necessidade de engajamento e de criminalização. É a vulnerabilidade racializada (nos termos do racismo pensado por Foucault (2010b)), mesmo diante dos avanços e da resistência, que o documento materializa o enunciado fulcral do PMLGBT II (FLORIANÓPOLIS, 2017).

Apresentados os documentos, passamos a análise do Eixo Saúde, na forma de uma comparação e defendendo a hipótese que, no interior de uma biopolítica

menor, deslocamentos e ausências ainda podem ser lidos no intervalo histórico existente entre 2012 e 2017.

2.1. O PMLGBT I e o risco

O eixo temático Saúde é composto por duas seções: uma seção geral, intitulada *Diagnóstico*, e uma seção que trata especificamente da saúde da mulher lésbica. Começamos nossa análise pela seção Diagnóstico.

O eixo inicia seu texto destacando “[...] o intenso ativismo e atuação do movimento LBGT no enfrentamento a epidemia do HIV associando-o à defesa dos direitos humanos e a redução de contextos de *vulnerabilidade*.” (FLORIANÓPOLIS, 2012, p. 30, grifos nossos). Nesse sentido, observamos que embora procure destacar que fatores sociais, culturais e políticos, geradores de desigualdades e de exclusão social que estariam na base da suscetibilidade à infecção pelo hiv, como já apontaram Parker e Camargo Jr. (2000) quando destacam a importância de um olhar que contemple a interação de diversos marcadores de diferença para a compreensão dos padrões de contaminação pelo hiv, o eixo *Saúde* ancora-se em uma categoria de viés universalizante: a vulnerabilidade. É no *topos* da metonímia que o discurso cria um efeito de pertencimento: à homossexualidade cabe o espaço do risco, da anidade, das relações iminentemente excessivas.

Embora a aplicação da noção de vulnerabilidade ao cenário da infecção pelo hiv, proposta por Mann, Tarantola e Netter (1993), tenha sido um importante fundamento teórico para a política de enfrentamento do hiv e da aids do país, no documento em análise, ela parece dar mais destaque às mudanças de comportamento e à incorporação de práticas disciplinadoras e de controle biopolítico, uma vez que o plano não discute, por exemplo, o número de casos por transmissão heterossexual, tornando evidente a estigmatização relacionada às práticas sexuais ou estilos de vida – seja das pessoas trans, seja dos homossexuais masculinos ou do HSH. Num comparativo, quando nos voltamos ao *I Plano Municipal de Políticas para as Mulheres*, publicado em 2010, no Eixo 3 – *Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos*, observamos que o documento relaciona em apenas uma das suas onze ações o hiv e à aids, qual seja: “Promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/Aids na população feminina” (FLORIANÓPOLIS, 2010, p.31). Notemos que o “e”, inclusivo, marca tanto a feminização da epidemia (segundo as estatísticas de saúde do Brasil) como cria um

efeito de multiplicidade. Dito de outro modo, é a série de ISTs¹¹ que acomete as mulheres, não sendo a infecção pelo hiv uma especificidade do gênero¹². Diferente do que ocorre no PMLGBT I, em que o texto de abertura evoca o hiv e a aids, o enunciado sobre a transmissão heterossexual do hiv é apenas mencionado entre as ações prioritárias. Além disso, o PMLGBT, diferente do documento de 2010, não traz na temática *Saúde* nenhuma outra doença que poderia acometer os sujeitos envolvidos em práticas homossexuais e que não estejam envolvidas ao seu comportamento sexual. De que saúde, afinal, se trata quando as práticas afetivas e sexuais dissidentes são codificadas em risco?

Nossa hipótese diante da ausência de outros enunciados não ligados ao hiv no plano diz respeito aos modos pelos quais a biopolítica encontra nas políticas públicas um modo de operacionalização: tornam-se um modo de regulação da população. Como uma estratégia de governo que objetiva uma universalidade nacional, mediante o investimento na saúde do corpo social, o que entra em jogo é a relação entre o fazer viver e o deixar morrer racializado, de um lado, e as práticas não-heteronormativas. Assim, ao mesmo tempo em que o acontecimento do PMLGBT I permite um avanço efetivo e um esforço de visibilização e de produção de ações para uma população vulnerável, ela retoma enunciados de uma memória discursiva, nos termos de Foucault e memória de separação entre aqueles que estariam a serviço da Nação (neste caso, do município) e aqueles que desestabilizariam a universalização da Nação (BERNARDES, 2011) porque à mercê do risco – pelos quais, ainda, serão responsabilizados.

Na estratégia dessa divisão excludente (dito de outro modo, segundo estratégias de racialização e de controle biopolíticos), o PMLGBT I, estrategicamente, faz notar que há vulnerabilidade de gays, travestis e HSH que ultrapassa os limites da saúde e que são produzidas por uma série de discursos e práticas de exclusão. Daí que afirma:

[...] este Plano parte da perspectiva de que somente será efetiva a resposta pública que considere todos os fatores que estruturam, produzem ou reforçam as diferentes dimensões das vulnerabilidades individual, programática e social que tornam gays, outros HSH e

-
11. Usaremos IST ao invés de DST quando retomarmos os enunciados dos documentos de acordo com nossa voz enunciativa. Acreditamos que, ao utilizar a nomenclatura IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis – não apenas nos filiamos às discussões contemporâneas (presentes no PMLGBT II) como colocamos em suspeição a própria discursividade da doença que o termo DST traz no bojo.
12. Sobre o gênero, aliás, o documento ainda é bastante tímido ao se referir às mulheres trans. Mulher, neste *I Plano Municipal de Políticas para as Mulheres*, ainda não parece ser objeto de tensionamento efetivo, figurando apenas como uma espécie de epifenômeno do transversal *Eixo 9 – Enfrentamento ao racismo, sexismo e lesbofobia: Diálogos e perspectivas*. (FLORIANÓPOLIS, 2010, p.76).

travestis *mais suscetíveis* à infecção pelo HIV e pelas doenças sexualmente transmissíveis (FLORIANÓPOLIS, 2012, p.32, grifos nossos).

Todavia, apesar de colocar em xeque os critérios de vulnerabilidade, quando o PMLGBT I apenas retoma e ratifica a epidemia da aids e do hiv sobretudo na população LGBT – “[...] é fundamental reconhecer a *magnitude desse problema e priorizar o enfrentamento* das DST e da epidemia do HIV entre os gays, outros HSH e das pessoas travestis [...]” (FLORIANÓPOLIS, 2012, p.31, grifos nossos) –, o documento tem como efeito uma obsedante afirmação do risco que implicam certas identidades. Na esfera pública e na biossociabilidade, estes efeitos retomam a memória discursiva de estigmatização e permitem que certas práticas e certas subjetividades sejam vistas como um perigo para a saúde pública e devam, por isso, ser alvos de um processo de reconhecimento controlado, processo esse que Pelúcio e Miskolci (2009) nomeiam de “SIDAdanização”, o fenômeno que traria visibilidade política e social LGBT por meio da aids e no qual a cidadania é efetivada pela repatologização da sexualidade não-heteronormativa. Propomos que além de cidadania que repatologizaria a sexualidade, o objetivo da SIDAdanização é estabelecer uma população que necessita sempre do cuidado consigo mesma. Neste caso, a responsabilização seria outro dos enunciados fulcrais que recaem sobre a população LGBT – conforme uma biossociabilidade e uma bioascese que se elaboram de acordo com o discurso das identidades deterioradas (ORTEGA; SONTAG, 2007 –, a partir dos enunciados do documento de 2012 (ou da ausência no caso do documento sobre as mulheres, de 2010). Considerando Dardot e Laval (2016), o governo racializado neoliberal está sustentado nesse trabalho de responsabilização contínuo, pelo qual uma pedagogia deve ser instaurada como forma de contenção dos danos que os indivíduos, quando fracassam no cuidado de si, podem oferecer a seus corpos e ao corpo biopolítico.

Como afirmado anteriormente, o documento baseia-se no respeito “[...] as necessidades em saúde de gays, outros HSH e das travestis”; no entanto, ao evidenciar a promoção da saúde LGBT, *as necessidades* parecem ser unicamente àquelas relativas a IST’s e a aids – “[...] investimento e desenvolvimento de ações no campo da promoção da *saúde, prevenção* e da assistência em DST/aids. (FLORIANÓPOLIS, 2012, p. 31, grifos nossos). Note-se o silenciamento do documento em relação tanto às discussões sobre a cronicidade da vida com hiv quanto diante dos enunciados de impossibilidade de transmissão que, como vimos, já estavam sendo discutidos ao menos desde 2008. Como já afirmava Perlongher (1987), evidenciamos o fato de que aqueles que estavam “fora” da sociedade, são os sujeitos que em 2012, além de instruídos pela biomedicina e pelo contínuo médico-jurídico em funcionamento, acabam açambarcados por políticas públicas no sentido de disciplinar suas paixões

e suas práticas: não da perspectiva do cuidado de si, mas do governo e da gestão dos riscos que parecem oferecer. O próprio corpo transforma-se a partir do dever de seguir determinadas regras e condutas expressas pelo dever de um cuidar-se, o que evidencia o modo de operacionalização biopolítico do plano em sua insistência em regulamentar políticas de conduta de prevenção e não de assunção da vida e da cronicidade.

Ademais, o PMLGBT I também enfatiza a existência de grupos dentro da comunidade LGBT, marcados principalmente pelas diferenças de comportamentos sexuais. Quando se trata de homens que fazem sexo com homens (HSH) e travestis, encontramos as seguintes enunciações:

A epidemia entre HSH tem apresentado maior intensidade, [...] sendo bastante relevante as taxas de crescimento entre jovens, que, nesta categoria, apresenta médias superiores às encontradas em outros grupos populacionais na mesma faixa etária. (FLORIANÓPOLIS, 2012, p. 31)

No entanto, convém salientar que os contextos de vulnerabilidade entre travestis tais como a violência, as condições das práticas sexuais, acesso aos serviços de saúde e sua inserção social demonstram claramente a *precariedade no que se refere à adoção de práticas sexuais seguras*. (FLORIANÓPOLIS, 2012, p. 31, grifos nossos)

A epidemia de hiv entre os HSH e travestis está diretamente relacionada à não adoção de práticas sexuais seguras. Novamente, como assinala Butturi Junior (2016) acerca do funcionamento do dispositivo crônico da aids, nos dois enunciados haveria o recrudescimento da responsabilização dos sujeitos (PELÚCIO, MISKOLCI, 2009), tanto como efeito de uma memória discursiva do dispositivo da aids, como quanto biomarcação política, mecanismo que implica modalidades de sujeito específicas, cuja enunciabilidade é da ordem do risco iminente.

Finalmente, um parêntese comparativo: quando o mesmo documento apresenta a seção *Saúde da Mulher Lésbica* aponta para padrões de risco ligados à sexualidade, de forma diferencial. À medida que os enunciados acerca da mulher lésbica são construídos, no I PMLGBT, a partir dos fatores de risco (nuliparidade, consumo de álcool etc), institui-se um saber sobre quem são as mulheres lésbicas e quais são suas necessidades. É, pois, na sexualidade que encontramos novamente os dispositivos disciplinares que tornam as experiências do gênero e da sexualidade centrais para a constituição de determinadas identidades, no caso em questão as identidades dos sujeitos LGBT. No que tange à mulher lésbica ainda se evidencia outro grande mal da biopolítica, o consumo de álcool ligado aqui à sexualidade, novamente afetando os corpos não-heteronormativos de acordo com modalidades distintas de imputação do risco.

Fechamos o parêntese. Como já mencionamos, a governamentalização do Estado atende aos desígnios da biopolítica, entendida como um conjunto de discursos, estratégias e práticas que se voltam tanto para o *corpo individual*, em formas disciplinares, quanto para o *corpo social*, em forma de regulamentação da população. Nesse sentido, o I PMLGBT além de se pautar em estratégias de governo dos sujeitos específicos, os sujeitos LGBT, em que têm lugar a biomedicina, a exigência de medicalização e principalmente de cuidado de si, aparece intimamente relacionado ao dispositivo sexual, na modalidade da disciplinarização dos corpos e de responsabilização individual.

Como apontaram Pelúcio e Miskolci (2009), uma prática comum na saúde pública no que tange a aids e ao hiv é a forma preconceituosa que ela lidou com a epidemia inicial, fator que lançou as bases para um dispositivo que se mantém até os dias atuais, funcionando por meio de políticas públicas de prevenção ao hiv e resultando em controle e normalização das relações afetivas e sexuais de acordo com padrões heteronormativos. Assim, não obstante os enunciados de resistência e de assunção positiva das práticas e dos discursos LGBT que se materializam no PMLGBT I, ambigualmente encontramos um funcionamento discursivo excludente e, no limite, racializador, construído numa relação bastante direta entre sexualidade de gays e travestis e risco. Como apontava Foucault (2008b, 2010a), trata-se de uma rede de técnicas, práticas e discursos que tomam a vida como objeto e que descrevem os limites da normalidade, do risco e da segurança, da ordem das exclusões tanatopolíticas.

A próxima seção tem por objetivo descrever as modificações que, na distensão microfísica de uma biopolítica menor, aparecem no documento de 2017. Passemos a ela.

2.2. O PMLGBT II e as resistências

Quando lançamos nosso olhar sobre o PMLGBT II e seu eixo Saúde, imediatamente o que chama a atenção é a complexificação da abordagem que o documento tem do próprio conceito de saúde, que tende a açambarcar enunciados de atenção e cuidado integral dos sujeitos em detrimento de um caráter estritamente biomédico com que funcionava o PMLGBT I, de 2012. Nessa viragem, são três conjuntos de ações definidos de antemão que permitem vislumbrar tanto uma modificação de ênfase – ao invés da doença e do risco, a vida da população LGBT em sua diversidade – quanto a materialização de resistências diante dos discursos de risco que antes estavam em vigor.

Como afirmado anteriormente, a discursividade ganha contornos de enfrentamento da violência, em suas mais distintas manifestações. As três ações partem desse pressuposto comum ao documento e tem como órgãos responsáveis desde a Prefeitura e a Secretaria da Saúde até os Movimentos Sociais, as Universidades e a Promotoria Pública. São elas: 1) *Promoção de sensibilização e de formação continuada das(os) profissionais da saúde nas temáticas de: gênero, orientação sexual, identidade de gênero e violências sexistas, lesbofóbicas, homofóbicas, bifóbicas e transfóbicas*, na qual são estabelecidas diretrizes de combate à violência de vários ordens e de amplificação de políticas de acordo com a raça, a vulnerabilidade econômica, a faixa etária, segundo um critério aberto de *problematização*: “[...] contemplando os seguintes temas e sua *problematização*.” (FLORIANÓPOLIS, 2017, p.18, grifos nossos); 2) *Atendimento específico e tratamento de forma igualitária e universal à população LGBT*, na qual figuram a necessidade de formação para o atendimento integral e para o respeito à população LGBT na esfera pública municipal, além de políticas igualitárias para as pessoas trans e estratégias de cuidado e prevenção segundo a ordem da integralidade (portanto, não mais sob o escrutínio da metonímia da relação entre ISTs e população LGBT); por fim, 3) *Implementação e aperfeiçoamento das ações de enfrentamento às IST, HIV/Aids e Hepatites Virais*. (FLORIANÓPOLIS, 2017). Voltemo-nos ao terceiro grupo de ações com mais vagar.

Primeiramente, é preciso apontar que, diante da restrição do escopo enunciativo do Plano de 2012, este PMLGBT II é capaz de dirimir o nó górdio que subsumia as subjetividades LGBT às práticas de risco. Assim, no movimento de criar três linhas de ações e solicitar o discurso dos direitos humanos, da atenção integral e de um entendimento amplificado de saúde, o deslocamento passa a se dar sobre a vida dos sujeitos. Certamente, ainda sob a égide biopolítica, que aqui apresentamos em seu caráter incontornável, porque ao mesmo tempo em que desidentifica os sujeitos, assume outros modos de codificá-los. Todavia, como gostaria Agamben (2010), tal tensão também se dá segundo enunciados microfísicos e agonísticos que permitem distensões e novas modalidades de conduta no interior dos dispositivos. Ora, se Agamben fala numa aporia, que consiste na dessubjetivação e na consequente re-identificação dos sujeitos pelas tecnologias de governo, é justamente na miríade de categorias com que o sujeito opera em relação ao Estado e às políticas de governamentalização que residiria o risco: tanto da codificação quanto da resistência, cotidiana e menor.

Ao que parece, a materialização das lutas da população LGBT, esquadrihadas no PMLGBT II pode ser definida por sua potência na produção de rasuras e de amplificação dos direitos. São dez enunciados que descrevem as políticas de saúde

de enfrentamento das ISTs. Como sugere o título da ação, no documento de 2017 é um esforço de “aperfeiçoamento” o lugar da enunciação. Inicialmente, o item 1.3.1 já descreve o objeto das ações cuidadosamente: “Homens que fazem Sexo com Homens – HSH, Mulheres que fazem Sexo com Mulheres – MSM, Homens que fazem Sexo com Homens e Mulheres – HSHM e Mulheres que fazem sexo com Mulheres e Homens – MSMH”. (FLORIANÓPOLIS, 2017, p.26-27). Ao invés de uma memória discursiva dos grupos de risco, aqui o que se lê é uma problematização da categoria de vulnerabilidade: o risco pode funcionar em práticas menos estereotipadas, acusando a pretensão de ultrapassar os limites heteronormativos com que o primeiro Plano se construía e suas estratégias que temos lido sob a égide da racialização.

Ainda que permaneça silenciando a discussão biomédica sobre a impossibilidade de transmissão sob tratamento – não há qualquer menção nem ao modelo de prevenção baseado na adesão à TARV –, o documento estabelece no item 3.1.7 o imperativo de: “Desenvolver junto aos movimentos LGBT, campanhas sobre discriminação contra pessoas vivendo com HIV/Aids visando à *diminuição do estigma e o esclarecimento sobre as possibilidades de cuidado de si e formas de conviver com o vírus.*” (FLORIANÓPOLIS, 2017, p. 28, grifos nossos). Esta modificação é fundamental, porque desloca o objetivo das próprias políticas, da gestão exclusiva dos riscos relacionada aos sujeitos LGBT para a gestão dos riscos que leva em consideração as formas crônicas de subjetividade, as pessoas que vivem com hiv e que devem ser protegidas em sua especificidade. Nessa esteira, o item 1.3.8 anuncia a estratégia de “Ampliar a circulação e divulgação de materiais informativos sobre estratégias que favoreçam a *qualidade de vida de pessoas (con)vivendo com HIV/Aids*” (FLORIANÓPOLIS, 2017, p.28, grifos nossos), recorrendo ao discurso de normalização e de posituação da população soropositiva.

A memória, destarte, opera de forma também diferencial, recompondo-se segundo a ordem da *solidariedade*. Tal discurso, que aparecia em Daniel (1989), Daniel e Parker (1991) ou Perlonguer (1987) e que reaparecem em Parker (2015), ancora-se em táticas de resistência microfísicas, nas quais a sociabilidade LGBT tem lugar de destaque, no sentido de criar redes de apoio, de luta e de intervenção que se sobreponham e coloquem em xeque o caráter neoliberal da biopolítica e do enfrentamento do hiv e da aids – como afirmamos, presente na distribuição desigual do luto, das modalidades de vida mais ou menos humanas, das subjetividades mais ou menos perversas, do acesso à TARV universalizado e de qualidade. O enunciado de solidariedade, no PMLGBT II, parece reestabelecer a memória destas lutas e destes enfrentamentos potentes quando exige:

Criar e fortalecer as *redes de solidariedade*, apoio e acolhimento à população que (con)vive com HIV/Aids possibilitando, dessa maneira, *uma resposta mais efetiva em relação à adesão aos tratamentos com antirretrovirais (ARV)*, bem como uma atenção maior à saúde mental desta população (FLORIANÓPOLIS, 2017, p.29).

A *rede de solidariedade*, conforme descrita pelo documento, ultrapassa o regime legalista. Deve ser formada tanto pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Secretaria Municipal de Assistência Social quanto pelas Universidades e pelos Movimentos Sociais LGBT, em sua pluralidade morfológicamente marcada. Em nossa leitura, o tensionamento constante entre poderes e resistências, entre inscrição e possibilidade de disjunção é que caracterizaria os deslocamentos que podemos ler entre os dois documentos, de 2012 e de 2017. Dito de outro modo, o que inauguraria um regime de *problematização*, como enuncia o PMLGBT II, de modo menos sorofóbico e estereotipado e de acordo com outras formas de subjetividade possíveis no interior de dispositivos que devem responder a outras urgências históricas.

Ora, as análises dos documentos das políticas públicas, assistimos atualmente a uma série de deslocamentos no que diz respeito aos direitos humanos para a população LGBT em Florianópolis, notadamente no que tange aos discursos sobre a saúde que, no interior do dispositivo crônico da aids – e desde a biomedicina e o cálculo de riscos biopolíticos –, possibilitaram alcançar a cronicidade da experiência de viver com hiv e adensaram o debate sobre os limites da racialização e da produção de corpos e subjetividades precárias. Além disso, como pudemos notar, foram ampliadas as áreas de atuação das políticas públicas voltadas para a população LGBT, num esforço de amplificar a distribuição dos direitos universais e de contemplar as especificidades identitárias e variadas que tal população coloca em pauta.

Todavia, percebe-se que o controle das sexualidades dissidentes permanece central e perdura nas políticas de saúde pública, mediante seu foco na prevenção do hiv e ISTs (SAMPAIO; GERMANO, 2014) – a hipótese de onde partiu este escrito. Assim, mesmo com o objetivo de promover a cidadania LGBT, na perspectiva dos direitos humanos universais, através de diretrizes para a implementação de políticas públicas voltadas ao combate à discriminação, à pobreza e promoção dos direitos humanos desse público, os PMLGBT I e PMLGBT II retomam enunciados de risco e de *sexualidades perigosas* quando, ao abordar os direitos relativos à saúde, materializam diferencialmente a relação entre população LGBT e o enfrentamento da epidemia do hiv. Num outro movimento, constroem possibilidades de açambarcar reivindicações locais e específicas – que aqui lemos com Agamben (2010b), segundo uma biopolítica menor e suas táticas de dessubjetivação à mercê de novas capturas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como evidenciamos na introdução desse texto, procuramos fazer notar, a partir de conceitos foucaultianos como governamentalidade e biopolítica, a ingerência do estado na regularização de condutas sexuais a partir de políticas públicas que funcionam como táticas de governo na forma de controle da população. Para isso, analisamos alguns enunciados do PMLGBT II e do PMLGBT II, documentos de Florianópolis, Santa Catarina. A partir do eixo Saúde, pudemos observar que, como apontou Bernardes (2011) as políticas públicas são práticas de sentido, pois trazem, em si mesmas, conjuntos de enunciados que justificam as próprias estratégias de poder, na medida em que produzem saberes, regulação e disciplinarização para determinados grupos da população.

Em nossa discussão, trouxemos à tona o caráter ainda central do dispositivo da sexualidade em sua relação com as políticas de saúde. Como apontou Foucault (2009, p. 229), a sexualidade não é o que permite apenas a reprodução e o prazer, mas “[...] o lugar privilegiado em que nossa verdade profunda é lida”. O regime de verdade do dispositivo (crônico) da aids, conforme nossa leitura, marca os corpos LGBT nos documentos, seja de acordo com a captura, seja segundo a possibilidade das resistências – menores, microfísicas e ainda em andamento, como gostaria Agamben (2010b). Elas determinam também a ênfase nos comportamentos sexuais “responsáveis” pela infecção hiv. Como tecnologias dos dispositivos da aids, as políticas públicas aqui analisadas sobretudo apontam para um deslocamento axial: as propostas pelo PMLGBT I aparecem ancoradas nos discursos do risco e têm como estratégia a prevenção. No limite, acabam por exacerbar enunciados de perigo em relação às práticas não-heteronormativas.

Por sua vez, não obstante seus limites e sua inscrição regulamentadora, já que enunciado especificamente no interior das políticas municipais de governo da vida, o PMLGBT II, de 2017, foi capaz de apontar para uma indiscernibilidade constitutiva, que diz respeito a seu discurso interseccional e à positivação da relação entre população LGBT e os discursos de saúde pública. Nele, como numa espécie de heterotopia foucaultiana (FOUCAULT, 2013), as corporalidades generificadas – e os corpos soropositivos – parecem se redistribuir segundo critérios distintos como o de *solidariedade* e o de *problematização*. Como efeito imediato, solicitam uma leitura das resistências possíveis que deixam entrever, retomando memórias discursivas de sociabilidade e interferindo na produção de políticas menos estigmatizantes – quanto aos gêneros, quanto à orientação sexual, quanto às práticas afetivas e quanto à vulnerabilidade e ao risco.

De todo modo, afirmar que as políticas públicas – neste artigo, tanto a PMLGBT I quanto a PMLGBT II – materializam uma perspectiva biopolítica, não significa que elas não tenham positividade e nem que, no limite, tragam no bojo a possibilidade de colocar em discussão os direitos daquelas formas de subjetividade cuja humanidade, nos termos de Butler (2016) ou de Agamben (2010a), está, no mínimo, sob suspeita. Para Foucault (2008b), o funcionamento da biopolítica se caracterizava justamente pelo tensionamento entre o governo da vida e as possibilidades de morte, na modalidade da tanatopolítica racializantes. Entretanto, é importante evidenciar que aquilo que seria um mecanismo para uniformizar direitos e suportes sociais pode acabar por criar e recrudescer diferenças de acesso aos direitos e aos suportes sociais, uma diferença mais marcada pelo racismo de Estado do que pela alteridade dos sujeitos (BERNARDES, 2011). Ao mesmo tempo, como tentamos mostrar, é no jogo agonístico que as sustenta que se dá o acontecimento de modificações e de resistências – como aquelas que vislumbramos sobretudo no PMLGBT II – cujas linhas de deslocamento descrevemos.

No que tange à possibilidade de criação de uma biopolítica menor e do jogo de dessubjetivação em que ela aposta, caberia, por fim, questionar a série de ambiguidades com que nos deparamos no dispositivo crônico da aids (em sua materialização nos documentos analisados), que se sustenta por uma tecnopolítica de medicalização e normalização via “liberdade” e cálculo”, pela injunção ao cuidado, pela produção de vidas precárias e, ainda, pela relação entre políticas estatais, os discursos dos direitos humanos e o mercado global farmacêutico. Nesse caso, a pergunta aberta por Foucault e retomada pelos autores contemporâneos ainda permanece em aberto: como, afinal, se resiste aos excessos e às exceções da produção dos discursos sobre a “humanidade” e os direitos humanos?

REFERÊNCIAS

- ABIA. (2018). Matéria ‘A Outra Pílula Azul’ da revista *Época* é preconceituosa e peca na fundamentação. Disponível em: < <http://abiaids.org.br/31417/31417>>. Acesso em: 21 abr. 2018.
- AGAMBEN, G. (2010a) *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Trad. Henrique Burigo. 2.ed. Belo Horizonte: Editora da UFMG.
- AGAMBEN, G. (2010b). Une biopolitique mineure – entretien avec Giorgio Agamben. *Vacarme*, n.º10. Disponível em: < <http://www.vacarme.org/article255.html>>. Acesso em: 6 fev. 2014.

- AGAMBEN, G. (2009). *O amigo. O que é um dispositivo*. Trad. Vinícius Nicastro Honesko. Chapecó: Argos.
- BUTTURI JUNIOR, A. (2016). As formas de subjetividade e o dispositivo da aids no Brasil contemporâneo: disciplinas, biopolítica e *phármakon*. In: QUINO, V. C.; CRESTANI, L. M.; DIAS, L. F.; DIEDRICHM M. S. *Língua, literatura, cultura e identidade: entrelaçando conceitos*. Passo Fundo: Editora da Universidade de Passo Fundo, 2016a. p.59-78.
- BERNARDES, A.G (2011). Indigenous health and public policies: alterity and state of exception. *Interface - Comunic. Saude. Educ.*, v.15, n° 36, pp.153-64, jan./mar.
- BIEHL, J. (2004). The Activist State – Global pharmaceutical, AIDS, and citizenship in Brazil. *Social Text* 80, Durham, v. 22, n° 3, pp. 105-132.
- BUTLER, J. (2016). *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto*. 2.ed. Trad. Sérgio Lamarão e Arnaldo Marque da Cunha. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- BUTLER, J. (2014). *O clamor de Antígona: parentesco entre a vida e a morte*. Florianópolis: Editora da UFSC.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017). *Profilaxia pré-exposição (PrEP)*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/profilaxia-pre-exposicao-prep>>. Acesso em: 22 abr. 2018.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. de. (1994). *As ciências da AIDS e a AIDS das ciências: discurso médico e a construção da AIDS*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS, UERJ.
- CAPONI, S. (2004). A biopolítica da população e a experimentação com seres humanos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n° 2, pp.445-455.
- DANIEL, H. (1989). *Vida antes da morte*. Rio de Janeiro: Jaboti.
- DANIEL, H.; PARKER, R. (1991). *AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas*. São Paulo: Iglu.
- DARDOT, P; LAVAL, C. (2016). *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. Trad. Mariana Echalar. São Paulo: Boitempo.
- FASSIN, D. (2006). La biopolitique n'est pas une politique de la vie. *Sociologie et sociétés*, v. 38, n° 2, pp. 35-48.

- FLORIANÓPOLIS. (2017). *II Plano Municipal de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT*. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/cmdlgbt/index.php?cms=instrumentos+normativos+e+documentos+de+referencia&menu=0>>. Acesso em: 10 dez. 2017.
- FLORIANÓPOLIS. (2016). Lei 10.018 de 13 de março de 2016 – Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal de Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais de Florianópolis (CMDLGBT) e dá outras providências. *Prefeitura de Florianópolis*. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/10_08_2017_19.00.10.45f6330d2fd0e066dd87ac72cfc2e7a.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.
- FLORIANÓPOLIS. (2012). *I Plano Municipal de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros – LGBT*. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/29_04_2014_17.30.01.4274f16b46ed57c9fe500e14f875d815.pdf> Acesso em: 6 out. 2017.
- FLORIANÓPOLIS. (2010). *I Plano Municipal de Políticas para as Mulheres*. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/arquivos-diversos/opm/plano-mulher-florianopolis>> Acesso em: 06 jan. 2018.
- FOUCAULT, M. (2008a). *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes.
- FOUCAULT, M. (2008b). *O nascimento da biopolítica*. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes.
- FOUCAULT, Michel. (2008c). *A arqueologia do saber*. Tradução: Luiz Felipe Baeta Neves 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- FOUCAULT, M. (2009). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 19.ed. Trad. Maria Thereza Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- FOUCAULT, M. (2010a). *Em defesa da sociedade - curso no Collège de France, 1975-1976*. Trad. Maria Ermantina Galvão. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes.
- FOUCAULT, M. (2010b). Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Verve*, n°18, p.167-194. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646>>. Acesso em: 10 abr. 2016.
- FOUCAULT, M. (2013). *O corpo utópico, as heterotopias*. Trad. Salma Tannus Muchail. São Paulo: n-1 Edições.

- FERREIRA, A. J. (Org.). (2014). *Relações étnico-raciais, de gênero e sexualidade: perspectivas contemporâneas*. Ponta Grossa: Editora UEPG.
- FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. (2017). Gênero e políticas públicas de saúde –construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 9, n. 1, p. 70-82.
- HARDT, M.; NEGRI, A. *Império*. 3.ed. Rio de Janeiro; Record, 2001.
- LANZARINI, R.; RIAL, C. (2010). Turismo gay na Ilha de Santa Catarina: homossociabilidades e perspectiva. In: FAZENDO GÊNERO, 9, 2010, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: UFSC.
- ORTEGA, F. (2004). Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.8, n°14, pp.9-20.
- PARKER, R. (2015). O fim da AIDS? *Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids*.
- PENNYCOOK, A. (2006). Uma lingüística aplicada transgressiva. In: MOITA LOPES, L. P. (Org.). *Por uma lingüística aplicada indisciplinar*. São Paulo: Parábola.
- POLLAK, M. (1990). *Os homossexuais e a AIDS: sociologia de uma epidemia*. São Paulo: Estação Liberdade.
- PELÚCIO, L.; MISKOLCI, R. (2009). A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Sexualidad, Salud y Sociedad, Revista Latinoamericana*, n° 1, pp. 125-157.
- PERLONGHER, N. (1987). *O que é AIDS*. 2.ed. São Paulo: Brasiliense.
- PREPWATCH. Country updates. 2018. Disponível em: <<https://www.prepwatch.org/country-updates>>. Acesso em: 20 mar. 2018.>
- SAMPAIO, J. V.; GERMANO, I. M. P. (2014). Políticas públicas e crítica queer: algumas questões sobre identidade LGBT. *Revista Psicologia & Sociedade*, v. 26, n° 2, pp.290-300.
- SANTA CATARINA. (2017). *HIV entre adultos jovens cresce 43% em Santa Catarina nos últimos três anos, alerta Secretaria da Saúde*. Disponível em: <<http://www.sc.gov.br/index.php/noticias/temas/saude/hiv-entre-adultos-jovens-cresce-43-em-santa-catarina-nos-ultimos-tres-anos>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. (2017). *Nota informativa nº 02/2017/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP*. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaids-sp/homepage/destaques/coordenacao-estadual-dstaids-sp-lanca-nota-tecnica-indetectavel-intransmissivel>>. Acesso em: 10 dez. 2017.
- SEFFNER, F.; PARKER, R. (2016). A neoliberação da prevenção do hiv e a resposta brasileira à aids. *Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, Mito vs Realidade: Sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016*, pp. 22-32.
- SONTAG, S. (2007). *A doença como metáfora. Aids e suas metáforas*. Trad. Rubens Figueiredo e Paulo Henrique Britto. São Paulo: Companhia das Letras.
- TAYLOR, C. (1984). Foucault on freedom and truth. *Political Theory*, v. 12, nº 2. pp. 152-183.
- VERNAZZA, P. et al. (2008). Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des Médecins Suisses*, v.89, nº 5, pp.165-169.
- THOMAZ, D. A outra pílula azul. *Época*, 2 abr. 2018.
- ŽIŽEK, S. (2010). Contra os direitos humanos. *Mediações*, Londrina, v. 15, nº1, pp. 11-29. jan./jun. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/6541/5947>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

Recebido: 11/02/2018

Aceito: 17/06/2018