

---

## A domesticação das singularidades. Reflexões sobre o paradigma da prevenção – o caso da epidemia de HIV/AIDS

---

### The domestication of singularity. Reflections on the HIV/AIDS prevention speech paradigm

**Camila Miranda de Amorim \***

Psicóloga Da Secretaria de Saúde do Município De Miracema/RJ - Rio de Janeiro, Brasil

**Ana Maria Szapiro \*\***

Professora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social/ Instituto de Psicologia/ UFRJ - Rio de Janeiro, Brasil

#### **Resumo**

Refletindo sobre as estratégias de combate à epidemia de HIV/Aids, analisa-se o discurso da prevenção num quadro de subjetivação marcado pela constituição de permanente estado de alerta às situações de risco. Temos observado uma medicalização da vida com a importação para o campo da saúde da idéia de administrar riscos. Configura-se o surgimento de um projeto de vida saudável inflectido sobre os sujeitos, tendo como consequência uma padronização de estilos de vida. O uso da informação como estratégia preventiva, sabemos, visa à mudança de comportamentos. Deste modo, as práticas sexuais têm sido alvo de prescrições que objetivam transformá-las em práticas seguras a partir do conhecimento sobre a transmissão do HIV. Entretanto, as prescrições preventivas relacionadas às práticas sexuais vêem-se freqüentemente subestimadas frente à força da dimensão desejante do sujeito. Nesta perspectiva, considera-se que o poder de mudança atribuído ao conhecimento transmitido na prevenção requer o que denominamos “domesticação das singularidades”.

**Palavras-chave:** Risco; Prevenção; Dessingularização

#### **Abstract**

Reflecting about the HIV/Aids combat strategies, the prevention speech is being analyzed considering the subjective context characterized by the constitution of a permanent state of alert in regards to risk situations. We have been observing a life medicalization with the inclusion of the concept of risk administration in the health care field. A health life project emerges placed upon subjects and its consequence is a process of lifestyle standardization. The use of information as preventive strategies aims to behavior changes. In this hand, sexual practices have been goal of prescriptions which main aim is to transform them in secure practices through the knowledge about HIV prevention. However, preventive prescriptions related to the sexual practices are frequently underestimated by the strength of the subject's desire dimension. From that standpoint, we consider that the power to change behaviors usually credited to the knowledge given in prevention requires what we call “singularities domestication”.

**Keywords:** Risk; Prevention; Desingularization

## **Introdução**

Considerando que uma das principais características da contemporaneidade é a valorização daquilo que denominamos em outro artigo de um estilo de vida "saudável" (SZAPIRO, 2005), queremos fazer algumas reflexões sobre o dispositivo de prevenção e sua implicação na produção desta subjetividade de valorização imperativa de um viver saudável.

O que é prevenir? Prevenir é fazer com que algo que julgamos que seria possível nos acontecer não aconteça, graças a nossa mudança de atitude. Aparentemente simples, é aqui onde surgem as questões da prevenção, uma vez que, mesmo tendo tomado conhecimento de que de nossas ações podem advir conseqüências indesejadas, nem sempre agimos no sentido de evitá-las.

As estratégias de prevenção partem de um pressuposto questionável: o de que a informação é capaz de desencadear mudanças no sujeito. Dizemos no sujeito porque se trata de mudanças que envolvem questões relativas à dimensão simbólica. A questão é que o enunciado preventivo como enunciado científico não admite qualquer outra legitimação fora da prova estabelecida pelo método científico, o que produz um saber anônimo do qual está eliminada toda a dimensão da enunciação que supõe necessariamente um sujeito enunciador. Como argumentou Benveniste, "o que caracteriza a enunciação é a acentuação da relação discursiva com o parceiro, seja este real ou imaginário, individual ou coletivo" (BENVENISTE, 1989, p. 87).

O discurso científico constitui uma forma de conhecimento que implica uma mudança no paradigma de validação da verdade, que não obedece aos antigos modos de validação das formas discursivas anteriores à modernidade. As formas de validação do discurso científico referem-se a sua consistência e isto requer o desaparecimento da dimensão de enunciação, na qual o enunciador, como tão apropriadamente assinalou Lebrun (2004), seria aquele que "portava o cajado". É neste sentido que o cientista sustenta sua autoridade estritamente pela consistência do seu discurso, impondo a exclusão da dimensão da enunciação, cujo sujeito enunciador induziria ao erro. É exatamente aí que reside o problema do discurso da prevenção: seriam os enunciados científicos da prevenção, tendo excluído o lugar simbólico do sujeito da enunciação, capazes de mudar comportamentos?

As dificuldades de mudanças de comportamento através da prevenção, como claramente colocadas no caso do HIV/AIDS, estão em geral também presentes em muitas outras situações onde se recorre às estratégias preventivas para enfrentar o que se tornou comum denominamos hoje, no campo da saúde, como "situações de risco". A informação transmitida

através dos enunciados preventivos só pode produzir mudança de comportamento sob o preço de um processo de dessingularização dos indivíduos. Nesta perspectiva, a dessingularização os tornará capazes de sustentar o ideal de construção de uma vida sem riscos.

## **O discurso preventivo**

O conceito de “prevenção”, no campo da saúde, pode ser definido como sendo a vigilância de prováveis ocorrências (de doenças, anomalias etc.) que se pretende minimizar, ao mesmo tempo em que se maximizam os comportamentos saudáveis (RABINOW, 1999). Compreendendo desta forma a prevenção, Castel (1987) assinala que o discurso preventivo pretende que a informação seja capaz de fazer mudar o comportamento do sujeito. Ou seja, através de um saber sobre a doença, os sujeitos passariam a ser gestores de sua própria saúde e de seus próprios riscos.

O discurso da prevenção surgiu com o advento da medicina moderna. Esta, ao constituir a doença como objeto de intervenção, passou a ter como alvo não só o combate às doenças como também a todos os comportamentos e situações que poderiam provocar doenças. Todo este processo tão bem descrito por Foucault no “Nascimento da Clínica” (1980) configurou um novo olhar sobre as relações entre indivíduo e sociedade, que Elias analisou em sua obra “La société des individus”, publicado na França em 1991.

Elias observa, a respeito das sociedades hierárquicas, que o laço social característico daquelas sociedades se constituía em uma configuração de submissão do indivíduo aos interesses da sociedade, questão, aliás, profundamente analisada também por Dumont (1985). Naquelas sociedades, o apelo a uma ficção fora do homem – Deus, para os cristãos, ou uma força da natureza – era responsável, em última instância, pela vida. Ao homem restava apenas o trabalho sobre si mesmo para aceitar seu destino, este que jamais poderia ser evitado.

O advento do conhecimento científico sobre o corpo e sobre a doença marcou uma radical transformação na concepção sobre a condição humana. O conhecimento científico sobre o homem implicaria, neste sentido, a realização dos ideais centrais da modernidade, quais sejam o bem estar e o progresso da humanidade. O poder de verdade de qualquer outro discurso que não o da razão foi colocado sob suspeição diante da indubitável certeza provada através do método científico. Surgia assim um novo sujeito, cujo ideal seria o de conquistar liberdade e plena autonomia para decidir, racionalmente, como viver melhor.

Estas são as bases para a compreensão da idéia da prevenção. É esta crença no uso livre da razão que tornará possível depositar, no conhecimento e na transmissão da informação, um grande poder de mudança. Apoiando-se nesta concepção iluminista do sujeito da razão, a lógica da prevenção levará a atribuição de responsabilidade a cada um

pelas decisões que toma e, obviamente, pelas escolhas sobre os riscos que pode correr.

Na contemporaneidade, o repúdio a qualquer valor que não seja o da liberdade constituiu, a nosso ver, um ponto de tensão entre o valor de liberdade de ação a partir do exercício da razão e o convívio com um novo imperativo, a exigência de uma responsabilidade sobre seus atos, o que impõe um conjunto de regras médicas no cotidiano. Para além do cuidado com a doença, define-se agora como se deve viver de forma saudável. Prevenir doenças passa a ser tarefa de cada um e, mais do que isto, manter-se saudável é apontado como uma tarefa ao alcance de quase todos. A crença subjacente é, evidentemente, a de que as nossas decisões sobre como viver e nossas escolhas sobre que riscos correr estão sob o domínio da razão. Sendo assim, o inesperado da doença – que sempre pode chegar quando menos se espera – hoje dá lugar a um estado de preparação para a possível vinda de uma doença. Para que esta não venha, exige-se do sujeito a vigilância permanente. E, uma vez que o sujeito se apropria do conhecimento sobre os riscos, ele passa a ser o administrador de sua vida e de seus próprios riscos (ORTEGA, 2003).

Segundo Castel (2005), “risco” em seu sentido original remete a um acontecimento previsível, cujas chances de acontecer e os custos e prejuízos que provoca podem e devem ser previamente avaliados. Nesta acepção do termo nos encontramos mais uma vez diante da concepção daquele sujeito da razão que se acredita autônomo, capaz de identificar seus riscos e de orientar as suas escolhas a fim de evitá-los. A liberdade se sugere, de certo modo, ao mesmo tempo como prerrogativa e como imposição já que “a cada um é oferecida a ‘liberdade’ plena de escolher, no cardápio das experiências da vida, os riscos que se quer ou não correr!” (SZAPIRO, 2005, p.35). A vida nestas condições é tomada como um projeto a ser medido pelo rigor e pelo cuidado com tudo o que pode significar o excesso, com tudo o que é da ordem das paixões e de singular a cada sujeito (SZAPIRO, 2005).

Este imperativo da liberdade que impõe a cada um a responsabilidade sobre suas escolhas, sobre sua saúde, em resumo, sobre todos os acontecimentos de sua vida, resulta, na verdade, em uma forma de desamparo e de solidão, no sentido do que Sennett e Foucault (1981) definiram como solidão moderna, esta que é efeito da contingência segundo a qual cada decisão a tomar depende apenas de cada um de nós. Esta liberdade sem limites, que conduz ao estado de desamparo e de solidão apontado por estes autores, encontrará, como forma de lidar com o desamparo, uma inclinação à padronização dos modos e dos estilos de vida, de forma a obter, assim, uma sensação de pertencimento a um grupo. A padronização dos estilos de vida se faz, porém, ao preço do apagamento das singularidades (STIEGLER, 2007), reduzidas às simples particularidades (grupos hoje nomeados como grupo de mulheres que fazem sexo com mulheres, grupo de homens que fazem sexo com homens, por exemplo). Diante do imperativo da boa gestão dos riscos, as

singularidades são significadas como perigosas. Os corpos se tornam verdadeiros objetos construídos e regulados medicamente, em sujeitos dessingularizados pelo apagamento da dimensão desejante, vista como fonte de risco.

### **Valorização da vida e da saúde: formatação dos corpos**

Vemos crescer a cada dia a preocupação com uma “vida saudável”. Mais exercícios físicos, mais regras de alimentação, cuidados com o corpo, entre tantas outras práticas voltadas para a aquisição da saúde perfeita e para o prolongamento da vida são assim valorizadas e exaltadas. Esse contexto levou Ortega (2003) a considerar que a sociedade contemporânea é regida pelo que ele denominou de “bioascese”. Para ele, a conduta ascética é um fenômeno social e político que implica um processo de subjetivação que delimita e reestrutura as relações sociais. A conduta ascética consistiria no exercício da vontade que, impondo-se como uma propriedade do humano, estaria agora ampliada às vezes muito acima mesmo da condição humana.

Ainda segundo o autor, nas ascetes da Antiguidade o *self* almejado pelas práticas de si representava freqüentemente um desafio aos modos de existência prescritos. Hoje, na maioria das práticas de bioascese, encontramos justamente o contrário: “uma vontade de uniformidade, de adaptação à norma e de constituição de modos de existência conformistas e egoístas, visando a procura da saúde e do corpo perfeito” (ORTEGA, 2003, p. 63). Isto porque a biossociabilidade seria uma forma de sociabilidade apolítica, constituída segundo critérios de saúde, performances corporais, doenças específicas, longevidade etc. No interior desta criam-se iam novos critérios de mérito e reconhecimento, novos valores com base em regras higiênicas, regimes de ocupação de tempo, criação de modelos ideais de sujeito baseados no desempenho físico. As ações individuais passam a ser dirigidas com o objetivo de obter melhor forma física, uma vida longa e um prolongamento da juventude (ORTEGA, 2003).

As práticas bioascéticas conduziram então à construção de identidades que Ortega (2003) denomina “bioidentidades”. Estes seriam indivíduos que se autocontrolariam e se autogovernariam, ou seja, que transformariam o ato de se periciar numa espécie de fundamento e, ao mesmo tempo, de finalidade de suas vidas. Porém, resta nos perguntarmos se, enquanto estrangidos à subsistência no viver saudável racional, tentando superar desta maneira toda a fragilidade constitutiva da sua condição de sujeito humano, da condição de sujeito falante, não seriam as bioidentidades uma forma de tentar escapar das limitações e da inexorabilidade da finitude, que determina a todos e que faz com que nós humanos, diferentemente dos outros seres que desconhecem a dimensão do tempo, tenhamos que falar, que nos

contarmos ficções, retirando irremediavelmente de um outro a causa de nossa existência.

Se levarmos às últimas conseqüências os efeitos do discurso médico-fisicalista como novo imperativo, ele se situaria para além do dispositivo de disciplinarização dos corpos, como descreveu Foucault no "Vigiar e Punir" (1987). O que Ortega (2003) denominou "bioidentidades" é o controle sobre a vida, o que Deleuze já anunciava em suas Conversações (1992) como o advento da sociedade de controle.

Nesta perspectiva, podemos articular o surgimento da sociedade de controle a um esgotamento do projeto prometeico<sup>1</sup> da Modernidade e ao surgimento de um projeto "faustiano"<sup>2</sup>, característico da pós-modernidade. Neste a técnica adquire primazia sobre a própria ciência e a pergunta moderna sobre a verdade das coisas é abandonada, substituída pela pergunta sobre a utilidade do conhecimento. Ultrapassar todos os limites, inclusive o da própria imperfeição do corpo, se torna, agora, o objetivo maior. O crescente desenvolvimento das biotecnologias tem um poder de intervenção capaz de oferecer hoje ao homem condições de compensar, por antecipação, suas deficiências ou fragilidades – mesmo as futuras –, sejam da alma ou do corpo. No mundo das nanobiotecnologias, mesmo a finitude da vida passou a ser, no dizer dos pós-humanistas, apenas um problema a ser resolvido num futuro muito próximo!

Nesta perspectiva ampliou-se enormemente o discurso sobre o risco, discurso que se apresenta como um elemento verdadeiramente estruturante da biossociabilidade e mesmo como um parâmetro existencial da vida na contemporaneidade. O resultado da ampliação deste discurso seria a tentativa de viver num estilo de vida orientado pela busca incessante de viver sem risco como um objetivo a alcançar nos menores detalhes. Desta forma, aprisionado pela imposição da gestão de sua saúde e de um corpo saudável, hoje vivemos sob a forma de uma alienação representada pela crença em uma liberdade sem limites, porém aprisionados ainda a um corpo imperfeito, fonte de perigos e de desejos que nos ameaçam.

Ao contrário de apenas deixar todos livres em suas escolhas, ao passar a cada um a responsabilidade por seus atos, o dispositivo de controle do risco nos coloca diante da obstinação de "viver com risco zero"... Neste sentido, a sociedade de norma, com suas fronteiras claras entre a normalidade e a doença, cedendo lugar a um minucioso controle do risco, pode gerar intolerâncias e preconceitos e abre problemas no laço social. Isto porque, neste quadro, torna-se legítimo que eu me preserve de situações de risco a qualquer preço. Se depende apenas de minha escolha o passo a dar, isto pode me levar a formas de extremo individualismo, sem lugar para a compaixão ou solidariedade, caso isto possa me colocar, ainda que imaginariamente, em risco. O caso das pessoas que vivem com o vírus HIV e que relatam enormes discriminações na sociedade é um exemplo claro deste problema. Ainda que as estatísticas contradigam em cada relatório produzido sobre o aquecimento global ou sobre o aumento

de uma epidemia como a AIDS, permanece a sólida crença – cada vez mais sólida – que há uma saída e que ela depende apenas de cada um em particular. Nesta perspectiva, nos tornamos todos “sujeitos de risco”, nem normais nem anormais. Um outro cenário se constrói agora, um cenário onde, saudáveis ou doentes, devemos permanecer sob o controle permanente de nós mesmos... Impõe-se a eterna vigilância, esta se alimentando de uma eterna culpabilização.

O imperativo da vigilância exige exaustiva disciplina. Dietas, sexo seguro e práticas corporais recomendadas se apresentam como essenciais no cotidiano. Todas as atividades sociais, lúdicas, religiosas, esportivas, sexuais etc. aparecem, neste contexto, ressignificadas como parte das práticas de saúde. Não possuir uma boa saúde pode parecer uma falha, um desvio da normalidade, uma fraqueza individual ou uma falta de vontade. Quase como se merecêssemos as doenças que contraíssemos.

Na sociedade contemporânea o discurso médico legitimou-se para intervir, visando não apenas assegurar a utopia de uma sociedade plenamente saudável (SZAPIRO, 2004). Sua sustentação, marcada por uma objetividade e cientificidade, se transformou, como dissemos acima, na livre bricolagem da vida, através da busca de um “eu” que precisa ser eternamente provisório. Se o corpo hoje, através das biotecnologias, pode ser reconstruído de modo a vencer o obstáculo que representa sua natureza imperfeita, isto faz dele um objeto de realidade sempre provisória. Assim, também o “eu” deve se tornar provisório estando disponível para as mudanças que os novos tempos requerem do sujeito.

Podemos nos perguntar por que numa sociedade que enfatiza a autonomia e a liberdade do sujeito somos agora tão cerceados pelas práticas médicas. É Clavreul (1983) que nos lembra que jamais poderemos nos considerar livres para recusar a medicina e o médico, pois estamos inexoravelmente submetidos à esperança e ao asseguramento da salvação que o discurso médico nos oferece.

### **Doentes potenciais? O objeto da prevenção**

Na contemporaneidade, assinalou Deleuze (1992), a medicina objetiva resgatar “doentes potenciais”, aqueles sujeitos que ainda não estão, mas que podem vir a se colocar em risco. Há que se destacar o lugar das estratégias hegemônicas médico-psicológicas preventivas nas sociedades de controle, criando ideais de corpos e de mentes saudáveis. Através da prevenção seria possível um eficiente controle dos riscos, o que se configura em expressões muito valorizadas de programas de saúde pública como “promoção da saúde”, expressão bastante significativa das mudanças em curso quanto ao objetivo em que se fundou a medicina moderna, qual seja, o combate às doenças. Neste contexto, prevenir passou a ser tratar. Não, obviamente, no sentido curativo que voltava sua

atenção apenas ao corpo doente, mas no sentido de trabalhar o corpo saudável para distanciá-lo de qualquer possibilidade de adoecimento. Assim, o ideal de prevenção ampliou o campo do discurso médico para muito além da intervenção sobre a doença. Isto foi feito não apenas através da “patologização” de certas condutas, mas também através do estado de auscultação de si mesmo e das mínimas intenções em nome de uma vida sem doenças, sem sofrimento. O projeto de higienização, dispositivo de construção da sociedade de norma, tornou-se um dispositivo totalizador do qual nada pode escapar, nem atos, nem pensamentos, intenções ou desejos. Nesta lógica, uma nova categoria patológica vem sendo gerada: as intenções perigosas.

É clara a ampliação do discurso médico para o controle das intenções, pois em que consiste a prevenção ao HIV/AIDS no campo das práticas sexuais, por exemplo, senão na tentativa de convencer o sujeito de que ele deve “desejar” fazer “sexo seguro”? Com o advento da epidemia, a sexualidade adquiriu um lugar ainda mais privilegiado no discurso médico, evidentemente porque um dos modos principais de contaminação pelo vírus é a via sexual. Assim sendo, as práticas sexuais têm sido objeto de grande investimento nas campanhas de prevenção, de modo a conseguir traduzi-las numa “gramática médica” cujas regras objetivam diminuir e controlar “riscos”. Fortemente ligada às práticas sexuais, a AIDS expôs, de modo radical, a complexidade da experiência de liberdade e de prazer a todo preço, ideais que se constituíram e se tornaram soberanos no mundo ocidental, justamente ali na passagem à sociedade de mercado. O anseio por uma liberdade absoluta, o propósito de busca do prazer a qualquer custo, a luta por uma sociedade sem “repressão” formavam o quadro crítico maior nas sociedades do pós-guerra. O advento da sociedade de mercado veio, então, potencializar estes ideais de liberdade, pois que o mercado não quer fronteiras nem restrições. Mas como fazer, então, para conter um vírus que surge nas últimas décadas do século XX, onde se afirmava tanto o desejo de liberdade, uma vez que sua prevenção exige restrições?

### **Discurso preventivo, seus limites**

As estratégias preventivas utilizadas têm sido, de fato, capazes de contribuir para criar novos comportamentos que, aos poucos, vão se instalando na cultura, dentre eles, por exemplo, a prática do sexo seguro. Entretanto, ao lado dos resultados positivos no controle de uma epidemia como a de AIDS, existem também resistências a mudanças comportamentais que se revelam em situações como, por exemplo, a de soroconversão. Achkar (2004), ao desenvolver uma investigação com usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento para o HIV, relata que a maioria deles, ao chegar ao atendimento no serviço, já possui informações sobre como se prevenir. Todavia, este conhecimento nem



sempre se mostra suficiente para instaurar comportamentos de prevenção. Na prática diária, Achkar (2004) observou que vários usuários retornavam para testagem pela segunda ou terceira vez revelando sempre novas atitudes de risco.

Nosso objetivo aqui não é o de nos opormos ao trabalho de prevenção, o que seria evidentemente um absurdo! O que queremos ressaltar pode ser sintetizado em dois principais aspectos. O primeiro trata dos limites das ações de prevenção. Estas ações se constituem em uma dificuldade do ponto de vista do sujeito. Reconhecer uma situação como de risco não é difícil. Este reconhecimento, porém, pode muitas vezes acabar por desencadear mecanismos de negação, de modo que o sujeito pode preferir não acreditar no risco que "sabe" que pode correr, predominando aqui a força do desejo em detrimento da força da razão. Esta recusa à mudança nas práticas sexuais foi também discutida por Szapiro (2004) em "O outro da prevenção". A autora observa que todo o discurso preventivo fica colocado em questão diante de uma outra ética que não é a da vida saudável. Nesta perspectiva, o ideal de saúde e de vida saudável e a supremacia da razão médica, diz Szapiro, convivem, no sujeito, com uma outra ética que não é normativa, que insiste e que, sendo exterior ao discurso médico, introduz um outro sentido de vida, por assim dizer, lembrando talvez que, para além do ideal de superação dos limites da vida orgânica que se escondem nos conhecimentos preventivos, pode emergir, a qualquer momento, o nada modesto desejo humano... (SZAPIRO, 2004).

O segundo aspecto se refere às conseqüências que advêm da tradução das práticas sexuais na gramática preventista médica do sexo seguro. Esta tradução, que certamente faz parte de uma concepção medicalizada da vida, vem contribuindo para criar um novo olhar sobre as práticas sexuais. Este novo olhar é um olhar que medicaliza o ato sexual. A prevenção só é efetiva através do discurso medicalizante do risco. Este, por sua vez, retira da prática sexual a dimensão simbólica que não só sempre a caracterizou como, principalmente, caracteriza a vida humana. Desta forma, assistimos à transformação destas práticas em práticas muitas vezes esvaziadas de sentido, que podem chegar a se tornar estranhas não só ao corpo, mas, sobretudo, ao simbólico...

## **Considerações Finais**

Analisar o discurso preventivo supondo que a partir do acesso ao conhecimento sobre uma doença as pessoas têm autonomia e racionalidade para "abdicar" do prazer que suas práticas sexuais podem lhes proporcionar não parece nada simples, especialmente em se tratando de um contexto onde autonomia e liberdade são supervalorizados.

À primeira vista, a possibilidade de escrevermos nossa própria biografia, gerenciando nossos riscos, como sublinha Castel (1987), pode nos

seduzir, indo justamente ao encontro do imperativo contemporâneo de liberdade. No entanto, o caráter de controle implícito que a autonomia traz produz uma exigência de responsabilidade do sujeito que é requisito fundamental nas sociedades de mercado. Nestas, ausente o Estado, deve o sujeito ser e sentir-se responsável por tudo que faz e também pelo que não foi capaz de prever e de fazer! É este novo sentido de auto-regulamentação do sujeito que opera com o discurso preventivo. Também as concepções de promoção em saúde, hoje tão atuais, operam nesta lógica. Não as discutimos aqui, entretanto, em razão dos limites deste artigo. A vida inseriu-se na lógica do cálculo racional dos riscos.

As práticas sexuais, por também se inserirem no campo das práticas de vida saudável, passaram igualmente a ser objeto de investigação. Há, portanto, a entrada da prevenção na esfera da intimidade mais profunda. Mas, como usar o dispositivo preventivo, quando se trata de ensaiar uma mudança num registro da economia do desejo, como é o registro da sexualidade?

A epidemia do HIV/AIDS, na urgência do seu combate, pode nos ajudar a introduzir na discussão sobre as transformações em curso no laço social nas sociedades contemporâneas a dimensão do sujeito que, externa e estranha ao campo do discurso médico-científico, precisa ser considerada para a compreensão das implicações decorrentes dos efeitos que o imperativo da vida saudável vem produzindo na forma-sujeito. Estamos nos referindo ao registro das singularidades, da economia do desejo, que o pensamento, que faz do conhecimento o motor de mudança por excelência, ignora. Tomando o caso do HIV/AIDS podemos pensar nas recomendações em torno do sexo seguro, onde a problemática da sexualidade fica, necessariamente, submetida ao controle do saber sobre a epidemia, como mais um modo que compõe um estilo de vida saudável, sem riscos. Mas monitorar os riscos na esfera da sexualidade, finalmente, será mesmo um empreendimento humanamente possível?

## Referências Bibliográficas

ACHKAR, S. Aconselhamento e prevenção – alcances e limites. In: SZAPIRO, A.M. (Org.). **Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA):** integrando prevenção e assistência. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 26-37.

BENVENISTE, E. **O aparelho formal da enunciação.** In: \_\_\_\_\_. Problemas de Linguística Geral II. 3 ed. São Paulo: Pontes, 1989. p. 81-90.

CASTEL, R. **A gestão dos riscos:** da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1987.

\_\_\_\_\_. **A insegurança social.** O que é ser protegido? Petrópolis: Vozes, 2005.

- CLAVREUL, J. **A ordem médica**: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- DELEUZE, G. **Conversações**, 1972-1990. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- DUFOUR, D.R. **On achève bien les hommes**. De quelques conséquences actuelles et futures de la mort de Dieu. Paris: Denoël, 2005.
- DUMONT, L. **O individualismo**: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.
- ELIAS, N. **La société des individus**. Paris: Librairie Arthème Fayard, 1991.
- FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1980.
- \_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FOUCAULT, M; SENNET, R. Sexuality and Solitude. **London Review of Books**, Londres, p. 3-7, 21 May – 3 June, 1981.
- LEBRUN, J.-P. **Um mundo sem limite**: ensaio para uma clínica psicanalítica do social. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.
- ORTEGA, F. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.1, p.59-77, 2003.
- RABINOW, P. Artificialidade e iluminismo: da sociobiologia à biossociabilidade. In: BIEHL, J.G. (Org.). **Antropologia da razão**: ensaios de Paul Rabinow. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1999. p. 135-157.
- STIEGLER, B. Dirigido a todos. In: MEDEIROS, M.B. (Org.). **Bernard Stiegler**: reflexões (não) contemporâneas. Chapecó: Editora Argos, 2007. p. 13-68.
- SZAPIRO, A.M. O outro da prevenção. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)**: integrando prevenção e assistência. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 38-42.
- \_\_\_\_\_. Em tempos de Pós-Modernidade: Vivendo a Vida Saudável e Sem Paixões. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, ano 5, n.1, p.25-37, 1º semestre de 2005.

**Recebido em:** 17/10/2008

**Aceito para publicação em:** 07/07/2008

**Endereço eletrônico:** [camila.mda@terra.com.br](mailto:camila.mda@terra.com.br); [anaszapiro@uol.com.br](mailto:anaszapiro@uol.com.br)

Editor responsável: Ariane Patricia Ewald

## Notas

\* Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social/ Instituto de Psicologia/ UFRJ.

\*\* Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica (PUC-Rio). Pós-Doutora pela Universidade de Vincennes, Paris 8.

<sup>1</sup> A modernidade foi prometeica por referência à figura de Prometeu, aquele que roubou o fogo de Zeus entregando-o ao homem e protegendo-o, deste modo, de suas deficiências constitutivas para fazer face às intempéries da natureza, completando, assim, a obra divina. O projeto prometeico moderno expressa metaforicamente um valor central da modernidade: o conhecimento científico colocado a serviço de fins humanos, conduzindo os homens a conquistar bem estar, progresso e um futuro melhor, transformando a natureza em seu favor pelo caminho do conhecimento.

<sup>2</sup> Por meio da metáfora do Fausto, personagem central da peça de Goethe, queremos assinalar o ultrapassamento, pela contemporaneidade, da modernidade prometeica. Fausto representaria, neste sentido, as mais agudas aspirações contemporâneas de atravessar os fins e os valores que fundamentaram a era moderna. As ambições do conhecimento faustiano não se referem mais aos fins estritamente humanos, mas, poderíamos dizer, sustentam como finalidade o ultrapassamento da própria condição de imperfeição do homem. A este respeito ler a minuciosa e brilhante análise de Dufour (2005) sobre a condição neotênica do homem.