



Universidade de Brasília  
Instituto de Ciências Sociais  
Departamento de Antropologia  
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social

## **Nas Fronteiras da AiD\$**

Experiências com a PrEP em Brasília, Manaus e Recife

Wertton Luís de Pontes Matias

Brasília  
2022

Wertton Luís de Pontes Matias

Nas fronteiras da AID\$: experiências com a PrEP em Brasília, Manaus e Recife

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília como um dos requisitos para a obtenção do título de mestre em Antropologia.

Orientadora: Profa. Dra. Soraya Resende Fleischer

Coorientadora: Profa. Dra. Ximena Pamela Claudia Díaz Bermúdez

Banca:

Profa. Dra. Soraya Resende Fleischer (DAN/UnB – Presidenta)

Profa. Dra. Ivia Maria Jardim Maksud (IFF/Fiocruz – Membro Titular Externo)

Prof. Dr. Edgar Merchán-Hamann (DSC/FS/UnB – Membro Titular Interno)

Profa. Dra. Sílvia Maria Ferreira Guimarães (DAN/UnB – Membro Titular Suplente)

Profa. Dra. Ximena Pamela Claudia Díaz Bermúdez (DSC/FS/UnB – Coorientadora)

Brasília

2022

*Aos meus pais,*

*Maria Valdinete de Pontes Matias e  
Josinaldo Alves Matias.*

*Pela coragem, força e fé. Por acreditarem em mim e sempre apostarem no que há  
de melhor nas pessoas.*

## Agradecimentos

### *Entre(laços)*

Se quando concluí a monografia os afetos foram cruciais para me manter de pé, no mestrado isso só foi possível por causa das parcerias. As velhas e as novas.

O processo de escrita desta dissertação se deu entre o Rio de Janeiro e Brasília, além de João Pessoa, Campina Grande e Guarabira, na Paraíba. Tirando o Rio, onde passei alguns meses em dois momentos por causa da pandemia de Covid-19, morei em todas essas outras cidades nesses últimos dois anos. Esse vai e vem representa bem o período de incertezas e caos que vivi até chegar aqui. Não tem sido fácil. Não só por causa dos fatores óbvios, mas também porque tive que aprender a lidar com medos, inseguranças e desafios com os quais não fazia ideia que fossem possíveis existir. Ingressei no mestrado disposto a entrar de corpo e alma a tudo que a pós-graduação pudesse oferecer, e esse processo de aprendizado me levou a lugares estranhos e complexos. Não só com relação ao universo acadêmico, mas também com relação ao meu processo de descoberta como pessoa. Nem sempre estive preparado. Foi difícil, mas jamais esquecerei a fantástica rede de pessoas com as quais pude contar e confiar. Agradeço, imensamente, aos bons amigos, colegas e parceiros de encontros síncronos. Aos que me concederam tempo, compreensão, respeito, carinho, cuidado e amor. Aos que se dispuseram a emprestar os ouvidos para longas histórias sem pé nem cabeça, além de um ombro amigo para um choro rápido. Agradeço imensamente a cada um com quem pude compartilhar esses últimos tempos, seja no nordeste, no cerrado ou no sudeste. Cada inspiração, inquietação, revolta, ideia, frase e parágrafo desta dissertação tem um pouquinho desse povo todo.

As amigas de João Pessoa, de tantos Carnavais entre Olinda e Recife, além das festas de São João em Caruaru, muito obrigado por tanto. A Vani, Anne, Odaiza e Pábula serei eternamente grato pelas acolhidas, pelas risadas, pelo São João na quarentena, a virada de ano em casa, pela comida maravilhosa, pelas cervejinhas, uma prainha de vez em nunca, além da mesinha do lado de fora para estudar. Agradeço a Vani e Odaiza em especial pela viagem à Salvador, que renovou minhas energias em um dos momentos mais complicados. A Anne, pelo apoio na manutenção dos cachos e aprendizados ancestrais. A minha amiga Odaiza, pelos

quatro meses no apartamento, só mais uma dentre tantas demonstrações de companheirismo. A Vani, pela parceira de vida dentro e fora da Antropologia. Obrigado pelas mensagens de preocupação e cuidado, amiga. Pelos conselhos e por me manter informado quando não estive por perto. Nunca esquecerei o bolo de aniversário à distância, sabem me fazer feliz como ninguém. Muito obrigado a Ita, Wê, Leonara, Bia (de Recife), Bia (de Cabedelo), além de Vani, Anne, Odaiza e Pabula, novamente, pela surpresa.

Agradeço a Caterine e Renata por tantos momentos felizes na minha vida. Estava com muita saudade de vocês. Os encontros no começo e no fim do mestrado me transformaram profundamente. Amo muito cada uma de vocês, obrigado pelos momentos que compartilhamos juntos.

Agradeço a acolhida de Tia Vanda, Aluízio e Paloma no Rio, onde escrevi a primeira versão do capítulo quatro. Foi muito importante para mim contar com o apoio de vocês para que pudesse dar um tempo, respirar e continuar. Obrigado por tudo.

Ao pessoal do quadrado, agradeço muito pelo que fizeram por mim nesse pouco mais de um ano que morei em Brasília. Agradeço a Will Pena, Ivo e Yuri, pelos dias maravilhosos que passamos na Katakumba, ainda no ICC Norte. A Marina Fonseca, Will e Ivo agradeço pelo apoio na primeira semana de pandemia, da chegada à despedida em menos de duas semanas. A Mariana Machado e Victor Freire pela acolhida da segunda vez que voltei à Brasília. Pelas madrugadas frias que compartilhamos ouvindo histórias uns dos outros, ótimas músicas, tomando uma cervejinha e nos energizando de amor, carinho e compreensão. Obrigado, Mari, por ter me acolhido antes mesmo do mestrado começar. Pelos bares virtuais e presenciais, pela parceria na representação discente, além de tantos outros momentos de cumplicidade – mesmo que até oito horas da manhã.

Agradeço muito a minha amiga, antropóloga e artista, Marília Caetano, parceira de casa e vida. Foram muitas histórias, muito amor e muita parceria. Por tudo que compartilhamos, por mais difíceis que fossem os dias. Sem o teu apoio, tudo seria mais difícil. Entre as quadras 411 e 405 cada cantinho é recordação. Agradeço pelo pastel de chocolate com queijo na pracinha dos cachorros, as noites de pontinho, jogos e idas ao posto. Obrigado pela companhia durante o cafezinho de fim da tarde, pelas risadas, gírias e memes. Pelas poucas caminhadas que fui porque sou sedentário, pelas idas à Pató e a cerveja no Eskenta. Amei dividir casa, alegrias, aperreios e conquistas contigo e, obviamente, com a Kiura (ou Chiara). Ainda vamos viver muita coisa juntos. Que sorte te ter por perto. Agradeço a Giovanna e Aninha, que conheci através da Marília, pelos ótimos momentos que compartilhamos em Brasília. Obrigado pelas risadas, pela

felicidade e alegria que, tirando vocês, só um Monster pode oportunizar. Amei conhecer cada uma.

Uma das melhores surpresas que tive em 2021 foi a amizade de Tomas e Ana. Os momentos que compartilhamos em Brasília ficarão para sempre no meu coração. Obrigado por tanto carinho nesses últimos anos, estou com bastante saudades de vocês. Agradeço, também, a Adriana Cabral, amiga e colega de turma, pelas acolhidas e momentos de alegria e amor compartilhados com toda família. Por todas conversas e encontros que foram fundamentais nessa trajetória conturbada e difícil que é o mestrado.

A todos que de algum modo fizeram parte da minha trajetória em Brasília, muito obrigado por cada momento que dividimos, em especial a Sofia e Vitor da melhor república que podia ter conhecido no DF; a Braulina pela parceria nas reuniões de departamento que participamos como representantes discentes; e a Israel, Yuri e Juliana, colegas de turma e pessoas fantásticas com quem pude contar em vários momentos de dificuldade e aprendizagem.

Agradeço imensamente ao grupo de orientação pela parceria nos últimos anos. Pelas leituras, críticas e por contribuírem de forma ímpar ao meu processo de formação. Foi um privilégio dividir essa trajetória com vocês. A Tomas, Luiza, Júlia, Mari, Will, Rafael, Amanda e Ana Paula, muito obrigado pelo apoio e por me auxiliarem no processo de escrita. Pelo carinho e afeto compartilhado, só tenho a agradecer.

A Soraya Fleischer, obrigado pela compreensão, respeito, profissionalismo, cuidado e carinho nesse período de orientação. Todo mundo que me conhece sabe que quando decidi ir para UnB queria trabalhar com a Soraya. Tinha acabado de ler o Descontrolada, e me encantado por aquele modo de fazer Ciência, apropriar-se dos dados, conectar teoria a uma visão única de mundo. Soraya impacta leitores através de uma Antropologia potente e transformadora, mas ela é muito mais que uma ótima antropóloga. Serei eternamente grato por ter me ajudado a tornar essa dissertação possível, ter me apresentado a Profa. Pamela e por me permitir aprender tanto ao teu lado. Muito obrigado pelos conselhos, dicas e sugestões. Por compartilhar aprendizados, percepções e por ter aceitado embarcado nessa comigo. Obrigado por acreditar tanto em mim, mesmo quando eu duvidava das minhas capacidades. Pelo olhar crítico e propositivo. Pelos e-mails, áudios e mensagens no whatsapp que transbordam cumplicidade e afeto.

Esta dissertação não seria possível sem o apoio da Professora Ximena Pamela. Muito obrigado pela leitura atenta ao texto, pelos comentários preciosos e pelas preocupações com o meu processo de escrita e formação.

Agradeço aos Professores do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília que fizeram a diferença no meu processo de formação. Além de Soraya, pude contar

com o apoio de Christine Chaves, Henyo Barreto, Kelly Silva, Guilherme Moura e José Pimenta. Em especial, agradeço a Christine Chaves pela parceria durante o estágio docente. Obrigado por tanta compreensão, pelas preocupações com a minha trajetória, pelo carinho e os ensinamentos valiosos sobre a prática docente. Muito obrigado por contribuir com a primeira aula que ministrei na vida, sozinho. Foi desesperador e muito gratificante ao mesmo tempo. Aproveito para agradecer ao Pedro Paulo, colega de mestrado e parceiro no estágio, e a turma da disciplina de Antropologia do Corpo e da Pessoa, quase todos estudantes de Antropologia/Ciências Sociais da UnB. Muito obrigado pelo companheirismo de todos nesse processo de aprendizagem.

Agradeço ao Lucas Melo, enfermeiro e professor da USP, pelo convite para participar de uma das mesas redondas na IV Reunião de Antropologia da Saúde, onde tive a oportunidade de compartilhar algumas das reflexões presentes nesta dissertação. Aos colegas editores da Revista Pós – Revista Brasileira de Pós-Graduação em Ciências Sociais, da UnB, obrigado pela parceria entre 2020 e Janeiro de 2022.

Os membros do Grupessc, o Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura da Universidade Federal da Paraíba, vinculados ao Projeto “Falando sobre Aids”, foram fundamentais para o desenvolvimento do meu trabalho. Obrigado pelos momentos de troca, descontração e reuniões à distância. Sou muito feliz pela oportunidade de continuarmos juntos por mais alguns anos. Agradeço a Luziana Silva, Mônica Franch, Márcia Longhi, Jeane Felix, Neto, Will, Janine, Ayira, Jonas, Maio, Gabriel, Rafael, Akin, Marco, Beatriz, Isaque e Valentino. Aprendo muito com todos vocês. Agradeço, em especial, a Mônica, Luziana e Neto por tanto carinho, respeito e profissionalismo. Obrigado, Mônica, pelos momentos de escuta e companheirismo, pelo apoio na transição entre a graduação e o mestrado, e por continuar presente na minha trajetória. Sou muito feliz em te ter por perto, sempre disponível para me auxiliar, contribuir e ser um pilar na minha formação como Antropólogo. Agradeço a Neto, que conheci em 2018 ou 2019, mas só nos tornamos próximos nesses últimos tempos. Obrigado pelas leituras, pelo socorro em momentos tensos, pelo companheirismo e amizade. Obrigado pela parceria, amigo. Deixo aqui, também, um forte abraço a Maio e Jonas, que são desse grupo, e se dispuseram a construir, juntos comigo, uma live no Instagram a partir da minha trajetória nesse campo de pesquisa, sobre a PrEP, e que causou reverberações que estão presentes nesta dissertação. Obrigado, queridos.

Agradeço aos meus amigos-parceiros que conheci na Universidade Federal da Paraíba, e que hoje estão em tantas outras Universidades pelo país, assim como eu. Muito obrigado, Leonara, Weverson, Heytor, Anna, Rapha e Bia pelo apoio. Agradeço imensamente a

Weverson Bezerra, Raphaela Mendes e Bia Ramos pela leitura e contribuição a alguns dos trechos desse trabalho. Agradeço a Bia e Rapha pelo apoio em Campina, onde concluí a dissertação, e pelo carinho e companheirismo durante todo esse tempo de amizade. A Rapha, pela casa, acolhida e muito amor compartilhado; e a Bia Ramos sou eternamente grato pela irmandade e parceria de vida. Obrigado pelos cinco dias que vivemos juntos em Brasília, pelo apoio nos momentos de dificuldade, por sempre se fazer presente e única na minha vida. Obrigado pelas leituras e por estimular minha criticidade aos problemas da vida.

Agradeço imensamente aos meus pais, a quem dedico esta dissertação. Os desafios são imensos, as vezes até parece insuperáveis, e vivo sobre ônus da proteção de ambos. Esses dois últimos anos foram de transformação para todos nós, e espero estar retribuindo, de alguma forma, a tudo o que vocês sempre foram para mim. A minha felicidade é vê-los feliz.

Eu e minha mãe cursamos, ao mesmo tempo, o Mestrado. Desde criança acompanho esse sonho, que era dela, e foi se tornando meu também. Lembro da felicidade nas aprovações em etapas de seleções antigas, que não deram certo. Mas as coisas acontecem quando têm que acontecer, como a senhora diz. Jamais imaginei que fôssemos ser mestrandos ao mesmo tempo. Na vida, fui aprendendo a seguir os passos dos meus. Hoje, concluímos juntos esse processo, de aprendizado e fortalecimento dos pilares que nos mantêm de pé.

Agradeço imensamente a Ivia Maksud, Edgar Merchán-Hamann e Silvia Guimarães pelo aceite em participar da banca de defesa.

Por fim, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, o CNPq, pelo financiamento concedido durante os vinte e quatro meses de curso. Sem investimentos à Ciência e Educação minha formação e a de tantos outros, bem como a realização deste trabalho, não seriam possíveis.

## Resumo

No marco da adoção da política de prevenção combinada ao HIV/Aids no Brasil, a Profilaxia Pré-exposição ao HIV (PrEP) surge como uma das principais estratégias na garantia do controle aos casos de infecção pelo vírus da Aids. Baseada no uso de fármacos que garantem a intransmissibilidade do vírus, administrados antes de situações onde possam ocorrer exposição ao HIV, a PrEP tem demonstrado, com o tempo, ser bem mais que uma mera alternativa profilática. É, também, uma política de saúde que reconfigura experiências e práticas sexuais, mobiliza as pessoas em torno do cuidado e proteção ao corpo, reconfigura relações de conjugalidade e, talvez o mais importante, redefine a agenda política do Estado em torno da resposta ao HIV/Aids. Atendo a tais processos e interessado nas dinâmicas sociais em torno dessa alternativa de prevenção, nesta dissertação o meu objetivo é refletir e fazer Antropologia a partir das experiências de usuários em PrEP. Utilizo como dado/base empírica sete entrevistas com usuários de Brasília, Manaus e Recife, que me foram disponibilizadas pela rede de pesquisadores da “Pesquisa Qualitativa para a Avaliação da Percepção e Atitudes de Parceiros Chave ‘Stakeholders’ na Implementação da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV – PrEP no Brasil ImPREP Stakeholders”. Em diálogo com o que essas pessoas têm a nos dizer sobre o cotidiano de cuidado e atenção à saúde, aprofundo minha análise a partir do que é narrado sobre o medicamento, o SUS, o hospital, as relações com profissionais de saúde, companheiros, amigos, familiares, clientes e tantos outros elementos e sujeitos. Fatores que constituem o complexo contexto social no qual esses usuários, a Aids e a PrEP estão imersos. Os dados me revelam diversas PrEPs, que por vezes é pensada a partir do uso contínuo do remédio, em outros contextos como tecnologia de proteção durante práticas sexuais, ou até mesmo um método cheio de dificuldades programáticas ao passo que políticas de precarização do direito à saúde afetam o SUS. Os usuários narram estar numa posição de vulnerabilidade, onde o HIV está “logo ali”, socialmente próximo, ao passo de representar perigo. Neste sentido, compreendo-os na fronteira da epidemia, num estado de “quase lá”, onde uma série de elementos éticos, políticos e morais se entrelaçam, na constituição desse estado de vulnerabilidade próprio da relação de proximidade entre esses sujeitos e o HIV/Aids. É na busca por compreender esse universo latente nas entrevistas que me dedico neste trabalho. Corpos, identidades que constituem o que é ser um sujeito vulnerável ao HIV, processos de capitalização da vitalidade pela indústria farmacêutica e precariedades estruturais me levam aos contornos da prevenção ao HIV, e da Aids, no hoje, a partir da PrEP. As narrativas que analiso, conduzem-me a uma epidemia que vem, cada vez mais, deixando de estar em diálogo com a morte para requalificar modos de ser e estar no mundo de sujeitos soropositivos e soronegativos, onde o vivido é o elemento-chave de análise.

**Palavras-chave:** Prevenção; HIV/Aids; Experiências; PrEP

## **Abstract**

In the framework of the adoption of the policy of combined prevention to HIV/AIDS in Brazil, the Pre-exposure Prophylaxis to HIV (PrEP) emerges as one of the main strategies to ensure the control of cases of infection by the AIDS virus. Based on the use of drugs that ensure the intransmissibility of the virus, administered before situations where exposure to HIV may occur, PrEP has shown, over time, to be much more than just a prophylactic alternative. It's also a health policy that reconfigures sexual experiences and practices, mobilizes people around body care and protection, reconfigures marital relationships, and, perhaps most importantly, redefines the state's political agenda around the response to HIV/AIDS. Attending to such processes and interested in the social dynamics around this alternative of prevention, in this dissertation my goal is to reflect and do Anthropology from the experiences of users of PrEP. I use as data/empirical basis seven interviews with users from Brasília, Manaus and Recife, which were made available to me by the network of researchers of the "Qualitative Research for the Evaluation of the Perception and Attitudes of Key Partners 'Stakeholders' in the Implementation of Pre-Exposure Prophylaxis to HIV - PrEP in Brazil ImPREP Stakeholders". In dialogue with what these people have to tell us about their daily care and attention to health, I deepen my analysis based on what is narrated about the drug, the SUS, the hospital, relationships with health professionals, companions, friends, family members, clients, and so many other elements and subjects. Factors that constitute the complex social context in which these users, AIDS, and PrEP are immersed. The data reveal to me several PrEP, which is sometimes thought of as a continuous use of the drug, in other contexts as a protection technology during sexual practices, or even as a method full of programmatic difficulties as policies of precariousness of the right to health affect the SUS. The users narrate being in a position of vulnerability, where HIV is "right there," socially close, to the point of representing danger. In this sense, I understand them at the border of the epidemic, in a state of "almost there", where a series of ethical, political and moral elements are intertwined, in the constitution of this state of vulnerability proper of the close relationship between these subjects and HIV/Aids. It is in the search to understand this universe latent in the interviews that I dedicate myself to this work. Bodies, identities that constitute what it is to be a vulnerable subject to HIV, processes of capitalization of vitality by the pharmaceutical industry and structural precariousness lead me to the contours of HIV prevention, and AIDS, today, based on PrEP. The narratives that I analyze lead me to an epidemic that has been, increasingly, no longer in dialogue with death to requalify ways of being in the world of HIV-positive and HIV-negative subjects, where the lived is the key element of analysis.

**Keywords:** Prevention; HIV/Aids; Experiences; PrEP

## Lista de siglas e abreviaturas

<b>ABIA</b>	Associação Interdisciplinar de Políticas de Aids
<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Humana
<b>AM</b>	Amazonas
<b>ANAIDS</b>	Agência de Notícias da Aids
<b>DAN</b>	Departamento de Antropologia
<b>DCS</b>	Departamento de Ciências Sociais
<b>DF</b>	Distrito Federal
<b>DST</b>	Doença Sexualmente Transmissível
<b>DU</b>	Drug users (usuários de drogas)
<b>ECR</b>	Ensaio Clínico Randomizado
<b>FHC</b>	Fernando Henrique Cardoso
<b>Fiocruz</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>FSWs</b>	Female sex workers (mulheres trabalhadoras do sexo)
<b>GAPA</b>	Grupo de Apoio à Prevenção da Aids
<b>GO</b>	Goiás
<b>GRUPESSC</b>	Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>HPV</b>	Papilomavírus Humano
<b>HSHs</b>	Homens que fazem sexo com homens
<b>HV</b>	Hepatites Virais
<b>ImPrEP</b>	Implementação da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV
<b>INI</b>	Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
<b>iPrEX</b>	Iniciativa de Profilaxia Pré-Exposição
<b>IST</b>	Infecção Sexualmente Transmissível
<b>LaPClin</b>	Laboratório de Pesquisa Clínica em DST e AIDS
<b>LGBTQIA+</b>	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo e Assexuais
<b>LGBTT</b>	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
<b>MSM</b>	Men who have sex with man (homens que fazem sexo com homens)
<b>ONG</b>	Organização Não-Governamental

<b>ONG/AIDS</b>	Organização Não-Governamental no campo da Aids
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
<b>PB</b>	Paraíba
<b>PCDT</b>	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas
<b>PE</b>	Pernambuco
<b>PEP</b>	Profilaxia Pós-Exposição ao HIV
<b>PPGAS</b>	Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social
<b>PQR</b>	Poliquimioterapia
<b>PrEP</b>	Profilaxia Pré-Exposição ao HIV
<b>PVHA</b>	Pessoas vivendo com HIV/Aids
<b>RAS</b>	Reunião de Antropologia da Saúde
<b>RN</b>	Rio Grande do Norte
<b>RNP+/SP</b>	Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids de São Paulo
<b>RS</b>	Rio Grande do Sul
<b>SAE</b>	Serviço de Atenção Especializado
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TARV</b>	Tratamento antirretroviral
<b>TcP</b>	Tratamento como Prevenção
<b>TDF/FTC</b>	Tenofovir e Entricitabina
<b>UFG</b>	Universidade Federal de Goiás
<b>UFPB</b>	Universidade Federal da Paraíba
<b>UFRGS</b>	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<b>UFRN</b>	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
<b>UNAIDS</b>	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
<b>UnB</b>	Universidade de Brasília

## Sumário

<b>Introdução</b>	<b>17</b>
A Aids, o vivido e os viventes	
A PrEP como tecnologia biomédica	22
Sobre o material analisado	26
Sobre o título e a ideia de fronteira	34
Partes, capítulos e a estrutura da dissertação	37
<b>Primeira dose: aparando as arestas, desvendando caminhos</b>	<b>40</b>
Capítulo 1. Prevenção e progresso científico: a saúde global em cena e o “fim” da Aids	42
1.1. Cartografia da prevenção ao HIV/Aids	43
1.1.1. Prevenção combinada, biotecnologias e a meta 90-90-90	50
1.2. Os fármacos, a vida e o desenvolvimentismo no “fim da Aids”	52
1.3. Desenvolvimento e progresso clínico	55
1.4. Atores-chave na implementação do modelo liberal	61
1.5. Corpos desenvolvidos: os sujeitos soronegativos	63
1.6. Duplo valor ético e moral da vida	65
Capítulo 2. Percepções, temporalidades e saúde: a antropologia de olho na PrEP	69
2.1. Prazer, prevenção e racismo: notas sobre o vírus da desinformação	72
2.2. As temporalidades e os vírus	76
2.3. Escolhas teórico-metodológicas: a PrEP como política da vida	79
2.3.1. A experiência vivida: a Aids como produto	82
2.3.2. A experiência vivida: a Aids a partir do convívio	87
2.3.3. A vida como objeto ético, político e moral	90
<b>Segunda dose: a PrEP como experiência</b>	<b>92</b>
Capítulo 3. Primeiros passos: os sujeitos entrevistados	94
3.1. Os usuários em perspectiva: observando corpos, identificando sujeitos	97
3.2. O “círculo de vulnerabilidade”	101
3.2.1. O “círculo de vulnerabilidade” como dispositivo moral	106
3.3. A experiência clínica/hospitalar	112
3.4. O usuário e o valor da vida fármaco-dependente	118
Capítulo 4. Do particular ao geral: as diversas PrEPs vividas	121
4.1. Uma perspectiva farmacocentrada à política pública	126
4.1.1. O fármaco como alternativa privilegiada	127
4.1.2. Novas configurações afetivas e a atenção à saúde	130
4.2. O homem hétero, a “sociedade hétera” e os problemas difíceis de resolver	136
4.2.1. A figura do homem heterossexual nas narrativas	142
4.2.2. Os homens e os riscos	148
4.3. As descontinuidades no serviço público	154

<b>Considerações finais</b>	<b>160</b>
A PrEP como barreira individual e coletiva	
O corpo profilático	166
O vírus que pulou a barreira	168
<b>Referências</b>	<b>170</b>
<b>Anexos</b>	<b>179</b>

## Listas de gráficos e tabelas

<b>Gráfico 1</b>	Índice de usuários em PrEP por estado em relação a raça/cor (Branco) e porcentagem de usuários por estado em relação ao total no país (2018-2022)	31
<b>Gráfico 2</b>	Mandala da Prevenção Combinada	51
<b>Tabela 1</b>	Porcentagem de usuários em PrEP por Raça/cor e número total de usuários por estado (2018-2022)	32
<b>Tabela 2</b>	Probabilidade de contrair HIV estimada por ato, por exposição	147

A tecnociência estabeleceu sua autoridade material transformando os conceitos de psiquismo, libido, consciência, feminilidade, masculinidade, heterossexualidade, homossexualidade, intersexualidade e transexualidade em realidades tangíveis, que se manifestam em substâncias químicas e moléculas comercializáveis em corpos, em biótipos humanos, em bens tecnológicos geridos pelas multinacionais farmacêuticas. O sucesso da indústria tecnocientífica contemporânea consiste em transformar nossa depressão em Prozac, nossa masculinidade em testosterona, nossa ereção em Viagra, nossa fertilidade ou esterilidade em Pílula, nossa aids em triterapia, sem que seja possível saber quem vem primeiro: a depressão ou o Prozac, o Viagra ou a ereção, a testosterona ou a masculinidade, a Pílula ou a maternidade, a triterapia ou a aids.

**Paul B. Preciado**  
Testo Junkie, 2018.

## Introdução

### A Aids<sup>1</sup>, o vivido e os viventes

[...] em testemunhos de PVHA [pessoas vivendo com HIV/Aids], quando elas estavam “pe gando AIDS” não estavam “pegando AIDS”, nem “se expondo ao vírus”, ou “praticando comportamentos de risco”: estavam amando; se entregando a uma paixão; sem dinheiro ou lugar para incluir a camisinha; cheio de dinheiro, mas com a cabeça “zoada”; trabalhando; sendo abusada; fazendo sexo com o marido por obrigação; ou seja, estavam vivendo suas vidas de jeito semelhante a vários outros e outras.

Vera Paiva e Dulce Ferraz. **Sexo, direitos humanos e AIDS: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto brasileiro**. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2015.

Esta dissertação é sobre as experiências de vida de pessoas que aderiram a um protocolo de profilaxia, baseado em um fármaco, desenvolvido para prevenir a infecção pelo HIV. É sobre os corpos que habitam, as identidades com as quais se reconhecem, e a economia ética, política e moral que atravessa suas realidades. É sobre as condições que as tornam usuárias de um medicamento e vulneráveis a um vírus. Sobre como essas pessoas enxergam o mundo, e sobre como elas se apropriam de políticas, técnicas e tecnologias. Sobre os modos de ser/estar no mundo dessas mesmas pessoas, e sobre como narram a vida, os dias e o cotidiano. É sobre um antropólogo falando sobre essas pessoas e suas experiências. É também sobre as metodologias com as quais nós, pesquisadores, lidamos para refletir sobre a complexidade dos problemas que este campo, objeto ou tema suscita; seja na proposição de caminhos, no trato dos dados ou no direcionamento do olhar ao que se sobressai diante dos nossos olhos. Esta dissertação é sobre vivido e os viventes enfrentando o HIV.

---

<sup>1</sup> Ao longo desta dissertação utilizarei o termo “Aids”, como acrônimo, e não “AIDS”, como sigla. Quando, na escrita, for acionado o termo “AIDS” ou “aids”, o faço em alusão ao modo como outros autores o redigem, e como aparece na bibliografia que utilizo como referência. Com relação ao termo “AiDS”, apresento a justificativa para o uso proposital do termo no título mais a frente, ainda na introdução.

A primeira vez que entrei em um ambulatório de Aids como pesquisador, em um hospital da cidade de João Pessoa, na Paraíba, queria investigar o Estado. Interessava-me visualizar, na prática, uma expressão que um professor da Ciência Política soltou numa aula: “o Estado em ação”. Políticas públicas sendo executadas, o manejo do direito à saúde pelos agentes públicos e o modo pelo qual decisões afetavam as vidas das pessoas que transitavam pelos corredores do hospital. Inspirado por um grupo engajado de antropólogos em “diálogo estreito *no, do e com* o Sistema Único de Saúde (SUS)” (Fleischer, 2018, p.7) extremamente influentes na minha formação, além do apoio de profissionais de saúde dispostos a contribuir com a minha pesquisa, meu primeiro contato com a Aids foi através dos protocolos.

Passsei a compreender como funcionava o planejamento estratégico de gestores estaduais preocupados com os altos índices de infecção, tendo que lidar com a falta de insumos<sup>2</sup> para distribuir em campanhas de prevenção. Fato que é resultado direto das medidas de austeridade fiscal, fruto da crise política, econômica e social vivida nos últimos anos, que impactou investimentos em saúde e ampliou a precarização do Sistema Único de Saúde<sup>3</sup> (Agostini, *et. al.*, 2019). Conheci ativistas nas ruas conversando com a população sobre Aids, servindo como facilitadores e apoio ao aprimoramento do serviço ofertado pelo Estado. Vi, na prática, um Estado cambaleando, mas sustentado pelo sentimento de solidariedade dos que eram comprometidos com as metas de superação da epidemia, muitos deles vivendo com o HIV, outros tantos não. Durante quatro meses fiz pesquisa de campo nesse contexto. Meu principal objetivo era acompanhar o processo de implementação da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV, a PrEP, no serviço de saúde em João Pessoa (Matias, 2019).

Pesquisar a PrEP não foi uma decisão do acaso. Na época, estava começando a me aventurar pela Antropologia e tinha participado como bolsista, por seis meses, de um projeto de extensão sobre prevenção ao HIV/Aids<sup>4</sup>. A PrEP é uma dentre tantas outras alternativas de prevenção, e naquele momento essa medida tinha acabado de chegar na Paraíba. Ainda nem estava disponível no serviço para a população legível mas já fazia parte de diversos espaços de discussão sobre prevenção ao HIV. O fato de ser uma novidade foi moldando o meu interesse

---

<sup>2</sup> São insumos de prevenção: preservativo masculino e feminino, gel lubrificante e outros materiais (como folders) e tecnologias que sirvam como método de prevenção para infecções sexualmente transmissíveis.

<sup>3</sup> Com relação a precarização do SUS, os autores destacam a aprovação “[...] de uma emenda à constituição, a EC-95, limitando investimento em saúde e educação por 20 anos”, como ferramenta que transforma “[...] o subfinanciamento do sistema em desfinanciamento”. (Agostini; *et. al.*, 2019, p.4600).

<sup>4</sup> O projeto ao qual me refiro é o “Prevenção em Rede”, coordenado pelo Instituto Papi, do Recife/PE, em parceria com organizações dos movimentos sociais e pesquisadores do tema do HIV/Aids nos estados de Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Ceará. Na Paraíba, o Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura da Universidade Federal da Paraíba (Grupessc/UFPB) ficou responsável pela coordenação da equipe. Como bolsista de extensão, estive sob orientação da Professora Dra. Mónica Franch (DCS/UFPB).

por essa política pública. Pensando a partir de uma dimensão política/simbólica, fui percebendo durante o meu processo de investigação, em meados de 2017/2018, o quanto essa tecnologia representava ao campo (e até hoje representa) a mais importante novidade da biomedicina para o combate à epidemia de Aids. Havia (e ainda há) um lugar de destaque à PrEP como alternativa privilegiada de combate ao vírus.

Após alguns meses frequentando o ambulatório, aos poucos fui passando a prestar mais atenção as pessoas que ao Estado, ou aos protocolos e as estratégias institucionais quando falava sobre Aids, PrEP e prevenção à infecção pelo HIV. As dimensões sociais e políticas da epidemia (ABIA, 2018b) sempre estiveram presentes no meu processo de formação, seja nas leituras ou em discussões durante as reuniões do grupo de pesquisa, mas após ter concluído a escrita da monografia e pesquisa de campo, senti falta de emergir nas histórias de vida de modo efetivo ao discutir os dados do que observava no cotidiano. Por este motivo, investigar a PrEP ainda é, para mim, tema de interesse. Esta dissertação é, em certa medida, um desdobramento da minha inserção no campo da prevenção ao HIV/Aids ainda na graduação.

Finalizado o curso, senti a necessidade de voltar ao tema para conhecer mais de perto os usuários e pensar histórias de vida a partir as minhas análises. De fazer um movimento em campo que me permitisse ultrapassar a barreira física do hospital para compreender o manejo do medicamento na vida dessas pessoas. Ir extramuros, como ouvi em algum lugar durante a minha formação. Apesar de ter me esforçado junto ao grupo de pesquisa, em alguns momentos, a problematizar aspectos sobre a relação entre certos grupos e a política pública: neste caso, as mulheres (Matias; *et. al.* 2020) e os sorodiscordantes (Matias; *et. al.* 2021); o meu olhar (Cardoso de Oliveira, 1996), na época, estava direcionado aos itinerários terapêuticos de usuários dentro e fora do serviço como parte importante da discussão sobre a implementação da política na Paraíba (Matias, 2019; Franch, *no prelo*).

Não anseio limitar possibilidades metodológicas do fazer etnográfico dentro das instituições ao sinalizar a importância de tal movimento extramuros. Ao contrário, busco apenas elucidar o modo como compreendia e me inseria no campo da Aids como pesquisador até então, além de chamar atenção a pontas que ficaram soltas no meu trabalho, a partir de um ponto de vista epistemológico/metodológico. Não à toa, as entrevistas que utilizo como dado etnográfico nesta dissertação, e que mais a frente detalharei, também foram realizadas dentro de instituições do serviço de saúde, o que demonstra a potencialidade de pesquisas nesse contexto.

Foi ao reconhecer a necessidade de imergir nas histórias de vida, e deste modo buscar alternativas para ampliar meu contato com os usuários, que fui dando contornos ao projeto preliminar de pesquisa de Mestrado. Fui sendo motivado pelo interesse em investigar

experiências, narrativas e o vivido no Aids. Em relatos sobre a epidemia, ainda nos anos 1980 e 1990, Herbert de Souza (1994) e Herbert Daniel (1989-2018) já incluíam perspectivas analíticas sobre os processos de adoecimento e cuidado na Aids onde a **vida** aparecia como protagonista. Num contexto onde a morte estava bastante presente, nas narrativas desses autores o *estar vivo* aparece como forma privilegiada de encarar os desafios daquele tempo, mesmo que por vezes o estigma e preconceito implicasse na morte social das PVHA. Hoje, a vida está muito mais presente na epidemia, e vem requalificando sua relação dialógica com a Aids. Cabe compreender, então, de que modo as narrativas sobre o vivido se expressam contemporaneamente.

Nos últimos anos o contexto sociopolítico que caracteriza o mundo social da Aids (Valle, 2002) vem se reconfigurando e ganhando novos valores e sentidos. Ao invés de um quadro epidêmico marcado, como vimos nas primeiras décadas, por um pânico moral que produziu estigmas, preconceitos e metáforas sobre a doença, associado a um processo de adoecimento altamente agressivo, observamos desenhar-se, cada vez mais, um cenário epidemiológico, sobretudo a partir de avanços no campo da prevenção e do cuidado à pessoas soropositivas nas instituições de saúde, que reposiciona inquietações e preocupações dentro e fora da academia acerca da Aids. Seja pelos novos métodos técnicos de gestão do risco à infecção apresentados pelo Estado, ou mesmo pelas novas formas de garantir qualidade de vida a pessoas que vivem e convivem com o HIV (o que amplia a expectativa de vida das pessoas soropositivas e as inserem numa condição clínica de longa duração), estamos diante de novas formas de viver com o HIV, diante das novas formas de gerir as novidades biomédicas.

Cada vez mais o tratamento da condição sorológica de pessoas com o vírus e sua longevidade vem sendo ampliada, e as possibilidades preventivas para pessoas vulneráveis aprimoradas. Há anos alguns pesquisadores se debruçam a investigar aspectos estruturantes, determinantes sociais e políticos que implicam nas experiências de usuários que utilizam tecnologias profiláticas e PVHA (ABIA, 2016a; 2016b; 2018a; 2018b; 2021), e nesta dissertação busco fazer um movimento similar. O quadro epidêmico de hoje possui diversas particularidades que implicam em vivências e experiências distintas do que muitos relatavam quando se perguntava sobre prevenção, risco e sexo nos anos oitenta ou noventa, e essas novas implicações desse quadro à vida me interessam ao observar o campo no presente. Inspirado pelas narrativas, assim como evidenciam Biehl e Petryna ao discutirem metodologias antropológicas a partir das histórias de vida no centro da preocupação científica, utilizo

[...] esses relatos povoados – histórias que muitas vezes são escondidas da vista, obscurecidas por considerações mais abstratas e burocráticas de políticas públicas – [...] [como] o próprio tecido da teorização social alternativa. Ao observar atentamente as histórias de vida e os altos e baixos dos indivíduos e comunidades à medida que lutam contra a desigualdade, lutam para acessar a tecnologia, e confrontam novas formações de mercado estatal, começamos a apreender sistemas maiores (tradução minha)<sup>5</sup> (Biehl; Petryna, 2013, p.2-3).

Nesse universo das diversas novidades que vivemos hoje em dia com a Aids, sem dúvida as ditas biotecnologias de prevenção ganham um destaque na discussão sobre os mais diversos aspectos da epidemia no Brasil. Seja porque garantem possibilidades preventivas para além da camisinha a populações em estado de vulnerabilidade, ou porque ampliam a medicalização no enfrentamento à epidemia. Aqui, refiro-me a PrEP, a PEP (Profilaxia Pós-exposição) e ao TcP (Tratamento como Prevenção). Essas três alternativas compartilham entre si o fato de se apropriarem dos medicamentos antirretrovirais como método eficaz na prevenção ao vírus da Aids<sup>6</sup>. Falar delas é, sobretudo, falar de um complexo contexto político de disputa de narrativa e preocupações éticas na garantia de direitos, qualidade de vida e diminuição de desigualdades no acesso aos serviços de saúde, que afetam a vida de diversas pessoas.

Tais medidas estão permeadas por aspectos que privilegiam os medicamentos como alternativa na saúde. Essa questão me interessa, e como primeiro passo as reflexões desta dissertação, o pesquisador Alexandre Grangeiro (2016) me parece trazer contribuições importantes em relação a complexidade do tema. Ao tratar de usuários em TARV (tratamento antirretroviral), o pesquisador apresenta ganhos no combate à epidemia, baseando-se para tal na ampliação do número PVHA fazendo uso do TARV nos últimos anos. Esse dado anima alguns agentes políticos, mas Grangeiro também destaca desafios, tendo em vista índices de desistência após adesão por algumas das PVHA, que geram preocupações. Neste trabalho, as reflexões em torno das biotecnologias, e em especial a PrEP, estão baseadas nesse mesmo princípio: se, por um lado, há diversos aspectos que nos animam, há um tanto de preocupações que servem de alerta aos desafios à ampliação dos direitos à saúde de pessoas em vulnerabilidade a partir da implementação de medidas como estas. No campo da prevenção, a PrEP foi a última estratégia

---

<sup>5</sup> Citação original (em inglês): [...] these peopled accounts – stories that are so often hidden from view, obscured by more abstract and bureaucratic considerations of public policy – are the very fabric of alternative social theorizing. By looking closely at life stories and at the ups and downs of individuals and communities as they grapple with inequality, struggle to access technology, and confront novel state-market formations, we begin to apprehend larger systems (Biehl; Petryna, 2013, p.2-3).

<sup>6</sup> No primeiro capítulo volto a discutir melhor os detalhes sobre cada uma delas. Lá, tratarei da operacionalização dessas medidas como estratégias e tecnologias de saúde.

a ser implementada, e recentemente vem sendo bastante discutida, em especial por causa da sua eficácia na garantia da não-transmissibilidade do HIV. Mas isso não significa dizer que todas as pessoas têm a possibilidade de aderir ao medicamento.

Esse contexto de implementação e desafios também vêm preocupando diversos antropólogos, que cada vez mais discutem suas implicações a vida de diversas pessoas. Seja a partir da percepção da gestão, dos movimentos sociais ou dos usuários. Também compreendo essas questões como uma dimensão teórica basilar a esta dissertação, e proponho como objetivo, portanto, dimensionar e refletir sobre como vem sendo o manejo da PrEP na vida de pessoas soronegativas, vulneráveis à infecção ao HIV, que fazem uso do Truvada®, e quais as implicações das narrativas e percepções dessas pessoas na discussão dessa política de saúde e seu aprimoramento. Interessa-me estar conectado ao princípio ético e político de análise dos modos de vida como objeto central de análise do social, revelador das distintas economias morais da vida, além dos sistemas éticos que regulam biodesigualdades e, por consequência, diversas Aids vividas. Aproximo-me dos dispositivos etnográficos e perspectivas teóricas do campo antropológico, no intuito de contribuir aos novos desafios postos à continuidade da reposta brasileira ao HIV/Aids.

### **A PrEP como tecnologia biomédica**

Aos que não estão familiarizados a racionalidade própria do campo da Saúde Coletiva que norteia o modo como políticas de prevenção são desenvolvidas/implementadas, a operacionalização da PrEP como medida sanitária funciona a partir da seguinte perspectiva: quando observamos *o social*, os fatores de risco à processos de infecção pelo HIV se dá, estatisticamente comprovado, em maior prevalência a certos grupos (mais a frente detalharei quais). Para que possamos garantir que esses processos não ocorram (e esses grupos mantenham-se protegidos), surgem medidas como a PrEP, que atua junto a pessoas em condição de vulnerabilidade à infecção pelo vírus. Todos os dias pessoas que aderem a essa medida ingerem um medicamento, o Truvada®<sup>7</sup>, que atua como *barreira* dentro do organismo humano para a replicação do HIV em casos de exposição ao vírus, como ouvi de alguns profissionais. O uso do medicamento impede que o vírus infecte o corpo, como no sexo sem preservativo por exemplo, e assim efetiva-se a redução dos casos (Brasil, 2018).

---

<sup>7</sup> O Truvada® é uma combinação de dois antirretrovirais, o Emtricitabina e o Tenofovir (TDF/FTC).

Para ter acesso ao medicamento é necessário ir até um centro de referência para serviços de HIV/Aids e solicitar a inclusão ao protocolo.<sup>8</sup> Após a verificação dos critérios de elegibilidade, sendo aceito, isso envolve: incorporar à vida uma rotina médico/hospitalar e realizar exames frequentes para o acompanhamento médico. Além, claro, do uso do medicamento em si. Esse conjunto de responsabilidades assumidas é o que garante a excelência do protocolo PrEP e a intransmissão do vírus aos que utilizam o Truvada®. Cabe salientar que a inclusão das pessoas ao serviço de saúde é uma das principais vantagens identificadas por ativistas e gestores em relação à PrEP como alternativa que amplia direitos à populações historicamente marginalizadas (Matias, 2019).

Nem toda população pode fazer uso da PrEP no Brasil através do SUS. Há uma restrição protocolar na prescrição do medicamento apenas para pessoas reconhecidas pelo Estado em situação de vulnerabilidade à infecção. São as chamadas populações-chaves para uso da PrEP. São eles: gays e homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans (travestis e transexuais), profissionais do sexo e soronegativos em relações sorodiscordantes (relação entre uma pessoa vivendo com HIV e outra pessoa soronegativa) (Brasil, 2018).

Desde a fase de estudos clínicos até os dias de hoje, já em implementação, a PrEP apresenta resultados efetivos para o controle dos casos de infecções pelo HIV. Sua excelência está nos altos índices de eficácia ao garantir controle social à circulação do vírus. Por mais que estejam em curso novos estudos clínicos para que possa ser ofertado no serviço uma nova tecnologia, a PrEP injetável, via injeções (HPTN, 2020)<sup>9</sup>, a PrEP oral (baseada no uso do Truvada®) já apresentava dados de eficiência significativos. Segundo Ricardo Kuchenbecker (2015), os resultados de diversos Ensaios Clínicos Randomizados (ECR) sobre a eficácia da PrEP (oral) revelam:

[...] o benefício da PrEP na prevenção da transmissão do HIV. O estudo [de revisão bibliográfica feito pelo autor] identificou sete ECRs, todos utilizando tenofovir isoladamente ou em combinação com entricitabina [...]. Em adição aos antirretrovirais, os pacientes receberam estratégias combinadas de aconselhamento pré e pós-testagem para o HIV, intervenções de prevenção da exposição ao vírus,

---

<sup>8</sup> Alguns dos interlocutores que apresentarei mais a frente relataram ter tido acesso à PrEP após incluir seus nomes em listas de espera nos centros de saúde dedicados à políticas de prevenção às ISTs. Li relatos como esse de pessoas em Brasília, Manaus e Recife. Para consultar a lista de instituições de referência para o HIV/Aids, acessar: <http://www.aids.gov.br/pt-br>.

<sup>9</sup> A PrEP injetável ainda não é uma realidade no serviço de saúde. Em fase de pesquisa clínica, o estudo ao qual me refiro busca analisar a eficácia do Cabotegravir por via injetável (CAB-LA) em relação ao Truvada® (TDF/FTC – comprimido administrado diariamente), atualmente disponível no SUS. Por estar analisando entrevistas com usuários em PrEP oral, sempre que utilizar o termo “PrEP” neste trabalho, refiro-me a estratégia de profilaxia pré-exposição baseada no uso do Truvada®.

preservativos e tratamento das DST. A revisão apurou haver redução de 47% no risco de aquisição do HIV.<sup>10</sup> (Kuchenbecker, 2015, p.35).

Grangeiro e outros pesquisadores (2015) também evidenciam alguns desses dados ao analisar os resultados relativos ao Partners PrEP Study Team (ECR com casais heterossexuais sorodiscordantes). Com relação aos índices de eficácia da PrEP:

Nesses estudos um uso diário da dose de fumarato de tenofovir desoproxila e entricitabina (TDF/FTC) reduz o risco de infecção em 40% a 75%. [...] No entanto, a intenção de uso da PrEP ainda é controversa. Um estudo conduzido com 404 homossexuais recrutados pela internet na Tailândia mostrou que apenas 35% se referiram a intenção de usar PrEP após serem informados sobre sua eficácia (tradução minha)<sup>11</sup> (Grangeiro; *et al.*, 2015, p.3).

No Brasil, alguns pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) participaram de estudos internacionais e desenvolveram pesquisas em âmbito nacional sobre a PrEP. O objetivo era investigar a eficácia da tecnologia em populações-chave. Além do mais, a pesquisa realizada no Brasil analisou as práticas de compensação de risco<sup>12</sup>. Segundo os autores,

O estudo iPrEX [Iniciativa de Profilaxia Pré-Exposição] [...] foi o primeiro estudo clínico do HIV, realizado em diferentes continentes, para avaliar a segurança e a eficácia do uso de um comprimido diário

---

<sup>10</sup> Como referência para o estudo de “revisão sistemática” sobre os ECRs que atestam a eficácia da PrEP, o autor utiliza as seguintes publicações:

ABDOOL KARIM Q.; *et al.* Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *Science*, 2010.

BAETEN, J. M.; *et al.* Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *N Engl J Med*, 2012.

CHOOPANYA K.; *et al.* Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double-blind, placebocontrolled phase 3 trial. *Lancet*, 2013.

GRANT, R.; *et al.* Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *N Engl J Med*, 2010.

JIANG J.; *et al.* Pre-exposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in high risk populations: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*, 2014.

PETERSON L.; *et al.* Tenofovir disoproxil fumarate for prevention of HIV infection in women: a phase 2, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *PLoS Clin Trials*, 2007.

THIGPEN M.C.; *et al.* Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *N Engl J Med*, 2012.

VAN DAMME L.; *et al.* Preexposure prophylaxis for HIV infection among African women. *N Engl J Med*, 2012.

<sup>11</sup> Citação original (em inglês): In these studies an oral daily dose of tenofovir disoproxil fumarate and emtricitabine (TDF/FTC) reduced the risk of infection from 40% to 75%. [...] Nonetheless, the intention to use PrEP is still controversial. A study conducted with 404 homosexual individuals recruited on the internet in Thailand showed that only 35% referred to the intention to use PrEP after being informed about its efficacy. (Grangeiro; *et al.*, 2015, p.3).

<sup>12</sup> Práticas de compensação de risco são possíveis escolhas que os usuários em PrEP possam vir a ter, onde as pessoas abrem mão de algum método em detrimento de outro. Por exemplo, deixar de usar camisinha porque está usando o Truvada®.

[...] na prevenção da infecção por HIV, nas relações sexuais. O LaPClin-Aids/INI-Fiocruz<sup>13</sup> participou do estudo que demonstrou uma proteção de quase 98% nos voluntários. (Fernandes, 2018, p.10)

[...]

O estudo PrEP Brasil avaliou a aceitação, a viabilidade e a melhor forma de oferecer a PrEP à essas populações como forma de prevenção ao HIV. [...] Os resultados do PrEP Brasil [...] evidenciam que, no contexto brasileiro, a compensação de risco não reduziu os benefícios da PrEP (Fernandes, 2018, p.10).

Os ensaios clínicos têm um papel importante na construção de evidências científicas confiáveis, que embasam narrativas sobre a eficácia de tecnologias biomédicas (Castro, 2020). No caso da PrEP, os ECRs aparecem na bibliografia como instrumento central para viabilização da implementação dessa alternativa a nível nacional, o que faz com que suas recomendações em protocolos e documentos oficiais sejam resultantes desses empreendimentos científicos, tal qual descrevem Rocha (2019) e Ferrari (2019).

Ao realizar uma análise detalhada sobre os documentos oficiais para incorporação da PrEP no Brasil, como o Relatório de Recomendação ao uso do Truvada® (Ministério da Saúde, 2017) e o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (Brasil, 2018), Felipe Ferrari (2019) também destaca que não são apenas os ensaios clínicos que importam. O autor evidencia que, para além dos estudos publicados sobre os dados de confiabilidade, para efetivação da implementação da PrEP no Brasil foi importante demonstrar que o SUS possuía a capacidade de incorporação dessa tecnologia.

Realizado o convencimento de que a PrEP funciona [nos documento oficiais], é segura no sentido de produzir efeitos colaterais relativamente controláveis — inlcuo em tais efeitos a possibilidade de mutação e resistência viral, em caso de infecção pelo HIV — e a uma certa moral sexual centrada no preservativo e na redução de parceiros sexuais, o que mais é necessário à recomendação de sua incorporação? Demonstrar que é possível incorporar o medicamento nas unidades de saúde, além de definir que unidades de saúde seriam essas. (Ferrari, 2019, p.70).

---

<sup>13</sup> A sigla “LaPClin-Aids/INI-Fiocruz” refere-se ao Laboratório de Pesquisa Clínica em DST e AIDS do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, da Fundação Oswaldo Cruz.

É com base nesses aspectos que a PrEP se constitui – e se constrói<sup>14</sup> (Ferrari, 2019) – enquanto alternativa de prevenção. Tais elementos qualificam essa alternativa como tecnologia biomédica eficaz, confiável e possível de ser implementada, que chega ao serviço de saúde como medicamento para grupos vulneráveis à infecção pelo HIV. Ao decorrer da dissertação discuto outros modos de percepção da PrEP, mas por ora me limito a dimensão clínica, institucional e biomédica.

### **Sobre o material analisado**

Passsei os dois primeiros meses de 2020 me organizando para sair da Paraíba de mudança para Brasília. Havia acabado de ingressar no mestrado em Antropologia Social na Universidade de Brasília (UnB), e estava bastante empolgado em fazer parte do universo da Pós-Graduação. Assim que cheguei na cidade, por mais que já tivesse ido a Brasília algumas vezes, tudo era novo para mim: a mistura de sotaques, o clima, a quantidade de dias seguidos que chovia, o Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS), as professoras, os bares, o modo como a cidade se organizava, como as pessoas utilizavam os espaços, os temas de pesquisa dos meus colegas e muitas outras coisas. Era a primeira vez que passava mais de sete dias na cidade e que tinha contato direto com as antropólogas e antropólogos da UnB.

Logo que as aulas começaram, tive que me apresentar em todos os espaços e eventos possíveis. Sempre dizia que fazia pesquisa sobre as tecnologias de prevenção ao HIV, por mais que não soubesse direito o que de fato iria fazer/pesquisar no mestrado. Por causa disso, uma série de pessoas vinha puxar papo comigo sobre prevenção, sexo, camisinha, perguntavam-me se eu recomendava o uso de medicamentos de prevenção ao HIV; aproveitavam para me contar que na UnB há um “Pólo de prevenção as ISTs” (infecções sexualmente transmissíveis), e até mesmo cheguei a ouvir histórias sobre as experiências de pessoas que tiveram relações sorodiscordantes. Foi a partir dessas apresentações, desse contato

---

<sup>14</sup> Com relação ao uso do termo “construção”, o autor propõe que: “O que antes manifestava-se como apenas *rumor* [a incorporação da PrEP SUS quando ele realizou seu trabalho de monografia (Ferrari, 2016)], agora [no momento em que produz a dissertação] começa a se manifestar de uma maneira mais concreta. Tais mudanças podem ser encaradas como a construção — no sentido atribuído por Bruno Latour (2012), que considera as conexões e mediações entre atores, entidades que produzem efeitos na constituição de uma rede de associações, humanos e não-humanos — de uma promessa. Não se trata, portanto, de uma simples construção retórica sobre a tecnologia, como se esta fosse parte de uma verdade única e imutável. ‘Construção’ não é um termo utilizado de modo a denunciar a produção do saber científico ou da tecnologia, mas de reconhecer as diferentes implicações que permitem sua emergência. Trata-se de um termo que permite reconhecer como uma heterogeneidade de atores e entidades precisa ser mobilizada para a constituição de um objeto científico, que no caso desta investigação, incide na promessa da PrEP enquanto uma política pública ainda recente no SUS” (Ferrari, 2019, p. 21-22).

com as pessoas, que comecei a conhecer o mundo social da Aids em Brasília e o que, para mim, na época, tornar-se-ia meu campo de pesquisa.

Essa animação durou dez dias. Em menos de duas semanas os espaços físicos da Universidade fecharam por causa da pandemia do COVID-19. Rapidamente o Coronavírus chegou em Brasília, ampliando os casos de infecções e internações, e tivemos que aprender, junto as novas formas de socialização, a redesenhar estratégias e desenhos teórico-metodológicas que dão base para os nossos trabalhos. Nesse contexto, após alguns meses vivenciando conflitos internos e incertezas, tive o prazer de contar com a parceria da minha recém-orientadora, a professora Soraya Fleischer. Juntos, após algumas conversas, alinhamos perspectivas, redesenhamos estratégias e discutimos formas de tornar possível o desenvolvimento de um pesquisa a partir dos meus interesses. A única certeza naquele momento era o ponto de partida: analisar a Profilaxia Pré-exposição ao HIV.

Em uma das primeiras conversas entre mim e minha orientadora, fui apresentado a professora Ximena Pamela Díaz Bermúdez, Professora do Departamento de Saúde Coletiva da UnB. Após o primeiro contato, ela prontamente aceitou me auxiliar no desenvolvimento da pesquisa de mestrado, tornando-se minha coorientadora. Eu e Pamela temos interesses similares com relação ao campo empírico. Ela tem trabalhado com o tema do HIV/Aids desde seu doutorado em Antropologia (no PPGAS/UnB) e, de forma profissional e cuidadosa, me propôs utilizar dados de uma das pesquisas em curso da qual ela faz parte, intitulada: “*Pesquisa Qualitativa para a Avaliação da Percepção e Atitudes de Parceiros Chave ‘Stakeholders’ na Implementação da Profilaxia Pré- Exposição ao HIV – PrEP no Brasil IMPREP Stakeholders?*”.

A coordenação geral da pesquisa foi de responsabilidade de uma equipe da Fundação Oswaldo Cruz, liderada pela pesquisadora Dr<sup>a</sup>. Maria Cristina Pimenta de Oliveira<sup>15</sup>, em colaboração de coordenação com a pesquisadora Dr<sup>a</sup> Valdilea Gonçalves Velozo<sup>16</sup> e a professora Dr<sup>a</sup> Ximena Pamela Díaz Bermúdez<sup>17</sup>. Além das coordenadoras, a equipe geral foi composta pelos pesquisadores: Alcinda Maria Machado Godoi<sup>18</sup>, Marcos Benedetti<sup>19</sup>, Amanda

---

<sup>15</sup> Doutora em Saúde Coletiva, Pesquisador do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>16</sup> Médica, Doutora em Saúde Pública, Diretora do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>17</sup> Doutora em Antropologia, Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília e coordenadora do – Laboratório de Antropologia da Saúde e da Doença (LABAS) do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

<sup>18</sup> Médica, doutora em Bioética, pesquisadora do Laboratório de Antropologia da Saúde e da Doença (LABAS) do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

<sup>19</sup> Antropólogo e Pesquisador do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Martins<sup>20</sup> e Bárbara Lopes<sup>21</sup>. Financiada integralmente pela Fiotec/Fiocruz, o principal objetivo da pesquisa foi “sistematizar a experiência de implementação de uma política pública sobre a PrEP no marco da estratégia de prevenção combinada”. O projeto inclui revisão da literatura sobre o tema, observação de campo e entrevistas com “informantes-chaves”. Além dos usuários, foram entrevistados também profissionais de saúde, gestores estaduais e lideranças comunitárias. Ao todo foram analisados dados coletados nas cidades de: São Paulo; Rio de Janeiro; Manaus; Recife; Brasília e Porto Alegre, incluindo assim atores em escala nacional, estadual e municipal. Segundo os próprios pesquisadores envolvidos, o projeto:

[...] foi desenvolvido como componente qualitativo no âmbito do ImPrEP, com o objetivo de identificar os contextos sociais e estruturais dos serviços de PrEP no Brasil, as subjetividades dos atores envolvidos e as diferentes percepções que podem impactar a efetivação dessa estratégia. (Pimenta; *et. al.*, 2022, p.2).

Ter a oportunidade de escrever sobre a Aids e a PrEP com base nos dados da pesquisa *ImPrEP Stakeholders* não só redefiniu minhas perspectivas com relação à pesquisa de mestrado. Diante dos desafios que vivíamos naquele momento por causa da pandemia de COVID-19, essa possibilidade facilitou o meu acesso ao que os usuários tinham a dizer sobre o que já vinha sendo meu objeto de pesquisa. Na ImPrEP, vários usuários foram entrevistados nos serviços de saúde espalhados por diversas cidades do país, e nessas conversas as pessoas falavam sobre como vinha sendo o uso do medicamento, como enxergavam os benefícios e dificuldades, além de contarem um pouco sobre suas vidas e as motivações à escolha de usar o Truvada®. Tinha tudo a ver com o meus anseios naquele momento, que agora se consolidam neste trabalho.

Para além do que havia imaginado para dissertação até chegar à Brasília, escrever sobre as experiências dessas pessoas foi crucial ao meu processo de formação enquanto indivíduo e pesquisador. Ler o material, conhecer outros modos de perceber a PrEP, o HIV, a Aids, o medo, os riscos, as precariedades e tantas outras questões, me trouxe uma série de reflexões transformadoras, e foi um suspiro de alívio em meio ao conturbado contexto brasileiro de produção científica.

---

<sup>20</sup> Sanitarista pela Universidade de Brasília, pesquisadora do Laboratório de Antropologia da Saúde e da Doença (LABAS) do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

<sup>21</sup> Antropóloga pela Universidade de Brasília, pesquisadora do Laboratório de Antropologia da Saúde e da Doença (LABAS) do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Em contrapartida, assinei o “Termo de responsabilidade diante da cessão de entrevistas”, que insiro nos anexos (ANEXO 01), onde assumi alguns compromissos, como por exemplo: “Guardar sigilo e zelar pela privacidade dos indivíduos relacionados/listados nas entrevistas”, “Não disponibilizar, ceder ou permitir a pessoas ou instituições o acesso às entrevistas”; “Não divulgar, por qualquer meio de divulgação, dados ou informações contendo o nome dos indivíduos ou outras variáveis que permitam a identificação do indivíduo e que afetem, assim, a confidencialidade das entrevistas;”, dentre outros pontos que estão no documento.

Após assinar o termo e firmar o compromisso ético com a utilização dos dados, tive acesso ao que dará corpo a minha dissertação: sete entrevistas com usuários em PrEP<sup>22</sup> das cidades de Brasília, Manaus e Recife. Todas foram feitas entre 2018 e 2019, e utilizo as experiências de vida narradas pelos usuários, presentes nesse material, como ferramenta empírica para refletir sobre a PrEP e a Aids. Interessa-me o que as experiências dessas pessoas têm a dizer, para mim e para a ciência. Qual o produto da relação cotidiana que essas pessoas estabelecem com a PrEP, e de que modo isso contribui para reflexões em torno da política de saúde. Desse modo, olho para esse material especialmente interessado nas narrativas das pessoas, e faço nesta dissertação uma etnografia a partir das experiências e da vida.

A PrEP, assim como boa parte das políticas de saúde no Brasil, está desigualmente distribuída no país. Com o objetivo de mapear o perfil dos usuários em PrEP a nível nacional, construí o gráfico 1. Segundo dados do Painel PrEP<sup>23</sup>, disponível no site “aids.gov.br” do Ministério da Saúde, quase 50% (49,77%) dos usuários são homens gays e/ou outros HSHs cis brancos, que correspondem a pouco mais de 19.500 pessoas num universo de 39.223 usuários. Quase metade do total (42,22%) vive em São Paulo, poucos vivem na região Norte do país (0,17% do total são do Tocantins, menor estado com número absoluto de usuários), e há maior porcentagem de pessoas brancas atendidas nas regiões Sul/Sudeste em relação as regiões Norte/Nordeste.

---

<sup>22</sup> Durante toda dissertação utilizarei os termos “usuários em PrEP” e/ou “usuários PrEP”. Em relação ao primeiro, refiro-me aos usuários que **não** interromperam o uso da tecnologia no período analisado, e estão em adesão. Por este motivo estão “em PrEP”. Tendo em vista que diálogo com entrevistas realizadas entre 2018 e 2019, no que diz respeito aos entrevistados, compreendo-os “em PrEP” por estarem em adesão naquele momento da conversa. Já com relação ao termo “usuários PrEP”, refiro-me a todas as pessoas (para além dos entrevistados) que em algum momento da vida aderiram à tecnologia, mas que não necessariamente estão em adesão. Ou seja, podem ou não ter interrompido o uso do medicamento.

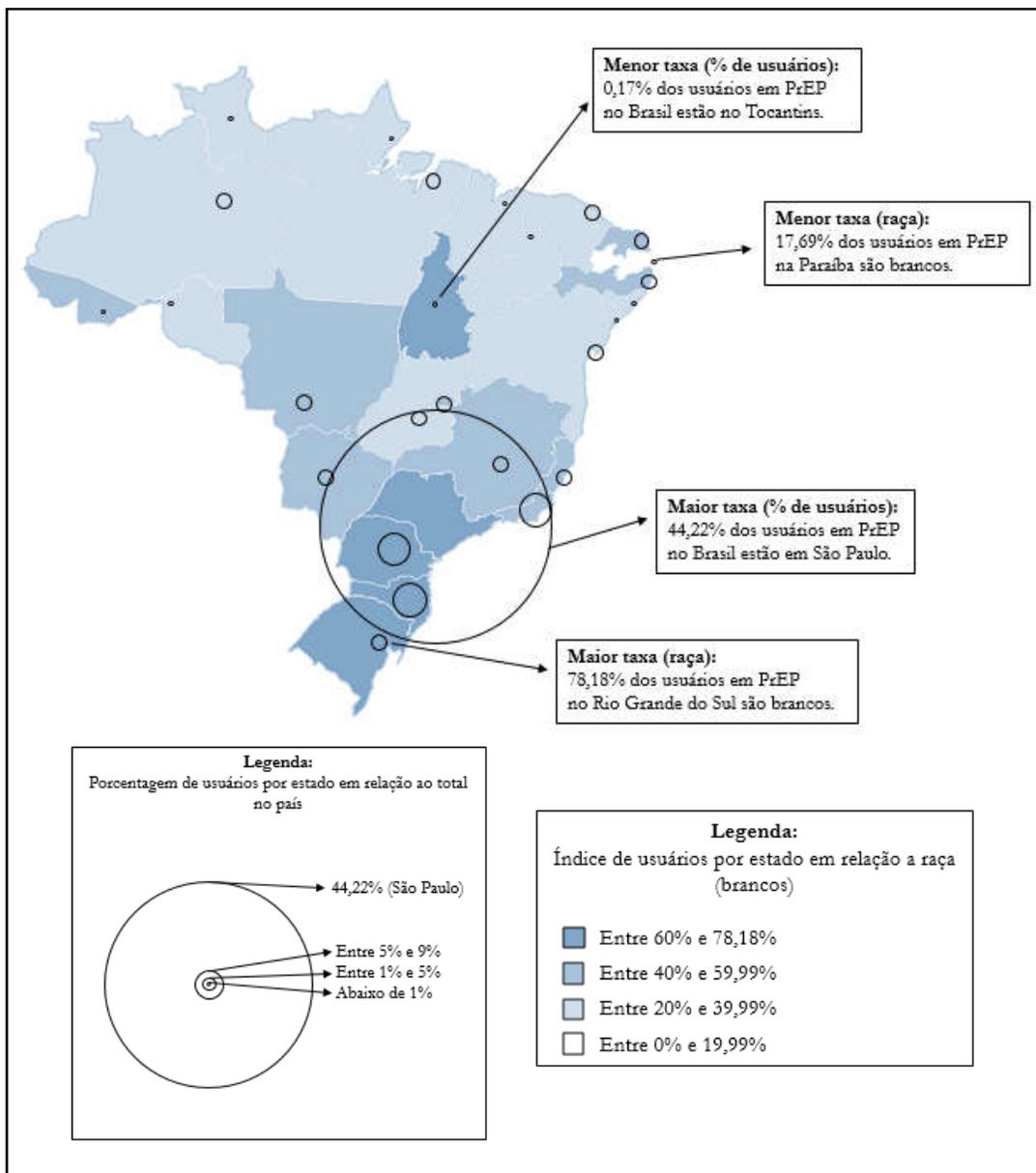
<sup>23</sup> Segundo informações contidas no próprio site: “O painel de monitoramento da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) foi elaborado com o intuito de divulgar informações sobre a dispensação e o uso da PrEP. Nele não estão incluídos os usuários do Projeto ImPREP, parceria com INI/Fiocruz” (Ministério da Saúde, 2022). Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/painel-prep>>. Último acesso: 24 de Junho de 2022.

No que diz respeito aos dados sobre o perfil dos usuários nos estados onde foram realizadas as entrevistas que utilizo para este trabalho, tanto no Amazonas como em Pernambuco, em relação a raça/cor, a maior parte dos usuários são negros (70,95% e 56,99% respectivamente), e no Distrito Federal, na mesma categoria, a maior parte dos usuários se autodeclararam brancos/amarelos (54,64%). Nos três estados, mais de 70% dos usuários se identificam como gays ou como homens que fazem sexo com homens: no DF essa taxa é de 92,7%, enquanto que no AM é de 73%, e 83,8% em PE. Com relação a faixa etária, a maioria dos usuários têm entre 30 e 39 anos. No DF esse número chega a 52%, em PE 49% e no AM 35%.

No estado do Amazonas duas cidades realizam a dispensação do medicamento. Além de Manaus, há PrEP na cidade de Tabatinga. Ao todo, há seis “serviços dispensadores”, que atendem a 685 usuários. Já em Pernambuco, a PrEP está disponível em Caruaru, Jaboatão dos Guararapes e Petrolina, além do Recife. Ao todo, há oito serviços dispensadores que atendem a 544 pessoas. No Distrito Federal, cinco instituições dispensam PrEP em Brasília, onde há 862 usuários. Segundo dados disponíveis no próprio painel, o número total de usuários correspondem a pessoas que estão em uso de PrEP, sem considerar os que, por algum motivo, iniciaram o tratamento mas interromperam o uso da profilaxia. O Painel reúne dados referentes a 01 de Janeiro de 2018 a 30 de Abril de 2022.

Cabe destacar que parte dos usuários de políticas no campo do HIV/Aids, devido ao forte estigma que atravessa a epidemia, buscam alternativas de prevenção/cuidado em instituições de outros estados com o objetivo de garantir sigilo e privacidade no processo de tratamento/cuidado da sua condição sorológica/de vulnerabilidade. Deste modo, estes dados podem encobrir o traslado de usuários entre estados ou regiões, mas indicam quadros macros importantes a nível regional/local sobre o perfil de usuários a nível nacional.

Gráfico 1. Índice de usuários em PrEP por estado em relação a raça/cor (Branços) e porcentagem de usuários por estado em relação ao total no país (2018-2022)



Fonte: Painel PrEP (aids.gov.br). Último acesso em: 10 de Junho de 2022.

Para construção do gráfico, usei como base os dados da tabela a seguir, retirados do Painel PrEP:

Tabela 1. Porcentagem de usuários em PrEP por Raça/cor e número total de usuários por estado (2018-2022)<sup>24</sup>

Estados	Raça/cor (%)			Número de usuários em PrEP
	Negros	Brancos/Amarelos	Indígenas	
Acre	58,95	41,01	-	95
Alagoas	66,41	33,59	-	131
Amapá	71,13	27,84	1,03	97
<b>Amazonas</b>	<b>70,95</b>	<b>27,01</b>	<b>2,04</b>	<b>685</b>
Bahia	78,11	21,31	0,58	868
Cerará	71,87	27,97	0,16	1.230
<b>Distrito Federal</b>	<b>44,66</b>	<b>54,64</b>	<b>0,70</b>	<b>862</b>
Espírito Santo	54,73	44,96	0,31	645
Goiás	67,61	32,26	0,13	1.522
Maranhão	76,95	23,05	-	269
Mato Grosso	59,69	40,31	-	392
Mato Grosso do Sul	46,28	53,27	0,45	672
Minas Gerais	41,53	58,14	0,33	1.826
Pará	75,38	23,97	0,65	459
Paraíba	80	17,69	2,31	260
Paraná	25,81	74,01	0,18	2232
<b>Pernambuco</b>	<b>56,99</b>	<b>41,91</b>	<b>1,10</b>	<b>544</b>
Piauí	71,31	28,65	-	178
Rio de Janeiro	46,89	52,70	0,41	3.442
Rio Grande do Norte	46,89	52,71	0,40	499
Rio Grande do Sul	21,70	78,18	0,11	1.760
Rondônia	64,14	35,86	-	145
Roraima	70,5	26,62	2,88	139
Santa Catarina	25,38	74,33	0,30	2.711
São Paulo	36,83	62,83	0,34	17.346
Sergipe	75,34	24,66	-	146
Tocantins	36,23	63,77	-	69
<b>Brasil</b>	<b>42,67</b>	<b>56,95</b>	<b>0,38</b>	<b>39.223</b>

Fonte: Painel PrEP (aids.gov.br). Último acesso em: 10 de Junho de 2022.

Quando participei da III Reunião de Antropologia da Saúde (RAS), na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em Natal/RN, um colega antropólogo me falou: “ah, mas a PrEP é coisa de homem gay branco de classe média”. Durante um tempo, eu concordava com essa perspectiva, mas até então não havia relacionado essa narrativa a uma análise de dados a nível nacional. O gráfico nos ajuda a entender isso. Minha percepção de que a PrEP é mais uma, dentre tantas medidas, que possui um perfil de usuário racialmente

<sup>24</sup> Deixo em destaque (na cor vermelha) os dados relativos aos estados onde foram feitas as entrevistas que analisarei nesta dissertação: Amazonas (Manaus), Distrito Federal (Brasília) e Pernambuco (Recife).

privilegiado se dava, a saber, pelo marcador racial como índice de vulnerabilidade social ao HIV (Brasil, 2018). Mas o gráfico nos informa algo a mais com relação ao perfil dos usuários que acho fundamental chamar a atenção.

O perfil racial nas regiões Norte/Nordeste é bem diferente do resto do país, onde há o maior número de usuários. Boa parte desse perfil que é a “cara” da PrEP está em São Paulo. Na Paraíba, por exemplo, a maioria dos usuários não são brancos, por mais que os HSHs sejam majoritários em todos os estados. Como fiz pesquisa de campo em João Pessoa/PB, uma coisa importante que notei por lá foi o modo como os usuários eram “captados” pelo serviço. Muita gente me falou que passou a fazer parte da política por indicação de uma profissional de saúde conhecida, que a via circulando pelos corredores do hospital, muitas vezes porque acompanhavam parceiros, pessoas vivendo com HIV/Aids (Matias, 2019). No meu ponto de vista, esse ato diz muito sobre estratégias de profissionais de saúde para tornar o perfil do usuário PrEP mais diversificado do “padrão”. Diz muito sobre a maioria dos usuários serem de fora desse “perfil” no estado da Paraíba. Encontrei no ambulatório muitas mulheres que chegaram no serviço dessa forma, porque seus parceiros não entravam no hospital para buscar a medicação (algo comum a todos os gêneros, fruto da estigmatização presente na epidemia). Elas assumiam esse papel do cuidado do outro, e acabavam conhecendo a PrEP (Matias; *et. al.*, 2020).

Diante desse contexto, quais outras estratégias podemos estabelecer no processo de democratização da oferta dessas tecnologias (e tantas outras) para grupos como mulheres, negros, população periférica, ou em situação de rua? Como tornar a PrEP menos branca e masculina?

Minha experiência no hospital me ajudou a visualizar que são poucos os que têm condições financeiras para manter um processo de tratamento, mesmo não estando num processo de adoecimento. Há uma série de fatores que distanciam uma pessoa das instituições de saúde, e na PrEP isso está presente porque ela é muito mais que um medicamento. Há uma série de gastos financeiros com monitoramento clínico, exames que nem sempre estão disponíveis nos laboratórios públicos, idas e voltas ao hospital que pesam no bolso de muita gente, além de atendimentos em horário comercial, quando parte da população majoritariamente pobre trabalha. Para além do fato de que há grupos prioritários a nível protocolar, há grupos racialmente e financeiramente privilegiados a nível social, o que favorece essa “cara” que a PrEP tem, de ser uma política para homens gays brancos de classe média. O desafio, contudo, é no desenvolvimento de medidas que superem essa narrativa apresentada.

## Sobre o título e a ideia de fronteira

Durante a leitura das entrevistas, notei que quando parte dos usuários falava sobre o HIV e a Aids, narravam ambos como *coisa* próxima a eles, mas algo com os quais eles ainda não se reconheciam como “fazendo parte”. O reconhecimento pertencia ao risco de “chegar lá”<sup>25</sup>. Anos atrás já havia percebido algo similar na minha trajetória de pesquisa, para além desse momento de leitura das entrevistas. Acredito que seja por estar, desde então, trabalhando com políticas de prevenção. Ser usuário PrEP é como prevenir-se de algo que está logo ali. Muito mais próximo de mim do que a qualquer outra pessoa ou grupo da sociedade, mas que ainda não me atingiu por completo, ou algo com o qual ainda não reconheço como parte. É como se estar vulnerável pertencesse a um espaço simbólico/material “pré-Aids”, mas que ainda não é “A” Aids.

Ao escrever sobre conjugalidades sorodiscordantes, a antropóloga Mônica Franch (2018) utiliza a noção de “experiência próxima” como forma de representar a vivência de pessoas soronegativas que passam a conviver/ter relações com PVHA. Tal categoria, quando relacionada ao estigma e preconceito, traz alguns apontamentos importantes sobre as vivências de soronegativos: nas entrevistas com casais heterossexuais e LGBTQI<sup>26</sup>, a autora identificou que houveram reconfigurações do preconceito por parte de soronegativos após vivências de proximidade com pessoas vivendo com o vírus; e o estigma apareceu como elemento de “coesão”, “[...] denotando solidariedade e apoio, proferidas pelo membro soronegativo do casal, do tipo ‘ela só me tem a mim, eu só tenho a ela’, ‘preciso protegê-la desse mundo cruel’” (Franch, 2018, p.137). Além do mais, a partir dessa condição de proximidade, ela também destaca que na pesquisa foram identificadas situações de “estigma estendido” a soronegativos nas narrativas dos entrevistados, onde

[...] a própria relação afetiva aparece como sendo passível de ser estigmatizada, o que implica ocultar a própria parceria sorodiscordante de amigos e parentes, para evitar [no caso dos soronegativos] pressões contrárias à manutenção da relação (“vão tentar fazer com que eu me separe, a/o deixe”, etc.) (Franch, 2018, p.138).

---

<sup>25</sup> Aprofundarei a análise sobre reconhecimento e identidade no capítulo três.

<sup>26</sup> As entrevistas foram fruto das pesquisas: “Casais sorodiscordantes heterossexuais no Estado da Paraíba: subjetividade, práticas sexuais e negociação do risco”; e “Sorodiscordância em casais LGBTQI: conjugalidade, sexualidade e práticas de risco”, desenvolvidas pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Sociedade e Cultura da Universidade Federal da Paraíba (GRUPESSC/UFPB) entre os anos de 2007 e 2013.

Ao propor a ideia de fronteira no título busco dialogar com essa noção de experiência próxima cunhada por Franch, sem abrir mão, assim como ela, de dimensionar as implicações à soronegativos da “terceira epidemia”: a do estigma e preconceito que fazem parte do mundo social da Aids (Daniel; Parker, [1990] 2018). Nas narrativas que analisarei nos próximos capítulos, aspectos estigmatizantes e preconceituosos próprios da Aids na vida de pessoas soronegativas também estão presentes. No entanto, as posicionalidades de cada sujeito no campo também me interessam como marcador analítico fundamental. A condição que denominei “pré-Aids” me parece interessante para dimensionar na análise um *espaço no social*, no qual há uma série de elementos éticos, morais e políticos atuando, que não necessariamente afetam a vida de pessoas soronegativas, tal qual afetam soropositivos. Ao discutir vivências a partir da ideia de fronteira, busco apenas sinalizar que, nesta dissertação, o lugar que cada pessoa ocupa no mundo social da Aids ganhará um destaque, no intuito de aprimorar análises aqui postas.

Na busca por noções sobre a ideia de fronteira que contribuiriam com a proposta do título desta dissertação, identifiquei nas reflexões sobre espacialidade e interação social de Simmel (1908-2018) alguns apontamentos interessantes. Segundo Targioni, “[...] ao discorrer sobre o espaço e, sobretudo, sobre as formas que a vida em sociedade assume nele, Simmel nos mostra a importância que têm as fronteiras no configurar-se e reconfigurar-se destas formas” (2017, p.3). Na leitura de Targioni sobre a obra do Simmel, as fronteiras aparecem como espaços nos quais as interações sociais podem ser melhor observadas e apreendidas na análise social. “[...] No momento em que percebemos as formas no espaço como todas limitadas por fronteiras perenemente negociadas, podemos entender este espaço como um lugar de perene conflito e de continua construção de novas fronteiras” (*ibid.* p.3). Aqui, as fronteiras me parecem aproximar-se do que busco dimensionar ao pensar vivências de pessoas soronegativas: uma posição no social que, de algum modo, as fazem diferir das posições de PVHA. Implicadas em construções de fronteiras que não necessariamente afastam ou distanciam, essas posições requalificam implicações éticas e morais à vida de cada pessoa a depender da forma como cada um se relaciona com a Aids.

O modo como usuários em PrEP transitam pelos espaços próprios do mundo social da Aids, como hospitais, ONGs e etc. se dá, de um ponto de vista social, simbólico, político, ético e moral abruptamente distinto dos que vivem com o vírus da Aids. Por isso, identifique-os como “na fronteira” do espaço que caracteriza, por excelência, a Aids. No meu ponto de vista, é importante que nesta análise a distinção da dimensão simbólica e material do

que significa o mundo social da **Aids** aos que vivem e aos que não vivem com o HIV esteja, sempre, em evidência.

Ainda com relação ao título, optei por incluir as cidades nas quais as entrevistas foram realizadas, por mais que elas não sejam constantemente citadas ao decorrer da análise. Ao oferecer a elas um lugar de destaque na apresentação do trabalho, tenho por objetivo evidenciar que todas em entrevistas que utilizo neste trabalho fogem das narrativas do eixo Rio-São Paulo sobre a epidemia de Aids. Os entrevistados residem no Centro Oeste, no Nordeste e no Norte do país. Vivem e fazem parte do contexto epidêmico de estados e regiões descentralizadas as experiências que, em boa medida, conhecemos em maior escala com relação ao HIV/Aids. A cada trecho presente nesta dissertação que retiro das entrevistas, sinalizo abaixo o local no qual a entrevista foi realizada. No meu ponto de vista, é importante que, no vislumbre das posicionalidades, este dado sobre os cantos do país dos quais estas falas partem também sejam lembrados.

Também opto por utilizar, no título, o termo “AiD\$”. Faço esta escolha em alusão as reflexões da transpóloga, como ela mesma se intitula, Pisci Bruja. Mestra em Antropologia Social pela Universidade de São Paulo (PPGAS/USP), em sua dissertação de mestrado sobre a criminalização da infecção pelo HIV, Bruja explica que o termo escrito deste modo:

[...] faz uma alusão direta ao processo de mercantilização da saúde, do poder das indústrias farmacêuticas e também do processo de constituição de sujeitos<sup>27</sup> vivendo com HIV/AIDS, cuja histórias são produzidas (em sua maior parte por pessoas que não vivem com HIV/AIDS) e que replicadas e vendidas para emplacar projetos políticos de sociedade que são bastante arbitrários e excludentes. O cifrão na AiD\$ é a marca do capitalismo no desenvolvimento da pandemia. E o “i” minúsculo é mais uma sátira, uma associação ao “iPhone”, que lança anualmente uma tecnologia intermediária sendo que seria capaz de produzir algo muito mais potente de uma vez com o objetivo de fazer mais dinheiro constantemente. Assim funciona com as patentes em relação aos antirretrovirais (Bruja, 2021, p.6).

---

<sup>27</sup> Na escrita da dissertação Bruja utiliza o gênero neutro. Em relação a esta escolha, ela diz que: “Da mesma forma que sempre tentaram interditar o meu corpo travesti, negar a mim e às minhas irmãs o direito de viver, de morar, de construir afetos, famílias, o direito de acessar os serviços de saúde e de educação, e mais, o próprio direito à luz do dia, o direito de circular em paz de dia, de sonhar, enfim... da mesma forma que tentam cotidianamente nos negar tudo isso, também o fazem através da linguagem. E ainda assim a gente burla, a gente hackeia, e faz do mesmo jeito. O corpo trans e travesti é uma fissura ao sistema; uma bug na matrix. Um vírus ou uma reprogramação diante a binariedade. Talvez daqui 20 anos tudo faça sentido, caso a gente consiga adiar o fim do mundo” (Bruja, 2021, p. 20).

Enquanto conceito, esta forma de dimensionar regimes políticos, morais e éticos, através da grafia, próprios do modelo capitalista que afeta a epidemia, está em diálogo direto com algumas das reflexões presentes no meu trabalho. Como expressão política e categoria teórica, o termo faz uma crítica/denúncia a processos de capitalização da vida e criminalização dos corpos positivos (de PVHA). No meu ponto de vista, um modo brilhante de sintetizar problemas e valores por trás do que também me inquieta como pesquisador/antropólogo.

Ao longo do texto, no entanto, utilizo “Aids”, e não “AiD\$”. O faço por partir do princípio que essa palavra possui múltiplos sentidos e valores a depender de quem a utiliza. Neste caso, nem sempre que a palavra “Aids” parecer no texto estará relacionada a processos de “mercantilização da saúde” como nos ensina Bruja. Mas também ao modo particular como os usuários em PrEP, ou mesmo outros atores, a percebem. Seja como uma doença, um risco, um medo, algo que devo me distanciar, dentre outros sentidos. “Aids”, no corpo do texto, possui um caráter polifônico, tal qual dimensionam Neves e Jeolás (2012) sobre a noção de risco na produção científica.

### **Partes, capítulos e a estrutura da dissertação**

Esta dissertação está dividida em duas partes, que nomeei de “doses” em alusão aos medicamentos. Cada uma contém dois capítulos. Na primeira dose o meu objetivo é apresentar o tema, o problema e objeto de investigação e interesse. Passeio pelo debate já consolidado sobre Aids e prevenção, para só depois imergir nos dados. No segundo capítulo, há uma parte especial. Intitulada: “Escolhas teórico-metodológicas: a PrEP como tecnologia da vida”, explico caminhos pelos quais optei seguir ao falar sobre PrEP/Aids. A segunda dose é dedicada a análise das entrevistas. Incluo no debate algumas reflexões e inquietações que me saltam aos olhos após a leitura do material.

No primeiro capítulo, o objetivo é discutir as políticas de prevenção e a estratégia de prevenção combinada ao HIV, do qual a PrEP faz parte. A política econômica dos fármacos (Biehl, 2008) e a linhagem liberal do desenvolvimento (Ribeiro, 1992) estarão em destaque. Evidencio o progresso clínico e o desenvolvimentismo como categorias que nos ajudam a qualificar uma perspectiva crítica sobre os caminhos da Resposta Brasileira ao HIV/Aids na última década. Dimensiono, a partir da minha trajetória no campo da Aids, aspectos que chamam a minha atenção na epidemia, tendo em vista práticas, narrativas e estratégias de gestão, cuidado e controle. Neste capítulo, apresento também os caminhos e as inquietações que me levam a reconhecer a **vida** e a capitalização da vitalidade como problemas

teóricos/metodológicos importantes à minha agenda de pesquisa. Dos anos noventa até os dias atuais muita coisa mudou. Portanto, pensar os contornos da epidemia de Aids que vivemos no presente será um dos objetivos principais. Analisarei as transformações a partir das medidas e escolhas na agenda política da prevenção como objeto de análise. Velhas questões ainda persistem, e é importante que tenham um lugar na narrativa, mas é sobretudo as mudanças que me interessam.

No segundo capítulo, meu interesse será na discussão antropológica sobre a PrEP e na descrição sobre o modo como essas teorias me afetam. A partir de temas que evidencio ao ler dissertações defendidas sobre a PrEP em Programas de Pós-Graduação em Antropologia espalhados pelo país, o foco será na compreensão do que essas produções têm discutido, quais problemas de pesquisa mobilizam os trabalhos, e de que modo antropólogos percebem processos e dinâmicas sociais em torno da PrEP. A partir desse mapeamento, dedico-me a reflexões e problemas de pesquisa que me interpelam após a leitura do material e conhecimento do que foi produzido no campo. Quais caminhos teórico-metodológicos opto seguir a partir do que já vem sendo pesquisado em torno das experiências e da PrEP? Busco responder a esta questão, que sinaliza na escrita a passagem da primeira para segunda dose.

No terceiro capítulo, passo a imergir nos dados e realizar a análise das entrevistas. A partir do que os entrevistados nos contaram, busco dimensionar o que é ser um sujeito em condição de vulnerabilidade ao HIV, baseando-me no modo como cada um se percebe no mundo e enxergam o mundo à sua volta. É com base nessa relação indivíduo/meio social que noto os contornos da identidade de um “sujeito em vulnerabilidade ao HIV”, que vai se desenhando ao passo que as experiências de proximidade entre essas pessoas e o mundo social da Aids vai sendo narrada. Das falas emerge a categoria nativa de “círculo de vulnerabilidade”, que qualifica o espaço social no qual esses sujeitos estão imersos. A depender do quão dentro do círculo as pessoas se identificam, aderir ou não a PrEP passa a ser uma questão. Para além disso, as precariedades também aparecem como elemento analítico importante. Algumas pessoas narram histórias de conhecidas e colegas que optam por não utilizar métodos de prevenção, mesmo se reconhecendo como sujeito em vulnerabilidade, imerso ao tal círculo. Rotinas hospitalares, experiências de risco e modos de ser/estar no mundo estarão em evidência neste capítulo. A partir delas, conheceremos a fundo essas pessoas e o que está por trás das tomadas de decisão em utilizar o medicamento.

No último capítulo, passo a discutir o modo como cada um percebe a tecnologia. É com base no que a PrEP significa para os entrevistados que evidencio valorizações, críticas, dúvidas, anseios, angústias, medos e cuidados. Se na primeira etapa de análise das entrevistas,

no capítulo três, o meu olhar esteve centrado no sujeito, a partir dele é que discuto a PrEP. Seja como tecnologia de proteção, mediando situações de risco, ou como *coisa* que mobiliza e redefine vínculos e dinâmicas sociais, observar a PrEP a partir das experiências me leva a perceber “PrEPs”. Uma mesma tecnologia que possui diversas “caras”, características e modos de atuar sobre o social e o vivido. Opto por trazer ao debate apenas algumas das PrEPs que tive contato ao ler as entrevistas. Não à toa, foram as que estiveram em evidência nas falas dos usuários, o que demonstra a importâncias desses temas na discussão sobre prevenção ao HIV. São três e eu as nomeei de: PrEP institucional, farmacocentrada e sexual. Cada uma delas nos transporta a uma dimensão distinta da Aids, para além de variados aspectos sobre o cotidiano e a vida dessas pessoas.

Na primeira delas, a PrEP farmacocentrada, o Truvada® estará em destaque. Baseio-me em falas onde a experiência com a tecnologia é narrada/pensada a partir do uso contínuo do remédio no cotidiano, para refletir sobre a agência do medicamento nas relações sociais. Em relação a PrEP sexual, o foco se dará nas implicações da sexualidade, e do gênero como “princípio organizador fundamental da nossa sociedade” (Garcia, 1998, p.32), nas práticas sexuais e de prevenção/cuidado. Os homens, que surgem em algumas das falas como elemento fundamental de análise, e as masculinidades hegemônicas estarão em evidência. Por fim, volto-me a PrEP institucional. Utilizo falas onde os usuários narram desafios programáticos para incorporação das estratégias de prevenção e cuidado no SUS, com o objetivo de refletir sobre o contexto de desmonte à continuidade da Resposta ao HIV/Aids no Brasil.

## Primeira dose

### Aparando as arestas, desvendando caminhos

[...] quero ver minhas práticas etnográficas, meus modelos de ler e escrever, por assim dizer, em resposta à demanda das questões sobre voz e vida cotidiana, ou melhor, sobre voz no dia-a-dia.

Veena Das  
**Vida e palavras**, 2020.

Nesta etapa do trabalho, tenho por objetivo discutir e apresentar o campo, metodologias, ferramentas analíticas e perspectivas que me acompanharão por toda a dissertação. Debates dentro e fora da Antropologia me ajudarão a vislumbrar algumas das dimensões pelas quais a Aids, a prevenção, a PrEP, a experiência, a vida e o vivido são pensadas; e a partir delas evidenciarei caminhos e escolhas, tanto políticas como epistemológicas, que nortearão a discussão como um todo. Tal qual destaquei na introdução, utilizo **narrativas** de usuários em PrEP como ferramenta de acesso as experiências, ao vivido – meu objeto de análise. A partir delas penso a saúde pública, a epidemia de Aids e as políticas de prevenção. Deste modo, falas e posicionamentos aqui apresentados não podem ser compreendidos sem conectá-los ao universo ético, político, econômico e moral particular do qual fazem parte, próprio da Aids/PrEP. É importante conhecer esse contexto antes de imergir nas narrativas. A partir das leituras que fiz sobre a epidemia e o campo de estudo, embates morais, críticas, dúvidas e percepções antagônicas, especialmente sobre as tecnologias de prevenção, serão parte do conteúdo analisado nos próximos dois capítulos.

Há uma vasta bibliografia sobre os mais diversos aspectos da epidemia de HIV/Aids, amplamente divulgada e conhecida. Destacarei parte desse debate, que, por hora, contribuem para os objetivos propostos. A **vida** e a **prevenção ao HIV** são os temas centrais. Como pesquisador das experiências de usuários em PrEP, nesta *primeira dose* interessa-me entender o que está por trás, e em jogo, nisso que compreendemos como políticas de prevenção na Aids, para que depois possa compreender melhor de que modo isso afeta a vida das pessoas que se dispuseram a participar das entrevistas que mais a frente analisarei. Também interessa-

me saber o que antropólogos têm investigado, e debater junto a essa bibliografia temas e perspectivas que chamam a minha atenção.

Durante o processo de escrita notei que não havia como deixar de lado a experiência que tive em campo na graduação ao falar sobre a Aids. A leitura que faço sobre a historicidade da epidemia, os elementos que enxergo como desafios ao campo da prevenção e cuidado, e o modo pelo qual percebo o mundo social da Aids, sejam as instituições, os sujeitos de pesquisa e etc., partem dessa trajetória. Em especial, cito algumas situações que recordei ao construir essa primeira etapa do trabalho, seja de quando estive no ambulatório de Aids do Hospital Clementino Fraga em João Pessoa/PB, ou mesmo junto aos gestores e ativistas da Paraíba em alguma entrevista ou encontro<sup>28</sup>.

Convido leitores(as) a pensarmos juntos propostas, alternativas e possíveis caminhos para o aprimoramento do serviço público de saúde e do bem-estar de pessoas vulneráveis ao HIV, amparados pela boa Antropologia, e a partir do complexo contexto no qual a PrEP e seus usuários estão imersos.

---

<sup>28</sup> Com relação as referências a minha trajetória de pesquisa, todos os dados que utilizo foram resultados dos Projetos de Pesquisa: “Fases e Faces do HIV/Aids na Paraíba: um estudo antropológico sobre as novas tecnologias de prevenção e tratamento” (2018-2019), e o “Fases e Faces do HIV/Aids na Paraíba: um estudo antropológico sobre as novas tecnologias de prevenção e tratamento – 2º etapa” (2019-2020). Ambos foram coordenados pela Professora Dra. Mônica Lourdes Franch e a Professora Dra. Luziana Marques da Fonseca Silva (Colaboradora). No primeiro participei como bolsista de iniciação científica, o que resultou na minha monografia de graduação, no curso de Ciências Sociais da UFPB. Já com relação ao segundo, estive como membro colaborador/voluntário.

## Capítulo 1

### Prevenção e progresso científico: a saúde global em cena e o “fim” da Aids<sup>29</sup>

[...] Conhecer a situação da AIDS em um país é saber como operam todos esses marcadores da diferença que posicionam as pessoas em diferentes lugares no tecido da vida social e que criam oportunidades para que alguns se infectem e outros não, e que alguns, depois de infectados, tenham acesso aos benefícios do tratamento em sua integralidade, enquanto outros só conseguem um precário acesso a esses mesmos bens.

Fernando Seffner & Richard Parker

**A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à aids.** Mito vs Realidade. ABIA, 2016, p.25

Dentre o conjunto de políticas que foram implementadas no Brasil para o combate e controle do HIV/Aids, as de prevenção à infecção ao vírus serão meu objeto de análise neste capítulo. Não todas. O foco será nas que se apropriam de medicamentos como forma privilegiada de garantia da prevenção. A PrEP, como se sabe, é uma dessas medidas, e há uma série de elementos nas discussões sobre essas políticas que considero importantes de prestarmos atenção.

A partir desse enfoque, meu intuito é apresentar uma reflexão crítica sobre o quadro epidêmico da Aids, hoje, no qual se insere este trabalho. Interessa-me compreender de que modo alguns dos elementos basilares dessas políticas, em especial a PrEP, dialogam com marcadores sociais da diferença históricos na epidemia. Também faz parte dos objetivos refletir

---

<sup>29</sup> Este capítulo é um desdobramento das avaliações finais das disciplinas: Antropologia do Desenvolvimento, ministrada pelo professor Dr. Henyo Barreto; e Laboratório de Escrita e Gêneros Narrativos, ministrada pela Professora Dra. Kelly Silva, ambas ofertadas pelo PPGAS/UnB no primeiro semestre letivo de 2021. Agradeço aos professores pela contribuição, pelos preciosos comentários e pela leitura cuidadosa e crítica ao texto. Agradeço, também, aos membros do Projeto de Extensão “Falando sobre Aids”, da Universidade Federal da Paraíba, coordenado pela Professora Dra. Mônica Franch, que leram para um dos encontros o artigo no qual me baseei para produção deste capítulo. Obrigado pelo rico debate. A segunda versão do texto foi apresentada e debatida no X Seminário dos alunos do PPGAS do Museu Nacional/UFRJ. Agradeço pelas contribuições de Lara Saraiva (PPGAS/Museu Nacional) e Wagner Alves da Silva (PPGAS/Museu Nacional), coordenadores do GT, além de Romário Nelvo (PPGAS/Museu Nacional), que participou do debate.

sobre o que está por trás das narrativas que fortalecem a percepção dessas medidas como conhecimento científico de ponta e representantes do progresso clínico na gestão da vida, ao passo que garantem melhor qualidade de vida e bons índices de controle epidemiológico. A aposta nessas tecnologias revelam dependência política e econômica à farmacêuticas ao passo que tornam-se, hoje, o novo paradigma preventivo e elementos-chave para execução das metas que visam a erradicação da epidemia.

### **1.1. Cartografia da prevenção ao HIV/Aids**

Desde os anos oitenta, quando surgem os primeiros casos da infecção pelo HIV/Aids no Brasil e mundo, há discussões em torno de medidas preventivas/profiláticas. Em cinco décadas repensamos práticas sexuais, foram desenvolvidas no país diversas políticas de redução de danos, ampliamos a discussão sobre o corpo, a saúde e o respeito a diversidade. Tudo isso feito no intuito de garantir formas efetivas para redução dos índices de novas infecções ao HIV, além de proteger populações em contexto de vulnerabilidade. Esta experiência nos rendeu um vasto campo reflexivo de aprimoramento e debate sobre como controlar o avanço de problemas de saúde pública como a Aids e seus impactos ao corpo social. Seja nos momentos de aconselhamentos em centros de saúde durante os atendimentos, ou mesmo em atividades e ações de ativistas nas praças, grupos de apoio ou em eventos, pensar a prevenção inclui discutir metodologias de diálogo, pensando os usuários como “sujeitos de sua sexualidade” (Ferraz; Paiva, 2015). Não requer, apenas, desenvolver tecnologias de intervenção biomédicas. Como evidencia Juan Carlos Raxach ao tratar da camisinha: “Temos que ir à procura de um modelo de prevenção mais flexível e sair do paradigma rígido normativo-prescritivo, centrado somente no uso do preservativo” (2011, p.110)

Não só políticas de prevenção, bem como de tratamento e cuidado, emergiram no Brasil num contexto onde gestores, pesquisadores, profissionais de saúde e membros da sociedade civil organizada construíram, juntos, modelos mundialmente reconhecidos e bem avaliados de enfrentamento. O que ficou conhecido como Resposta Brasileira ao HIV/Aids construiu-se em meio ao processo de redemocratização no país, onde todos esses atores participaram para efetivação de políticas públicas. Motivados na luta pelo direito à saúde com forte influência do movimento sanitário, os anos iniciais da epidemia ficaram marcados por requalificar a forma como se compreende o desenho de políticas públicas. Além do mais, esse processo se deu a partir de perspectivas sobre o cuidado e a atenção à saúde, onde políticas eram implementadas com base na solidariedade e no respeito a valorização da vida como princípios

éticos norteadores ao planejamento estratégico de enfrentamento. Um campo marcado por tensões e disputas de narrativas no desenho de uma agenda política efetiva. (Galvão, 2000; Calazans, 2021; ABIA, 2021; Parker, 2016; Seffner, Parker, 2016; Franch, *no prelo*).

É fundamental, para a compreensão do campo reconhecer a circulação dos atores [gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e ativistas] em seu interior, seu engajamento em diferentes momentos dessa resposta, com diferentes pressões e temporalidades diversas, bem como experimentando implicações distintas das diferentes respostas político-institucionais ali produzidas (Calazans, 2021, p.5).

Alinhadas a tal modelo particular de gestão, é importante destacar, também, que a nível global as políticas no campo do HIV/Aids emergem alinhadas ao que ficou conhecido como “resposta à Aids”. Processo que “[...] redefine o que se entende por diplomacia [na saúde] e levou a uma nova cultura de responsabilidade no desenvolvimento internacional [...] tem tido múltiplos benefícios colaterais, incluindo um grande aumento na atenção e no financiamento para questões de saúde global” (tradução minha)<sup>30</sup> (Piot; *et. al.*, 2013, p.2211).

O conservadorismo, perspectivas estigmatizantes e o preconceito também estiveram em evidencia durante todos esses anos, por vezes influenciando modos de perceber a saúde e o cuidado (Galvão, 2000; Terto Jr, Raxach, 2018). Presentes até hoje, com relação a PrEP, por exemplo, alguns grupos reconheciam como “[...] moralmente inaceitável distribuir medicamentos para ‘estimular a licenciosidade sexual’ entre gays, prostitutas e população transgêneros” (Terto Jr, Raxach, 2018, p.7).

Seja combatendo a morte pela síndrome, o preconceito, o estigma ou as desigualdades sociais, foi nesse contexto de luta pelo reconhecimento das precariedades, colocando como princípio a urgência pelo direito à saúde, que as políticas de prevenção foram sendo construídas. Organizações como a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) e a rede GAPA (Grupo de Apoio à Prevenção da Aids) em diversos estados foram fundamentais, junto a outras organizações do campo do HIV/Aids (ONG/Aids), para superação de slogans como o “se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar” (Parker, 2016), e dimensionar no debate público os efeitos sociais e políticos da Aids. Desde os anos iniciais da epidemia, há um esforço em compreender dimensões sociais e humanas no desenvolvimento das medidas de intervenção, e na prevenção tal percepção pode ser bem representada através

---

<sup>30</sup> Citação original (em inglês): “[...] redefine what is meant by health diplomacy and led to a new culture of accountability in international development [...] has had multiple colateral benefits, including a major increase in attention to and funding for global health issues” (Piot; *et. al.*, 2013, p.2211).

do paradigma da vulnerabilidade. Esse conceito surge após anos de discussão e perspectivas críticas a modelos estigmatizantes e poucos eficientes para superação da epidemia.

Segundo Ayres e colegas (2006), assim que os primeiros casos de infecção pelo HIV surgem, o desenvolvimento de políticas direcionadas à prevenção ao vírus, assim como em outros processos de saúde/doença, focaram nos **fatores de risco**. A partir de uma perspectiva clínica, “[...] os estudos epidemiológicos que identificaram certos grupos populacionais nos quais a chance de se encontrar pessoas com doença eram maiores do que na chamada população geral acabaram sendo utilizados de forma quase mecânica como instrumento” (Ayres; *et. al.*, 2006, p.393). Essa relação entre grupos, a prevenção e a Aids acarretou num uso problemático do termo “grupos de risco”, o que reforçou estigmas e preconceitos a certos grupos como a população LGBTQIA+, prostitutas e usuários de drogas. Num esforço de contornar esse cenário, passou-se a incorporar no linguajar epidêmico no campo da prevenção o termo “comportamento de risco”. No entanto, tal perspectiva comportamentalista acarretou na condenação de práticas sexuais e a ampliação da visão que atribui responsabilização individual a um problema complexo e coletivo como a Aids (Ayres; *et. al.*, 2006). Como alternativa,

a noção de vulnerabilidade busca responder à percepção de que a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela aids não é a resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (Ayres; *et. al.*, 2006, p.396).

Ou seja, quando pensamos em vulnerabilidades estamos diante de uma percepção do processo de prevenção ao HIV/Aids que coloca no centro da discussão as precariedades da vida (Butler, 2011). Não são apenas as práticas sexuais, atos individuais ou mesmo pertencimento a grupos específicos que importam na discussão do que torna, ou não, uma pessoa passível ao HIV. Há uma série de fatores políticos, éticos, morais e sociais que interferem na condição de ser/estar no mundo desse sujeito, que o torna **vulnerável** ao HIV.

Alinhado a esta perspectiva humanitária, na história social do HIV/Aids também surgiram ações pautadas na noção da “pedagogia do tratamento”. Aqui, o cuidado e atenção à saúde de PVHA sempre foram objetos de reflexão por membros da sociedade civil a partir de aspectos solidários que consolidaram modelos de combate expressivo ao elevado número de mortes. O antropólogo e ativista Richard Parker chama a atenção, por exemplo, para o sentido do cuidado na primeira década da Aids, quando a preocupação com a saúde do outro e do

cuidado do outro eram marcas importantes aos modelos de enfrentamento comunitário, o que ele chamou de “a arte de cuidar” (2016, p.14). Mobilizações em torno da solidariedade não se restringiam a “cuidados médicos” ou mesmo preocupações individuais/particulares no trato de pessoas em processos de adoecimento. A preocupação maior era com o sofrimento vivenciado por tantos grupos naquela época, em especial gays e outros HSHs, além de prostitutas, travestis e usuários de drogas injetáveis.

O autor associa o surgimento desses modelos de resposta social, sobretudo, como resultado das experiências que a população teve com a epidemia na primeira década, marcada pelo sofrimento e por condições precárias de morte diante das complicações impostas pela síndrome. “Quem vivia na comunidade gay nesses primeiros anos sabia que quase todo mundo estava adoecendo ao seu lado” (2016, p.15). Ao utilizar como exemplo a rede de solidariedade entre travestis na cidade São Paulo, Parker diz que:

Como resposta diante deste fenômeno, surgiu a Casa Brenda Lee<sup>31</sup>. Foi neste momento que nasceu uma solidariedade faraônica entre as travestis paulistas. Era uma casa com mais e mais “puxadinhos” onde as pessoas desciam e subiam e encontravam pequenos quartos. Era nestes cubículos que as travestis paulistas cuidavam das outras travestis que estavam morrendo (*ibid.* p.14).

Compreendo ser importante narrar todos esses aspectos porque eles nos revelam o quanto a prevenção ao HIV/Aids é um campo marcado por influência dos Direitos Humanos. Como último exemplo, outro tema bastante debatido pelo Parker é a ideia do “sexo seguro”. Essa noção está relacionada a práticas sexuais conscientes, associadas a estratégias que garantam a construção de barreiras que dificultem casos de infecção, pensadas a partir de uma perspectiva de redução de danos. Ou seja, não significa reduzir prevenção a medidas biomédicas, como já alertei, seja a camisinha ou a PrEP, mas pensar as práticas sexuais a partir dos contextos vivenciados por cada pessoa. Sexo seguro inclui reconhecer medidas criativas durante atos sexuais. Cabe, portanto, distanciar-se de visões conservadoras ou moralizantes que não reconheçam os sujeitos como sujeitos de desejo. Já ouvi de alguns ativistas no campo da Aids coisas, como por exemplo, não escovar os dentes minutos antes de sair de casa para encontros

---

<sup>31</sup> Brenda Lee foi uma importante ativista travesti brasileira, que fundou a Casa Brenda Lee, de apoio a travestis na cidade de São Paulo. Para conhecer melhor a história da Brenda Lee, no filme-documentário “Dores de amor” (Douleur d'Amour), do cineasta suíço Pierre-Alain Meier, a ativista é uma das entrevistadas, onde narra sobre suas experiências de vida e fala sobre a casa de apoio. O filme está disponível no YouTube através deste link: <https://www.youtube.com/watch?v=noAtrDYj8vM>.

com parceiros desconhecidos, com os quais não se sabe a condição sorológica, ou mesmo não engolir o esperma após o sexo oral como forma de diminuir riscos.

De um ponto de vista macro, ao observar o quadro epidemiológico da Aids em 2015, os pesquisadores Grangeiro, Castanheira e Nemes (2015) apontam para alguns dados com relação a epidemia que são importantes para que possamos dimensionar impactos e desafios à prevenção. Segundo os autores, a “tendência da epidemia” aponta para ampliação de casos em pessoas no início da sua vida sexual, homens que fazem sexo com homens e maior concentração nos centros urbanos. Houve desaceleração entre heterossexuais e entre usuários de drogas injetáveis, o que representa

um perfil epidemiológico que, de certa forma, volta a assumir características similares ao observado no início dos anos de 1980 [...] os dados brasileiros apontaram que a aids está longe de ser controlada e que atingiu seus piores indicadores nesses mais de trinta anos de doença” (Grangeiro; Castanheira; Nemes, 2015, p.5).

No artigo, os autores também discutem o crescimento da taxa de mortalidade em 2013 após anos de redução. Esse dado, segundo eles, é preocupante, já que há diversas tecnologias biomédicas disponíveis para o controle da síndrome há um tempo. Isso reflete a necessidade do que venho apresentando aqui, de como pensar a saúde sem desconectá-la das discussões em torno dos determinantes sociais. Tal qual destaca Kuchenbecker (2015), para efetividade das medidas de prevenção é importante que elas sejam articuladas a outras estratégias de intervenção, sem que sejam reduzidas a “intervenções biomédicas”.

Ainda sobre o texto de Grangeiro e colegas, os autores também evidenciam dados importantes em relação a adesão no quadro geral da epidemia: “[...] o número de pessoas infectadas que conhecem o seu diagnóstico e estão fora dos serviços de saúde ou com carga viral detectável é cerca do dobro do número de pessoas que não conhecem o seu diagnóstico.” (Grangeiro; Castanheira; Nemes, 2015, p.5). Esse dado alerta para o fato de que tecnologias de tratamento, por mais que apresentem dados clínicos interessantes, têm limitações no que se refere a manutenção dos usuários no serviço.

É com base nessa trajetória e contexto que Richard Parker chama a atenção para importância da “Pedagogia da Prevenção” (2016, p.21-22). Esse conceito fez/faz parte do debate proposto pela Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) sobre prevenção, da qual Parker faz parte, onde estratégias profiláticas são pensadas a partir de modelos de intervenção que deram certo no passado, baseadas nos princípios que venho destacando até aqui, onde os direitos humanos e na solidariedade são levados a sério. Para o autor é fundamental

que se compreenda o cuidado e a atenção à saúde em respeito as particularidades dos sujeitos, de modo que as possibilidades de prevenção sejam apropriadas por cada pessoa de modo efetivo. Parker destaca metodologias educativas, o ativismo cultural, além de outras estratégias, como modelos para garantia de uma resposta à epidemia que facilite a construção de práticas mais efetivas implicadas na redução dos índices de infecção ou morte.

Sobre as análises com relação a tendência da epidemia, em outro artigo, Grangeiro destaca que a reemergência da epidemia está acentuada em determinados grupos geracionais, e a região Sudeste do país é a única que apresenta “clara tendência de decréscimo” (2016, p.19). Mesmo após implementação das biotecnologias de prevenção (como a PrEP), por mais que essas medidas **não** sejam o fator<sup>32</sup> que justifique esse quadro, o que a bibliografia tem evidenciado é uma reconfiguração no modo como a sociedade lida e enxerga a Aids (Parker, 2016). Por este motivo a importância da Pedagogia da Prevenção como método para o aprendizado ao repensar estratégias no contexto atual, tornando as políticas de prevenção mais efetivas diante dos novos modos de relação entre a sociedade e a Aids, sem abrir mão dos aprendizados passados.

Essa possível reemergência da epidemia do HIV e da AIDS no Brasil torna-se ainda mais evidente ao se observar o comportamento da epidemia por gerações. Circunscrevendo uma análise aos casos de AIDS diagnosticados entre 15 e 24 anos, os nascidos na década de 1990, que iniciaram sua prática sexual quando o impacto dos antirretrovirais já era fortemente visível na sociedade, apresentam taxas de incidência de AIDS 3,2 vezes maiores do que aqueles que nasceram em 1970 e que iniciaram suas relações sexuais no momento em que surgiu a epidemia no país (Grangeiro, 2016, p.20).

Pensando de modo amplo, o mapeamento do campo revela: o quanto a prevenção ocupa um lugar central na agenda política de organizações da sociedade civil, as ONG/Aids. O movimento foi importante para transformar o modo como a epidemia vinha sendo combatida, ampliando percepções sobre cuidado e atenção. A prevenção é pensada como emancipação psicossocial da vulnerabilidade que diversos grupos enfrentam, além de instrumento para efetivação do direito a saúde e ao bem-viver (Paiva, 2018; ABIA, 2018b). Hoje, baseada em três eixos norteadores: biomédico, comportamental e estrutural (Adamy; *et. al.*, 2018), “[...] a prevenção se apresenta internacionalmente como uma das áreas de maior inovação científica ao

---

<sup>32</sup> Alguns autores (Paiva; Ferraz, 2015; Fernandes, 2018) destacam estudos que comprovam que a implementação de medidas de prevenção como PEP e PrEP não ampliam práticas de compensação de risco, onde usuários abrem mão de alguma medida de prevenção por causa da oferta de PEP ou PrEP, o que pode ampliar casos de infecção.

ponto de podermos falar que estamos diante de um **novo ‘paradigma preventivo’**” (Franch, *no prelo*). As estratégias que se baseiam em fármacos são as principais novidades em inovação dentre as quais Franch se refere. Como Calazans (2021) evidencia, o tal *novo paradigma preventivo* está baseado na implementação dos antirretrovirais como estratégia preventiva, no marco de adoção da política de prevenção combinada no Brasil.

Esse contexto de transformações paradigmáticas tem chamado a atenção de alguns pesquisadores, ao passo que “[...] o documento nacional que aborda a prevenção combinada a sobrevaloriza tratando-a como um novo paradigma para a prevenção em substituição ao paradigma da vulnerabilidade.” (Calazans, 2021, p.18). Neste sentido, o progresso científico que gera as tais inovações científicas se apresenta como instrumento de transformação das preocupações em torno da epidemia. No que diz respeito ao tratamento, ao discutir eficácia das tecnologias biomédicas, Seffner e Parker evidenciam o quanto essas medidas impactam nos caminhos da resposta à Aids, onde “os enormes avanços na terapêutica de tratamento [...] vêm produzindo o estreitamento da resposta nacional, cada vez mais marcada por uma compreensão biomédica da doença, que então teria sua cura derivada apenas de comprimidos e tratamento.” (2016, p.29). Esta inquietação leva os autores a conceituação do que chamam de “[...] **neoliberalização da prevenção no Brasil**, em que não há financiamento para atividades de educação em saúde ou redução da discriminação, mas somente para o tratamento, confundindo a cura da Aids com a eliminação do vírus ou o impedimento de sua replicação” (Seffner; Parker, 2016, p.30).

Neste primeiro capítulo o que me interessa é este processo de transformação do paradigma preventivo. Direciono o olhar a tais inovações científicas, usando como pontapé inicial reflexões sobre a política de prevenção combinada no Brasil, que aqui servirá como objeto elucidativo ao quadro geral da Aids/PrEP. Meu objetivo é refletir sobre aspectos econômicos e políticos que chamam a minha atenção ao observar a epidemia. A partir de alguns exemplos, problematizo noções de progresso clínico e avanço científico na epidemia, que ultimamente tem reverberado em narrativas de “fim da Aids”.

Essas percepções que relacionam avanço científico/tecnológico ao “fim da epidemia” têm feito parte deste cenário de ressignificação da relação entre a sociedade e a Aids. Apesar de Parker (2015) já ter alertado que o fim é apenas uma visão ideológica, esse processo de inovação através da ciência e das farmacêuticas que vivenciamos hoje em dia na prevenção está imerso a regimes políticos e econômicos próprios que têm muito a nos dizer sobre a saúde pública, a ciência, o desenvolvimento, a PrEP, a Aids, o corpo, a vulnerabilidade, a precarização da vida e tantos outros temas pelos quais perpassei até aqui. Neste capítulo, evidencio alguns

dos aspectos desses modelos políticos de gestão que chamam a minha atenção ao olhar para realidade epidêmica, colocando no centro do debate as narrativas de “fim”. A partir delas reflito sobre elementos na Aids que identifico como parte do que Ribeiro (2000) conceituou como visão capitalista liberal desenvolvimentista. Os medicamentos na prevenção interessam-me como mecanismo para o vislumbre de tal regimes políticos/econômicos. Apontarei, ao fim, problemas e inquietações de pesquisa que surgem a partir dessas reflexões.

### **1.1.1. Prevenção combinada, biotecnologias e a meta 90-90-90**

A política de prevenção combinada ao HIV é uma estratégia de saúde pública que congrega uma série de medidas, a nível comportamental, estrutural e biomédico, que visa ampliar as possibilidades que as pessoas têm de se proteger do vírus da Aids. Essa medida guia não só usuários, bem como profissionais de saúde e gestores na efetivação de modelos que auxiliem na superação dos desafios postos pela epidemia de Aids. A PrEP junto com outras medidas compõem a mandala de prevenção: tal conjunto de medidas que são ofertadas aos usuários, que optam de modo combinado por aquelas que melhor se adequem a sua vida. São oferecidas as populações consideradas vulneráveis ao HIV pelos protocolos clínicos, no entanto, muitas delas estão no serviço há um tempo, disponível para toda população, como por exemplo a camisinha. No gráfico 2 podemos observar as estratégias que fazem parte dessa política.

Cabe destacar que prevenção combinada não significa apenas combinar métodos, mas também desenvolver ações a nível estrutural e comportamental, implicadas na superação das desigualdades e problemas estruturais do nosso país (Adamy; *et. al.*, 2018; Ferraz, 2016). Isso envolve implementar ações que foquem na superação do racismo institucional, por exemplo, mas também ampliar a discussão sobre como atuar nos aconselhamentos no dia-a-dia dos centros de referência, além de melhorar a atenção na relação entre usuários e o serviço de saúde.

Há a necessidade de uma conjugação de intervenções que combinem algumas das diferentes estratégias de prevenção – biomédicas, comportamentais e estruturais. Essa conjugação precisa estar sempre em movimento, em constante construção, em relação às possibilidades de prevenção, tendo as intervenções estruturais (marcos legais) como base – com destaque para a não-hierarquização dos métodos preventivos e o papel das estratégias que reforçam a singularidade do indivíduo e sua autonomia e direito à escolha. (Adamy; *et. al.*, 2018, p.48).

Gráfico 2. Mandala da Prevenção Combinada



Fonte: Aids.gov.br.

Dados relativos ao “The Combine! Study” alertam para a importância das intervenções a nível estrutural no programa de prevenção combinada, atenta aos determinantes sociais como forma efetiva para superação dos desafios postos pela Aids. O estudo analisou de modo qualitativo (através de observações etnográficas) e quantitativo a eficácia da prevenção combinada, com foco nas biotecnologias, em cinco cidades brasileiras: Fortaleza, São Paulo, Ribeirão Preto, Curitiba e Porto Alegre.

Esta nova realidade tem encorajado a recomendação de que os métodos de prevenção devem ser disponibilizados juntamente com as intervenções estruturais. Isto permitiria acrescentar pontos-chave relativos à redução das vulnerabilidades e ao aumento do número de pessoas que estão incluídas nos programas de prevenção [...]” (tradução minha)<sup>33</sup> (Grangeiro; *et. al.*, 2015, p.2).

<sup>33</sup> Citação original (em inglês): This new reality has encouraged the recommendation that prevention methods should be made available together with structural interventions. This would make it possible to address key points relating to reduction of vulnerabilities and increase in the number of people who are included in preventions programmes [...]”(Grangeiro; *et. al.*, 2015, p.2).

Três novidades neste “cardápio” preventivo tem recebido maior atenção nos últimos anos: A PrEP, a PEP<sup>34</sup> (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV) e o TcP (Tratamento como prevenção). Os fármacos que as compõem garantem proteção ao HIV para pessoas soronegativas, reduzem as taxas de transmissão do vírus, e nesta dissertação irei me referir a essas três estratégias quando falo em **biotecnologias de prevenção**. No intuito de garantir a redução de taxas de transmissibilidade, tanto a PrEP, a PEP, bem como a meta 90-90-90 (baseada nos princípios do tratamento como prevenção) têm sido centrais. Ambas estão relacionadas a Prevenção combinada, e aqui as destacarei como objetos de análise.

A meta 90-90-90 está relacionada a estabelecer medidas que garantam que 90% da população soropositiva saiba sua sorologia. Destas, 90% tenha acesso a terapia antirretroviral. Destas, 90% seja indetectável. Há alguns anos foi descoberto que pessoas nessa condição clínica, de supressão viral do HIV no sangue, não transmitem o vírus. Por esse motivo, o tratamento passou a ser compreendido como tecnologia de prevenção. Cabe salientar que falar sobre a meta 90-90-90 significa compreender uma série de benefícios para as PVHA. Ou seja, a meta é bem mais que um mero passo para o fortalecimento do tratamento como método preventivo. Aqui, limitarei minhas análises a meta, compreendendo-a no campo da prevenção, e não do cuidado aos usuários em TARV.

Juntas, essas medidas buscam que o HIV pare de “circular” entre a população, e fortalecem as perspectivas e narrativas em torno da ideia de que possamos chegar ao “fim” da epidemia, onde a Aids torna-se intransmissível. Por esse motivo as destaco como importantes. Ao evidenciá-las é que pude notar o quanto os medicamentos exercem um papel central na agenda da prevenção. A PrEP, a PEP e a meta 90-90-90 (TcP) são alternativas baseadas em fármacos, e como Sandset apresenta no seu texto, a narrativa sobre o “fim da epidemia” e a erradicação da Aids estão intimamente relacionadas à biomedicalização. Para tal, o autor afirma que as atuais medidas implementadas fazem parte da “segunda onda da pharmaceuticalização” (second wave of pharmaceuticalization) (2021, p.23) na Aids, onde os medicamentos servem como instrumento para o fortalecimento do discurso da “geração livre da Aids” (AIDS free-generation) (*ibid.* p.25).

## 1.2. Os fármacos, a vida e o desenvolvimentismo no “fim da Aids”

---

<sup>34</sup>A Profilaxia Pós-Exposição ao HIV refere-se a uma política de prevenção associada ao uso de medicamentos que combatem o vírus da Aids, administrados em até 72h após alguma situação de exposição ao vírus, por 28 dias.

Não é a primeira vez que os fármacos são fundamentais para Aids. Os medicamentos marcam um período importante na história da epidemia. Durante décadas, a experiência social com o HIV foi associada a um quadro epidemiológico que evidenciava a certeza da morte. Não havia políticas que garantissem a manutenção da vida a qualquer pessoa infectada. Isso só foi possível com a chegada dos antirretrovirais, que garantem, há anos, qualidade de vida a pessoas que vivem com o HIV e ampliam os índices de expectativa de vida. O resultado destas medidas possibilitou que a biomedicina e o Estado passassem a redesenhar o cenário sociopolítico da epidemia. Intensificou-se o olhar às políticas do fazer viver (Foucault 1975-1976) na tentativa de evitar a morte, a partir de uma ética solidária de valorização da vida (Gavigan; *et. al.*, 2015). Graças aos medicamentos, aos poucos a morte foi sumindo do cenário epidêmico e os pânicos morais presentes na epidemia foram sendo transformados.

Contudo, nos anos 1990, os medicamentos existiam para responder a uma demanda social de pânico moral, existente em decorrência da certeza de morte após a infecção. Hoje, os medicamentos no campo preventivo surgem para requalificar modos de vida de pessoas saudáveis, o que evidencia uma transformação da relação entre essas substâncias e a Aids. Parafraseando Herbert de Souza (1994), que ao escrever sobre a cura da Aids nos anos noventa, disse: “[...] havia me preparado tanto para a morte que a vida agora era um problema”, percebo que ao passo que a morte some do horizonte epidêmico, a **vida** torna-se um problema.

A relação dialógica entre os medicamentos, desta vez no campo preventivo, e a vida – estar vivo –, é o que faz, no meu ponto de vista, com que diversos atores sociais reproduzam um discurso de que a Aids chegou ao “fim”, suavizando preocupações com a epidemia (Seffner; Parker, 2016), fruto direto do progresso oportunizado pela ciência. A incorporação das tecnologias médicas na vida traz consigo o discurso de que a Aids morreu junto com a certeza da morte, e agora é possível viver com HIV, jamais experimentar a Aids, aquela doença mortal dos anos oitenta e noventa. Isso fica evidente quando entendemos esse contexto de intransmissão. Se a relação entre medicamentos e morte produziu, nos anos noventa, uma exemplar resposta social e comunitária à epidemia, percebo, após análises, que a relação entre medicamentos e a manutenção da vida, nos dias de hoje, produz dependência farmacológica social e comunitariamente aceitável, por mais que reivindicada por alguns movimentos sociais.

Não podemos perder de vista o sucesso da resposta institucional dos anos noventa. Os antirretrovirais requalificaram a relação entre a sociedade, a Aids e os medicamentos. Essas implicações tem muito a nos ensinar sobre os dias de hoje a quem queira, como eu, entender essa relação entre os medicamentos e vidas farmacologicamente dependentes. É fundamental

olharmos para esse momento para entendermos o porquê da aceitabilidade social da narrativa de “fim”, por exemplo.

Se a relação entre medicamentos e morte foi importante para o que temos hoje enquanto política de saúde na Aids, a relação entre os medicamentos e a vida neste trabalho funciona como objeto empírico que alerta para duas questões igualmente relevantes, todas associadas a narrativa de “fim”:

1) A lógica liberal na saúde e o espírito do biocapital que atravessa essas relações. A farmacêuticalização me chama a atenção para uma espécie de lógica de mercado que faz parte do contexto epidêmico da Aids, e que impulsiona o lucro de empresas a partir da experiência vital (Rose, 2013). Os medicamentos na vida produzem o que Athanasiou e Butler chamam de uma “experiências de desenraizamento” (experiences of uprootedness), onde o corpo passa a ser regulado por uma economia política e moral da vida (Athanasiou e Butler, 2013), de intenso controle a todas as esferas do cotidiano de pessoas vulnerabilizadas e soropositivas. Corpos eternamente dependentes das farmacêuticas, que ampliaram consideravelmente seu lucro desde o início da resposta brasileira à Aids (Biehl, 2008). As narrativas de fim da epidemia mantêm uma aceitabilidade aos medicamentos, por mais que regulada por uma ética da vida (Fassin, 2018) motivada pela valorização do viver em oposição ao morrer. Olhar para esse contexto me fez perceber um **desenvolvimentismo liberal** que impulsiona a necessidade do mercado de que a Aids seja crônica;

2) A transformação de **valor** dos sujeitos soronegativos na agenda do Estado, o que implica numa nova percepção dessa identidade. Há uma modificação no modo de vida do sujeito soronegativo, a partir do momento em que ele passa a ocupar um lugar central na agenda política da Aids, no intuito de que possamos dar fim a epidemia. É importante que os vulneráveis ao HIV passem a aderir aos medicamentos para que a excelência médica seja possível. As biotecnologias, sobretudo a PrEP, modificam o modo como as pessoas são/estão no mundo, e requalificam a percepção que o Estado tem sobre os soronegativos. Esse novo sentido em campo atribuído aos indivíduos vulneráveis na Aids é perceptível na: a) relação entre profissionais e usuários e; b) no modo como o Estado, através dos protocolos clínicos, passa a associar sucesso biomédico a adesão dessas pessoas aos fármacos.

Me apropriando deste cenário como pano de fundo, o que busco evidenciar com esse debate é o quanto o atual contexto sociopolítico da Aids e a relação entre os medicamentos e a vida no presente são marcados pela transformação da **experiência do viver e conviver com HIV** e, portanto, da **vida** em produto. Utilizo essa afirmação como pontapé e hipótese para minha investigação. A partir da relação medicamentos/vida, noto que o avanço da resposta biomédica ao adoecimento é baseada numa **lógica liberal e desenvolvimentista**, que permite que o corpo de pessoas vulneráveis ao HIV e soropositivas estejam morbidisponíveis (Castro 2020) para a indústria farmacêutica e para o Estado, onde a **valor** social dos sujeitos vulneráveis é modificado, a partir do momento em que essas pessoas passam a serem centrais para o progresso da biomedicina.

Noto a lógica liberal presente nesse cenário através da minhas experiências em campo. Tal lógica implica, diretamente, na autonomia e soberania de corpos, onde há, no meu ponto de vista, um duplo valor associado a vida no contexto de intransmissibilidade. Todos esses fatores são movidos pela noção de avanço, justificam e dão base ao progresso na saúde e tornam a vida (na Aids) dependentes do mercado, um produto, além de modificarem modos de ser/estar no mundo a partir do valor atribuído ao indivíduo vulnerável ao HIV nos protocolos clínicos. Juntas, as implicações das biotecnologias, observadas aqui a partir da narrativa de “fim”, qualificam a capitalização da vitalidade (Rose, 2013) na Aids, e sustentam o discurso de que a epidemia não é mais um problema. Explorarei melhor todos esses aspectos ao longo do capítulo.

### **1.3. Desenvolvimento e progresso clínico**

O impacto das medidas farmacológicas na esfera pública modificou significativamente as preocupações na construção da agenda política do Estado em relação a Aids. Seja no início da epidemia ou nos dias de hoje, os medicamentos foram/são importantes na redução dos índices epidemiológicos em relação a ampliação dos casos de infecção, como já alertei. Para que esse objetivo fosse/seja alcançado a principal ferramenta é o **monitoramento clínico**, que faz parte do exercício dos gestores e dos profissionais de saúde. Portanto, falar sobre as políticas públicas e seus resultados é falar sobre a atuação desses profissionais. Nesta parte do trabalho, tenho por objetivo discutir o quanto esse exercício está baseado numa **perspectiva liberal de desenvolvimento**. Identifico-a por trás das políticas públicas “na prática” e da narrativa sobre o “fim”, um elemento central para capitalização da vida de pessoas que vivem e convivem com o HIV. Para que a Aids chegasse ao fim, foi necessário que a desenvolvessem e isso foi/é feito a partir de uma lógica liberal.

Para qualificar tal perspectiva, acho importante me esforçar em traduzir sentidos e valores por trás dos termos desenvolvimento e progresso. No que diz respeito a noção de progresso, segundo Nisbet (1986 [1979]), o termo está associado ao avanço e ao aperfeiçoamento nas sociedades ocidentais. Tal ideia alimenta uma esperança para o futuro de liberdade, igualdade e justiça individual. Desde a Grécia antiga, o progresso surge como uma categoria que está associada a “avançar”, e a perspectiva de futuro que aparece no texto do Nisbet é algo especialmente importante. Assim como Ribeiro destaca ao discutir versões do ambientalismo, percebo o “[...] futuro como um elemento central da [...] arquitetura interpretativa” (1992, p.6) do fim da Aids, fruto dessa noção de “avanço”.

Há um esperança posta em cena de que teremos um futuro melhor, caso as diretrizes médico/farmacêuticas sejam respeitadas. Neste sentido, para progredir é necessário “evoluir”, ou melhor, “adequar-se” a novos modos de viver para garantir o progresso. Ao afirmar isso busco evidenciar minha aproximação da noção de progresso de Augusto Comte como característico no meu universo de pesquisa. Para Comte, “[...] a essência do progresso humano é intelectual. A mentalidade da humanidade tem evoluído ao longo de milhares de anos [...]” (tradução minha)<sup>35</sup> (Nisbet, 1986 [1979], p.17). Na Aids, o progresso tem esse mesmo sentido. É evoluindo que se garante o progresso, abandonando uma série de hábitos e práticas para tornar possível um novo modo de vida. Identifico o progresso no processo de “adequação” dos usuários às diretrizes médicas, que implica num avanço da racionalidade sobre sexo e corpo.

Já a noção de desenvolvimento é herdeira da noção de progresso (Ribeiro, 1992), e a utilizo aqui associada ao sentido do termo que surge no pós-segunda guerra. Neste período, o desenvolvimento tornou-se uma alternativa civilizatória para a humanidade, como condição para saída do caos econômico e político, e da condição de precariedade (Rist, 1997a; Ribeiro, 1992; Esteva, 1992). Por mais que falar sobre desenvolvimento esteja associado a uma disputa de narrativa sobre os sentidos do termo, como alerta Ribeiro, onde “[...] estas variações [...] são representativas da lógica de um campo de poder político e econômico onde os atores coletivos procuram estabelecer suas perspectivas particulares” (*ibid.* p.3-4), no pós-segunda guerra o termo passa a assumir um sentido particular que identifico na Aids. Segundo Rist (1997a), num contexto de desordem político/econômica do pós-guerra surgem os “desenvolvedores”, que se empenham para trazer a felicidade para os que supostamente precisam “desenvolver-se” (to be developed), “[...] que são obrigados a modificarem as relações sociais e sua relação com a

---

<sup>35</sup> Citação original (em espanhol): “[...] la esencia del progreso humano es intelectual. La mentalidad de la humanidad ha evolucionado en el curso de miles de años [...]” (Nisbet, 1979, p.17).

natureza a fim de entrar no novo mundo prometido” (tradução minha)<sup>36</sup> (Rist, 1997a, p.2). Considero fundamental esse aspecto porque percebo o desenvolvimento na Aids neste sentido. O que o Rist descreve como uma promessa de “novo mundo” é a base dos ganhos a quem atinge bons resultados nas políticas de Aids.

É a partir dessas noções, em torno do progresso e do desenvolvimento, que percebo o caráter liberal do desenvolvimentismo na Aids. Segundo Ribeiro, a visão capitalista liberal do desenvolvimento está associada ao “desenvolvimento [como] objetivo a ser alcançado com o menor grau de intervenção do Estado. Se se permite que as forças livres do mercado interajam, a ‘mão invisível’ organizará os fatores de produção trazendo mais bem-estar para todos” (1992, p.10). Nesta visão, os indivíduos progridem a depender das recompensas fruto do trabalho individual (Ribeiro, 1992). Num primeiro instante, pode parecer estranho ao leitor pensar que uma perspectiva liberal faça sentido num contexto de saúde onde há acesso universal e gratuito ao tratamento pelo Sistema Único de Saúde. Neste sentido, acho importante evidenciar que a perceptiva liberal que discuto aqui não está relacionada ao desenho institucional das políticas, no entanto, a sua operacionalização.

Nos meses que passei no hospital, ainda durante a pesquisa de graduação, pude notar que a relação profissionais-usuários está associada ao monitoramento clínico, feito através dos exames. O dia-a-dia das pessoas na instituição se resume a consultas, acompanhamentos e idas ao laboratório, que servem para avaliar o estado clínico dos usuários. O monitoramento funciona como um método de controle para que as pessoas atinjam dados positivos, que justificam a eficácia das políticas de saúde na Aids. É seguindo as normas médicas para bons resultados que se alcança os índices de indetectabilidade ao HIV, para soropositivos, e a “proteção” através das biotecnologias, para soronegativos. Além do mais, esses números servem como instrumento para classificar os pacientes como responsáveis ou irresponsáveis. Certo dia, ouvi de uma profissional que algumas pessoas “brincam de fazer PrEP” (Matias, 2019), referindo-se a pessoas que não seguiam as recomendações e não atingiam tais índices. A aderência dos usuários aos fármacos é o objetivo de um progresso médico/farmacêutico que busca extinguir a Aids.

Os atendimentos e aconselhamentos são artifícios importante no processo de cuidado e prevenção. Alguns estudos comprovam que “[...] intervenções de aconselhamento breves, com até uma hora de duração, podem ser utilizadas para maximizar os benefícios de tecnologias biomédicas como prevenção da transmissão do HIV” (Kuchenbecker, 2015, p.29).

---

<sup>36</sup> Citação original (em inglês): “[...] who is forced to modify the social relations and his relationship to nature in order to enter the promised new world” (Rist, 1997a, p.2).

Além do mais, a boa relação entre usuários e profissionais de saúde garantem maior efetividade das medidas: “Um aconselhamento melhorado [...] possibilita uma melhor relação e aumento de confiança entre profissionais e soropositivos. Se o paciente procurar o serviço de saúde, se sentir confortável e estabelecer uma interface de confiança com os profissionais, ele irá retornar” (Raxach, 2011, p.108).

Não me contraponho a percepção de que a aderência é importante para efetivação das medidas. No entanto, nunca ouvi de um profissional que os problemas de baixa adesão aos antirretrovirais ou ao Truvada® é, também, responsabilidade do serviço de saúde. Neste sentido, destaco o quanto as tecnologias médicas estão imersas a um contexto onde o sujeito (usuário) é, a todo momento, responsabilizado pelo sucesso ou ineficácia do método preventivo/de cuidado. Quem brinca de usar diariamente um fármaco durante anos e ser usuário de um serviço público de saúde? Uma frase como essa só pode ser dita num cenário onde instituição e profissionais se veem imunes ao erro. Ou pior, apenas como meio de acesso de usuários aos fármacos. Neste sentido, a experiência de prevenção e cuidado na Aids associa-se, institucionalmente e individualmente, a um progresso contínuo, onde o avanço depende da adesão (ou melhor, da obediência) de pessoas que se dispõem (no caso da prevenção), ou dependem (no caso do tratamento), da utilização desses fármacos. Caso os usuários falhem, a biomedicina não avança, e a Aids não pode chegar ao “fim”.

Ainda com relação as discussões sobre a adesão no contexto do HIV/Aids, há alguns elementos importantes a serem explorados. Após revisão da literatura científica sobre estudos que abordam o tema entre pacientes em TARV, Garbin, Gatto e Garbin (2017) evidenciam dificuldades e percalços vividos por PVHA. No artigo, as autoras destacam que

[...] mesmo com a grande disponibilidade desses recursos terapêuticos, a literatura destaca o fato de alguns pacientes não se beneficiarem com essa condição. [...] Algumas dificuldades encontradas quanto à adesão decorrem, em parte, da complexidade do uso dessa terapia e dos efeitos colaterais advindos dela. Somando-se aos fatores de natureza biomédica que influenciam os níveis de adesão e resultados da TARV, aspectos psicossociais também podem interferir negativamente na colaboração do paciente ao uso da Terapia Antirretroviral (Garbin, Gatto e Garbin, 2017, p.66).

Na mesma linha de raciocínio, ao investigar os benefícios dos grupos de ajuda mútua como tecnologia em saúde, contribuindo para vivência com o HIV, Isabelle Picelli e Ximena Pamela Díaz Bermúdez exploram os sentidos do termo. Ao debater a adesão, usando como referência Lignani Junior e colegas (2001) e Cardoso e Arruda (2004), elas dizem que

[...] além dessa definição, que levanta fortemente a ideia de que o paciente deve “obedecer” o médico, o termo adesão pode ser entendido, de forma mais compreensiva, como sendo não só o seguimento da prescrição médica, mas também envolvendo a dimensão subjetiva do paciente com relação às orientações médicas. Reconhece-se hoje que aderir à medicação e ao tratamento como um todo é um processo complexo, que envolve fatores de diferentes ordens: organizacionais, relacionados ao acesso e atendimento nos serviços de saúde, socioeconômicos, emocionais e afetivos, além daqueles associados aos efeitos fisiológicos (Picelli; Diaz Bermúdez, 2014, p.498).

Tais apontamentos são importantes, aqui, para compreendermos que o debate sobre a adesão na saúde envolve perceber os determinantes sociais que atravessam experiências de usuários, sejam em uso da TARV ou em adesão a terapias profiláticas, como é o caso dos usuários em PrEP. Perspectivas reducionistas sobre desafios vivenciados pelos usuários, que reforçam a ideia de adesão como “obediência”, tal qual descrevem as autoras, e que também percebo no campo de pesquisa sobre a PrEP/Aids, parece-me impactar negativamente a eficácia do próprio aconselhamento como facilitador à convivência com o vírus.

Outro aspecto fundamental nesta conversa são os impactos da agenda política global em torno do HIV/Aids na pauta da adesão. Imerso no contexto epidemiológico argentino, e interessado no debate sobre adesão (adherencia) de usuários em TARV, Tomas Kierszenowicz explora os sentidos do termo a partir de seu trabalho etnográfico com ativistas membros de uma organização da sociedade civil em Buenos Aires. Após acompanhar atividades do grupo, que funcionam como espaços de diálogo e ajuda mútua, similares aos quais Picelli e Díaz Bermúdez etnografaram no contexto brasileiro, o antropólogo evidencia o quanto as responsabilidades individuais são centrais para que se atinja metas postas pelas organizações internacionais que buscam o tal “fim” da epidemia. Uma das suas interlocutoras, ativista, afirma, inclusive, que “para poder viver com o vírus, tu tens que aderir a um tratamento”<sup>37</sup> (tradução minha) (Kierszenowicz, 2020, p.9).

Por mais que outras pessoas com as quais Kierszenowicz dialoga sejam críticos as narrativas que chegam até eles via profissionais de saúde, questionando, por exemplo, a implicação de uso de drogas como álcool e maconha na adesão aos fármacos, o autor destaca o quanto, no contexto argentino, o debate sobre a adesão está relacionado a certa afinidade com as metas internacionais, próprias do universo “médico-farmacológico”:

---

<sup>37</sup> Citação original (em espanhol): “para poder vivir con el virus, tenés que adherir a un tratamiento” (Kierszenowicz, 2020, p.9).

No centro da estratégia para "acabar com a epidemia" (ONUSIDA<sup>38</sup>, 2014), promover a "adesão" é apresentado como um importante objetivo de financiamento das agências de cooperação internacional para organizações da sociedade civil. Especificamente, a "ação rápida" afirma que um de seus "elementos de mudança" é "aumentar o investimento em redes de pessoas vivendo com HIV" para "apoio à adesão a medicamentos" (Kierszenowicz, 2020, p.5).

[...]

Na Argentina, esta agenda global está inscrita em processos anteriores de organização de respostas sanitárias centradas na ação estatal e que, desde meados dos anos 90, consolidou o papel central das organizações de pessoas vivendo com HIV na resposta nacional à epidemia, na promoção de direitos e em ações de prevenção (traduções minhas)<sup>39</sup> (Kierszenowicz, 2020, p.15).

Tais perspectivas em torno do tema, associados ao relato que fiz sobre a profissional que tive contato, chamam a minha atenção para o lugar em que se encaixa, na Aids, a visão capitalista/liberal de desenvolvimento que o Gustavo Lins Ribeiro apresenta no seu texto. No meu ponto de vista, na fala da profissional os bons resultados partem dessa premissa, e dialoga com a ideia de adesão como “obediência”. Não é responsabilidade, portanto, do serviço de saúde que as pessoas alcancem o que elas foram buscar ali. O serviço me parece funcionar, apenas, como um instrumento público que põe em contato mercadoria (medicamento) e mercado consumidor (usuário). Cabe ao usuário se esforçar para ter acesso às “recompensas” que o progresso clínico lhe oportunizará. As responsabilidades sobre a saúde, assim sendo, pertencem as pessoas.

Neste sentido, se é o “empenho particular” que dá base aos dados positivos das políticas públicas, é a lógica liberal que justifica decretarmos fim à Aids. A sobrecarga de responsabilidades a corpos soropositivos e vulneráveis ao HIV, a partir de uma lógica de mercado, justifica o cenário de fim da epidemia. O desenvolvimento da política pública a partir

---

<sup>38</sup> Aqui, o autor refere-se ao seguinte documento: ONUSIDA. 90-90-90: un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. Ginebra, 2014.

<sup>39</sup> Citações originais (em espanhol): “Como núcleo central de la estrategia para “poner fin a la epidemia” (ONUSIDA, 2014), la promoción de la “adherencia” se presenta como un objetivo importante de financiamiento de las agencias de cooperación internacional para las organizaciones de la sociedad civil. Específicamente, la “acción acelerada” señala que uno de sus “elementos de cambio” consiste en “aumentar la inversión en redes de personas que viven con el VIH” para “el apoyo de adherencia a la medicación” (Kierszenowicz, 2020, p.5).

“En la Argentina esta agenda global se inscribe en procesos previos de organización de las respuestas sanitarias centradas en la acción estatal y que, desde mediados de la década de 1990, consolidaron el rol central de las organizaciones de personas viviendo con VIH en la respuesta nacional a la epidemia, la promoción de derechos y en acciones de prevención” (Kierszenowicz, 2020, p.15).

dos bons índices, comemorado pela indústria, é o progresso individual farmacologicamente dependente. O fim da Aids representa a responsabilização do sujeito pelo seu estado clínico, algo antigo na epidemia, e pertence a essa racionalidade do capitalismo liberal.

#### **1.4. Atores-chave na implementação do modelo liberal**

Truman foi presidente dos Estados Unidos no fim da segunda-guerra, e teve uma influência central no que ficou conhecido como Nova Ordem Econômica Internacional (New International Economic Order) (Rist, 1997a, p.5). No discurso americano, essa nova ordem funcionava para resolver o “problema do desenvolvimento” no mundo. Dessa forma, seu governo passou a auxiliar (intervir em) países que, supostamente, precisavam desenvolver-se. No entanto, como Rist alerta: “quando olhamos mais de perto [...] vemos que as aparentes inovações são apenas variações sobre um único tema que permitem aos vários atores afirmar sua legitimidade dentro do arquivo do ‘desenvolvimento’” (tradução minha)<sup>40</sup> (Rist, 1997a, p.5). A partir do Plano Marshall, e do estabelecimento de uma política internacional com caráter imperialista, o Estado Americano daquele período tinha por objetivo “contribuir” na reconstrução da Europa e dos países pobres da América Latina. Movidos por objetivos que aparentavam “boas intenções”, eles passaram a basear suas atuações numa ajuda diplomática e supostamente bem intencionada através de “atores sociais” (o capitalismo, agricultores e trabalhadores) (Rist, 1997a).

Esse período marca o primeiro momento em que o termo subdesenvolvimento é utilizado num documento governamental. Essa categoria, no entanto, não é o oposto de desenvolvimento. Funciona, na verdade, com um tipo de desenvolvimento incompleto. Não é “outra coisa”, é um estado inferior dos que se desenvolveram. Esse ponto é importante, pois, está associado a uma compreensão de mundo onde os países se organizam de modo “igualitário”, numa visão falaciosa de que cada um pode se tornar o que o outro é. Está subentendido nessa perspectiva uma ideologia de “oportunidades iguais”, que também faz parte do universo da Aids. Esse modo de enxergar o mundo produz um novo paradigma (Rist, 1997b, p.77) que estrutura as relações sociais. O desenvolvimento passa a representar algo que pode levar possibilidades e felicidades através de um processo de transformação dos países “pobres”.

---

<sup>40</sup> Citação original (em inglês): “when we look more closely [...] we see that the apparent innovations are merely variations on a single theme which allow the various actors to assert their legitimacy within the field of ‘development’” (Rist, 1997a, p.5).

Neste sentido, o desenvolvimento passa a operar como instrumento único de transformação da humanidade.

Considero o governo Truman um ator-chave para o impacto que a visão liberal sobre o desenvolvimento teve na Aids. Essa perspectiva atravessou/atraversa a organização social de modo global, e também incorporou-se a epidemia de Aids. Mais à frente apresento essa relação a partir da noção de “corpos desenvolvidos”. Por hora, é importante percebermos as implicações dessa visão a nível local. Identifica-se esse modelo desenvolvimentista e seu desdobramento no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC). João Biehl (2008) ao investigar de que modo foi possível operacionalizar, através de práticas econômicas e políticas, o acesso de toda população aos antirretrovirais, chama atenção para o modo como a sustentação das políticas de Aids no início da epidemia foi constantemente negociada com o mercado. O autor destaca que uma das consequências de implementar as políticas de tratamento nesse modo foi a consolidação de um modelo de saúde pública focada na distribuição de fármacos. A resposta brasileira ao HIV/Aids foi uma exemplar alternativa para salvar diversas vidas naquele contexto, mas com o passar do tempo o projeto solidário de construção de políticas de saúde vem deixando de existir e sobreviveu, junto com os soropositivos, apenas a farmacêutização.

Segundo Biehl, “a política de AIDS surgiu no contexto da neoliberalização, e os políticos envolvidos com ela estavam articulando conscientemente um conceito de mercado da sociedade. Na visão de Cardoso (FHC), os cidadãos são consumidores e têm ‘interesses’ em vez de ‘necessidades’” (tradução minha)<sup>41</sup> (2008, p.2). A pressão social e a participação cidadã implicou numa construção social da resposta, imersa a um contexto neoliberal, como Biehl destaca, onde as reivindicações das pessoas soropositivas foram enxergadas como interesses de um mercado consumidor. A saúde, neste sentido, é uma mercadoria. Esse ponto é importante para destacar um aspecto político – model policy (Biehl, 2008) – dos caminhos que se escolhem/foram escolhidos na resposta à Aids. Não faço aqui uma crítica ao combate à mortalidade, mesmo que através do mercado. Não duvido dos princípios éticos em defesa da vida dos que lutam pelos que morreram e morrem com a Aids. Pelo contrário, busco evidenciar apenas, como Biehl (2008), o que esse autor chama de uma “economia política da farmacêutização” na Aids, ou “forma farmacêutica de governança” (pharmaceutical form of governance) (*ibid.* p.3), que implica num fortalecimento da lógica desenvolvimentista liberal na saúde. Hoje, as biotecnologias são resultados diretos desse modelo de pensar a saúde e o

---

<sup>41</sup> Citação original (em inglês): “the AIDS policy emerged against the background of neoliberalization, and the politicians involved with it were consciously articulating a market concept of society. In Cardoso’s (FHC) vision, citizens are consumers and have ‘interests’ rather than ‘needs’” (2008, p.2).

tratamento de Aids, onde o mercado regula o “interesse” (necessidade) de quem depende dos fármacos para sobreviver.

### 1.5. Corpos desenvolvidos: os sujeitos soronegativos

Como alertei anteriormente, o desenvolvimento nos revela um outro ponto importante para o debate. Imerso a essa lógica liberal, as biotecnologias assumem seu caráter expansivo e global, por meio em uma ampla rede de interesses políticos em escala mundial (Ribeiro, 2008), num cenário onde o estado de adoecimento do usuários representava o “subdesenvolvimento” e a condição de controle os “desenvolvidos”, sem que os “desenvolvedores” das políticas públicas discutam que a doença precisava/precisa deixar de existir. A condição clínica passa a operar num regime político no qual as estatísticas biomédicas qualificam o progresso, num suposto contexto de oportunidades iguais para que todos se tornem “desenvolvidos”.

O desenvolvimento na Aids está restrito a uma hierarquia sobre as experiências, que servem para manter a crença de que “[...] há um ponto que pode ser alcançado seguindo-se uma espécie de receita mantida, secretamente ou não, pelos Estados-Nações que lideram a ‘corrida’ para um futuro melhor” (Ribeiro, 1992, p.9). No caso da Aids, pela narrativa biomédica. Conseguir atingir esse pressuposto implica numa ideia de progresso que está intimamente relacionada, mesmo que não seja de forma explícita, a ideia de decadência. São decadentes os que não atingem os tais índices, e passam a ocupar esse lugar de “subdesenvolvidos” na corrida pelo bem-estar.

Além do mais, essa característica do progresso/desenvolvimento na Aids tem uma relevância importante se olharmos para os “desenvolvidos”. Os que atingem os índices. Há dois pontos que considero fundamentais ressaltar com relação a eles: o primeiro está relacionado à noção de autonomia, e o segundo à noção de soberania. Para os movimentos sociais que atuam no campo da Aids não há dúvida de que as biotecnologias ampliaram o direito das pessoas sobre os seus corpos e aos serviços de saúde. Não desconsidero, nesta análise, que os usuários tenham ampliado essa **autonomia** e saibam se apropriar dos pontos positivos dessas medidas e do progresso para melhorar a qualidade de vida. No entanto, esse progresso não representa, no meu ponto de vista, a **soberania** sobre o corpo. Ribeiro quando discute o desenvolvimento afirma que “não há dúvida de que alguns projetos podem aumentar o acesso de uma comunidade à modernidade”, mas alerta ao fato de que isso não significa “mudanças estruturais em distribuição de poder” (2008, p.121). No caso da Aids, os corpos “desenvolvidos” estão

imersos em uma percepção de “fantasia da soberania sexual” (Preciado, 2020), onde a autonomia sobre o corpo está restrita a possibilidades finitas de fármacos que limita a soberania sobre o corpo. Neste sentido, a saúde faz parte de um modelo político que prolonga a vida das pessoas, numa certa incapacidade de pensar fora de uma perspectiva de longa duração, na busca pela complexificação (Illich, 1969 *apud* Berreman, 1994).

Além disso, há um outro ponto fundamental aqui, que é o lugar que o sujeito “desenvolvido” passa a ocupar na agenda política do Estado. Para tal, é importante entendermos de que modo os valores são atribuídos as identidades. No seu trabalho clássico sobre a construção social da Pessoa moderna, Luiz Fernando Dias Duarte (1986) retoma ao trabalho de Dumont para demonstrar de que modo se constitui o que ele chama de “valor-indivíduo” em sua análise. Este termo está intimamente articulado a noção de “pensamento hierárquico” na análise social do Dumont, onde uma “teoria da hierarquia” se constitui a partir das categorias de **valor** e **situação** na realidade social: onde o *valor* é “justamente o que faz a diferença na relação hierárquica, aquilo em nome de que um elemento ao mesmo tempo engloba e se opõe a seu contrário”, e *situação* uma categoria que marca a “possibilidade de demarcação universal e irrelativizável das identidades sociais.” (Duarte, 1986, p.42-43). Segundo Duarte,

A teoria da hierarquia pressupõe uma lógica de ‘situação’ no mesmo sentido em que pressupõe uma dinâmica de ‘níveis’. Qualquer identidade só é em função do ‘nível’ em que se encontra no interior de uma ‘totalidade’ e em função da ‘situação’ em que se faz operar”. (Duarte, 1986, p. 43)

Na observação do universo empírico a qual retomo neste capítulo, a noção de valor-indivíduo na construção ocidental da Pessoa moderna é importante porque, quando atribuído aos sujeitos vulneráveis numa situação pós-biotecnologias preventivas, o que identifico é uma requalificação de percepção do indivíduo soronegativo numa lógica hierárquica própria do mundo social da Aids, especialmente nas narrativas que inserem, por exemplo, as biotecnologias médicas de prevenção como elementos que possibilitam o “fim”. Todas essas medidas, por mais que afetem sujeitos que vivem com o HIV, estão focadas nos que não vivem com o vírus. E nessa situação social, a chegada das estratégias farmacológicas atribui outro valor social e epidemiológico ao papel de pessoas vulneráveis na agenda política do Estado, e conseqüentemente a esses indivíduos, onde a condição clínicas dessas pessoas passa a ser elemento-chave do sucesso biomédico. O impacto dessas medidas, numa dimensão subjetiva e também política é, sobretudo, redimensionar o valor-indivíduo de sujeitos vulneráveis nas dinâmicas sociais que atravessam a Aids.

## 1.6. Duplo valor ético e moral da vida

Quando optei por pensar o quadro geral da prevenção a partir do novo paradigma preventivo, que veem fortalecendo perspectivas de progresso clínico no atual contexto sociopolítico da Aids e funciona como *modus operandi* da narrativa de “fim da epidemia”, estava me referindo a um processo que está para além das pessoas. Por mais que perceptível nas ações, identifico esse modelo de desenvolvimento como algo que se aproxima da noção de ideologia, tida como um “conjunto de crenças compartilhadas, inscritas em instituições, implicadas em ações e, portanto, ancoradas na realidade” (Louis Dumont *apud* Boltanski; Chiapello, 2009, p.33). Parker (2015). Já tinha chamado atenção para o fim da Aids como visão ideológica, e acho importante sublinhar que também vejo deste modo o modelo liberal/desenvolvimentista. Essa ideologia representa o “estado clínico” da Aids e é o que torna possível o discurso de fim da epidemia e facilita a capitalização da experiência vital (Rose, 2013) nesse contexto.

Algumas ideologias, como Boltanski e Chiapello as compreendem, “acompanham” o capitalismo, e eles as denominam de “espírito do capitalismo”: relacionadas a fortalecer o “engajamento” das pessoas nesse sistema (2009, p.39). Na Aids, a ideologia desenvolvimentista é um exemplo disso. Como tal, atua no estímulo e no fortalecimento à lógica de mercado/capitalista liberal. Para além das pessoas serem vistas como consumidoras para a indústria farmacêutica e responsabilizadas pelo seu progresso, é importante destacar o quanto, nos dias de hoje, narrativas de progresso e “fim” estão alinhadas a um processo de capitalização da vitalidade (Rose, 2013). A experiência clínica, mesmo que distante dos processos de adoecimento traumáticos dos anos noventa, tornou-se um importante recurso para ampliação do lucro da indústria farmacêutica. Não que seja novidade na realidade biomédica, mas no meu ponto de vista é uma das principais consequências (e talvez objetivo) da narrativa de progresso que dá “fim” e torna a Aids crônica.

Para Boltanski e Chiapello (2009), as ideologias que acompanham os modelos de atividades econômicas capitalistas alimentam “a exigência de acumulação ilimitada do capital por meio formalmente pacíficos” (*ibid.* p.35). A obtenção do lucro é o que o mantém o capitalismo dinâmico e forte e, ainda segundo tais autores, “[...] a acumulação capitalista só se dobra à regulação do mercado quando lhes são fechados caminhos mais diretos para o lucro [...]” (*ibid.* p.36). Na Aids, a ideia de progresso clínico e a narrativa de fim movida pela ideologia desenvolvimentista funciona com base nestes aspectos.

Como evidenciei anteriormente, a experiência vital de usuários no serviço é objeto de manipulação para uma lógica de mercado. Faz parte do contexto que “muitos aspectos da vitalidade humana [...] [tornem-se] técnicos, abertos à manipulação e à modificação [...] na clínica, na sala de aula, nas forças armadas, na vida cotidiana” (Rose, 2013, p.351), o que torna possível a vida ser um instrumento para ampliação do lucro das farmacêuticas. Não há na narrativa de “fim” da epidemia, por exemplo, processos de adoecimento, mas vidas farmacologicamente dependentes. Nestes termos, a relação medicamento/vida na Aids evidencia um desenvolvimentismo que nos leva a tornar a experiência vital um produto, a partir de um discurso de fim que nega os corpos farmacologicamente dependentes.

Mas isto não é tudo. Há outro elemento que faz parte desse contexto. Numa das entrevistas que fiz em campo ainda na graduação, ouvi de um ativista, membro de uma ONG/Aids em João Pessoa, que a PrEP não se resume a um medicamento (como já afirmei em outro momento deste trabalho). Ele ponderou que as pessoas que são contra a PrEP, possivelmente não entenderam bem o protocolo. Na visão dele, a PrEP é um instrumento político que insere milhares de pessoas ao serviço público de saúde – populações com diversas vulnerabilidades sociais que historicamente tem dificuldade de acessar o serviço público<sup>42</sup>. Olhar para essas tecnologias apenas como “medicamentos” é deixar de lado o potencial político por trás da PrEP como estratégia de saúde. Enxergar esse “outro lado” da PrEP me fez perceber, ainda na graduação, que essa política está imersa a um campo de disputa de narrativa que, por um lado, denuncia a biomedicalização da vida e, por outro, reivindica o direito à saúde. Esta fala é o que Rose chama de uma “política das ONGs”, um tipo de “política da vida” (*ibid.* p.353).

Percebo essa dualidade a partir da seguinte perspectiva: esse tal desenvolvimento capitalista liberal que descrevi anteriormente faz parte de um contexto onde a vida e o progresso clínico assumem um duplo valor ético e moral. Por um lado, é pela **manutenção da vida**, pela retirada da morte do cenário epidêmico e pelo acesso à saúde que se justifica o progresso biotecnológico e a ampliação dos medicamentos à vida. Por outro, é através da **desvalorização da vida** que se justifica o discurso de fim da Aids, permite-se a cronificação da epidemia e o cenário de ampliação do lucro de farmacêuticas a partir de uma lógica de mercado. Esse sistema de valorização da vida associa-se aqui ao que Fassin descreve como uma “análise das éticas da vida” (analysis of a ethics of life) onde ele questiona “[...] de que modo a vida se torna um bem supremo nas sociedades contemporâneas” (tradução minha)<sup>43</sup> (2018, p.49).

---

<sup>42</sup> Retomo essa fala no capítulo quatro.

<sup>43</sup> Citação original (em inglês): [...] of the way life has become the supreme good in contemporary societies” (2018, p.49).

Tendo em vista o contexto biomédico, acho importante prestarmos atenção as reflexões de Rose (2013) sobre a bioética para entendermos melhor esse aspecto. Tal autor a compreende como a garantia ética para atividades comerciais que fazem parte da bioeconomia, tida como “atividades econômicas ‘que capta o valor latente nos processos biológicos e biorrecursos renováveis para produzir saúde aprimorada e crescimento e desenvolvimento sustentáveis” (Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento 2004 *apud* Rose 2013, p.54). A partir da abordagem que faço sobre o contexto sociopolítico da Aids nos dias de hoje, compreendo esse duplo valor ético imerso a essa mesma lógica. Ao analisar dados do boletim epidemiológico de 2020, nessa era onde a Aids não existe mais, identifica-se que quase 60% dos casos de Aids ocorrem em pessoas pretas e pardas. Há uma prevalência da Aids em mulheres negras, e uma queda de 51% da proporção de casos de Aids em pessoas brancas, em relação a 36,4% em pessoas negras. Já a taxa de mortalidade é de 61,7% entre pardos e pretos e 37,7% entre brancos (Brasil 2020).

Não há como desassociar esse cenário ao que Rose chama a atenção quando afirma que “[...] a corporalidade tornou-se um dos mais importantes lugares para julgamentos e técnicas éticos” (2013, p.352) num contexto bioético de regulação das biotecnologias médicas. Ele afirma que: “dado que a técnica biomédica estendeu sua opção para a própria estrutura da existência vital, estamos confrontados com a inevitável tarefa de deliberar acerca do mérito de diferentes vidas humanas” (Rose, 2013, p.352). Neste sentido, a balança ética que qualifica a vida como bem supremo, na Aids, coexiste em paralelo ao cenário de negligência a existência da própria epidemia. Num contexto onde a Aids vem se tornando cada vez mais preta, esse perfil epidemiológico serve como evidência para entendermos como tal mérito a partir da ética vem sendo deliberado. Compreendo essa discussão aqui como um exemplo de que “a bioética oferece as garantias éticas essenciais que possibilitam elementos moverem-se legitimamente em torno dos circuitos do biocapital” (Rose, 2013, p.354), onde uns “valem” mais que outros. Nessa Aids inexistente, segundo dados que apresentei do boletim, podemos identificar, sobretudo, que tais *uns* são brancos e os *outros* mulheres negras.

Nestes termos, ao observar o quadro geral da prevenção ao HIV/Aids, o que podemos inferir é que a chegada dos medicamentos à prevenção vem produzindo um novo paradigma preventivo, o qual é importante estarmos atentos em relação as implicações a Resposta Brasileira ao HIV/Aids. Por mais que essas tecnologias sejam instrumentos potentes de direito à saúde e ao corpo, o progresso biotecnológico oportunizado por essas medidas tem fortalecido narrativas de suposto “fim” à Aids e ampliado a neoliberalização da prevenção (Seffner; Parker, 2016). Nesse cenário, as transformações do perfil epidêmico geram

preocupações, ao passo que a Aids vem se tornando cada vez mais negra, e tecnologias como a PrEP protegem, muito por consequência dos determinantes sociais que estruturam a sociedade brasileira, homens brancos de classe média, em sua maioria da região sudeste do país.

Ao investigar o que nomeia de “fábulas do fim” em torno do tratamento e campanhas para eliminação da hanseníase, Glaucia Maricato propõe reflexões interessantes sobre os adoecimentos e as implicações da saúde e doença à vida dos que sofrem das patologias supostamente “superadas”. A partir dos dados que obteve durante o seu trabalho de campo em instituições de saúde, Maricato narra como se deu a sua aproximação as histórias de usuários da hanseníase que, mesmo após o tratamento recomendado, o da Poliquimioterapia (PQR), continuavam a apresentar uma série de complicações à saúde que os faziam voltar continuamente aos consultórios e aos corredores dos hospitais. O motivo para tal é o fato de, mesmo antes, após ou durante a PQR, pessoas infectadas pelo bacilo que causa a hanseníase estarem passíveis ao que na cartilha médica é chamado de “reações hansêmicas” (Maricato, 2021).

As narrativas de continuidade dos processos de adoecimento e sintomáticos pelos usuários, mesmo após declarado a “cura” para a hanseníase e finalizado o tratamento (que dura entre 6 a 12 meses), são evidências, para a autora, da sobreposição de saberes em torno da saúde e da doença.

Trata-se, em certo sentido, de uma reflexão acerca da maneira como se declara o ‘fim’ de algo que, em grande parte, se apresenta como continuidade. Atribuir uma categorização objetiva à cura biomédica da hanseníase, em contraste às perspectivas subjetivas dos sujeitos, é embarcar nessa fábula do fim da narrativa oficial, que tem como efeito principal hierarquizar ontologias e invisibilizar as questões ainda em aberto que envolvem o tratamento da hanseníase enquanto uma doença crônica (Maricato, 2021, p.327).

Pensando tal sobreposição no caso da prevenção ao HIV, é importante que as biotecnologias de prevenção **não** funcionem como fator que justifica a narrativa de fim, baseada num suposto progresso biomédico e alimentada pela ideologia desenvolvimentista liberal. Esse modelo sustenta uma epidemia em “afinidade eletiva com determinada forma de capital, de biocapital e de capitalização da própria vitalidade” (Rose, 2013, p.357). O fim da Aids está “intrinsecamente ligada ao espírito do biocapital” (Rose, 2013, p.357), onde uns vivem a fantasia da soberania sexual e outros estão mais suscetíveis a morte por uma doença que vem deixando de existir na narrativa biomédica, mas viva, na **vida**.

## Capítulo 2

### Percepções, temporalidades e saúde: a antropologia de olho na PrEP

Neste capítulo meu objetivo é evidenciar alguns aspectos sobre a discussão da PrEP na Antropologia e, a partir desse balanço, apresentar caminhos e escolhas teórico-metodológicas que me inspiram ao abordar o tema na dissertação. Como continuidade ao debate feito até aqui, meu intuito é compreender de que modo antropólogos, em produções recentes dedicadas a PrEP, percebem fenômenos e dinâmicas sociais que fazem parte desse campo de pesquisa, e num sentido de compartilhamento de percepções e saberes, dimensionar como a produção científica no campo da Antropologia me auxiliará numa melhor compreensão do universo da Aids/PrEP.

Como alternativa de prevenção ao HIV, cabe salientar que a PrEP emerge num campo de intensa produção científica, do qual faz parte uma série de trabalhos sobre prevenção. A “antropologia da PrEP” está presente numa série de pesquisas onde não necessariamente o objeto de investigação principal é a PrEP em si – sejam pesquisas sobre descentralização, sorodiscordâncias, prevenção combinada, dentre outros temas. Por mais que eu concorde com o argumento de que não há como pensar a PrEP desconectada desse universo, para produção deste capítulo optei pela seguinte escolha metodológica: privilegiarei na análise trabalhos onde a PrEP é o objeto central de análise.

Tal qual evidenciei no capítulo anterior, vínhamos pesquisando e debatendo maneiras de ampliar a adesão as estratégias de prevenção e diminuir vulnerabilidades estruturais há anos, o que faz com que a PrEP nasça num contexto maior, cheio de lições, aprendizados, percalços e desafios, frutos do debate sobre prevenção ao HIV. Neste capítulo, todas essas questões irão surgir ao passo que elas se tornam evidenciadas no material analisado. Em boa medida, parte dessa produção onde a “antropologia da PrEP” está em evidencia, mesmo que a PrEP não seja o objeto de pesquisa, fez parte do que vinha discutindo anteriormente. Deste modo, interessa-me agora olhar com atenção ao que trabalhos da área de Antropologia sobre a PrEP têm investigado.

O foco analítico será em torno de dois temas que me chamaram a atenção após a leitura, e que, no meu ponto de vista, são importantes para uma série de aspectos sobre a PrEP

e a prevenção no geral. Esses trabalhos são investigações recentes, e foram realizados por antropólogos em pleno processo de formação. Todos na mesma etapa na qual me encontro agora. O capítulo está dividido em três blocos: inicialmente discutirei raça. Para tal, uso como inspiração/referência a dissertação de Eládio Fernandes de Carvalho Junior, intitulada: “(De)leites (PrEP)arados: uma etnografia sobre a Profilaxia de Pré-Exposição ao HIV em Anápolis/GO”. O trabalho foi desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Goiás (PPGAS/UFG) em 2020, sob orientação do professor Drº Camilo de Albuquerque Braz.

O universo empírico de Carvalho Junior são relações sociais estabelecidas em torno da oferta de PrEP em Anápolis, a primeira cidade do estado de Goiás a implementar a política. A partir de entrevistas, da aproximação aos interlocutores e de extenso trabalho de campo numa instituição de saúde, o objetivo do autor é refletir sobre o modo pelo qual a PrEP interpela relações sociais e sexuais. Usando como referência o debate de gênero e sexualidade, saúde, ciência, corpo, dentre tantos outros, o texto explora dinâmicas de afeto, prazer e perigo reconfiguradas após a adesão de alguns interlocutores a tecnologia, e de que modo isso afeta percepções e modela visões de mundo. A todo momento Carvalho Junior aciona a historicidade da Aids como elemento fundamental para compreensão da PrEP no município, permeada por reverberações do passado de luta política em torno da epidemia que coabitam o presente.

A dissertação está dividida em 3 capítulos. No primeiro, o foco é na bibliografia sobre o tema e no percurso profissional do autor como pesquisador e profissional de saúde. Já no segundo, Carvalho Junior explora o modo pelo qual a fofoca, o sigilo e as desinformações permeadas por estigmas afetam o contexto empírico analisado enquanto dispositivos morais. Por último, as reflexões se voltam as “fronteiras borradas” entre o prazer e perigo, pensadas a partir de relatos dos interlocutores sobre suas práticas sexuais e relações sociais (Carvalho Junior, 2020).

Em seguida, passo para a discussão sobre as temporalidades na epidemia de Aids. Também como referência/inspiração, parto da leitura que fiz da dissertação de Felipe Calvalvanti Ferrari, intitulada: “Perseguindo uma inovadora promessa em tempos de retrocessos: o debate público sobre HIV/AIDS em Porto Alegre e a emergência da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)”. Defendida em 2019 no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGAS/UFRGS), este trabalho foi realizado sob orientação da Professora Drª Fabíola Rohden.

A partir de uma proposta de investigação inovadora sobre o campo da prevenção ao HIV/Aids, a dissertação de Felipe Ferrari objetiva analisar o processo emergência da PrEP

no que ele classifica como um “debate público” sobre a medida em Porto Alegre/RS. Para tal, Ferrari a compreende como uma “promessa” no contexto sociopolítico da Aids, que o inquieta ao passo que produz “narrativas revolucionárias” em torno dessa tecnologia profilática. O debate sobre o “fim” da Aids que apresentei no capítulo anterior é um desses aspectos “revolucionários” para o autor. A questão-chave da trabalho é: como uma promessa pode surgir em tempos tão tortuosos? E o que são esses tempos? É neste sentido que as temporalidades são evidenciadas como objeto de investigação fundamental no presente:

É no que parece uma disjunção e uma convivência temporal, entre o retrocesso que leva ONGs a fecharem as portas e faltas pontuais de medicamentos [...] e as promessas carregadas pela PrEP, que elaboro o objeto da presente investigação. Perseguindo rumores acerca da “inovação” biomédica da PrEP em meio a um debate público mais amplo sobre a epidemia de HIV/AIDS, procuro produzir um relato etnográfico sobre que tempos são estes que vivemos. Sobre como o passado e o futuro habitam este presente (Ferrari, 2019, p.17).

Imerso ao contexto epidemiológico da cidade de Por Alegre, para responder a essas questões Ferrari analisa diversos documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre a PrEP, participa de encontros, eventos, analisa dados de ensaios clínicos e realiza entrevistas com membros do movimento social. A dissertação é dividida em duas partes, nas quais o autor mapeia a “performance” da promessa: “a primeira voltada para os processos de incorporação da PrEP enquanto uma política pública do SUS, e a segunda para o debate público sobre AIDS em Porto Alegre [...]” (Ferrari, 2019, p.37).

Ao analisar esses trabalhos não tive por objetivo fazer um resumo da extensa obra de cada autor. Ao contrário, interessa-me evidenciar escolhas teórico-metodológicas, problemas de pesquisa e caminhos trilhados. O que têm interessado pesquisadores ao passo que a PrEP torna-se objeto de pesquisa? Quais problemas/inquietações mobilizam as investigações? De que modo essa produção, e a Antropologia de modo geral, nos auxiliam a interpretar os fenômenos em torno desse tecnologia? Perguntas como essas foram as que me fiz ao ler o material.

Por último, no terceiro bloco deste capítulo, dedico-me a evidenciar escolhas teóricas e problemas de pesquisa que me interpelam e me acompanharão por todo o trabalho. Em parte, estas preocupações teórico-metodológicas me saltam aos olhos após imergir na produção científica em torno da PrEP e do HIV/Aids as quais já venho discutindo, e também as que apresentarei mais à frente.

## 2.1. Prazer, prevenção e racismo: notas sobre o vírus da desinformação

Ler o trabalho de Carvalho Junior sobre a PrEP, sendo um pesquisador negro, é desafiador. Por mais que me interesse cada vez mais por pesquisas que discutam a saúde da população negra, ou que de algum modo dimensionem a relação entre a saúde e o corpo negro, subalterno e periférico, lidar com a realidade do que esses trabalhos expõem não é nada fácil. Na dissertação de Carvalho Junior esse não é o tema principal, o objeto de análise, mas, de algum modo, o debate sobre raça perpassa as reflexões do autor. Interessado no papel que a PrEP exerce em meio as tomadas de decisões antes, durante ou após práticas sexuais, o trabalho trata das fronteiras “borradas” entre prazer e perigo, desejo e precaução, vontade e regulação moral, que são narradas após adesão ao protocolo PrEP pelos interlocutores da pesquisa.

Na dissertação, várias outras “fronteiras” também se “borram” ao decorrer da escrita. A primeira delas é a própria posição do autor no campo e no texto, que é antropólogo e profissional de saúde. Carvalho Junior já tinha contato com vários aspectos do que aborda no trabalho, e de algum modo estava por dentro das discussões sobre o HIV/Aids, mas nos conta sobre como foi tendo outras perspectivas e pontos de vista sobre a epidemia a partir do exercício antropológico de desestabilizar noções pré-estabelecidas antes de imergir ao campo. A dissertação cobre o contexto epidemiológico do HIV/Aids na cidade de Anápolis, em Goiás, de onde Carvalho Junior e seus interlocutores são “nativos” (Carvalho Junior, 2020).

Voltando as questões em torno da discussão sobre raça, a passagem do texto da dissertação do Carvalho Junior que chamo a atenção nesta etapa do meu trabalho partem de perspectivas de interlocutores do autor que não são negros. No capítulo três, em especial, quando trata sobre as fronteiras “borradas” do prazer e perigo, o autor dialoga com interlocutores brancos. Narrativas sobre o que a PrEP como tecnologia representa, sobre a prevenção, os riscos e o prazer na Aids partem de outro lugar, tidos pelos olhos da branquitude. Com os negros é a mesma coisa. Emergem a partir do que os interlocutores narram. De como os percebem. São projeções simbólicas. Já os interlocutores, são homens gays brancos, parte deles de classe média, e nos contam sobre experiências que vão de Paris, na França, aos pontos de “pegação” do interior de Goiás. Todos usuários em PrEP.

Como antropólogo (e profissional de saúde), Carvalho Junior faz um debate fundamental e importante sobre a raça como marcador ético, político e moral no contexto de negociação dos riscos e na busca por alternativas de prevenção. Atento as falas dos interlocutores, dimensiona aspectos sobre o racismo como problema estrutural que considero importantes de ressaltar aqui. Sobretudo no que diz respeito ao modo como a raça afeta e

mobiliza percepções sobre corpos. Quase sempre corpos desejáveis, que são descritos a partir de interesses eróticos que se entrelaçam a visões permeadas por fetichizações e objetificações do corpo negro como objeto de uso para os homens brancos. Em alguns dos relatos, como no do interlocutor que utiliza dois comprimidos do Truvada® antes de relações sexuais com um homem negro, pensando que ao fazer estará mais “protegido” dos possíveis riscos que esse “desejo” que ele diz ter pode ocasionar, é escancarado o modo como “perigo” e “risco” são conceitos que se associam aos modos pelos quais o corpo negro é visto.

Inicialmente, o objetivo de autor era investigar de que modo as pessoas vinham se apropriando da PrEP, e como a tecnologia se mesclava as experiências de vida e práticas de cuidado dos usuários. No entanto, após iniciar o trabalho de campo, ele narra como passou por uma “reviravolta” metodológica ao perceber que o “perigo” e o “prazer” se entrelaçavam nas dinâmicas de vida e no cotidiano das pessoas com as quais ele conversava sobre a PrEP, usuárias do serviço em Anápolis. Ao passo em que esses dois fatores iam ganhando evidência no campo, Carvalho Junior passou a se interessar por como as pessoas conciliavam o prazer e o perigo relacionado a sexualidade. O objetivo do trabalho passou a ser compreender de que modo a PrEP se localizava na fronteira entre o prazer e o perigo, e de que modo ela ressignificava as relações “heteroeróticas”.

Não era mais uma questão apenas de indagar sobre os usos que eles faziam dos dispositivos biomédicos; o foco (metodológico) mudou e, então, passei a indagar sobre se a busca pela PrEP trazia segurança em meus interlocutores para vivenciar os seus prazeres e atenuar o perigo dentro das suas relações sexuais. Isso foi uma surpresa para mim, pois ao investigar as questões do prazer e do perigo que eles me narravam, fui percebendo que a PrEP em si não era a protagonista da busca pelos prazeres, e sim que ela habitava, e ressignificava de certo modo, uma zona fronteira entre prazer e perigo [...]. (Carvalho Junior, 2020, p.18).

Aqui, quero pensar junto ao autor. O trabalho de Carvalho Junior evidencia um aspecto importante sobre a PrEP, que ao menos para mim como pesquisador é algo novo: o modo como a raça é um marcador ético que “borra” a relação entre uma redução efetiva de danos durante práticas sexuais e os processos de ampliação do risco à infecção pelo HIV. O racismo como dispositivo que molda percepções de mundo, precariza proteções e cuidados em contextos de vulnerabilidade ao HIV, e contribui para a ineficácia da PrEP como tecnologia de excelência. Nesses casos, a desinformação atua como elemento-chave, ao passo que o uso da camisinha e o “perigo” que é “borrado” pelo uso da PrEP se associa a percepção que esses homens têm sobre os corpos com os quais eles se relacionam. Se forem homens negros, a

prevenção no sexo possui valores distintos das práticas sexuais com homens brancos. A raça impõe distintas dimensões para “preocupação” que esses interlocutores narram sentir. Vejamos essa passagem do texto:

[...] meus interlocutores (e a maioria dos usuários de PrEP no contexto da minha pesquisa [na cidade de Anápolis/GO]) são homens, cis, gays e brancos, indica como a PrEP atende a uma agenda biopolítica voltada para a prevenção em saúde desse público específico, excluindo as camadas mais vulnerabilizadas. Para a filósofa Jasbir Puar (2007)<sup>44</sup>, o Estado, através de um aparato de biopoder, reforça o extermínio de pessoas negras e transexuais, incrementando a violência estrutural já imposta a esses corpos. Isso fica evidente, como já afirmei, no momento que Lauro [um dos interlocutores], para sair com o pedreiro, reforça a dose da PrEP, pois, para ele, esse corpo negro e pobre não teria acesso a ela ou a outros métodos de prevenção (Carvalho Junior, 2020, p.95).

O fato de Lauro (interlocutor de Carvalho Junior) utilizar duas doses da PrEP, antes do sexo com um homem negro que ele encontra trabalhando na rua, serve como fato etnográfico para que o autor visualize a precariedade na vida dos corpos negros. Na visão de Lauro, este homem provavelmente não teve acesso a PrEP, e, para Carvalho Junior, isso demonstra o quanto a PrEP funciona de modo eletivo aos homens gays cis brancos que ele entrevistou. No entanto, é curioso o quanto o uso da PrEP é negligenciado por Lauro a depender do parceiro sexual, como o autor também sinaliza, o que Carvalho Junior chama de uso social do medicamento. Isso demonstra que não só os corpos negros estão numa suposta maior condição de vulnerabilidade, mas também o quanto os corpos desses homens gays, cis e brancos também estão inseridos num contexto de ampliação dos riscos, mesmo que em uso de PrEP, fruto de percepções raciais preconceituosas:

[...] o corpo negro [...] seria, então, um corpo que está na “zona de perigo”, ainda que também na zona do prazer, mas que, por meio do uso da PrEP, no caso tomada em dobro, é um corpo que pode ser tocado, acessado, sem “maiores perigos”, ou riscos, ou, como disse meu interlocutor, para “dar mais segurança”. Além disso, não podemos deixar de pensar nos usos feitos da PrEP enquanto medicamento: para Lauro ter essa sensação de “segurança”, ele toma a PrEP em dobro. Contudo, essa prática não tem correspondência com os protocolos biomédicos e farmacêuticos e não garante maior eficácia do tratamento. Trata-se de um uso social do dispositivo biomédico (medicamento) que

---

<sup>44</sup> PUAR, Jasbir. *Terrorist Assemblages: Homonationalism in Queer Times*. Durham: Duke University Press. 2007.

acontece também por conta de certa dosagem de medo (Carvalho Junior, 2020, p.93).

O racismo e o preconceito possuem um valor de agência na realidade social dos interlocutores de Carvalho Junior, que não necessariamente significa ampliação do cuidado. Pelo contrário, amplia riscos. Na análise, o autor explora bem tal ponto ao relatar outro caso, desta vez de prática sexual entre Lauro e um homem branco:

Em uma conversa mais tarde com Lauro sobre o acesso a políticas voltadas ao HIV, perguntei se ele tinha feito sexo sem preservativo sem estar em PrEP, e ele me revelou: “Saí com um cara uma certa vez e ele me deu muito tesão, era branquinho, loirinho, um pau rosadinho. Era pastor de igreja evangélica e tinha aliança de casado. Dei pra ele a noite toda sem camisinha e deixei ele gozar na minha boca e cu. Com ele realizei minha fantasia de urinarem em mim” (Lauro, 32 anos, branco, homossexual e profissional liberal). [...] é curioso perceber como Lauro relativiza o contato direto com secreções corporais (sobretudo urina e sêmen), que em outros contextos ele poderia achar perigoso, conforme pode ser percebido no relato de campo acima [sobre o homem negro]. Se ele aceita praticar sexo sem preservativo e sem uso de PrEP, marcando o fato de o rapaz em questão ser “branquinho, loirinho, pastor e casado”, enquanto faz uso de duas pílulas [do Truvada®] para se preparar para o provável sexo com o rapaz negro, trabalhador e supostamente periférico, então temos prazer e perigo sendo borrados pelas percepções morais e de raça e classe. (Carvalho Junior, 2020, p.95).

A ideia de que a PrEP “borra” o prazer e o perigo é realmente bem interessante, e por isso a trago como elemento importante na literatura sobre essa tecnologia na Antropologia. Ao borrar “prazer e perigo” Lauro está “borrando”, também, a eficácia da PrEP. Neste sentido, o racismo funciona aqui como um dispositivo de danos reverso. Lauro não sabe se o homem negro com quem ele se relaciona conhece a PrEP. Nem mesmo se o homem branco, casado, busca alternativas de prevenção nas relações extraconjugais com outros parceiros ou parceiras. As percepções de Lauro se dão a partir de uma visão racista e desinformada sobre os parceiros sexuais, que afetam as suas práticas de cuidado.

Nas entrevistas que analisei não identifiquei algo similar, ou mesmo a raça ou o racismo sendo dispositivos atuantes nas relações sociais e sexuais narradas pelos entrevistados. Na segunda dose deste trabalho não aprofundarei reflexões sobre o tema. Portanto, ao trazer ao debate a dissertação de Carvalho Junior, chamo a atenção nesta etapa para este aspecto, que

no meu ponto de vista é fundamental ao aprimoramento das discussões sobre prevenção, riscos, preconceito e estigma na epidemia de Aids.

## **2.2. As temporalidades e os vírus**

A questão das temporalidades foi um dos temas sobre a epidemia de Aids que mais chamou a minha atenção ao ler as dissertações. Em maior evidência no trabalho de Ferrari (2019), as “dobras” do tempo também fazem parte da dissertação de Carvalho Junior (2020). A partir dessas leituras busco fazer uma breve reflexão sobre a abordagem das temporalidades nos trabalhos sobre a PrEP, mas adianto que este ponto ressoará em toda dissertação daqui para frente. Em especial no Capítulo 4 e na conclusão. Considero parte do que esses autores discutem sobre o tempo (sem compreendê-lo de modo linear) como algo fundamental, e por este motivo dedico um espaço em destaque para este tema nesta dissertação.

No primeiro capítulo, quando propus a ideia de pensar o duplo valor ético e moral da **vida** na epidemia de Aids, uma das coisas que não havia notado naquele momento foi a importância de dimensionar a que vírus estamos falando em cada um desses valores ético-morais elencados. No tópico em questão, referia-me a visões de mundo que privilegiam a manutenção da vida ao tratar das biotecnologias preventivas, e, ao mesmo tempo, em um sentido (bio)ético, implicam na desvalorização da vida na Aids.

Para uma melhor compreensão do que quero dizer aqui com “dimensionar os vírus”, optei por não reescrever o que já havia posto no capítulo anterior, mas ampliar o pensamento junto ao leitor a partir da escrita da dissertação como um todo. Neste sentido, esta etapa é, em boa medida, uma continuação da reflexão do final do capítulo anterior. Utilizo o termo vírus no plural, porque ao ler sobre as temporalidades fui aprendendo com os escritos de Ferrari e Carvalho Junior (mesmo que eles se inspirem em outros autores) que, no presente, não só a Aids é outra, mas também o HIV do hoje não é o mesmo de ontem.

Em um dos trechos em que discute as temporalidades (tema que atravessa todo o trabalho), Ferrari dimensiona um dos modos pelo qual o estigma se perpetua ao decorrer dos anos. Isso não se dá ao acaso. Para o autor, a emergência da PrEP (e dos empreendimentos científicos recentes no campo da prevenção e tratamento de modo geral) corrobora a um modelo de intervenção em saúde que ele classifica como “tecnicista”, que pode favorecer o “recrudescimento do estigma” (Ferrari, 2019, p.219). Ou seja, a perpetuação do estigma está relacionado (não só) ao modo pelo qual as estratégias em saúde são desenvolvidas, mantendo assim uma relação dialógica entre o passado e presente, onde determinados problemas, como o

estigma, requalificam-se através de tecnologias tecnicistas. Como proposta de intervenção (ou resolução) Ferrari discute “politizar a vida que queremos viver”:

Em tempos de emergência da PrEP e de expectativas extremamente otimistas, que chegam a pautá-la como uma espécie de revolução sexual, corre-se o risco de tirar a vida de cena. É necessário politizar a vida que queremos viver. [...] É preciso colocar a vida em cena, como as estratégias de prevenção encabeçadas por ativistas como os do GAPA-RS ou do comitê comunitário envolvido com o estudo internacional, procuram fazer. [...] Se o estigma persiste, há de se considerar como os efeitos de uma resposta ao HIV/AIDS têm se desdobrado de forma a evidenciar um “enfrentamento à epidemia”, e não uma solidariedade com as pessoas e populações afetadas por seus efeitos.

A emergência da PrEP em um tipo de cenário que parece privilegiar uma forma de prevenção “mais tecnicista”, pode inclusive retirar de cena questões vinculadas ao tratamento e à manutenção da vida das pessoas que vivem com vírus ou com a síndrome (Ferrari, 2019, p.218).

[...]

Se esta é uma dissertação que propõe dobrar o tempo, no que diz respeito ao HIV/AIDS, e eu procurei notar como o estigma persiste no passado, no presente e no futuro, é pela via da afirmação da vida e da coletividade que futuros melhores poderão ser vivenciados (Ferrari, 2019, p.219).

No meu ponto de vista, Ferrari reforça um processo de valorização da vida que é fundamental. E vai além. O que ele pontua não é só que queremos ampliar a qualidade de vida, no sentido de “manutenção da vida” que discuti no capítulo anterior. Queremos, também, que as precariedades e os estigmas sejam evidenciados, ao passo em que a vida entra em cena na prevenção. Por esta via é que seremos capazes de articular ações que combatam os problemas que se perpetuam na Aids. Ou seja, é fundamental que se enfrente o estigma e o preconceito, e não só os casos clínicos do HIV. Temos que estar atentos aos problemas sociais que a Aids impõe, limitando (jamais interrompendo) ações tecnicistas e ampliando intervenções que coloquem no centro do debate à vida. E não só a “boa” vida pós-biotecnologias. Não é só sobre “manutenção da vida”. É, sobretudo, trazer ao centro do debate as vidas estigmatizadas.

O que Ferrari me parece fazer aqui é evidenciar que quando falamos sobre a epidemia de Aids, a **vida** é, hoje, uma vida com qualidade garantida via tecnologias biomédicas, mas também é uma vida cheia de estigmas e preconceitos que uma série de pessoas vivendo com o HIV e soronegativos em vulnerabilidade enfrentam. Neste sentido, é importante colapsar

uma visão de “manutenção da vida” com a de “desvalorização da vida”, para que as qualidades garantidas pelas biotecnologias possam caminhar em paralelo a avanços no campo do enfrentamento ao estigma e preconceito.

Deste modo, volto a ideia de balança ética-moral da vida para tentar ampliar estas reflexões a partir da dimensão dos “vírus” em jogo. Ao ler o trabalho de Ferrari notei que naquele momento, quando me referi a ideia de “manutenção da vida” como valor (bio)ético, o HIV ao qual me referia era o vírus biológico. As narrativas que privilegiam a manutenção da vida se entrelaçam aos avanços das tecnopias (Ribeiro, 1999) científicas (que se expressam na emergência da PrEP como ferramenta de controle dos casos de HIV) para fortalecer percepções sobre a vida, no presente, que não há como negar que são melhores do que o que vivemos no passado em relação ao HIV/Aids. As biotecnologias, supostamente, garantem “a morte” ao vírus biológico. Ao passo que, no que diz respeito a desvalorização da vida, os dois “vírus” estão em jogo. É com relação ao vírus ideológico que os empreendimentos científicos não são eficazes. Neste sentido, problemas sociais/estruturais escapam do poder de ação das intervenções em saúde, ao passo em que o estigma e preconceito se perpetuam como evidência deste fato, tal qual evidencia Ferrari. Um ótimo exemplo disto é o caso de Lauro, interlocutor de Carvalho Junior (2020).

Mas também, na desvalorização da vida, há o HIV (vírus biológico) que continua matando, infectando e causando uma série de problemas sociais/estruturais, para além do estigma e preconceito. Na conclusão da dissertação Ferrari pontua que: “Espera-se com a presente dissertação contribuir para tais reflexões, indicando como o ritmo otimista das inovações biomédicas e, em particular, da promessa PrEP, não acompanha uma erradicação do ‘vírus ideológico’” (2019, p.221). Neste sentido, acho fundamental que a morte, os casos de infecção e tantas outras manifestações do “vírus biológico”, também sejam evidenciados como elementos negligenciados nas visões de mundo “otimistas” próprias das inovações biomédicas e tecnicistas.

Pensando junto ao autor, os percalços para erradicação do “vírus biológico” também são problemas de saúde evidentes no atual quadro epidemiológico da Aids. Tais dificuldades não necessariamente acompanham o ritmo otimista das inovações biomédicas. Quais desafios separam o acesso de milhares de pessoas, sobretudo negras, periféricas, pouco escolarizadas, das alternativas tecnicistas (mesmo que elas não sejam a resolução dos problemas)? “Politizar a vida que queremos viver” nesses tempos dobrados é um exercício político-metodológico importante, ao passo em que se reconheça, também, o quanto a Aids se associa aos determinantes políticos, morais e éticos históricos do nosso país. Frutos da

discriminação racial. Fato que torna a morte, além do estigma, um problema que se perpetua ao decorrer do tempo, negligenciado no modelo tecnicista de intervenção biomédica.

### 2.3. Escolhas teórico-metodológicas: a PrEP como política da vida

Anunciaram a minha morte, nomeando-a com uma sigla de quatro letras que não são as da palavra amor. São as letras da palavra **dias**: estes, que **vivemos**, ou aos quais **sobrevivemos**.  
(Grifos meus)

Herbert Daniel, **Antes, a vida**, 1989-2018

[...] Telefonei para o meu analista. Dei a notícia sobre a cura da Aids e decidi que só iria enfrentar a felicidade nas próximas sessões. Afinal me havia preparado tanto para a morte que a **vida** agora era um problema.  
(Grifo meu)

Herbert José de Souza, **A cura da Aids**, 1994

A partir das discussões anteriores, pensando a primeira dose de modo geral, nesta etapa do trabalho apresento princípios analíticos que uso como base teórico-metodológica nesta dissertação. O quadro geral sobre as discussões em torno da Aids e da PrEP na ciência, e em especial na Antropologia, conduzem-me a alguns elementos, os quais me dedico a evidenciar nas próximas páginas. Aqui, dimensiono o modo como percebo parte da teoria, e caminhos pelos quais opto seguir ao tratar deste tema. O que é pensar PrEP como experiência? Esta é uma das perguntas que busco responder.

Herbert de Souza e Herbert Daniel são inspirações ao meu trabalho, a medida em que, anos atrás, chamavam a atenção para aspectos sobre a epidemia que visualizo estarem, a partir da implementação da PrEP e do que ela representa simbolicamente ao campo do HIV/Aids, requalificados no presente.

A palavra “dias” como um anagrama de “Aids”, como escreveu Herbert Daniel (1989), ou mesmo a vida como um problema num contexto onde a Aids mortal não existe, onde a cura foi descoberta, parecem-me ser exemplos fantásticos que me inspiram a refletir sobre o que vivemos nos dias atuais em relação a transformação paradigmática na epidemia. No presente, a Aids deslocasse para uma relação dialógica com a vida num sentido nunca antes

vivido, mesmo que almejado. Essa Aids mortal dos anos 1980 tem outros sentidos e valores no hoje. Graças ao aprimoramento de tecnologias em saúde, a qualidade de vida e as condições de ser/estar no mundo de PVHA, ou mesmo sujeitos em vulnerabilidade, é outra. A vida agora é o problema, ao passo que a morte é evitável. Neste caso, até mesmo o HIV ganha proeminência em relação a Aids como síndrome. Tal qual expressado na introdução, estamos diante de novas formas de viver com o HIV, diante das novas formas de gerir as novidades biomédicas.

Dito isto, como alinhar teoricamente esses tantos temas, conceitos e perspectivas? Quando falo numa vida em relação com a epidemia, sobre o que estou me referindo ao tratar da **vida** como conceito antropológico? Qual o valor epistemológico por trás do termo? E como ela se conecta às experiências? Como o debate sobre o racismo e as temporalidades nos ajudam aqui? De modo geral, meu objetivo nesta etapa é refletir sobre essas questões no intuito de propor um alinhamento teórico à dissertação, antes de imergir na segunda dose, onde analiso os dados.

Ao propor pensar a Aids a partir das experiências, minha intenção é deixar em evidência dois importantes processos da vida social presentes na epidemia, que se revelam a partir da **experiência vivida como recurso metodológico**, e que no presente me parecem requalificados em relação ao que foram anos atrás: por um lado, múltiplas experiências como instrumento revelador das formas de vida (humanas) que são **geradas** a partir dos distintos processos de subjetivação, produto da relação de cada indivíduo com esse “novo” mundo social da Aids; e por outro lado, a experiência como recurso metodológico que revela as distintas formas da vida, fruto dos processos de **convivência** de cada um com as políticas de saúde que emergem na Aids do presente. Este princípio será a base do capítulo 3, e lá me dedicarei a explorar melhor esses sentidos a partir dos dados. Por hora, volto-me a teoria, num esforço de ampliar possibilidades sobre esse quadro.

Nesse universo das diversas novidades que transformam a experiência social no caso da Aids, acredito ser fundamental prestarmos atenção, e não perdermos de vista durante as reflexões, a importância das ditas biotecnologias preventivas que elenquei no primeiro capítulo. Não só com relação à prevenção, mas pensando a epidemia no geral. Seja porque essas alternativas garantem novas possibilidades preventivas para além da camisinha a populações em estado de vulnerabilidade, ou mesmo porque ampliam o que entendemos por “medicalização” no enfrentamento à epidemia. Hoje, não apenas sujeitos soropositivos, mas também soronegativos, estão abarcados nessa agenda médico-farmacológica de dependência aos fármacos na garantia do cuidado ao corpo. Logo, pensar experiência e Aids, ou PrEP, é falar sobre todas elas.

O impacto da Aids sobre a vida é uma problemática antiga na Antropologia. Desde a primeira década da epidemia, quando surgem os primeiros casos de infecção pelo HIV no Brasil, há antropólogos e antropólogas discutindo isso que chamamos de *mundo social da Aids* (Valle, 2002) e as distintas experiências. Fazer um levantamento bibliográfico desse campo, portanto, envolvem pesquisas relacionadas aos mais diversos temas, bem como discussões acerca da sexualidade, identidade, tecnologias de reprodução, família, políticas públicas, gênero e etc., uma infinidade de temas e campos de pesquisa, como vimos até aqui. No entanto, há algo que perpassa todos esses trabalhos, e que busco evidenciar nesse trecho da dissertação. Aqui, refiro-me a abordagem sobre a vida e o vivido quando falamos da epidemia.

Este aspecto é importante porque são sobre os afetos e os aspectos subjetivos/sociais da vida como categoria analítica na Aids que chamarei a atenção. A partir do levantamento bibliográfico de alguns trabalhos na Antropologia sobre o tema, busco demonstrar de que modo alguns valores epistemológicos da vida contribui para as reflexões sobre a saúde/doença, que me inspiram por toda dissertação. Quando falamos sobre Aids na Antropologia, portanto, estamos falando sobre diversas **vidas**, mas que vida é essa, e de que modo esse debate contribui para ciência de modo geral?

Falar sobre Aids a partir da vida (enquanto conceito antropológico) é pensar processos de experiência em vida, sem esquecer, no entanto, como alertei anteriormente, que as experiências, no caso da Aids, possuem um valor metodológico duplo: o de compreensão do que é o choque entre cada indivíduo e o mundo social da Aids, e o que se produz a partir disso; e de como se maneja tecnologias, a partir das diversas formas de vida no atual contexto epidêmico.

Como recurso narrativo, no intuito de chegar com êxito ao meu objetivo de explorar sentidos e valores em torno do conceito de vida nos estudos da Aids e da Antropologia, passo a discutir sobre a epidemia e a vida a partir dessa dupla possibilidade que a experiência como recurso metodológico nos oferece. As experiências elucidam processos de **criação** de mundos e **administração** de realidades. Sendo assim, aproximo-me da teoria pensando o vivido como uma experiência que é gerada (criada) e gerida (administra).

Com a ideia de experiência gerada no sentido de produzida/criada, foco em abordagens que pensam os diversos determinantes sociais da vida que tornam a Aids uma realidade, produzida a partir de uma série de determinantes sociais, e imersa aos processos de subjetivação. Já com relação a ideia de experiência como algo gerido/administrado, busco dialogar com os estudos que pensam o vivido a partir das experiências de controle e administração das biotecnologias na vida. Nesse sentido, a Aids é produto da vida, fruto de

vulnerabilidades, e incorporada à vida (se aprende a viver com). Para evidenciar tal aspecto, penso a Aids como algo que é **gestado**, sendo uma experiência gerada e gerida pelos seres humanos. Algo que pertence ao cotidiano. A vida e ao vivido.

### 2.3.1. A experiência vivida: a Aids como produto

Os primeiros aspectos que visualizo como importantes de nos atentarmos para compreendermos as experiências na vida são as implicações do cotidiano, e das relações sociais estabelecidas nele, nisso que enxergo como processos de criação de mundos. A experiência, como produto da vida, é resultado direto das dinâmicas sociais, que se constituem a partir das relações sociais estabelecidas no dia-a-dia. Como fatos da vida, tais relações são importantes quando falamos sobre experiências e **vida** porque fazem parte de acontecimentos que se entrelaçam a vida cotidiana e interpelam sujeitos e suas visões de mundo. Por vezes, associados a “eventos”, que, como descreve Veena Das, se “prendem, com seus tentáculos, à vida cotidiana e penetra o recesso do ordinário” (2020, p.22), requalificando ações sociais.

Tal qual a autora, não busco olhar para o cotidiano e observar relações sociais a partir das implicações de “eventos”, que na obra de Das possuem caráter crítico ou não<sup>45</sup>. Aqui, aciono Das apenas como inspiração para importância do **cotidiano** na análise da vida. No meu ponto de vista, é no dia-a-dia que se consolidam modos pelos quais nos percebemos e percebemos os outros a nossa volta. A partir das relações que se estabelecem no cotidiano, concretizam-se processos de produções de sentidos e valores sobre a vida, as experiências e ao que se vive.

Dentre os modos pelos quais o cotidiano e essa produção de sentidos e valores sobre nós e o outros podem ser pensado neste trabalho, faço aqui um breve aceno a ideia de “formas de vida”<sup>46</sup> como categoria central para compreensão da importância do cotidiano na análise.

---

<sup>45</sup> Em relação a noção de “evento”, Das se refere ao conceito como “um construto histórico que constitui uma ruptura” na vida ordinária. Algo que está “em relação” a vida cotidiana, segundo a autora. Já com relação ao caráter crítico do evento, Das compreende o “evento crítico” como algo que não “pode ser incluído nos repertórios existentes de pensamento e ação” (2020, p.21), produzindo assim novos modos de ações no ordinário (Das, 1995). Segundo a leitura que Rosana Castro faz do trabalho da autora: “[...] um evento crítico é reconhecível pelos efeitos que provoca em diferentes dimensões da vida social” (2020, p.91).

<sup>46</sup> Utilizo o termo “formas de vida” como tradução para o português do termo, em inglês, “forms of life”. Opto pela proposição “de”, ou invés de “da”, em alusão a tradução do termo feita por Bruno Gambarotto no livro “Life and Words” de Veena Das (2006). O sentido que gostaria de expressar ao falar das formas de vida se assemelha ao de Das.

Pensar as formas de vida será importante para que possamos compreender os modos pelos quais, na vida, constituem-se “economias morais da vida” (moral economy of life) (Fassin, 2018). Enquanto regime, tais economias agenciam modos de percepções morais, éticas e políticas sobre os sujeitos e os distintos modos de habitar o mundo. Por este motivo, as “formas de vida” me interessam: é a ferramenta/instrumento para percepção dos agenciamentos morais e éticos no cotidiano. Nele, entrelaçam-se uma série de fatores, próprios das economias morais da vida, que interpelam perspectivas sobre o mundo e sobre sujeitos. Produzindo, por consequência, distintas noções sobre o vivido.

Mas o que significa o conceito de “formas de vida”? Como noção antropológica, a ideia de formas de vida (forms of life) possui distintos sentidos. Em diálogo com as influências do pensamento de Wittgenstein, Agambem e Canguilhem nos trabalhos da Antropologia, Didier Fassin dimensiona alguns desses sentidos e valores por trás do termo. Há, para o autor, diversas abordagens em torno do que antropólogos chamam de “forms of life”. Enquanto conceito, esses sentidos implicam em distintas agendas de pesquisa de um ponto de vista metodológico e epistemológico. Em boa medida, essa diferença diz respeito ao modo pelo qual a **vida** é interpretada epistemologicamente.

Num esforço de dimensionar esses aspectos, Fassin discute a utilização de diferentes expressões na língua inglesa, onde as “formas de vida” ou “formas da vida” podem ser compreendidas na grafia inglesa como “life forms” ou “forms of life”. Com relação ao primeiro, Fassin refere-se ao modo de compreensão das vidas mais-que-humana no centro das investigações na disciplina. Um exemplo desse campo seria a dita “antropologia multiespécie” (multispecies anthropology), abrangendo ao universo antropológico pesquisas que colocam no centro do debate plantas, primatas, florestas e jardins, por exemplo (Fassin, 2018). Por outro lado, no campo das “forms of life”, no centro das proposições teórico-metodológicas estão as observações em torno de temas como, por exemplo, “[...] violência e sofrimento, que são considerados como um teste final para a humanidade dos seres humanos” (tradução minha)<sup>47</sup> (Fassin, 2018, p. 26).

Essas distinções implicam em reconhecer as “forms of life” ou “life forms” através de implicações metodológicas, onde a **vida** possui “sentido biográfico” (humanista) ou a um “sentido biológico” (naturalista). De modo dialético, isso implica em valores epistemológicas que não significam reforçar dualismos, mas distintas implicações sobre o que se aborda ao observar vida na investigação da disciplina, epistemologicamente falando.

---

<sup>47</sup> Citação original (em inglês): [...] violence and suffering, which are regarded as ultimate test for the humanity of human beings.

Cabe destacar ainda que no sentido biológico, pensando no valor da vida como conceito epistemológico, estes estudos partem da influência do que Fassin discute ser a “molecularização da vida”, onde o objeto de investigação gira em torno de preocupações teóricas que tangenciam diversos organismos que fazem parte da, e interferem na, vida terrestre (2018, p.8). Já com relação ao sentido “biográfico”, epistemologicamente falando, a influência está relacionada aos processos de transformação com relação ao interesse de pesquisa nas Ciências Sociais, onde as discussões identitárias, a partir dos estudos pós-coloniais e da crítica feminista ao estruturalismo francês, passam a ter maior notoriedade (Fassin, 2018). As “life story”, segundo Fassin, passam a fazer parte da narrativa Antropológica nesse período. Segundo o autor, “[...] o que está em jogo neste dualismo entre naturalismo e humanismo, omnipresente na antropologia contemporânea, é o próprio lugar do humano” (tradução minha)<sup>48</sup> (2018, p.26).

Para as reflexões que proponho ao observar o cotidiano e a vida, o campo das “life story” também influenciam diretamente o meu trabalho. Não que queira reforçar oposições ao afirmar isto. Tal qual descreve Fassin, a intenção ao observar as dinâmicas e formas de vida é colapsar os campos, convergindo assim numa análise propositiva em torno das economias morais da vida:

A idéia de forma de vida surgiu de distintas - e alguns diriam incompatíveis - tradições filosóficas para as quais, além do mais, muitas vezes existem interpretações contraditórias [...]. A maioria dos autores optam por uma tradição e uma interpretação, geralmente ignorando alternativas teóricas. Em minha discussão sobre Wittgenstein, Canguilhem, e Agamben, tenho procurado seguir um caminho diferente, não tentando reconciliar essas abordagens, mas sim discutindo-as dialeticamente (tradução minha)<sup>49</sup> (Fassin, 2018, p.44-45).

Pensar esses campos de modo dialético também será parte do meu esforço na dissertação, tal qual fiz no tópico anterior, quando tratei dos vírus e as temporalidades.

Em um outro texto, ao explorar o que chama de uma Antropologia das Políticas da vida, Fassin (2012) trata dos processos de construção social na realidade, usando como base empírica os problemas de saúde/doença. O autor nos conta, a partir do exemplo do

---

<sup>48</sup> Citação original (em inglês): “[...] what is at stake in this dualismo between naturalismo and humanismo, omnipresente in contemporary anthropology, is the very place of the humam (Fassin, 2018, p.26).

<sup>49</sup> Citação original (em inglês): The idea of form of life has emerged from distinct – and some would say incompatible – philosophical traditions for which, moreover, contradictory interpretations often exist [...]. Most authors thus opt for one tradition and one interpretation, usually ignoring theoretical alternatives. In my discussion of Wittgenstein, Canguilhem, and Agamben, I have aimed to follow a different path, not by trying to reconcile these approaches, but rather by discussing them dialectically (Fassin, 2018, p.44-45).

Saturnismo<sup>50</sup> na França, como as doenças são produtos de consensos, e de ações feitas por sujeitos, que dão “existência a essa realidade [da doença]” (Fassin, 2012, p.378).

Não que os processos de saúde/doença não exista empiricamente. O objetivo de Fassin é evidenciar fatores responsáveis por tornarem os adoecimentos problemas de saúde. Para tal, é necessário uma série de elementos que possibilitem que as condições clínicas se tornem uma realidade ao mundo social. Neste sentido, há um processo duplo de “construir o conhecimento de um problema de saúde”, e de destaque a “instrumentos técnicos na demonstração dos fenômenos sanitários” na escrita do Fassin, que são os pontos-chaves para garantir o que ele chama de “produção social do saturnismo” (Fassin, 2012, p.378), que podemos entender aqui como produção social das doenças.

Mais à frente o Fassin destaca que esse exemplo é uma demonstração do sistema moral e, sobretudo, dado a partir das políticas de vida, que garantem que um problema social seja realidade. Essa noção de construção social da doença é algo que chama minha atenção, então, como uma característica desse modo de fazer Antropologia, preocupada com os processos do vivido, num sentido epistemológico da vida a partir das “life stories”. Ao observar as experiências, e através de um olhar “humanista” (preocupado com as *forms of life*), tida aqui como instrumento analítico, o que esse modo de fazer Antropologia evidencia, também, são os processos de produção social de sentidos às coisas, a depender de sistemas morais que qualificam, de diferentes modos, as vidas. (Fassin, 2012; 2018).

Feito este apontamento, como exemplo para esta abordagem no campo da Aids, identifiquei no trabalho de Carlos Guilherme do Valle (2002) uma série de aspectos que evidencio aqui. No meu ponto de vista, Valle dialoga bem com isso que venho pensando como um exercício reflexivo em torno da **produção social no vivido**. Ou seja, uma análise que dimensiona bem diversos determinantes sociais, percebidas especialmente a partir da **experiência cotidiana**. Refiro-me, em especial, a discussão sobre os processos de construção das identidades no mundo social da Aids, e também sobre o que caracteriza a realidade sociocultural da epidemia, evidenciados no trabalho de Valle (2002).

A partir de diversos aspectos da realidade brasileira entre os anos de 1980 e 1990, Carlos Guilherme do Valle vai nos contando sobre como as pessoas soropositivas na época iam se identificando e percebendo-se, sobretudo ao fugir dos preconceitos, estigmas e valores que se atribuíam a condição sorológica das PVHA através do termo “aidético”. “Os processos de formação identitária” (2002, p.190) incluíam, sobretudo, identidades clínicas, como

---

<sup>50</sup> O Saturnismo é uma condição clínica de adoecimento, caracterizada pela intoxicação de chumbo (Pb) no sangue (Fassin, 2012).

“soropositivo”, que expressavam a condição de enfermidade, diametralmente oposta ao social e culturalmente construído, vinculado ao que se publicava na mídia (Valle, 2002).

No caso, o conjunto de identidades relacionadas à AIDS usadas pela imprensa deve ser visto como um meio de se criar diferença social [...]. E podem ser caracterizados como instrumentos na construção da AIDS através das representações culturais da doença e do doente. (Valle, 2002, 187).

A realidade social produz sentidos e valores aos processos de adoecimento, que nem sempre são expressões das experiências concretas. Isso é resultado, em especial, de distintos sistemas morais e éticos de percepção da vida (Fassin, 2018; 2012). A promiscuidade como regra pra infecção pelo HIV, por exemplo, ou mesmo a criação da “genesis homossexual da epidemia” (Valle, 2002, p.184), fazem parte do quadro sociocultural que potencializa, a partir de metáforas sobre o processo de adoecimento (Sontag, 2007), uma Aids que modela os sujeitos. Neste sentido, a Aids, como resultado de um contexto, e seu mundo social como uma “conjunção de ordens culturais e sociais distintas” (Valle, 2002, p. 208), produz as mais diversas identidades – e diversas Aids vividas.

Em boa medida, estes aspectos dizem respeito aos processos de subjetivação. Outro conceito importante, próprio dos processos que identifico aqui como de produção na epidemia. Neste sentido, o trabalho de Foucault (1975-1976) nos ajuda a compreender tais processos. No texto que uso como referência, mas em boa parte das suas obras como um todo, Foucault está especialmente preocupado com as tecnologias políticas de disciplina e controle, a partir de diversos dispositivos disciplinares, como a sexualidade, por exemplo, através de técnicas, tecnologias e mecanismos do poder presentes na vida (Foucault, 1975-1976). Nesses termos, a biopolítica atua, sobretudo, no vivido e nos processos de subjetivação: “[...] é de natalidade, de morbidade, das incapacidades biológicas diversas, dos efeitos do meio, é disso tudo que a biopolítica vai extrair seu saber e definir o campo de intervenção de seu poder.” (Foucault, 1975-1976, p.292). Ou seja, são mecanismos que atuam sobre as experiências.

No caso da Aids, as biotecnologias recentes (e mesmo as que surgem desde o início da epidemia) são exemplos de instrumentos disciplinares, tecnologias de controle dos corpos, sobretudo porque existem para manutenção do “fazer viver” (Foucault, 1975-1976), implicadas no controle sobre a vida através dos fármacos. São intervenções técnicas à vida, e controlam o vivido.

Todavia, compreender os processos de subjetivação a partir da perspectiva Foucaultiana não é uma hegemonia na Antropologia. A partir da noção de biopolítica e biopoder em Foucault, e da noção de poder que detém o Estado entre o fazer viver e deixar morrer (Foucault, 1975-1976), Fassin (2018) argumenta que isso que o Foucault chamou de biopolítica não corresponde, na verdade, ao que a etimologia da palavra sugere. Deste modo, o termo política na palavra na verdade se refere a governamentalidade, e o sentido do termo bios tem mais a ver com população que a vida de modo subjetivo. Biopolítica não é sobre políticas da vida, portanto, mas sim sobre o “governo das populações” (ou governança das populações). (Fassin, 2018, p.85). Na perspectiva do Fassin, tem mais a ver com o modo pelo qual o poder opera na condução da existência, em oposição ao que políticas de fato fazem na vida das pessoas. Deste modo, apesar de chamar a atenção para o trabalho do Foucault nesta etapa, onde apresento os contornos teóricos disso que identifico como processo de produção na epidemia, utilizarei, mais a frente, uma análise próxima ao que Fassin dimensiona como política da vida, ao invés de imergir propriamente numa perspectiva teórico-metodológica própria ao campo da biopolítica.

Essa discussão me parece importante ao nosso debate, porque a experiência como produto está intimamente relacionado a pensar as distintas formas pelas quais as biotecnologias atuam sobre a **vida**. E apesar de não identificar a crítica ao Foucault, feita pelo Fassin, nos estudos sobre Aids, ela é interessante aqui ao passo que evidencia o modo pelo qual diversas categorias sociais e condições de vida interferem nos processos de valorização da vida, bem como: gênero, classe, raça e etc. É importante, assim sendo, que a limitação analítica do conceito proposto por Foucault seja enunciada, tendo em vista que a vida a partir do vivido, observando de modo particular experiências subjetivas, é regulada por distintos sistemas éticos e morais (Fassin, 2018).

### **2.3.2. A experiência vivida: A Aids a partir do convívio**

[...] uma das experiências mais marcantes e intensas com as doenças de longa duração é justamente a convivência cotidiana

Soraya Fleischer e Mónica Franch. **Uma dor que não passa: aportes teórico-metodológicos de uma Antropologia das doenças compridas**. Política & Trabalho, 2015, p.19

Como último aspecto sobre o que compreendo como as experiências neste trabalho, e base teórica para minhas reflexões, volto-me a ideia de convívio ao que se vive. Para

tal, esse trecho do trabalho de Fleischer e Franch me parece sintetizar bem princípios nos quais me inspiro. A dimensão da experiência como convívio é algo importante, e para que possamos compreender bem, apoio-me aos estudos sobre a **cronicidade**. Diversas palavras que utilizo em todo trabalho não são novidades para Antropologia. Há um tempo discutimos vivências, experiências, controle, cuidado, a partir da noção de cronicidade, especialmente dedicados a etnografar os adoecimentos cumpridos, de longa duração (Fleischer; Franch, 2015). É fundamental evidenciar, portanto, que minha intenção não é a de me distanciar, ou propor algo novo, ao debate sobre experiência. Como bem sabemos, a Aids faz parte desse conjunto de doenças crônicas. Ao falar sobre experiência como convívio, busco, de algum modo, contribuir também com este campo. Pensar junto aos autores a partir das problemas em torno do tema.

No que diz respeito a cronicidade na vida, Fleischer e Franch (2015), por exemplo, ao apresentarem os trabalhos sobre o tema do grupo de trabalho sobre Antropologia e doenças de longa duração na 29ª Reunião Brasileira de Antropologia, destacam que, ao ler sobre cronicidade nos trabalhos “[...] o/a leitor/a terá a oportunidade de apreender a cronicidade de uma forma comparativa, como um processo que enseja aprendizagens, afeta subjetividades e produz novas práticas sociais envolvendo uma pluralidade de sujeitos e de dimensões.” (Fleischer; Franch, 2015, p.16).

Bastante similar ao que vinha evidenciando na etapa sobre as experiências como produto da realidade, é evidente, a partir desta passagem, o quanto essa noção de crônico está intimamente relacionada a entender processos de adoecimento como resultado de experiências vividas, produto da relação entre o sujeito e o meio. São as “práticas sociais”, as transformações ao que se vive, ou mesmo os “processos de aprendizagem”, que são destacados pelas autoras como o que se aprende ao ler sobre cronicidade. O convívio, neste sentido, interessa-me bastante ao refletir sobre as experiências. Pelo que pude notar, estar num processo de adoecimento é aprender a “conviver com”.

Vejam os que dizem as autoras, usando como referência o trabalho de Silvana Fava<sup>51</sup>:

[...] a não adesão ao tratamento para a hipertensão arterial sistêmica não é exatamente uma dificuldade para os “adoecidos”, mas um profundo dilema para os profissionais da saúde. Muitas dessas pessoas não se veem como “hipertensos”, nem como “doentes”, muito menos como “doentes crônicos” (Fleischer; Franch, 2015, p.18).

---

<sup>51</sup> Silvana Maria Coelho Leite Fava, Universidade Federal de Alfenas, comunicação pessoal no GT Antropologia e Doenças de Longa Duração. 29ª Reunião Brasileira de Antropologia, Natal, 2014.

Essa perspectiva de perceber a relação entre as pessoas e as doenças como uma relação de convívio é de fato extremamente interessante, e se complementa com a ideia de saúde/doença como produto de um contexto, que discuti anteriormente. Como percebemos na passagem acima, muitas vezes as pessoas nem se veem como doentes, mas faz parte da construção social da doença essa identificação, que só é possível se experienciada cotidianamente. Ser “doente” se dá, sobretudo, a partir do convívio diário com as políticas de saúde, idas aos hospitais, por causa do uso diário de fármacos e outros tantos motivos.

Na Antropologia do Fassin, tal percepção pode ser feita, em especial, na análise das políticas da vida. Como ele diz: “a política é, em última instância, uma intervenção da sociedade sobre as vidas humanas” (tradução minha)<sup>52</sup> (Fassin, 2018, p.116), e devem ser pensadas a partir da análise sobre o modo como atuam no vivido. Ou seja, como elas afetam o dia-a-dia das pessoas, e de que modo se convive com elas, como as administram na vida – pensando as pessoas de modo particular, e não “populações”.

O trabalho do Lucas Melo (2020) é um exemplo interessante desta dimensão em torno da experiência, aqui compreendida a partir do convívio. Ao investigar o processo que chama de “modelação das sociabilidades” (Melo, 2020, p.1), o autor demonstra como, no caso da Aids, a relação entre o indivíduo soropositivo e o mundo vai sendo construída a partir das políticas de saúde. No trabalho de Melo é evidenciado de que modo os medicamentos funcionam como instrumentos que requalificam as condições de vida, na busca por o que os usuários dizem ser uma “vida normal” (Melo, 2020, p.3). A política na vida, pensando a partir do Fassin, neste caso, funciona como um “apagador” do vírus nas experiências dos usuários dos fármacos, pois, apesar do HIV ainda habitar o organismo da pessoa infectada, independente do uso ou não dos medicamentos, graças a eles é como se o HIV não existissem para o humano. No imaginário, é como se a pessoa fosse “normal” (sem o HIV).

Essa discussão sobre a “vida normal” do soropositivo graças as políticas de saúde pode ser problematizadas em diversos sentidos, e Melo a utiliza para compreender e criticar o que ele diz ser a “cronificação da infecção pelo HIV” (2020, p.6). Esse processo, para o autor, vem tornando a Aids, cada vez mais, uma condição clínica erradicada. Nesse sentido, as pessoas não mais adoecem, e por não passarem por essas experiências, é como se não existisse mais a Aids. Esse discurso que sugere um fim para a epidemia vem sendo problematizado por diversos pesquisadores, como alertei no Capítulo 1, e o problema aqui é justamente o fato de que,

---

<sup>52</sup> Citação original (em inglês): “politics is ultimately an intervention of society upon human lives” (Fassin, 2018, p.116)

independentemente dessa narrativa, o vírus continua existindo. Há diversos determinantes sociais que fazem com que nem todas as pessoas consigam aderir adequadamente ao medicamento, e viver com o HIV sem passar por processos de adoecimento, o que Melo (2020) também discute. Ou seja, essa “vida normal” é uma possibilidade restrita a poucas pessoas.

Dentre a infinidade de possibilidades analíticas presente na relação fármaco-indivíduo e indivíduo-vírus, especialmente a partir das sociabilidades, o trabalho de Melo me parece importante, por hora, como exemplo de como a vida nos estudos sobre Aids é, também, o convívio e a relação dos humanos com medicamentos, com as categorias biomédicas que qualificam o vivido, com os hospitais, com o próprio HIV, com os efeitos colaterais do medicamento e etc. A “vida normal” que Melo evidencia no seu texto é uma percepção sobre o vivido, produto direto do convívio das pessoas com a epidemia, tida aqui a partir do uso dos antirretrovirais.

### **2.3.3. A vida como objeto ético, político e moral**

Quando Herbert Daniel escreveu sobre a Aids, a pensou e narrou como experiência da vida. Num contexto onde o diagnóstico da Aids era um anúncio de morte prematura a quem o recebesse, ele negou enxergar a morte como o ponto de partida pra narrativa sobre a Aids. Através dos textos, Daniel nos lembrou que a Aids pertence à vida. A condição clínica que chamam de Aids é algo que só se sente vivo. A Aids é um fenômeno do cotidiano, que afeta experiências diárias, permeada por sentidos, afetos e valores. Algo próprio à vida e ao que se vive. É a partir desse mesmo ponto de partida que penso a epidemia, a prevenção, o vírus, os medicamentos e as experiências. Apesar da PrEP não ter relação direta com a Aids que Herbert Daniel vivenciou, nesta etapa do trabalho o que chamo a atenção é para os sentidos em torno da abordagem do tema.

A relação entre os humanos e o HIV é algo que durante quatro décadas vem, cada vez mais, ganhando novos valores e sentidos, como disse ao iniciar esse trabalho. A ideia de morte prematura, o estigma e o preconceito se perpetuam, enquanto o modelo de resposta incorporado institucionalmente vem se transformando cotidianamente. O resultado disso é uma Aids gestada pelo social, que quando analisada pela Antropologia revela diversas realidades e experiências. Pensar a Aids deste modo é entender que ela é gerada e gerida pelo corpo social.

Aqui, foquei em compreender qual a abordagem em torno da vida utilizarei. Como enxergo a vida na análise. Mas para além disso, esse texto também funciona como um aceno positivo à Antropologia da vida ou Antropologia das políticas da vida do Didier Fassin (2018;

2012), e da proposta metodológica de descida ao ordinário de Veena Das (2020). A partir das “life stores” como objeto de investigação, e da preocupação metodológica de perceber a vida como experiência, a Antropologia feita por Fassin e Veena Das tem um recorte explícito da vida, que no meu ponto de vista evidencia a importância das relações humanas no cotidiano como reveladoras de problemas sociais centrais para o entendimento dos processos sociais.

Muito similar a proposta crítica de percepção da epidemia do Herbert Daniel e Herbert de Souza, onde a experiência é a principal chave/objeto de análise para tratar a Aids, tenho por objetivo nesse trabalho alertar, também, que o exercício reflexivo de pensar a Aids como experiência não é por acaso. Assim, tem-se a possibilidade de ampliar a análise a um princípio ético e político de percepção dos modos de vida que revela as distintas economias morais da vida (Fassin, 2012), e sistemas éticos, que regulam desigualdades e, por consequência, diversas Aids vividas. Isso é importante porque há, portanto, uma relação fundamental entre as possibilidades desse projeto metodológico e a evidência das condições de vida de sujeitos em estado de vulnerabilidade.

Este será o foco das próximas páginas.

## Segunda dose

### A PrEP como experiência

A doença faz parte dos processos simbólicos e não é uma entidade percebida e vivenciada universalmente. A doença é um processo experiencial.

Ester Jean Langdon  
**A doença como experiência**, 2001.

O corpo, na proporção que materializa em cada um de nós a inscrição da sociedade e do trabalho do tempo, porta também um testemunho, através da doença como um dado físico e material, mas também como uma narrativa individual e coletiva.

Didier Fassin  
**O sentido da saúde**, 2012.

Nesta segunda dose conheceremos algumas das experiências de Maria, Carla, Pedro, Gabriel, João, José e Lucas com a PrEP. Nomes fictícios das pessoas que fizeram parte das entrevistas que utilizo como material empírico nesta dissertação. Seja por causa da orientação sexual, da cidade que residem ou do corpo que habitam, cada um desses sujeitos traz consigo um modo particular de perceber e narrar o mundo, o SUS, o medicamento, o protocolo PrEP, os profissionais com os quais interagem, e essa diversidade de perspectivas é o que me interessa nesta etapa do trabalho. Direciono o olhar ao que é vivenciado pelas pessoas. A partir do pouquinho que cada um tem a dizer sobre a PrEP, as experiências narradas nos conduziram a diversos aspectos da realidade social que foram atravessados pelo fato de cada um ter aderido ao protocolo.

Seja por causa do uso contínuo do medicamento, ou em decorrência das idas aos consultórios médicos, analisarei mais a frente relações sociais a partir do vivido que foram requalificadas, algumas inalteradas, seja com familiares e amigos ou profissionais de saúde. Todas estão presentes no material e são narradas e expressas por sentimentos, muitas vezes de agradecimento ao que a biomedicina oportunizou em suas vidas com essa tecnologia médica,

por vezes raiva e inquietação em relação aos desafios que as precariedades e os marcadores sociais da diferença provocam em suas vidas.

O que torna uma pessoa vulnerável ao HIV? O que faz com que alguém sinta a necessidade de proteger-se do vírus? Quais os mecanismos que operam no processo de reconhecimento do risco e da vulnerabilidade como algo que importa nas tomadas de decisões antes, após ou durante práticas sexuais? Por que uns se protegem e outros não? Essas questões me inquietam, mas não as responderei por completo. Nesta etapa, cada uma delas funcionará como mobilizadoras, onde o objetivo é analisar o que essas pessoas têm a dizer sobre a realidade de vida, como ferramenta para compreensão de aspectos importantes sobre o vivido e as políticas públicas de saúde.

Quando comecei a ler o material que me foi disponibilizado, encarei as entrevistas como uma oportunidade dada a essas pessoas para que elas pudessem narrar o vivido, a realidade. Pensando a partir dessa perspectiva, nesta *segunda dose* utilizo as narrativas, tal qual Langdon (2001), como “[...] expressão simbólica que explica e instrui como entender ‘o que está acontecendo’ [...]”. Cada um, ao narrar, reflete sobre as vantagens, dificuldades e percalços enfrentados na vida, que na minha observação me levam a compreender de que modo “[...] a tradição oral faz parte do processo cultural onde os sistemas simbólicos criam e são criados através do discurso” (Langdon 2001, 248). É nesse processo de criação dos sistemas simbólicos que os convidados a imergir. Eles nos auxiliaram a entender como operam moralidades, os estigmas e os preconceitos no presente.

Inicialmente o foco será nos sujeitos. No universo que os envolvem e que caracteriza isso que denominei estado de fronteira em relação à Aids. Nos próximos dois capítulos passaremos por debates da Antropologia, em especial, mas das Ciências Humanas, de modo geral, que nos auxiliaram no intuito de refletir sobre o lugar que cada um desses usuários habitam na realidade social, e de que modo isso implica em distintas relações com a tecnologia médica.

## Capítulo 3

### Primeiros passos: os sujeitos entrevistados<sup>53</sup>

Neste capítulo meu objetivo é apresentar os sujeitos da pesquisa. Para tal, destacarei trechos das entrevistas onde as pessoas **falam sobre si**, e também sobre o **contexto** no qual estão inseridas. Por mais que diferencie o sujeito e o meio, não penso esses dois elementos como algo dicotômico, mas sim dialético, onde o “eu” (aqui representado pelas pessoa em uso da PrEP) constitui-se.

Mas o que significa “falar de si”? Esta pergunta me parece interessante para dimensionar aqui dois aspectos em relação ao que notei sobre as descrições ao ler as entrevistas: primeiro que há um lugar de destaque, na descrição de si feita pelos entrevistados, a categorias sociais relacionadas ao gênero e sexualidade, em especial ao reconhecimento a grupos específicos, como gays e travestis. Por outro lado, há também uma dimensão subjetiva nesse “falar de si”, onde, neste caso, certas descrições revelam precariedades à vida muito particulares a depender de quem fala. Refiro-me a dificuldades, desafios e implicações das desigualdades sociais, em especial, que não necessariamente afetam de modo universal a todas as pessoas, mesmo que do mesmo “grupo”. Nesses casos, tais precariedades reverberam-se em distanciamentos ou aproximações dessas pessoas ao serviço de saúde. Nas próximas páginas busco encarar o desafio de dimensionar os “usuários em PrEP” tendo em mente esses dois elementos.

Indo um pouco além no que diz respeito aos grupos, enquanto lia o material pude notar que essas falas tinham a ver com um certo distanciamento, no pensar em “si”, a aspectos da vida pessoal. Era como se o “eu”, usuário, fosse também um eu-político. Nesses casos, não é “Gabriel” ou “Carla” que está indo ao serviço, é um “homem gay”, ou “uma travesti”. Como estou lidando com entrevistas que estão tratando de assuntos em torno do HIV/Aids, do sexo,

---

<sup>53</sup> Parte do debate teórico presente neste capítulo foi desenvolvido a partir da avaliação final que escrevi para disciplina de “Antropologia do Corpo e da Saúde”, ministrada pelas Professoras Mónica Franch (UFPB), Ednalva Neves (UFPB) e Rosamaria Carneiro (UnB). A disciplina ocorreu no primeiro semestre letivo de 2021, e foi ofertada pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba (PPGA/UFPB). Agradeço as professoras pela oportunidade de cursar a disciplina como aluno especial, e pelas contribuições ao meu trabalho durante os encontros e seminários.

da prevenção, temas que são permeados por estigmas e preconceitos, noto que esse “movimento” nas falas tem a ver com processos de construção de alteridades próprios da epidemia. Nesse caso, parece-me haver o inverso ao que discute Daniela Knauth ao tratar do HIV como o vírus do “outro” quando trata da construção da alteridade entre mulheres heterossexuais. Aqui, o “eu” é sim essa pessoa potencialmente em risco, e por isso é que surgem, nas falas, com proeminência. Servindo como marcador moral. Essas pessoas não estão indo procurar a PrEP por acaso, mas porque são parte desses grupos.

Não desconsidero, em partes, que a relação indivíduo/grupos tem a ver com o modo que as perguntas foram feitas. Em alguns momentos da conversa os entrevistadores faziam perguntas sobre como os entrevistados percebiam a importância da PrEP ser direcionada a grupos específicos, como podemos notar no roteiro em anexo (ANEXO 2). Isso fazia com que as pessoas sempre direcionassem as falas e percepções sobre a PrEP aos grupos. Todavia, essa repetição de associação no decorrer da entrevista chama a minha atenção para o fato de que, aqui, não há como perceber o “eu” separado do “nós”. Pude notar que mesmo quando não está sinalizado na pergunta essa relação direta aos grupos as pessoas buscam se afirmar como “gays” ou “travestis”, por exemplo. Parto do princípio, então, que ser um usuário “em PrEP” é, antes de tudo, ser parte das populações em maior vulnerabilidade à infecção. É ser essa pessoa (grupo) potencialmente em risco. Não há como desconectar algumas das falas e narrativas das populações elegíveis a PrEP. Mesmo que digam mais sobre populações que a um “eu” individual, os grupos são importantes como parte do processo de constituição identitária no contexto de prevenção à Aids. O que faz com que alguém, ao descobrir que há uma profilaxia como a PrEP, opte por aderir e tornar-se usuário? É entre essa percepção de si, mesclando indivíduo/grupo, que veremos como a identidade clínica de “vulnerável ao HIV” afirma-se nesse universo.

Já com relação as subjetividades, como disse anteriormente, não são todas as falas que partem desse mesmo lugar de identificação coletiva. Há também momentos em que a vida pessoal/particular do “eu” está em destaque, sem qualquer relação a grupos. Uma das coisas que me inquietou durante a análise foi perceber de que modo operam os processos de subjetivação, que aqui nos ensinam que ser um usuário é muito mais que fazer parte de grupos e reconhecer a vulnerabilidade, como vinha argumentando nos parágrafos anteriores. Tais dinâmicas podem ser percebidas em alguns relatos: uma das entrevistadas, ao falar sobre colegas profissionais do sexo assim como ela, relatou que mesmo conscientes dos riscos à infecção pelo HIV essas “meninas” não queriam fazer uso da PrEP. Do mesmo modo, um outro entrevistado, ao falar de amigos, também relatou que alguns deles, mesmo que gays (ou seja, parte das

populações elegíveis a tecnologia), conheciam a PrEP mas não tinham interesse em aderir a profilaxia. No meu ponto de vistas esses dois exemplos nos ensinam que há outras questões que mobilizam o interesse das pessoas pela tecnologia. Há particularidades que interpelam as pessoas que têm o “perfil” para PrEP, que as fazem serem, ou não, usuárias.

Ou seja, estamos falando aqui de marcadores sociais atuando em situações como estas, que, por um lado, dimensionam na análise quais mecanismos operam no processo social que torna uma pessoa usuária do serviço, por outro, também nos dizem sobre o que está por trás do distanciamento das pessoas em vulnerabilidade ao serviço de saúde. Na leitura, este último processo (de distanciamento) parecia-me mais conectado as subjetivações que aos processos de reconhecimento aos grupos. Em síntese, utilizarei dois modos sobre o **falar de si** que identifiquei na leitura do material.

Passo a discutir o que é ser um usuário PrEP a partir das seguintes dimensões: a) a primeira delas subjetiva/particular, através de processos de reconhecimento identitário do que é ser uma pessoa vulnerável ao HIV (conectada aos grupos ou não), onde a pergunta central/mobilizadora para minhas reflexões será: “o que opera no social ao passo de fazer com que as pessoas se reconheçam como vulneráveis ao HIV?”; b) a segunda dimensão será social/contextual, onde o foco será nas narrativas sobre os caminhos trilhados em vida, em contato com o mundo social da Aids e a biomedicina, que os fazem reconhecer a importância que tem a PrEP em suas vidas, e fortalece a adesão ao protocolo e a necessidade de uso do medicamento. Nesta dissertação compreendo a Aids como fenômeno circunstancial. Busco mapear os contornos que constituem tais processos identitários em torno dos sujeitos em PrEP, caracterizados pela relação dialética entre indivíduo, identidades, grupo/coletivo e cotidiano/meio social.

Tais perspectivas são processos que constituem sujeitos, usuários em PrEP, e correspondem a minha preocupação analítica neste capítulo de dimensionar os sujeitos e o universo no qual essas pessoas estão imersas. Esses apontamentos iniciais me auxiliarão a compreender sobre quem (e o quê) estamos falando, para que só assim possamos dar continuidade e, logo após, direcionar o olhar as experiências de cada um com a tecnologia.

Nas próximas páginas, após apresentar o perfil dos entrevistados, passo a descrever suas experiências a partir de implicações por vezes particulares, por vezes semelhantes. Ao fazer esse movimento, evidencio aspectos metodológicos e teóricos que me levam a compreender os usuários a partir das discussões em torno do **cotidiano** e do **corpo** na Antropologia. Grifo estas palavras por serem categorias centrais, que me auxiliam a dimensionar **sujeito** e **espaço social** nesta dissertação. No Brasil, para ter acesso a PrEP é protocolar que tais pessoas sejam parte de

populações prioritárias, como já alertei. Portanto, falar sobre a PrEP é falar sobre corpos e sujeitos marcados por experiências de vida, que são vividas cotidianamente, passíveis a macroestruturas que os condicionam ao estado de vulnerabilidade à infecção pelo vírus da Aids. Nesta dissertação o corpo assume um lugar central de *figura metodológica* (Csordas, 2008) que me permite refletir sobre as narrativas do dia-a-dia.

### 3.1. Os usuários em perspectiva: observando corpos, identificando sujeitos

Com relação a descrição dos usuários, todas as informações foram retiradas das entrevistas, realizadas entre 2018 e 2019. Naquele momento, Carla e João eram usuários em PrEP e moravam em Brasília. A diferença de idade entre ambos é de dez anos, ela tinha 36 e ele 26. Carla é travesti, era profissional do sexo, formada em Fisioterapia e morava sozinha. Solteira, enxergava sua condição profissional como resultado da falta de oportunidades que teve na vida.

**Carla:** A sociedade não dá muita oportunidade para você trabalhar, tal. Eu trabalho com programa hoje em dia, já tem algum tempo. Vamos ver na vida, né, infelizmente a oportunidade que a gente tem a gente vai se encaixando. (Entrevista realização em Brasília-DF).

João se afirmava como homem gay. Ao se referir ao grupo dizia ser importante que tais “populações” sejam grupos prioritários, já que, na visão dele, estão mais expostos ao vírus. Formado em Farmácia, afirmava estar desempregado e à procura de um emprego.

**João:** [...] em relação a ser focada a essa população eu também acho importante né, porque é uma população que está mais em risco, que se expõe mais ao risco, né, não sei, pode ser porque possam vir a fazer mais sexo, tem esse lado né, mas é uma população que realmente está em mais situação de risco, por isso a preocupação de que essas pessoas que sejam as mais beneficiadas pelo programa. Acho importante. (Entrevista realizada em Brasília – DF).

Maria e Pedro moravam em Manaus. Ambos tinham 27 anos. Pedro é Psicólogo de formação e possui “algumas pós-graduações”. Deixou bem claro que se identificava com o campo político de esquerda, adorava fazer atividades físicas e também se afirmava como homem gay: “eu sou gay, viadão, bem assumido, bem. Apesar de cis, né. Mas sou muito muito viado, e é isso”. Maria é travesti, e na época trabalhava como cabelereira. Estava em situação de rua e também era profissional do sexo num ponto da Zona Sul da cidade. Ia começar a faculdade no

“ano que vem” (neste caso, 2019). Afirma ser mestiça e estava tendo um “lance” com “um menino aí que ele é meio... tá mais pra lá do que pra cá, entendeu?”. Enxergava a PrEP como política fundamental para as travestis e pessoas em situação de rua.

**Maria:** [A PrEP] tá abrindo as portas pra gente que vive na rua, né? Mas só que a maioria de nós somos irresponsáveis, entendeu? Muita gente, muita, muitas delas pensam que tem, tem medo. É irresponsabilidade o nome disso, né? [...] Eu como trabalho no ponto lá da, na Zona Sul, aí eu convidei as meninas, a \*\*\* até conhece as meninas e nenhuma quis vim, só eu mesmo, eu e uma outra. (Entrevista realizada em Dezembro de 2018, Manaus).

Lucas, Gabriel e José moravam no Recife. Os três se reconheciam como homens gays, e nas três entrevistas afirmaram que já estiveram, ou estavam, em um relacionamento sorodiscordante. Lucas naquele momento estava solteiro. É psicólogo de formação e atuava como servidor público estadual. Tinha 46 anos e se reconhecia como pardo. Conheceu a PrEP por causa da “aproximação muito grande com o movimento LGBT”, a partir do trabalho que desenvolvia junto ao governo do estado. Já Gabriel tinha 34 anos, é assistente social e na época trabalhava como servidor público na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Recife. Atuava na coordenação para políticas de saúde LGBT do município. José tinha 40 anos e quando foi entrevistado estava usando PrEP a pouco mais de seis meses. Enxergava a política como forma de ampliar a proteção ao HIV.

**José:** Ele [o companheiro] falou que ele como portador da doença ele já faz o tratamento [...] não transmite a doença, ele faz o tratamento, mas ele não queria que eu corresse o risco, né. Embora que a gente use todos os métodos de prevenção, camisinha, tudo mais, mas a gente queria, a gente precisa combinar uma prevenção mais assertiva. (Entrevista realizada em Fevereiro de 2019, Recife – PE).

Como primeiro passo ao exercício teórico-metodológico de análise dos sujeitos da pesquisa, início esta etapa de apresentação dos entrevistados a partir da discussão sobre o corpo na Antropologia. Mapear reflexões em torno desse tema/objeto de estudo será fundamental para as próximas etapas, onde discutirei aspectos contextuais, implicados nos processos de reconhecimento identitário. Aqui, nos auxiliará a dimensionar quem são e o que permeia os processos de constituição dos usuários dessa tecnologia biomédica na realidade social.

O tema do corpo na Antropologia emerge a partir de uma perspectiva crítica a dualidades clássicas da disciplina, como a oposição natureza/cultura, que se expressa nesse

campo na relação corpo/mente. Nesse sentido, busca-se superar a noção de que o corpo é algo dado (natural) ou objeto inerte à coercitividade social (Csordas, 2008; Frangella & Rui, 2017; Maluf, 2001; Scheper-Hughes & Lock, 1987). Sobretudo após a publicação de *As técnicas do corpo*, de Marcel Mauss ([1934] 2015), as discussões em torno do tema na disciplina tencionam a relação entre aspectos sociais, psicológicos e físicos que qualificam os diversos modos de “usos” do corpo como “fatos sociais totais” e fruto de um *habitus* coletivo.

O paradigma da corporeidade é uma das principais contribuições aos estudos do corpo, que impõe novas questões para a pesquisa empírica sobre a cultura e o sujeito na Antropologia (Csordas, 2008). Nesses termos, o corpo não é objeto da cultura, mas sujeito, ou como Thomas Csordas afirma, “base existencial” da cultura (2008, p.102). Baseando-se na sociologia de Bourdieu e na filosofia de Merleau-Ponty, Csordas discute a corporeidade enquanto *princípio metodológico*, em que o corpo é uma *figura metodológica* não-dualista, que não deve ser utilizada na análise empírica como antagonista a mente, mero resultado das implicações de estruturas sociais ou instrumento para práticas do sujeito. Csordas evidencia a possibilidade de colapsar esses dois campos na análise empírica a partir da proposta de incorporificação (embodiment) (2008, p.105), em que o corpo, metodologicamente, passa a ter agência e valor diante das dinâmicas sociais.

Preocupadas com a Antropologia Médica e baseadas numa agenda de pesquisa americana de abordagem do corpo, Scheper-Hughes e Lock (1987) discutem a necessidade de incorporar aspectos socioantropológicos da discussão sobre corpo no debate biomédico. Sublinho a contribuição dessas autoras tendo em vista a aproximação entre o debate que elas fazem e os meus dados sobre corpos medicalizados nesta dissertação, usuários das tecnologias biomédicas. Em diálogo com a biomedicina, para elas é fundamental suspender a oposição epistemológica entre corpo e mente (dualismo cartesiano) dado nesse campo. No argumento, o corpo surge como artefato físico e simbólico, produzido natural e culturalmente, que deve ser repensado fora de categorias analíticas que fazem parte do que elas classificam como uma falácia biológica (biological fallacy) na Antropologia Médica.

A principal contribuição da abordagem é o modo como o corpo é pensado, a partir de três dimensões (the “three bodies”), que as autoras classificam como caminhos epistemológicos possíveis na discussão sobre o corpo: o individual, o social e o político. Sujeitos em processo de adoecimento, ou mesmo em qualquer outra condição relacionada à saúde/doença, são tidos a partir do que elas chamam de uma “[...] nova epistemologia e metafísica do corpo consciente (mindful body) e das fontes emocionais, sociais e políticas de

doença e cura” (tradução minha)<sup>54</sup> (Scheper-Hughes; Lock, 1987, p.30). Compreendo ser fundamental entender esses aspectos quando me refiro aos usuários em PrEP.

Tais abordagens, enquanto categorias analíticas, são pensadas da seguinte forma: o primeiro deles (o corpo individual) está relacionado a uma compreensão fenomenológica da experiência vivida, em que as particularidades importam para compreensão dos processos de corporificação, tendo em vista que tais experiências são variáveis por excelência. O segundo, o corpo social, está relacionado a percepção do corpo em relação as estruturas sociais e a própria sociedade; enquanto que o último, o corpo político, está relacionado as abordagens em torno do corpo e das políticas/tecnologias de controle e regulação: “[...]o terceiro corpo [o político, ao qual me referi] é o mais dinâmico ao sugerir por que e como certos tipos de corpos são produzidos socialmente” (tradução minha)<sup>55</sup> (Scheper-Hughes; Lock, 1987, p.8). Nessas perspectivas os dualismos tornam-se superados quando identifica-se o corpo como produto e produtor de valores e regras culturais, seja em suas mais diversas dimensões ou perspectivas epistemológicas (individual, social ou política). No meu ponto de vista, Scheper-Hughes e Lock são importantes por dimensionar essas distintas abordagens que qualificam ainda mais o corpo no campo, seja biomédico ou antropológico.

No entanto, chamo atenção também para a associação entre corpo e a noção de *pessoa* nas diversas sociedades. Sem que isso ocorra, cai-se numa nova dicotomia, entre corpo e pessoa (Maluf, 2001). É nesse sentido que, ao discutir novas identidades urbanas, Sônia Maluf nos conta sobre a “dimensão corporal ou corporificada da experiência” (2001, p.95). Em tal perspectiva o corpo não é apenas um espaço para incorporação de símbolos, mas “também uma forma de se constituir como um determinado tipo de sujeito” (2001, p.96). Esse exemplo é central ao que proponho nesta dissertação, e utilizo a dimensão corporificada da experiência como fio condutor deste capítulo, no vislumbre dos sujeitos PrEP.

A partir de uma percepção articulada entre corpo e sujeito, identifico o processo de constituição do sujeito na PrEP através de **duas** dimensões corpóreas da experiência vivida pelos usuários, relacionadas a condição de vulnerabilidade. Essas dimensões associam-se ao que já havia discutido logo de início, ao tratar do sujeito e o meio: a) na primeira, experiências de reconhecimento identitário ao “círculo de vulnerabilidade” são o fator central. Explicarei essa categoria nativa no próximo tópico. Situações momentâneas de medo, sobretudo em relações

---

<sup>54</sup> Citação original (em inglês): “[...] new epistemology and metaphysics of the mindful body and of the emotional, social, and political sources of illness and healing” (Scheper-Hughes; Lock, 1987, p.30)

<sup>55</sup> Citação original (em inglês): “[...] the third body is the most dynamic in suggesting why and how certain kinds of bodies are socially produced” (Scheper-Hughes; Lock, 1987, p.8).

desprotegidas, em que o corpo quase se infecta pelo vírus, é o que os fazem reconhecer a condição de vulnerabilidade ao HIV, portanto, um sujeito que precisa da PrEP; b) na segunda, a experiência clínica/hospitalar é o elemento-chave. Os corpos dessas pessoas estão submetidos, cotidianamente, a intervenção médico-farmacêutica. Todos os dias a biomedicina relembra a condição de vulnerabilidade ao HIV dessas pessoas através de um fármaco. Desse modo, a experiência corporal torna-se o *meio* para que se garanta a excelência e os bons resultados esperados para efetivação das biotecnologias médicas, e o corpo é o principal “instrumento” de intervenção para efetividade das políticas de saúde, em que esse tal “determinado tipo de sujeito”, que Maluf (2001) nos conta, também se constitui.

Para que não restem dúvidas sobre a relação entre essas duas “dimensões corpóreas da experiência vivida” e o que relatei no início do capítulo, quando discuti como percebo esses sujeitos, compreendendo-os a partir das leituras sobre si e sobre o meio social no qual estão inseridos; quando falo em “experiências de reconhecimento identitário”, associado ao “círculo de vulnerabilidade”, refiro-me as narrativas sobre “si”, tanto associada aos grupos, como também as particularidades subjetivadas. Já com relação a “experiência clínica hospitalar”, refiro-me aos contextos e aspectos do mundo social no qual essas pessoas estão inseridas, que nas entrevistas me saltam aos olhos ao dimensionar o que é ser um usuário da PrEP.

Falar sobre esses corpos enquanto sujeitos (Csordas, 2008), tendo em vista sua dimensão individual, coletiva ou política, implica em reconhecer, portanto, a condição de vulnerabilidade como algo que constitui sujeitos a partir da experiência vivida. É esse *estado social* que os qualificam como sujeitos usuários em PrEP. Por esse motivo, utilizei como subtítulo desta seção “observando corpos, identificando sujeitos”. Reconhecer a vulnerabilidade significa passar por uma série de situações em vida que ocorrem através do corpo, seja nas relações sexuais, em momentos de cuidado ou mesmo durante procedimentos clínico-farmacêuticos, os quais constituem os sujeitos.

### **3.2. O “círculo de vulnerabilidade”**

Digamos que você se apaixone. Conheça alguém especial, sinta interesse por essa pessoa, e juntos decidam construir uma relação afetiva/amorosa. Após algum tempo, vocês criam vínculos cada vez mais fortes, até que ela chega para você e diz: eu vivo com HIV. Dentre várias formas de se reconhecer como uma pessoa passível à infecção pelo vírus, essa cena ilustra o modo como José, o qual apresentei anteriormente, passou a se identificar como sujeito parte daquilo que um amigo próximo chamou de “círculo de vulnerabilidade”. Essa categoria nativa

é bastante interessante, e a utilizarei como elucidativa ao espaço social no qual os sujeitos que fazem parte dessa pesquisa estão imersos. Ou seja, é o que constitui, por excelência, o espaço de fronteira que essas pessoas estão em relação a Aids, numa condição de “experiência próxima” a epidemia. Esse tal círculo é apenas um pequeno universo, envolta do complexo contexto social que a Aids representa.

Como havia dito na introdução da dissertação, a partir de uma leitura epidemiológica, gays e homens que fazem sexo com homens, pessoas trans, profissionais do sexo e pessoas em relacionamento sorodiscordante são sujeitos vulneráveis à infecção pelo HIV. Tal constatação pode nos fazer ter uma leitura equivocada do que significa o “círculo de vulnerabilidade” na realidade com a qual dialogo. Sublinho que não basta pertencer a essas populações para se identificar como parte desse espaço. O termo está relacionado ao reconhecimento a partir da experiência, não necessariamente a definições clínicas. Ou seja, refere-se a múltiplos fatores socialmente vividos que fazem com que as pessoas se percebam nesse lugar. Voltemos a história do José. Digamos que você seja um homem cis gay. Esteja num relacionamento estável, mas o seu companheiro não vive com HIV. Apenas por ser gay isso não quer dizer que você se reconheça no tal “círculo”. Envolve outros fatores. Nas narrativas que tive acesso o “círculo” é acionado após experiências de risco. Nesses casos, as pessoas se veem diante da possibilidade de infecção. Enxergam o HIV próximo a elas.

A noção de risco será aqui problematizada, e a diferenciarei da ideia de vulnerabilidade. Neste sentido, tentarei esboçar de que modo percebo a noção de risco enquanto fato estigmatizante, atuando sobre esse espaço que aparece nas narrativas como “círculo de vulnerabilidade”. Por mais que o sentimento de “risco” seja algo compartilhado por todos, ele é apenas um dos fatores que compõem esse complexo universo da vulnerabilidade. Antes, vejamos essa passagem da entrevista na fala de José, onde a categoria surge quando ele se refere a um amigo, que parou de usar a PrEP:

**Entrevistadora:** você sabe porque essa pessoa parou de usar?

**José:** Eu acho que foi por causa da rotina, e porque ela disse que não estava mais vivendo em **círculo de vulnerabilidade**, né. Como ela estava em um relacionamento estável, tudo certinho, então ela entendeu que não era mais necessário. Foi mais por conta dessa situação hoje que ela vive (grifo meu). (Entrevista realizada em Fevereiro de 2019, Recife – PE)

Num dos momentos da sua entrevista, Carla também relata algo similar, por mais que não cite o termo “círculo de vulnerabilidade”, mas que aqui nos ajuda a dimensionar alguns aspectos:

**Entrevistadora:** [...] e você decidiu participar por quê?

**Carla:** Ah, por eu fazer programa, eu sou do grupo de risco, eu transo com vários tipos de homens, a gente não sabe a procedência de cada pessoa que a gente transa, e mesmo usando a camisinha tem o risco de estourar, se existe uma possibilidade de você se prevenir de uma outra forma, porque não né? Até porque eu tenho amor à minha família e à minha vida, acima de tudo à minha vida, então o que puder fazer pra eu não me fuder, eu vou fazer. (Entrevista realizada em Brasília – DF)

Carla e José utilizam em suas falas o termo risco e o termo vulnerabilidade. Como já adiantei, percebo o risco atuando sobre o círculo, enquanto fato estigmatizante. Por mais que o sentido entre ambos, nas diferentes falas, pareça similar, ou seja, viver no “círculo de vulnerabilidade” é viver em risco, o sentido desses conceitos estão em constante processo de discussão no campo das Humanidades e Saúde. Aqui, é importante dimensionar esse debate e como o percebo, para que possamos compreender melhor tanto o círculo de vulnerabilidade, como também o modo pelo qual o “risco” atua nesse contexto.

A noção de risco nos estudos científicos possui múltiplos sentidos, o que revela o “caráter polifônico” do termo (Neves, Jeolás, 2012). Com relação a Aids, os usos e valores atribuídos a noção de risco estiveram, especialmente nos anos iniciais da epidemia, relacionados aos sentidos próprios do campo epidemiológico (Ayres; *et. al.*, 2006). Esse sentido diz respeito a uma percepção clínica sobre probabilidades estatísticas em torno dos processos de saúde/doença, que baseiam-se em análises quantitativas para mensurar possibilidades de infecção e contágio em determinadas populações. Neste sentido, risco significa o quanto grupos estão passíveis (ou não) a se infectarem ou adoecerem por algo. Relacionado, em boa medida, a noção de “perigo”, amplamente debatida por Mary Douglas (1976) (Neves, 2004; Neves, Jeolás, 2012). Tal qual destaca a médica e antropóloga Ednalva Maciel Neves em sua tese de doutorado sobre a noção do risco na epidemiologia, para os profissionais dessa área “[...] risco compreende a probabilidade de que os eventos e danos de doenças aconteçam em um grupo populacional” (Neves, 2004, p.11).

Num tom crítico a estes aspectos, Alba Zaluar e José Antônio Santos, ao analisar o uso do termo como categoria em estudos no campo da epidemiologia, chamam a atenção para o fato de que “as noções e posições abraçadas pela literatura epidemiológica dos riscos não levam em conta a multiplicidade de subjetividades e a própria história dos debates e da formação

conflitiva dos conceitos [...]” (2010, p.57). Por decorrência, essas implicações impactaram a epidemia de Aids, fazendo com que as percepções sobre o risco estivessem em associação negativa aos grupos, que implicou em processos estigmatizantes. Todavia, tal qual destaca Ayres e colegas (2006), usando como referência Parker (2000),

Não se quer, com tais afirmações, acusar a ciência epidemiológica de ter ‘causado’, ela própria, estes efeitos negativos. O que se deseja destacar são os limites de uma saúde pública tão dependente de um conhecimento científico que não é apto a instruir, isoladamente, respostas práticas (Ayres; *et. al.*, 2006, p.394).

Hoje em dia muita coisa mudou, e, como já destaquei no primeiro capítulo, essa compreensão do risco associada as populações implicou (e ainda implica) em percepções preconceituosas que foram sendo problematizadas com o tempo. Os estigmas foram (e são) centrais na agenda de combate dos movimentos sociais, sobretudo do movimento LGBTQIA+ e entre as ONG/Aids. Esse movimento político e de reflexão teórica nos levou a redefinir os modos pelos quais se percebem grupos potencialmente atingidos pela epidemia, e nos fez adotar o paradigma da vulnerabilidade como princípio ético norteador de percepção das possibilidades de infecção (Ayres; *et. al.*, 2006; Calazans, 2021). Mas isso não quer dizer que as implicações negativas dessa relação risco/populações sumiram. Como podemos ver nas falas dos entrevistados, o risco na Aids ainda está, no imaginário e pensamento social, associado a populações específicas. Enquanto elemento estigmatizante o risco ainda é um problema.

Enquanto categoria social, risco implica em processos de reconhecimento e percepção do mundo. Como Ednalva Neves evidencia em sua tese, “[...] pensar as práticas sociais que se fundamentam em torno da noção de risco significa estar atento ao fato de que essas práticas configuram-se a partir da maneira específica de classificar o mundo social e material” (Neves, 2004, p.13). A Aids é um fenômeno circunstancial que, em adesão a ideia de risco, afeta modos de percepções coletivas sobre grupos populacionais com taxas de predomínio de casos elevados.

Voltando para os trechos em que especialmente a Carla fala sobre o risco, esses valores e sentidos do termo podem ser percebidos. Ela fala em “grupo de risco”, além de citar o fato da camisinha estourar como forma de expressar “perigo” durante práticas sexuais. Essa passagem da entrevista alerta para o modo como o estigma atravessa processos de reconhecimento identitário sobre a condição de vulnerabilidade, mesmo que essa visão estigmatizante mobilize o interesse por tecnologias de proteção como a PrEP.

Já José fala em vulnerabilidade. Aqui, cabe evidenciar como a definição e compreensão clínica/médica atual sobre o termo é extremamente importante neste trabalho. A vulnerabilidade como categoria científica nos ajuda a dimensionar o quanto falar sobre HIV e risco é pôr na balança uma série de elementos para além dos sujeitos. Voltando ao sentido do termo que apresentei no primeiro capítulo, a vulnerabilidade “[...] não é resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, e [...] maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos” (Ayres, *et. al.*, 2006, p.396). Ou seja, o “círculo de vulnerabilidade” é esse universo onde todos esses elementos atuam, dentre eles o risco como apenas um dos fatores.

Todavia, tendo em vista a ideia de “círculo de vulnerabilidade” aqui exposta, o que esta categoria nativa elucidada para além da discussão científica do termo? Ao olhar para as narrativas sobre o círculo de vulnerabilidade, o que chama a minha atenção é o modo como os usuários em PrEP, a partir das suas experiências, passam a se perceberem como sujeitos que possuem todas essas tais precariedades que fazem parte da dimensão clínica/médica do que é ser um “sujeito vulnerável”. Ao se reconhecerem como pessoas que necessitam da PrEP, estas pessoas reconhecem, também, muitas das precariedades que fazem parte da sua vida, ao ponto de acharem pertinente o apoio farmacológico na garantia da qualidade e manutenção da vida distante do HIV.

Considero importante essa definição e essas falas, porque percebo que a ideia de vulnerabilidade, no círculo, está relacionada a algo que está para além das populações-chave – e para além dos riscos, mesmo que ele seja um elemento importante. O “círculo de vulnerabilidade” é um complexo contexto em que o reconhecimento identitário da vulnerabilidade opera a partir das experiências coletivizadas e particulares da vida. Seja porque esses usuários possuem múltiplos parceiros sexuais, seja porque são gays, travestis e etc., estão ou não em um relacionamento estável, ou mesmo fazem sexo sem camisinha por algum motivo.

Nesses termos, o “ser vulnerável” é uma identidade dialógica entre aspectos morais, estigmatizantes e preconceituoso que permeiam o imaginário social sobre quem são os grupos potencialmente em risco ao HIV, e condições/experiências particulares da vida que podem afetar a qualquer pessoa, como estar ou não num relacionamento estável, tal qual diz o José sobre o amigo. Dentre vários elementos que permeiam processos de reconhecimento identitário, no meu ponto de vista, essa relação entre: 1) o estigma e percepções preconceituosas sobre quais grupos estão potencialmente em risco; 2) e experiências concretas de

reconhecimento da condição da vulnerabilidade como essa da fala de José; é algo central para entendermos as motivações ao uso da PrEP.

Não desconsidero que epidemiologicamente o “círculo de vulnerabilidade” seja estatisticamente prevalente nas populações-chave. Por isso considero fundamental pensarmos esse termo associado à esses grupos. Mas é interessante perceber, também, que não basta ser parte do grupo para ser usuário PrEP. Para além disso, **há um processo de produção identitária da vulnerabilidade a partir da experiência** que importa. Penso a discussão sobre o “sujeito PrEP” imerso às discussões sobre identidade, porque o que as entrevistas me dizem é que o primeiro passo para se tornar usuário do serviço é reconhecer-se como parte do “círculo de vulnerabilidade”.

### 3.2.1. O “círculo de vulnerabilidade” como dispositivo moral

Esse conjunto de aspectos que venho discutindo até aqui, também estão em evidência nessa fala do Lucas:

**Lucas:** [...] quando começou a surgir [...] essa ideia de fazer um tratamento profilático eu fiquei sabendo, né, e aí eu disse, "bem, eu não vou fazer isso". Porque assim, eu tenho **uma vida muito organizada** nesse sentido, e aí eu vou tomar uma química que eu num sei se vai estar validada, é uma pesquisa, foram as primeiras pessoas aqui em Recife que fizeram a ingestão da droga. Eu disse, "não, se esse pessoal num morrer daqui pra lá", porque vai que essa desgraça acaba com os rins, o fígado e tudo mais. Eu disse, "não, já faz muitos anos que tão com esse tratamento, que já tá validado e essa coisa toda" e **eu senti a necessidade porque eu vi uma situação muito próxima**, muito real, né, de contato com HIV. Tenho muitos amigos, muito amigos que eu perdi por conta do HIV, inclusive agora 28 de novembro um grande amigo meu, soropositivo, foi... então tá cada vez mais desgastante, porque a gente vai ficando e os amigos vão partindo, e os amigos vão partindo, né, então se eu puder fazer alguma coisa, se tiver outro eu vou tomar também, sabe, eu quero morrer atropelado, mas não quero vacilar, facilitar. (Entrevista realizada em Fevereiro de 2019, Recife – PE).

Como exemplo que fortalece o que venho apresentando nesta etapa, na fala acima podemos perceber como a vida, neste caso do Lucas, está permeada por situações de risco que o faz reconhecer a necessidade da PrEP e, além disso, o fato de ser parte de um grupo passível a infecção pelo HIV. Além do mais, essa fala chama a atenção para o modo como tais situações

de risco estão permeadas por diversos aspectos éticos e morais, que afetam os modos pelos quais os entrevistados se reconhecem.

O tema da moralidade associada as identidades não é algo novo, e Butler (2011) há um tempo já nos alertou sobre isso apresentando elementos importantes ao debate quando discute as vidas precárias. Para a autora, a condição de precariedade da vida está intimamente relacionada a aspectos morais, e acho fundamental entendermos isso para pensar de que modo a **moral** atua na PrEP.

Para Butler, a precariedade da vida só é possível por causa de uma balança ética/moral que influencia nos modos como reconhecemos o “outro”. A partir da noção de rosto de Levinas ela evidencia de que modo processos de reconhecimento se constituem a partir da moral. Em confluência, a moral e o reconhecimento operam nos processos de valorização e qualificação das vidas, dando contornos às precariedades. Na construção do argumento, Butler destaca o **poder normativo da identificação do inumano** como algo central na precariedade.

[...] se continuarmos a desconsiderar as palavras que nos entregam essa mensagem, e se a mídia não fizer essas imagens correr, e se essas vidas continuarem inominadas e não lamentadas, se elas não aparecerem em toda sua precariedade e destruição, não nos emocionaremos com elas. Não retornaremos àquele senso de indignação ética que é, distintivamente, para um Outro e em nome de um Outro. (Butler, 2011, p.31).

Tal trecho me parece importante para entendermos de que modo a ética e a moral atuam na vida humana. Há diversas implicações morais no modo como as pessoas se veem e veem o outro. E assim como na precariedade da vida, há muitas reverberações morais e éticas que afetam corpos/sujeitos usuários em PrEP, implicando no modo como as pessoas se veem e, por consequência, no reconhecimento da vulnerabilidade como identidade. É por esse motivo que destaco que o “círculo de vulnerabilidade” é um dispositivo moral. Ele opera nos processos de **reconhecimento** das pessoas, sobretudo a partir de uma moral que atravessa a Aids como um todo.

Ao propor uma antropologia política das identidades, Carlos Guilherme do Valle (2002) dialoga bem com essas questões, dando contornos ao que ele chama de *mundo social da Aids*: instrumento analítico que caracteriza representações sociais, culturais e simbólicas materializadas historicamente, responsáveis por atribuir valores e sentidos particulares a sujeitos, instituições e organizações.

Para o autor, processos de formação identitária na Aids se constituem através de aspectos morais e simbólicos presentes no mundo social da Aids, que configuram identidades clínicas a partir de categorias técnicas, estigmatizantes e até mesmo identidades sexuais. Dentre tais aspectos morais, destaco as implicações do que o autor chama de “gênesis homossexual” na epidemia, dada pela “construção cultural da Aids” (2002, p.184), através de representações simbólicas na mídia no início dos anos oitenta.

Por mais que Valle se refira a identidades clínicas, as reflexões do autor são importantes por chamarem nossa atenção aos aspectos éticos e morais que permeiam a epidemia de Aids, e que, no meu entendimento, são os mesmos que estão presentes nas falas das pessoas quando elas se referem ao “círculo de vulnerabilidade”. Essas moralidades foram as primeiras características que notei para que as pessoas “entrassem” no “círculo”. Desse modo, não há como desassociar da análise o modo como a construção cultural da Aids ao longo do tempo permanece presente.

A Aids que encontrei nas narrativas dos entrevistados ainda é a Aids da gênese homossexual. Falar sobre o “círculo de vulnerabilidade”, portanto, inclui perceber tal aspecto moral como um “passaporte” para que pessoas “entrem” nessa condição, afetando de modo particular experiências de vida de corpos travestis, gays, profissionais do sexo e pessoas em situação de rua. Por isso não podemos deixar essas populações de lado quando pensamos o reconhecimento da vulnerabilidade na PrEP. As chances dele ocorrer em pessoas desses grupos é maior e, como vimos, não só por causa de dados epidemiológicos, mas sobretudo pelo modo como dinâmicas morais historicamente operam na epidemia. Carla ressalta isso em uma de suas falas:

**Carla:** Então eu acho que deveria conscientizar mais e conscientizar mais ainda a sociedade hétera, porque como eu faço programa, a gente transa mais com homens e homens sociedade hétera, a gente não transa com gays, a gente transa com homens heteros, com homem casado, que tem mulher, família, namorada e eles não se preocupa, eles querem transar com a gente sem camisinha e eles sabem que a gente faz programa e que a gente sai com vários homens, a gente transa com vários homens, eles não se preocupam se a gente tem algo ou não, se a gente se preveni ou não com os outros caras, eles não tão nem aí. Eu acho que deveria pegar mais no caso da sociedade hétera, entendeu? pra poder prevenir eles da loucura que eles pensam, que eles têm costume de fazer, e não pensam nas consequências do que vai acontecer, é só no momento ali do prazer só. (Entrevista realiada em Brasília – DF).

Volto a esta fala da Carla mais a frente, no capítulo quatro, quando discuto a PrEP a partir das relações de gênero. Por hora, a partir desse trecho, gostaria de destacar que ao dizer que a Aids ressaltada nas entrevistas é a da gênese homossexual, o que quero evidenciar são os mecanismos morais que se perpetuam. Não que a Aids permaneça afetando quase que exclusivamente as populações-chave. Estou me referindo ao imaginário social. Ao falar sobre “a sociedade hétera” Carla nos mostra de que modo estigmas, estereótipos e velhas percepções sobre quem são os “sujeitos” na Aids ainda permanecem associados as relações homoafetivas, a tal “gênese homossexual” que Valle pontua. É em relação a essa condição moral de como são identificados sujeitos vulneráveis à infecção que chamo atenção ao falar sobre incidências morais na PrEP, sobretudo no “círculo de vulnerabilidade” enquanto dispositivo moral. Essa questão é fundamental para entendermos, então, que as mesmas implicações morais de outrora estão presentes no processo de constituição identitária que relato nesta dissertação.

No entanto, não é apenas como dispositivo ético/moral de reconhecimento identitário e motivador ao uso da PrEP que o “círculo de vulnerabilidade” funciona. Nas falas que tive contato as pessoas me relatavam sobre amigos que passavam por situações similares de reconhecimento da vulnerabilidade, mas que não aderiam a PrEP. Ao ler tais relatos passei a me questionar sobre os motivos para que isso acontecesse, e percebi que o “círculo de vulnerabilidade” enquanto dispositivo moral possui diversas características que ainda não havia notado. Gostaria de frisar duas dessas questões que se sobressaíram na análise. Esses aspectos são importantes porque demonstram um caráter novo para mim em relação ao termo nativo com o qual dialogo: ao mesmo tempo em que o “círculo” é um dos fatores para que as pessoas se reconheçam como vulneráveis e passem a aderir a PrEP, ele também é um elemento que distancia as pessoas da PrEP.

O primeiro relato que nos evidencia isso é o de Carla, travesti e profissional do sexo. O segundo, de Gabriel, homem gay e profissional de saúde. Ambos narram sobre a percepção de amigas/os em relação a PrEP, e demonstram outros modos de relação com o “círculo da vulnerabilidade”, diferentes dos que eu apresentei até o momento:

**Carla:** [...] se esse projeto um dia acabar vai ser horrível porque como é que a gente vai continuar vivendo como se tivesse voltado no passado, **a gente continua tendo atividade sexual (como) todo o ser humano, ainda mais eu no estilo de vida que eu vivo**, no trabalho que eu vivo, então eu sem o PrEP eu vou tá **correndo muito mais risco**, e a história de contaminar outras pessoas [...] (grifo meu). (Entrevista realizada em Brasília – DF).

Numa outra passagem ela diz:

**Carla:** [...] Eu conheço outras que têm, que já são soropositiva, e continuam transando sem camisinha, que continuam fazendo merda, não tão nem aí, não tão tomando o remédio, o coquetel, não tão nem aí com a vida. Então eu acho que deveria o projeto ir atrás, explicar mais, de uma forma mais detalhada, e tentar **encaixar na cabeça delas o que acontece**, as loucuras que elas fazem e que não medem as consequências (grifo meu). (Entrevista realizada em Brasília – DF).

Carla nos conta sobre a vulnerabilidade a partir de duas perspectivas, cujas quais acho fundamental destacar nesta etapa. No primeiro momento ela estava se referindo a importância da PrEP na sua vida e, no segundo, relatando percepções de colegas que também são travestis e profissionais do sexo, no entanto, não querem fazer parte da PrEP, ou mesmo vivem com o HIV e não fazem uso dos antirretrovirais.

O reconhecimento de Carla ao círculo de vulnerabilidade está evidente no primeiro relato, especialmente quando fala sobre o “estilo de vida que vivo”. O sexo desprotegido e a negociação da camisinha são elementos importantes aqui, como aspectos que marcam esse processo de reconhecimento da condição de vulnerabilidade, e evidencio mais uma vez o seu relato por considerar importante tal aspecto ao refletir sobre as motivações das amigas, que é a passagem que gostaria de chamar a atenção.

Fiquei me questionando o porquê pessoas, numa determinada condição de vulnerabilidade, não buscam os dispositivos de proteção disponíveis, como a PrEP. Essa inquietação foi o que me faz perceber distintos modos de relação dialógica das pessoas com esse tal “círculo de vulnerabilidade”. O ponto central na fala da Carla me parece ser o modo como a vulnerabilidade ao HIV nesse contexto é só “mais uma” vulnerabilidade dentre tantas nas experiências de vida dessas pessoas. Esse contexto de múltiplas vulnerabilidades pode (ou não) enfraquecer o reconhecimento da importância que a PrEP tem, mas o mais importante é que evidencia uma relação dialógica e particular que essas pessoas possuem com a Aids e com a vida como um todo. Muito diferente do que José nos contou sobre seu amigo, por exemplo, que optou sair da PrEP porque achava que não estava mais no “círculo de vulnerabilidade”, essas pessoas sabem que estão vulneráveis, mas mesmo assim não vão ao serviço fazer uso do medicamento.

A fala da Carla demonstra de que modo o “círculo da vulnerabilidade” opera em outras realidades, mesmo de pessoas reconhecidas pelo estado como vulneráveis ao HIV. Presente no imaginário dessas pessoas, esse tal “círculo” não é o único elemento que importa

para que se tornem usuárias. Há outras diversas vulnerabilidades que atuam na vida e que implicam, também, no modo como as pessoas se relacionam com o mundo social da Aids. Ao falar das amigas, ela diz que os profissionais têm que “encaixar na cabeça delas” a importância da PrEP, mas isso já me parecer estar “encaixado” na cabeça delas. Todavia, a questão é compreender distintos elementos, para além dos que permeiam a Aids, que também interferem nas experiências em vida na Aids.

Ao falar sobre seus amigos, Gabriel também apresenta pontos importantes ao debate:

**Gabriel:** Eu já falei de PrEP em uma reunião de amigos gays e foi um pouco negativo, da parte deles, no sentido assim, no sentido de, nessa hora todo mundo "ah, a gente usa camisinha", mas eu sei que não usa porque em outras conversas, se declaram "não uso". Bêbado, numa festa, tá com o namorado há um ano e meio, então não tem camisinha, vai deixar de transar? Num vai, vamo transar, tô com você há um ano e meio. Mas eu senti um desconforto, dessa questão do PrEP. E aí eu tentei investigar o que é, assim, e uma pessoa me contou que era essa questão da medicação diária, né, que a pessoa tinha medo desse processo. Do remédio todo dia, de como ia viver isso na vida dela. Mas eu ainda sinto que ainda existe um processo de desconforto. Quando a gente leva o assunto. Por vários motivos né, porque se a pessoa tá num relacionamento monogâmico, entre aspas, tomar a PrEP significa de uma certa forma...

**Entrevistado:** Expor o companheiro? Não confiar no companheiro?

**Gabriel:** Ou não confiar no companheiro. E aí, tomar a PrEP no sentido de que "ah, eu vou transar sem preservativo" também tem um estigma negativo de pessoa promíscua, que não cuida do outro, enfim. Então eu sinto ainda, que é um tabu. (Entrevista realizada em Fevereiro de 2019, Recife – PE).

A fala de Gabriel é fundamental, pois elucida outros aspectos que afetam as pessoas que se reconhecem no “círculo de vulnerabilidade”. Por mais que os amigos se reconheçam como pessoas vulneráveis ao HIV, que afirmem “usar camisinha” quando o assunto surge nas conversas; a fidelidade no relacionamento, o uso diário do fármaco ou mesmo associar-se a pessoas ditas “promíscuas” faz com que não busquem o serviço. Esse “desconforto” das pessoas que Gabriel evidencia me parece um exemplo adequado às diversas regulações morais que operam diante do “círculo de vulnerabilidade”, por um lado aproximando as pessoas da PrEP, por outro, afastando-as.

### 3.3. A experiência clínica/hospitalar

Fazer a pesquisa a partir das entrevistas foi uma tarefa bastante desafiadora. Em um primeiro momento tive dificuldade para visualizar de que modo as narrativas que tive acesso me permitiam acessar as experiências, e sobre quais experiências eram aquelas que as pessoas estavam falando. Para qualquer pesquisador que faça ciência a partir da realidade dos serviços de saúde pública, em algum momento a análise se volta a questões que envolvam farmácias, ambulatórios, consultas, clínicas, protocolos, exames e etc., no entanto, quando pensei em direcionar o olhar às experiências de vida quis deixar de lado a centralidade que esses elementos analíticos têm quando falamos sobre Aids. Interessava-me destacar as pessoas.

Devo dizer que fui com um “olhar viciado” para leitura, buscando narrativas sobre o que as pessoas viviam no dia-a-dia. No entanto, o que encontrei foram perguntas feitas por outros pesquisadores, por vezes interessados em histórias que não dialogavam com as minhas preocupações iniciais. Quando a conversa parecia caminhar na direção exata do que eu queria ouvir/ler, e as pessoas falavam sobre si, me vinha em mente alguma pergunta que eu possivelmente faria, e ficava torcendo na esperança de que o entrevistador o fizesse, mas nem sempre isso acontecia.

Cabe destacar que não encaro esse fato como um problema da pesquisa ImPrEP, da qual as entrevistas são oriundas. O grupo de pesquisadoras responsáveis por conduzir as entrevistas estavam em campo para fazer perguntas que tinham a ver com os objetivos norteadores da pesquisa ImPrEP, interessadas na avaliação e percepção de uma política pública. Ao retratar a minha dificuldade, busco apenas apresentar ao leitor quais foram os aspectos e acontecimentos decisivos que implicaram na narrativa e escolhas teóricas que faço ao tratar das experiências e da construção de identidades que apresento nesta etapa. Acho importante começar por essa dificuldade porque foi a partir dela que percebi elementos que considero pontos de partida para o que apresentarei mais à frente

As entrevistas sobre as quais trabalhei seguiam um roteiro semiestruturado (ANEXO 2). Começavam com uma descrição do entrevistado, e posteriormente trazia questões sobre as percepções de cada um deles em relação a PrEP, o fato dela ser uma política focalizada a populações-chave, questões sobre experiência hospitalar, o que achavam do atendimento dos profissionais e como vinha sendo a administração do medicamento em seu cotidiano. Logo após, possíveis impactos nas relações sexuais e românticas, percepções de amigos, familiares e conhecidos sobre a PrEP, opiniões sobre o protocolo, sugestões e considerações finais também eram apresentadas no roteiro. A depender da conversa, novas perguntas iam surgindo, mas no

geral todos passeavam por esses pontos, destacando o que consideravam relevante, com base nas suas experiências dentro e fora dos serviços de saúde.

Li e reli inúmeras vezes os relatos sobre a estrutura física das instituições de saúde, as opiniões dos usuários sobre profissionais que eles tinham contato no hospital, e todas essas respostas me pareciam distantes do meu objetivo. Estava em mente com a questão proposta por Sônia Maluf (2001), a qual mencionei anteriormente, buscando encontrar experiências que me revelassem o tal “sujeito da PrEP” e a “dimensão corporificada da experiência”. Fiquei inquieto com a centralidade que a biomedicina tinha na conversa, e me questionava a todo momento: se, caso eu estivesse conversando com essas pessoas, conseguiria mesmo fugir da centralidade biomédica na vida de quem adere a PrEP?

Dialogar com essa particularidade me permitiu pensar sobre experiências a partir de um outro lugar que até então eu não tinha percebido como possível. Em vez de direcionar o olhar para as pessoas em si, observar, primeiro, tudo que está em volta delas poderia ser uma chave para pensar a PrEP e seus usuários. Foi a partir desse segundo olhar que comecei a perceber novos caminhos para investigação.

O meu primeiro “achado” etnográfico ao analisar o material, antes mesmo de perceber o “círculo de vulnerabilidade” e imergir nas narrativas sobre as experiências em vida, foi identificar, portanto, algo clássico da discussão antropológica que já mencionei ao apresentar os estudos sobre corpo: os diversos elementos que estão ao redor dessas pessoas e contribuem para constituí-las como sujeitos, e nesse caso também dão contornos ao que é ser um “usuário PrEP”. Estar como antropólogo pensando experiências em diálogo com relatos que às vezes não dizem muito sobre a vida das pessoas em si, chama a minha atenção para o modo como esses sujeitos se constituem a partir das vivências diante da complexidade que é a experiência social na epidemia de Aids.

O universo biomédico, perceptível nas narrativas através da experiência hospitalar, é o segundo ponto que destaco como elemento central para o reconhecimento do sujeitos. É o que qualifica o “meio” no qual estão imersos. Os usuários PrEP têm contato, todos os dias, com diversos elementos biomédicos que dão contornos as macroestruturas que os lembram cotidianamente o porquê eles fazem uso de um medicamento. As narrativas as quais tive acesso dizem muito sobre como a experiência cotidiana nos hospitais também constitui identidades, e acho importante voltar à análise a este aspecto. O dia-a-dia dessas pessoas no hospital é marcado por um *habitus* particular que configura sujeitos “vulneráveis ao HIV”, contribuindo, na realidade epidêmica, para formação da identidade clínica e social do “ser vulnerável”. A passagem abaixo da entrevista de José foi importante para que eu pudesse identificar isso:

**Entrevistadora:** E como você recebe a medicação? É aqui no próprio serviço?

**José:** É aqui. A gente faz a consulta, no Oswaldo Cruz, e aí imediatamente a gente já recebe o requerimento, pra retirar no postinho a medicação aqui no hospital mesmo.

**Entrevistadora:** [...] E a medicação é suficiente por quanto tempo?

**José:** sim, pra 90 dias. 90 dias.

**Entrevistadora:** Normalmente dá certinho?

**José:** Dá certinho. Geralmente sobram 2 ou 3 comprimidos.

**Entrevistadora:** E todas as vezes você vem aqui, vocês fazem todos os testes?

**José:** Fazemos todos os testes. HIV, sífilis, entre outros, e a creatina, né.

**Entrevistadora:** Os testes são feitos aqui também?

**José:** São feitos aqui. E eu acho interessante porque é muito rápido e a gente tem uma certa prioridade, né, o pessoal atende muito bem.

[...]

**Entrevistadora:** E desde que você começou a participar, você perdeu alguma consulta?

**José:** Não, não perdi nenhuma consulta. Tenho procurado seguir dentro do programa.

**Entrevistadora:** E você deixou de tomar alguma vez a medicação por algum motivo?

**José:** Não, nunca deixei de tomar, mas na dúvida acabei tomando duas vezes, né, mas nunca deixei de tomar não. (Entrevista realizada em Fevereiro de 2019, Recife – PE).

Esse momento é bastante elucidativo da rotina que descrevi anteriormente. Testes, consultas, atendimento, idas a farmácia, retornos. Uma rotina médico/farmacêutica de cuidado que demonstra o quanto o dia-a-dia dos usuários é permeado pelo controle, ampliando responsabilidades e lembrando a eles a condição de vulnerabilidade. Quando José fala sobre a frequência sempre deixa em evidência que “não perdi nenhuma consulta” ou mesmo “nunca deixei de tomar não”, como marcadores, na fala, do cumprimento das responsabilidades

firmadas com o infectologista que o atende, tendo em vista manter-se distante do HIV. É por esse motivo que destaco o contexto biomédico como central.

Como não conheci as pessoas entrevistadas, enquanto lia o material ficava imaginando rostos, roupas que vestiam, como gesticulavam e etc. Tentei ao máximo enxergar ênfases que davam a certas palavras, contando com a boa transcrição que tinha em mãos. Isso é bastante curioso porque em um primeiro instante as pessoas não diziam muito sobre si. Resumiam a responder de modo simples ao que haviam perguntado:

**Entrevistador:** Hoje é dia 05 de Fevereiro de 2019, eu tô aqui com o Gabriel, a gente tá em Recife, no Hospital Oswaldo Cruz. Gabriel, eu queria que você se apresentasse um pouco, falasse a sua idade, o que você faz.

**Gabriel:** Meu nome é Gabriel, tenho 34 anos, sou assistente social de formação e hoje trabalho na Prefeitura do Recife, na Secretaria de Saúde, enquanto coordenador da política de saúde LGBT do município.

**Entrevistador:** Vamos começar então, muito grata pela apresentação. Como você avalia a atual política de prevenção ao HIV? (Entrevista realizada em Fevereiro de 2019, Recife – PE)

Deixo esta segunda pergunta sem resposta porque a utilizo como dado neste momento. A partir desse trecho, chamo a atenção para as potencialidades que o não “estar lá” me possibilitou: eu não sei de imediato qual o grupo social, entre os prioritários para o uso da PrEP, que Gabriel ocupa. Posso supor que é homem que faz sexo com homem por ser coordenador da política de saúde LGBT do Recife, mas isso não é uma certeza a partir de sua fala. Portanto, identifico como potencialidade ter descoberto mais sobre essas pessoas lendo respostas em que eles não estavam falando sobre si, necessariamente, mas sobre o aparato biomédico que as circunscreve.

Não sei se Gabriel é negro, branco, pardo, indígena. Não sei se passa por dificuldades financeiras, tampouco sei sobre suas relações familiares, dados importantes para identificação dos sujeitos em situação de vulnerabilidade à epidemia de Aids. Nesse sentido, os lugares que essa investigação na busca pelo “sujeito” me levou são múltiplos, e o primeiro deles foi esse tal vislumbre do “ser vulnerável”, que relatei inicialmente, sem pensar categorias historicamente importantes, mas aparatos do universo “ao lado” das pessoas que os constitui.

O que pude perceber lendo os relatos que me foram apresentados é que apesar de ser uma marca antiga da Aids que grupos sociais específicos se identifiquem como passíveis à

infecção, não foi o pertencimento a esses grupos que vi, logo de cara, como elemento que os fazem reconhecer-se como vulneráveis. Como não sabia a qual “caixinha” essas pessoas pertenciam<sup>56</sup>, a todo momento que tentei identificar o porquê eram usuários PrEP, o que encontrei como resposta, na verdade, foi um universo biomédico/clínico que co-alimentava, junto aos velhos estereótipos e estigmas, a identidade da vulnerabilidade. Desse modo, passei a perceber um ator central nesse contexto de identificação clínica/constituição de sujeitos: a rotina hospitalar.

Chamo atenção para o fato de que o dia-a-dia biomédico torna essas pessoas parte de um protocolo clínico, que funciona como base material para o reconhecimento de que essas pessoas estão sujeitas ao HIV a qualquer momento. O “ser vulnerável” que percebi é, por excelência, uma **identidade dialógica** entre os velhos estigmas que empurram certos grupos sociais a condição de vulnerabilidade e o universo biomédico. Assim sendo, os sujeitos vulneráveis que encontrei nas entrevistas o são porque são parte de uma estrutura biomédica. A biomedicina é, portanto, um dos elementos que identifico como uma das macroestruturas que molda esses sujeitos. Talvez a mais importante. A fala da Carla reforça bem isso:

**Entrevistadora:** E o que que você acha disso, de ter que fazer os exames toda vez que você vem aqui?

**Carla:** Nossa, eu acho maravilhoso, porque antes de conhecer a PrEP eu fazia os exames de dois em dois anos, eu era totalmente desleixada com isso. Acho que essa PrEP me ajudou muito porque eu fiquei mais cuidadosa, mais preventiva, entendeu, me ajudou bastante. (Entrevista realizada em Brasília – DF).

Pensando de modo articulado o reconhecimento da vulnerabilidade a partir do “círculo da vulnerabilidade” e o contexto biomédico, a fala da Carla nos mostra de que modo esses dois elementos operam na vida, contribuindo para percepção da vulnerabilidade e do cuidado como algo que constitui o sujeito. A PrEP é um instrumento que potencializa direitos (Matias, 2019), e nesse trecho é evidenciada a importância da política como mecanismo que insere grupos historicamente marginalizados ao serviço de saúde, mas demonstra também o quanto é fundamental estar em contato com a rotina médica para reconhecer-se como parte de grupos vulneráveis e, por consequência, fortalecer uma identidade clínica que amplia cuidados e requalifica modos de ser e estar no mundo.

---

<sup>56</sup> Ao decorrer das entrevistas esses aspectos puderam ser identificados. Ao passo que os entrevistados iam relatando diversas experiências, medos, dúvidas e etc., essas “caixinhas” iam surgindo.

Gabriel também relata isso, inserindo novos elementos importantes:

**Entrevistadora:** [...] E falando sobre o serviço de saúde em si, quais características você acha que são importantes pra que um serviço de saúde possa implementar a PrEP? Ter uma boa implementação? [...] Quais seriam os principais desafios que essas instituições encontrariam?

**Gabriel:** Olha, eu acho que desestigmatizar, porque isso é uma sensação que eu tive aqui, assim, eu tava muito ok por estar na saúde, mas eu senti que os homens que estavam junto comigo na sala de espera, eles estavam super incomodados com essa coisa, que aí é culpa deles, não é, eu não sei, eu acho que é pra além disso. Mas eu acho que precisamos de um processo de desestigmatização, porque eu tenho certeza que tem pessoas que gostariam de tomar PrEP mas tem medo de ir num espaço e ser estigmatizado, localizado como soropositivo ou como uma pessoa promíscua, ou como, sabe, acho que um dos desafios é desfazer esse tabu sobre sexualidade. (Entrevista realizada em Fevereiro de 2019, Recife – PE).

Ao falar sobre a “desestigmatização” Gabriel demonstra de que modo o hospital e as instituições de saúde de modo geral são espaços centrais para o debate do reconhecimento identitário. As pessoas que circulam pelos corredores não estão lá por acaso. Quem adere ao protocolo PrEP passa a fazer parte, por consequência, do mundo social da Aids. Estar na instituição nessa condição afeta diretamente o modo como essas pessoas se enxergam e como outras pessoas também passam a enxergá-los. O hospital não é algo inerte à experiência de vida dessas pessoas, e esta etapa do trabalho me parece central para o reconhecimento do “sujeito PrEP” como alguém que cotidianamente está fazendo uso de um medicamento, precisa ir a consultas, realizar testes, fazer atendimentos, e todos esses elementos estão “ao lado” dessas pessoas, mas também lhes afetava diretamente.

Não é apenas por ser um homem que faz sexo com homem, profissional do sexo, pessoa em um relacionamento sorodiscordantes ou parte da população trans, que os sujeitos reconhecem a necessidade da PrEP em suas vidas. As histórias relatadas me contam que essas pessoas usam os medicamentos porque querem estar no serviço de saúde, sentem-se mais protegidos por frequentarem os corredores do hospital de três em três meses fazendo exames para outras ISTs, e reconhecem o acesso ao serviço público de saúde como algo fundamental: o universo biomédico, nesses termos, é um pilar central na constituição da identidade clínica da pessoa que precisa da PrEP.

Afirmo esse aspecto no intuito de tensionar o debate aos que insistem em **estigmas sorofóbicos** para afirmar quem é ou não mais vulnerável à Aids. É importante desestabilizar velhas percepções sobre quem são os sujeitos que fazem parte da epidemia. Aproprio-me do dado etnográfico e das narrativas como pista fundamental para o vislumbre do reconhecimento identitário a partir da experiência hospitalar como algo “a mais” em relação aos estigmas que perpassam a vida das populações-chave na Aids. Todas as vezes que me perguntei “por que essa pessoa está ali?”, o que tive como resposta a partir das entrevistas não foi apenas o fato de serem gays ou travestis, mas o interesse pelo cuidado de si e pela utilização de tecnologias biomédicas: ser um sujeito biomedicalizado.

### **3.4. O usuário e o valor da vida fármaco-dependente**

O meu intuito neste capítulo foi demonstrar de que modo ocorre o processo de constituição do sujeito usuário da PrEP a partir de dois elementos-chave: a) o reconhecimento subjetivo/particular de pertencimento ao “círculo de vulnerabilidade”, uma categoria nativa; e b) os aspectos do universo biomédico que acompanham essas pessoas no seu cotidiano através da rotina hospitalar, que reafirmam o reconhecimento da vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Ambos estão alinhados a corporificação da experiência, a partir da centralidade que o corpo assume nos dois casos, seja nas situações de risco à infecção ou mesmo como algo passível à intervenção médica.

Ao apresentar os dados da pesquisa alinhado ao debate teórico no campo do corpo, tenho por intuito evidenciar que quando falamos sobre políticas de prevenção ao HIV não estamos falando sobre quaisquer sujeitos/corpos: sobretudo corpos periféricos, travestis e homossexuais, mas também corpos passíveis a aspectos éticos e morais que confluem na corporificação das experiências, produzindo um determinado tipo de sujeito, o usuário PrEP. Tal qual dimensiona Langdon (2001), o sistema médico é um sistema cultural de representação simbólica sobre o corpo, a saúde e os processos de cuidado, que no caso da PrEP também possui uma importância enorme. A doença faz parte desses processos simbólicos, nos quais fatores sociais, psicológicos e políticos implicam em experiências que criam realidades, e por mais que os usuários em PrEP não vivenciem a Aids tal qual PVHA, todos esses fatores, advindos da Aids como “doença”, também os afligem a partir do “círculo de vulnerabilidade”. Através do material acionado, e parafraseando a problemática de Maluf ao questionar “que sujeito é esse?” (2001, p.98) aos que, como ela diz, reificam o corpo como sujeito, questionei

“quem são esses sujeitos?”, “quais corpos são esses?”, e tais aspectos foram os que se sobressaíram na análise.

Neste espaço social no qual os usuários se encontram e se constituem, tendo em vista o que foi exposto até aqui, há alguns elementos que chamam a minha atenção. Em relação a percepção do risco como forma de reconhecimento do “círculo de vulnerabilidade”, ao passo que o círculo vai se desenhando, para mim, como um dispositivo moral, pude notar o quanto ele se alinhava ao duplo valor ético/moral da vida que discuti nos capítulos 1 e 2. Isto porquê, enquanto os sujeitos vão se reconhecendo como “vulneráveis”, essa balança ética/moral também os aflige. Ninguém quer continuar no círculo de vulnerabilidade. Ninguém quer estar passível a uma infecção. Mas já que “estou” nessa condição, então que ao menos esteja “protegido”.

Ser um usuário é ser um sujeito numa condição de existência em meio a processos de precarização constantes. E esse emaranhado de dificuldades qualifica a posição dessas pessoas em relação a Aids. A leitura que faço a partir do que pude notar ao ler as entrevistas é que ao enxergarem tais condições, a vida passa a ser percebida pelos usuários a partir dessa mesma dimensão ética/moral que discuti anteriormente: por um lado, algo que queremos que se mantenha, por outro, algo que está sendo mantida em associação a dependência farmacológica. Como já alertei, esses sujeitos estão “na fronteira” da Aids, imersos a processos de reconhecimento que se entrelaçam as identidades de pertencimento aos grupos, como gays e travestis, e a identidade clínica de sujeito em condição de vulnerabilidade ao HIV. Diante disso, vale a pena abrir mão da PrEP?

Pensando a partir de uma perspectiva política-antropológica sobre quem são esses sujeitos, tendo em vista o modo como a ética enquanto valor que a vida assume os afeta, noto um aspecto importante nas narrativas: aderir a PrEP está associado a um processo ético/moral subjetivo de reconhecimento da vida como um bem. E o “valor” atribuído à vida, aqui, importa mais que a fármaco-dependência. Não quero dizer, com isso, que os que optam por abandonar tratamentos médico-farmacológicos ou adotar outras estratégias e formas de cuidados que não as da medicina tradicional, negam a vida como um bem. Nem mesmo me refiro as tantas pessoas que surgiram nas narrativas optando por não aderir a PrEP mesmo reconhecendo a condição de vulnerabilidade em suas vidas.

O que quero dizer com isso é que esse processo é apenas mais um, dentre tantos outros que fazem com que as pessoas que conheci a partir da leitura das entrevistas optem pela PrEP. Mas o que está por trás dele? É apenas o medo de infectar-se? É o fato de serem grupos historicamente estigmatizados? É a proeminência do discurso médico-farmacêutico nesse

contexto? Há interesses políticos/econômicos por trás dessa suposta falta de oportunidades, que faz com que a fármaco-dependência seja relativizada? Ou são apenas pessoas querendo viver em paz, longe do risco ao que o HIV representa?

## Capítulo 4

### Do particular ao geral: as diversas PrEPs vividas

Ao ler as entrevistas busquei articular categorias e encontrar elementos que uniam, de algum modo, as histórias dos entrevistados. Seja quando relatavam medos, inseguranças, contratempos ou o cotidiano médico-hospitalar, meu intuito inicial foi olhar para essas narrativas como ferramentas que me ajudariam a identificar semelhanças. Na dissertação, imaginava as aproximações como peças de um quebra-cabeça que, ao decorrer da análise, formar-se-iam um quadro geral da PrEP e, deste modo, teria um material consistente sobre a política a partir do cotidiano daquelas pessoas. Após a primeira olhada, pensando em tais aproximações, montei um esquema analítico dividido entre categorias, a saber: relação com profissionais de saúde, cotidiano hospitalar, percepções sobre a PrEP, dentre outras.

No entanto, o que encontrei foram discrepâncias importantes a cada relato. Por mais que todos os entrevistados sejam usuários em PrEP, o modo particular como cada um se relaciona com a Aids e narra a experiência com a PrEP se sobressaía nas entrevistas. Seja por causa da profissão, por ser de uma determinada orientação sexual, ou por estar ou não em situação de rua, percebi que as distintas experiências estavam me contando sobre distintas PrEPs, e que renderia mais pensá-las como casos antagônicos de relação com a tecnologia.

Existem várias formas de pensarmos uma política de saúde. Quando perguntamos para alguém, por exemplo: “como você enxerga a PrEP?”, a pessoa pode responder tendo em mente os usos contínuos do medicamento, pensar a PrEP a partir das dificuldades que ela encontra no serviço de saúde, pode responder essa mesma pergunta a partir do sentimento de raiva por estar numa condição de vulnerabilidade e ter que frequentar hospitais para se ver distante disso. Enfim, várias particularidades que acabam nos levando, epistemologicamente, aos mais variados campos, temas e visões.

Existiam aproximações, evidentemente: as dificuldades que as pessoas encontram no serviço de saúde do Recife não é muito diferente das dificuldades em Manaus ou Brasília, bem como as percepções das pessoas sobre a PrEP não varia de modo discrepante, no sentido de considerarem uma ótima alternativa. Esses aspectos estarão presentes neste capítulo. No entanto, por hora, opto por destacar as múltiplas faces de uma mesma política que encontrei na

análise. Ao privilegiar as repetições estava, na verdade, direcionando o olhar a aspectos objetivos, gerais, que mais tinham a dizer sobre dispositivos de controle, modos de regulação do social, do que as experiências em si: ou seja, me falavam mais sobre macroestruturas do que sujeitos. Não que esses fatores não importem, como vimos no capítulo anterior, mas as particularidades me fizeram perceber a importância de dedicar parte desta dissertação às experiências subjetivas, em vez dos fatos objetivos, ao dialogar com dados da vida social a partir das experiências.

Desse modo, pensar a PrEP a partir do vivido me leva a perceber “PrEPs”. Por mais que diretrizes terapêuticas estejam na base dos itinerários, que os protocolos clínicos existam e, principalmente, regulem questões-chave na relação entre profissionais de saúde e as pessoas durante consultas e atendimentos, as objetividades me interessam aqui a partir do que os entrevistados me relatavam: múltiplos modos de “experiência em vida” com a alternativa farmacológica, que qualifica diversas PrEPs vividas. Ao enxergar que cada um me relatava uma face distinta da PrEP, passei a adotar como princípio metodológico visualizar essas diferentes PrEPs. Por esse motivo, cada relato acionado ocupa um lugar especial nesta dissertação. As narrativas me levam a vislumbrar os contornos das PrEPs que passo a relatar, desenhadas a partir da experiência de cada usuário.

Inspirado pelo trabalho de Annemarie Mol (2002), Felipe Ferrari também discute a ideia de “PrEPs”, ao afirmar “[...] que uma PrEP única é algo que não existe” (2019, p.23). No sentido atribuído pelo autor, a partir da leitura que faz do trabalho de Mol, ele identifica que “[...] a autora propõe uma multiplicidade do corpo enquanto objeto feito pelo saber médico e científico” (Ferrari, 2019, p.23), e neste sentido a ideia de “PrEPs” está relacionada

[...] a multiplicidade da PrEP [ser] [...] endereçada a partir das diferentes redes, experimentais ou não, que performam o método preventivo em diferentes apresentações (como um comprimido de uso diário ou uma injeção intramuscular, por exemplo), seja pela constituição da política pública de prevenção, a partir do processo de incorporação, ou da distribuição do método preventivo, como no caso de um estudo clínico internacional que ocorre em Porto Alegre<sup>57</sup> e que tem sido divulgado na cidade (Ferrari, 2019, p.23).

---

<sup>57</sup> Nesta passagem o autor refere-se a um estudo que fez parte da sua investigação etnográfica. Em outro momento do texto ele volta a falar do estudo: “[...] trata-se de uma investigação comparativa entre duas formas de PrEP. Pretende-se avaliar a eficácia e segurança do uso de outra droga antirretroviral, o Cabotegravir (CAB) injetável, em relação ao uso de TDF/FTC como PrEP oral.” (Ferrari, 2019, p.132).

A partir de uma perspectiva metodológica latouriana (Latour, 2012), associada a uma leitura original sobre o processo de incorporação da PrEP no Brasil, Ferrari refere-se ao termo “PrEPs” relacionado ao fato dessa política possuir múltiplas formas de emergência, via diferentes redes de associações. Seja ela via oral (que é a PrEP que os entrevistados do material que analiso utilizam) ou injetável. Ao narrar essa “formas” da PrEP, Ferrari diz ser tal processo revelador

[...] de dois processos, entrelaçados, [...]: a constituição de diferentes redes em que a PrEP emerge e do que chamarei de uma confusão semântica entre elas. Uma PrEP incorporada ao SUS é apenas um objeto a emergir de uma rede de associações específica, mas que facilmente pode ser “confundida” com outras PrEPs que emergem de outras associações. De certo modo, o objeto sob o qual tantas promessas são constituídas se desdobra em diferentes redes concretas e de significados que, ainda assim, convergem em torno da noção de “um mesmo objeto”. É possível, portanto, considerar interseções entre as redes vinculadas às emergências de diferentes PrEPs. Para voltar a Annemarie Mol (2002), a PrEP é múltipla: embora eu não trate aqui de práticas clínicas, como a autora, mas de um debate público que pretendo retrair. (Ferrari, 2019, p.130)

Acho importante trazer para o meu trabalho o sentido de PrEPs apresentado por Ferrari, porque essa outra perspectiva sobre a noção de múltiplas PrEPs me parece conversar bem com o que apresento nesta etapa. Por trabalhar com entrevistas de usuários em PrEP oral, assim como relatei na introdução deste trabalho, não dimensionarei aqui as tantas outras formas que a PrEP pode assumir, via outros modos de utilização desta tecnologia. Volto-me a noção de PrEPs compreendendo-a como múltipla mesmo quando pensamos essa tecnologia apenas como remédio, que é a PrEP disponível, hoje, no SUS<sup>58</sup>.

Ao ler o trabalho do Ferrari, também lembrei de uma experiência que tive durante a III Reunião de Antropologia da Saúde, em Natal/RN. Na ocasião, um dos participantes do encontro, durante uma fala no GT 17 - Saúde, Ativismos Biossociais e Práticas Estatais, coordenado por Carlos Guilherme do Valle (UFRN)<sup>59</sup> e Lucas Melo (USP)<sup>60</sup>, dizia que era importante ampliar a noção sobre o que são “profilaxias pré-exposições”, para além da

---

<sup>58</sup> Em outras etapas do texto Ferrari também discuti múltiplos modos pelos quais a PrEP emerge, a partir de diversas associações, não necessariamente relacionada a PrEP injetável. Em relatos, o autor associa tais processos ao que chama de “uma PrEP portoalegrense”, ou mesmo “uma PrEP carioca ou paulista” (2019, p. 160), por exemplo.

<sup>59</sup> Antropólogo de formação e Professor Dr. do Departamento de Antropologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

<sup>60</sup> Enfermeiro e Professor Dr. do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP).

medicamentosa. Que falar em “PrEP” não significa reduzir esse termo a PrEP oral. Nesta intervenção, ele nos convidava a refletir sobre como podemos ampliar nosso entendimento sobre cuidados profiláticos, engajados no aprimoramento da atenção e cuidado à saúde de pessoas em vulnerabilidade. Neste sentido, fortalecendo múltiplas estratégias, ampliando possibilidade de cuidado em situações de pré-exposição ao HIV.

Considero estas noções sobre a utilização do termo “PrEPs” como algo crucial ao meu exercício profissional enquanto pesquisador. Em boa medida, tais provocações fazem parte do meu esforço nesse capítulo. Pensar as multiplicidades como narrativa científica propositiva, que favoreça estudos e perspectivas em torno do cuidado, atenção, prevenção e tratamento no campo da saúde.

Em relação as PrEPs que identifiquei nas entrevistas, privilegiarei algumas dessas muitas possibilidades. Farei um recorte difícil, mas necessário, de ponderar debates que se destacaram ao meu olhar. Apenas algumas PrEPs irão aparecer aqui. Todos os debates, a partir dessas PrEPs, serão feitos com o auxílio da produção científica sobre os respectivos temas. Interessa-me pensar junto a pesquisadores e trabalhos em curso sobre o que as entrevistas tem a nos dizer. O capítulo está dividido em três blocos de temas: inicialmente, uma perspectiva farmacológica. Aqui, falo da *PrEP farmacocentrada*, onde o foco é o medicamento e seus efeitos sociais. Destaco falas de quando o Truvada® é o protagonista das histórias que li, mas não só. Também discuto aspectos que se apresentam em campo a partir do privilégio dado a alternativa farmacológica por diversas pessoas na Aids.

Opto por utilizar o termo *farmacocentrado* em alusão ao termo *heterocentrado*, problematizado pelo filósofo espanhol Paul Preciado em *O manifesto contrassexual* (2014). No manifesto, o autor discute a territorialidade do corpo a partir de perspectivas heterocentradas, onde o corpo e seus modos de uso são pensados através de matrizes heteronormativas. Ao utilizar essa discussão como inspiração, busco chamar a atenção para o modo como o fármaco, nas entrevistas, para além de ser uma alternativa privilegiada dentre tantas opções de prevenção, é a *coisa*, de um ponto de vista ontológico/simbólico mais que materialista, pela qual as pessoas pensam suas experiências de vida enquanto usuários PrEP.

O segundo será dedicado ao gênero e sexualidade. Meu intuito é pensar a *PrEP sexual*<sup>61</sup>. Aproprio-me de narrativas onde percebo que as categorias de gênero/sexualidade

---

<sup>61</sup> Felipe Ferrari (2019) também discute a ideia de uma PrEP sexual. No entanto, nas reflexões do autor, o termo refere-se a exclusão de certos grupos, como por exemplo usuários de drogas injetáveis, do Protocolo Clínico, que na visão de Ferrari privilegia a via de transmissão sexual para definição dos grupos elegíveis à PrEP. Segundo ele: “Um silêncio ainda mais estridente é audível ao se considerar a exclusão das pessoas que injetam drogas como possíveis usuários da política de PrEP. Embora no retrato epidemiológico que o documento mobiliza na elaboração

funcionam como marcadores éticos, políticos e econômicos que afetam as estruturas de **vida** das pessoas. No marco da adoção da Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP) no Brasil, essa medida foi inicialmente pensada como estratégia de prevenção, na Aids, em casos de risco à infecção pelo HIV durante acidentes de trabalho, direcionada a profissionais de saúde que passassem por alguma situação de exposição ao vírus em exercício, além de casos de violência sexual. Com o passar do tempo, ativistas, gestores, pesquisadores e profissionais passaram a debater e reconhecer importância do uso de PEP em casos de exposição ao HIV após relações sexuais desprotegidas. Permeado por diversos embates morais e técnicos, esse uso da PEP associado às práticas sexuais ficou conhecido como *PEP sexual*. Aqui, ao utilizar o termo *PrEP sexual*, faço alusão a esse contexto, onde o uso da tecnologia farmacológica está associado às práticas sexuais e ao risco à infecção por meio das relações desprotegidas, inseridas num debate moral que associa a Aids a promiscuidade e ao sexo irresponsável.

Por último, volto-me as instituições de saúde a partir das inquietações de um dos entrevistados, onde discuto a *PrEP institucional*. A ideia é pensar descontinuidades, uma palavra pouco usual na literatura antropológica que conheço, mas recorrente no campo da saúde. A partir de algumas experiências, passo a discutir os percalços que a PrEP enfrenta enquanto política de saúde, sobretudo por causa das interrupções de outras medidas. Opto pelo termo institucional, em alusão a um universo próprio à esfera pública/de gestão. Alguns dos entrevistados são profissionais de saúde. Em relatos, utilizam o termo “a gente” quando se referem as pessoas que colocam em prática a PrEP. Seja nos atendimentos ou em ações de prevenção. Percebo esse uso repetido do termo “a gente” como forma de transitar entre o papel de “usuário do serviço” e, ao mesmo tempo, “profissional de saúde” durante os relatos. Por este motivo, nesta etapa a ideia é pensar a PrEP como estratégia de saúde, com foco no planejamento feito pelos profissionais comprometidos com a efetivação da medida a nível institucional.

Não é por acaso que opto por esses três temas. A medicalização da vida, as práticas sexuais e os desafios institucionais/políticos de gestão são temas importantes nas discussões sobre políticas de saúde no geral, além de serem temas atravessados por questões que afetam diretamente a vida das pessoas, usuárias do serviço. São os pilares deste capítulo, mas também pautas decisivas no complexo contexto social, político, econômico e ético no qual a PrEP e a

---

da justificativa para a sua promessa a população das pessoas que injetam drogas seja incluída, ao se considerar a consolidação de um público-alvo para a política, não se menciona mais sobre essas pessoas. Nesse sentido, é possível já apontar para um dos primeiros contornos que a promessa ganha, e que irá se concretizar nos PCDT descritos no próximo capítulo: a PrEP no SUS é uma PrEP sexual. Outras vias de transmissão do HIV, que não sejam a retal ou a vaginal/peniana são desconsideradas” (Ferrari, 2019, p. 55).

Aids estão imersas. No meu trabalho, funcionam como artifícios que nos apresentam, mesmo que parcialmente, algumas das PrEPs que esses entrevistados têm contato nos serviços de saúde, e espero que também sirva como propulsores para uma perspectiva crítica, eticamente engajada e à serviço do aprimoramento do Sistema Único de Saúde no Brasil.

#### **4.1. Uma perspectiva farmacocentrada à política pública**

A política de prevenção combinada ao HIV, enquanto estratégia de saúde pública, foi fundamental para alertar a sociedade como um todo que a camisinha, ou mesmo a PrEP, a PEP, dentre outras, representam apenas uma das muitas ferramentas possíveis para nos protegermos do vírus da Aids, e que sozinhas não resolvem tudo. Ou seja, não é só tomar um remédio, muito mesmo proteger órgão sexual com látex, prevenção significa múltiplas formas de cuidado. Como se não bastasse, cada uma delas também envolve outra série de precauções para efetividade da prevenção, o que significa seguir cartilhas e normas de uso, que garanta, ao fim, o objetivo de se ver distante do HIV. Falar sobre a PrEP e prevenção nesta dissertação significa entender, portanto, de modo nada reducionista, essa complexa rede de ações, práticas, técnicas e embates morais que envolve essa política pública em particular.

Na PrEP, no que diz respeito aos deveres do usuário, uma das ações mais importantes é tomar cotidianamente, de forma religiosa e pontual, um medicamento: o Truvada®. No horário marcado, o usuário deve ingerir a substância e garantir que a barreira ao HIV permaneça forte e consolidada no seu organismo. Assim como em outras epidemias, o medicamento como alternativa chega na prevenção após anos de aposta farmacológica no tratamento. Hoje, estão presentes na vida das pessoas afetadas diretamente ou não pelo vírus, e desde os anos noventa são fundamentais para dar cada vez mais espaço a vida, e afastar a morte, dos índices epidemiológicos. Deste modo, é fundamental compreendê-los a partir de diferentes perspectivas, e se no capítulo 1 minha intenção foi pensar os fármacos de um ponto de vista político, macro, e suas implicações na construção da agenda política do Estado, recalculando rotas e caminhos da Resposta Brasileira ao HIV/Aids, nesta etapa a minha intenção é imergir numa análise fenomenológica (Fassin, 2018; Duarte, 2020) dessas substâncias em contato com a vida das pessoas, usuários em PrEP. Compreendo que se olharmos para o protocolo PrEP entenderemos que essa medida é muito mais que tomar remédio, mas passo a olhar para o uso das substâncias no cotidiano como objeto analítico em potencial para questões fundamentais.

Como Van der Geest e Whyte (2011) ponderam, há uma percepção ocidental de que os medicamentos possuem o poder da cura em si mesmos, e que qualquer pessoa que tenha

acesso a eles podem acessar esse poder. Segundo os autores, “[...] os medicamentos aumentam a percepção da enfermidade como algo tangível, o que pode ser manipulado” (Van Der Geest; Whyte, 2011, p.458), e é esse um dos aspectos que está por trás da ideia de *encanto dos medicamentos*, enquanto coisas que levam até a mão dos pessoas o poder de curar-se. Na PrEP, uma substância preventiva, tal noção expressa-se através da ideia proteção ao HIV e construção da barreira, como destaquei no capítulo anterior, e é a partir dessa perspectiva sobre o fármaco, como algo bom pra pensar, e uma proteção, que passo a entender de que modo o Truvada® afeta relações sociais.

Das entrevistas que tive acesso, algumas pessoas se sentiam a vontade para compartilhar um pouco sobre esse uso rotineiro do remédio. O que pude perceber é que os medicamentos serviam como instrumento/tecnologia que fazem parte da rotina de cuidado do corpo, através da ingestão controlada no organismo como já alertei, mas também da mente, ao passo que reforçam a ideia de proteção continuada. Através das histórias, alguns entrevistados contam sobre as implicações dessa substância na vida cotidiana, e é a partir dessas narrativas que passo a pensar a PrEP farmacocentrada.

#### **4.1.1. O fármaco como alternativa privilegiada**

Como bem apresenta Ferrari, a PrEP emerge num contexto de disputa de narrativas, onde “a promessa de um amanhã se coloca, frente às dificuldades encontradas na realidade de um hoje [...] ou mesmo na história de um ontem” (2019, p.20). No debate público contemporâneo, essas temporalidade coabitam percepções, discursos e críticas à tecnologia, na medida em que a PrEP se “constrói” enquanto promessa, permeada por “[...] implicações que permitem sua emergência” (Ferrari, 2019). Instigado a refletir sobre essa pluralidade de perspectivas aos olhos do tempo, em paralelo a proeminência e privilégio que a PrEP assume nos dias de hoje, há alguns elementos que gostaria de destacar com relação as temporalidades e as visões dos usuários sobre a PrEP e a promessa de um amanhã.

No processo de leitura das entrevistas, uma das coisas que mais me chamou a atenção foi o modo como as pessoas vangloriavam a tecnologia. Não atoa essas pessoas se viam num círculo de vulnerabilidade, como destaquei no capítulo anterior, e a PrEP representa a proteção nesse contexto. Logo, não é de se assustar que nas narrativas a tecnologia assumia esse lugar de importância. Além do mais, durante a implementação da PrEP, essa medida se constituiu enquanto promessa (Ferrari, 2019) que oferece a nós, sociedade, algo ainda maior que a proteção: a possibilidade de pôr um fim a transmissão do HIV. Ou seja, não nos faltam

motivos para comemorar, de fato, e querer que esse “amanhã” chegue o mais rápido possível. No entanto, deixando de lado essa visão institucional, estratégica, da PrEP como agente-chave para o fim da epidemia, e privilegiado seus ganhos particulares, ou seja, voltando o olhar, exclusivamente, a perspectiva dos usuários e as vantagens que a PrEP oferece ali no cuidado cotidiano, tem uma coisa que considero importante prestarmos atenção, em relação a percepção da PrEP como tecnologia de “proteção” e essa tal vangloriação que falei anteriormente.

Na entrevista, quando perguntam a opinião de Maria sobre a PrEP, ela diz:

**Maria:** Eu achei maravilhoso isso, [...] como eu tô dizendo, foi a **melhor coisa que o homem inventou**, entendeu? Porque quem não tá infectado [...] pode sorrir, entendeu? (grifos meu). (Entrevista realizada em Dezembro de 2018, Manaus – AM).

João, também sobre a PrEP, diz que:

**João:** Eu acho importante, acho que a gente está sendo super beneficiado com esse programa, [...] por isso até que eu estou participando, para que a gente possa ter um retorno sobre o **benefício** do medicamento, isso para a população em geral (grifos meu). (Entrevista realizada em Brasília – DF).

Pensando a partir da ideia de que essas pessoas precisam de “algo que as proteja do HIV”, a PrEP não traz algo de novo. Formas de prevenir a infecção pelo vírus já existem. Há opções para todo tipo de público. Existe, por exemplo, a camisinha, aos mais clássicos, que surge no mercado com um número absurdo de sabores, modelos e espessura. Há também a abstinência sexual, aos que preferem tampar o sol com a peneira, fazer de conta que repreensão moral funciona. No cardápio de possibilidades, também está disponível o papel filme, para lésbicas e mulheres que fazem sexo com mulheres, dentre outras. Ironias à parte, o que quero chamar a atenção é que a PrEP farmacológica surge num contexto onde as alternativas são precárias, e precisávamos de algo mais efetivo. A PrEP como benefício, tal qual aparece nas falas do João, ou mesmo como a melhor coisa que o homem inventou, ressaltado por Maria, demonstram isso. Além do medicamento ter o seu lugar de importância enquanto *coisa* que torna “tangível” a proteção, disponível facilmente, na gaveta do móvel, há todo um contexto de condição precária das possibilidades que não podemos perder de vista, e que influencia o lugar de privilégio, aos olhos dos usuários, que a PrEP assume. O remédio chega na casa das pessoas após um “ontem” cheio de inseguranças e medos.

Outro aspecto importante nessa conversa sobre percepções e privilégio ao fármaco é o modo como as pessoas lidam com as falhas. Ao discutir a gestão do cuidado nos casos de pressão alta entre moradores do bairro da Guariroba, em Ceilândia/DF, Fleischer (2018) apresenta uma série de preocupações que as pessoas com as quais ela conviveu têm em relação aos remédios, a comida, ao corpo e as alternativas biomédicas e populares para o cuidado e o controle da pressão. Pelo que pude notar, essas tais formas de lidar com o cuidado caracterizam uma relação diferenciada entre essas pessoas e tais possibilidades. Há uma espécie de racionalidade e ideia de cuidado, como Fleischer define, particular a esse contexto, que fazem com que as pessoas carreguem consigo estratégias de cuidado, o que caracterizava um “[...] protagonismo dessas pessoas, do seu envolvimento intenso com os problemas de pressão” (2018, p.195). No ambiente doméstico, os remédios eram administrados de modo crítico, e seus efeitos eram observados de perto pelas pessoas, que assumiam uma postura de “não passividade” as implicações do uso do medicamento, sentidos no corpo: “Havia um entendimento de que o corpo era, por excelência, positivo, importante e inviolável. Se o efeito do princípio ativo não estivesse sendo alcançado sobre a doença, o defeito não seria identificado no corpo, mas no fármaco” (Fleischer, 2018, p.197).

Tal posição de agência no processo de saúde, identificada por Fleischer, que estas pessoas assumiam em seus itinerários de cuidado da pressão, é bem diferente do que notei nas entrevistas. Aqui, há, de sobra, passividades. E não por acaso. A posição dos usuários, na PrEP, em relação as alternativas de cuidado do corpo, está ancorada aos discursos biomédicos que chegam para essas pessoas sem dar brechas a dúvidas de que não há nada melhor que o uso desse medicamento. Enquanto sujeitos que se reconhecem na posição de vulnerabilidade, que se veem como tal, não há dúvidas de que seja importante ampliar a prevenção. Junto a isso, o estigma que perpassa a Aids, que contribui para que todos queiram se ver longe da epidemia, contribui para passividade e aceite ao uso do medicamento como alternativa privilegiada. Não busco, com isto, fazer uma crítica a importância da adesão das pessoas ao que queremos como pesquisadores em compromisso ético com o campo, que é a redução dos índices de infecção. Pelo contrário. Busco chamar a atenção, apenas, aos fatores que elevam o medicamento a posição de *coisa* que as pessoas querem consumir. Os usuários entrevistados não são inocentes, nem estão à mercê da biomedicina à toa. Os efeitos colaterais são denunciados e os ganhos e perdas ao aderir ao protocolo são ditos. Entretanto, ao contrário do que ocorre com as pessoas que têm problemas de pressão na Guariroba, aqui o medicamento que é, e não o corpo, por excelência, positivo, importante e inviolável no processo preventivo/de cuidado.

Vejamos o exemplo do João:

**Entrevistadora:** Você percebeu alguma mudança na sua vida após ter iniciado a PrEP, especialmente em relação à vida sexual?

**João:** Mudança? Não no comportamento sexual, mas eu falo no comportamento mental assim, porque, como eu te disse, era algo que [...] me acompanhava, sabe, era tipo terror mesmo<sup>62</sup>, que eu tinha na minha cabeça, eu acho que agora me deu mais tranquilidade [...].

**Entrevistadora:** A sua rotina diária mudou em função de ter que tomar o medicamento todos os dias?

**João:** Eu tenho, eu coloquei alarme no celular, então o horário, eu deixei a noite pra tomar, porque de dia estava me dando alguns efeitos [...].

**Entrevistadora:** Que tipo de efeitos?

**João:** Não, são coisas que estavam bem relacionadas com a minha rotina de alimentação, porque eu moro só, porque aí **também quando o medicamento entra na sua vida você tem meio que se adaptar**, por exemplo, tipo, eu tava tomando muito café de manhã e às vezes de manhã com o estômago vazio tipo não era um horário propício para eu tomar a PrEP, porque ia ser uma coisa muito forte no meu estômago, entendeu? Aí eu fui **e eu deixei pra tomar à noite, que seria um momento em que eu chego em casa e estaria num momento mais recoberto assim, mais protegido sei lá...** nesse sentido (grifos meu). (Entrevista realizada em Brasília – DF).

Explorarei, mais a baixo, as transformações que o medicamento causa à vida, usando como base as falas de outro interlocutor. Por hora, quero utilizar essa passagem como fato etnográfico que está em diálogo com o que vinha dizendo no parágrafo anterior. O modo como João percebe o medicamento, como algo que, assim que entre na sua vida, você “meio que se adapta”, está intrinsicamente relacionado ao que venho argumentando sobre “onde” usuários reconhecem problemas. Nestes termos, a fala do João demonstra o lugar de “dispositivo sem defeitos” que o Truvada® ocupa nessa narrativa e na perspectivas dos usuários.

#### 4.1.2. Novas configurações afetivas e a atenção à saúde

---

<sup>62</sup> Aqui ele se refere ao medo de infectar-se pelo HIV.

Os médicos do hospital não são meus médicos. [...] eram **médicos do meu câncer**, o qual os preocupava mais que o portador do tumor. Eu mal lhes interessava.

Jean-Claude Bernardet  
**O corpo crítico**, 2021

De todas, é na entrevista do Gabriel que os medicamentos estiveram em maior evidência e ganharam um destaque primordial, o que me faz nomear essa parte do capítulo de perspectiva farmacocentrada à política pública. Além disso, foi a partir dos seus relatos, em especial, que percebi, também, isso que falei mais acima, de que em alguns casos a experiência de vida é pensada a partir do fármaco. Durante parte da narrativa notei que a PrEP me parecia ser vista como algo que se resumia a “ter que usar um remédio todo dia”, muito mais que nas falas de outros usuários. A entrevista do Gabriel foi a inspiração para esse capítulo como um todo, quando passei a pensar “PrEPs” e diversos modos de relação com a tecnologia. A partir do que esse interlocutor tem a nos ensinar, e amparado a produção antropológica sobre os medicamentos, passo a apresentar/discutir as implicações do fármaco nesse contexto empírico particular. Durante parte do relato, Gabriel contou sobre como essas substâncias modificaram o modo como ele se relaciona com o seu parceiro, soropositivo, e de como o uso do Truvada® representava um novo modo de habitar e se relacionar com o mundo. São essas as características que qualificam a PrEP e o Truvada® enquanto dispositivos relacionais, implicados em práticas e relações estabelecidas entre o usuário e os que estão a sua volta.

Gabriel está numa relação sorodiscordante, o que significa que seu parceiro vive com HIV. A conjugalidade aqui pode ser compreendida de diferentes modos, mas na entrevista, onde o tema é o HIV e a saúde, o primeiro aspecto que aparece é o desconforto do Gabriel, enquanto pessoa num relacionamento sorodiscordante, com a ideia de que a Aids é algo “distante da população”. Na sua experiência de vida não é bem assim. Como ele diz: “[...] parece que a população esqueceu que é uma doença que ainda acaba trazendo consequências pra vida das pessoas”, e no seu relacionamento este aspecto está em evidência porquê: “[...] certas coisa na vida da gente são afetadas, de uma certa forma. Pela qualidade de vida dele, que difere um pouco, né, quando ele pega uma gripe a gente já fica um pouco...”.

Para administrar esses afetos à vida conjugal que a Aids provoca, e para saber se relacionar/conviver com o HIV que está por perto, Gabriel e o parceiro contam com o apoio biomédico. Na busca pela saúde, há anos o companheiro dele utiliza medicamentos para controlar as implicações do HIV no corpo, ampliando assim sua expectativa e qualidade de vida. No entanto, não são apenas bons índices clínicos que a alternativa farmacológica traz consigo.

Na entrevista, quando questionam o Gabriel de que modo ele “avalia a atual política de prevenção ao HIV”, ele diz:

**Gabriel:** [...] eu tô enxergando o descaso com as referências, os SAE's<sup>63</sup>. Muito farmacêutico, sabe? Parece que a pessoa vai lá, pega a medicação e volta pra casa, ninguém quer saber como tá a saúde mental dessa galera, ninguém quer saber se essas pessoas tão tendo vida sexual afetiva com alguém, e isso me deixa um pouco incomodado. Eu acabo circulando em alguns espaços, enquanto trabalhador da saúde e quando eu chego perto dos SAE's, desses espaços, eu fico muito angustiado com a fila de homens e mulheres trans e travestis, que são a maioria, ainda, infelizmente, e é uma fila, um buraco, eles pegam a medicação e vão embora. E **parece que o cuidado só é a medicação** (grifo meu). (Entrevista realizada em Fevereiro de 2019, Recife – PE).

Nesta etapa, Gabriel chama a atenção para o lugar que o fármaco ocupa na atenção à saúde de pessoas que vivem e convivem com o HIV, usuários do serviço público. Por mais que a prevenção e o cuidado (nesse caso) envolvam uma série de precauções e medidas, como alertei no início desta sessão, a experiência do Gabriel o faz questionar uma rotina de cuidado que ele identifica nas instituições, onde as pessoas apenas vão ao hospital, buscam o remédio e voltam pra casa. A sua vida ao lado de uma pessoa vivendo com HIV o inquieta ao perceber que a saúde e doença não se resumem ao controle clínico de uma condição específica através de fármaco, mas atendimento amplo a diversos aspectos que atravessam pessoas em qualquer condição de adoecimento.

A aposta as alternativas farmacológicas, pelo que pude notar ao ler esse trecho, ampliam uma espécie de mecanização da vida e do cuidado na epidemia, onde o corpo infectado é visto, pelas lentes biomédicas, antes do indivíduo. São nas substâncias distribuídas pelas farmácias das instituições especializadas que está creditada tudo o que a biomedicina tem a oferecer. Neste sentido, a identificação do corpo infectado, antes do indivíduo, só é dada desta forma porque a centralidade está na proeminência da substância como a *coisa* mais importante no cuidado, neste caso alertada por Gabriel a partir do que ele vivencia ao observar práticas no serviço. A saúde mental que é ignorada, como diz o Gabriel, me parece ser porque o que temos a oferecer, de materialidade na Aids, são esses tais remédios: ou seja, para superar esse problema de ignorar indivíduos e privilegiar infecções, temos que revisar a centralidade farmacológica no cuidado.

---

<sup>63</sup> SAE significa Serviço de Atenção Especializado. Neste caso, refere-se as instituições especializadas na atenção à saúde de pessoas que vivem e convivem com o HIV/Aids, oferecendo políticas voltada à atenção, prevenção e cuidado desse público.

Não que essa discussão não exista na saúde pública. Os profissionais de saúde sabem que nem tudo é remédio, e há uma série de ações em torno da atenção integral aos usuários. No Hospital que fiz pesquisa de campo na graduação, por exemplo, haviam setores dedicados a esses aspectos, seja o de serviço social e psicologia. O ponto aqui, no entanto, são as dimensões do privilégio às alternativas de cuidado. Considero bem séria a fala do Gabriel do dizer que “parece que o cuidado só é a medicação”.

Por mais que exista uma discussão política sobre ampliar as estratégias de cuidado e atenção à saúde, aqui o Gabriel alerta para uma dimensão simbólica da substância na rotina de cuidado dentro do cotidiano do serviço. É uma observação ética da vida, tendo em vista que o que o incomoda é o lugar que a vida daquelas pessoas na fila ocupam no cotidiano de atendimento clínico. Por mais que tenha psicólogo no SAE, que essas pessoas tenham acesso as consultas, ou seja, que a discussão política sobre as medidas de saúde mental estejam postas na agenda da Aids, o valor simbólico do fármaco no serviço se sobressai aos olhos dele na vivência diária pelos corredores das instituições. Mesmo que exista psicólogos atuando por lá, mesmo que politicamente estejamos amparados; eticamente falando, o que esses profissionais da farmácia aparentam enxergar (pensando a partir do relato) ainda são corpos que necessitam de remédios, não pessoas que necessitam de cuidados.

Ainda com relação a este aspecto, os relatos do Gabriel no que diz respeito a sua experiência na PrEP são quase sempre pensados a partir da experiência do seu companheiro no tratamento – esse é um ponto importante. Na entrevista, ele fala com bastante frequência sobre casos do parceiro, e relata quando descobriu que a infectologista do namorado não sabia da sua existência. Na sua visão, isso demonstra pouca preocupação da profissional em relação ao modo como se cuida da saúde de pessoas vivendo com HIV. O atraso na entrada ao protocolo PrEP de Gabriel, via sorodiscordância, evidencia isso:

[...] Eu tô com ele há cinco anos, e somente ano passado é que me recomendaram a PrEP. E na verdade, ano passado em dezembro, enquanto a PrEP já tá mais ou menos a um ano e meio sendo disponibilizada nos serviços. E foi por acaso, foi quando ele disse que tinha um companheiro. E aí eu fiquei "pô, **como é que tu tem uma médica referência há cinco anos, e ela não sabia da minha existência?**", então eu acho que se apropriar mais do quanto você tá convivendo com o HIV, sabe? Porque assim, não é só "ah, tá tomando a medicação? Ok, tá tendo algum efeito colateral? Ok, mas pô, como é que tá tua vida afetiva, tu e tua família, como é que tu vê, tu consegue construir futuro sendo uma pessoa soropositiva? Se não...". Então eu acho que falta entender **contextos de vida** pra além da questão da

medicação, sabe? (Entrevista realizada em Fevereiro de 2019, Recife – PE).

Quando perguntam a ele qual estratégia ele identifica como mais efetiva.

[...] Então, nessa questão, a gente continua usando o preservativo nas nossas relações, só que aí, teve uns dias que não tinha camisinha, então a gente fazia sexo e aí foi quando a gente, na verdade, a gente dialogou muito e decidi não usar preservativo, porque ele tava a quase quatro anos indetectável, mas a PrEP ela deu uma coisa melhor pra relação, assim, pelo menos eu acho que pra ele, esse sentimento de possibilidade de culpa que poderia existir uma infecção, e que foi anulada na relação. Então eu sinto que ele tá mais, como é, mais entregue, sabe? Com menos medo desse sexo [...] (Entrevista realizada em Fevereiro de 2019, Recife – PE).

Pensando de modo relacional esses dois trechos, a fala do Gabriel chama minha atenção para o modo como, na vida cotidiana, a atenção integral a saúde afeta positivamente as experiências dos usuários. Sejam soropositivos ou soronegativos, para além dos ganhos clínicos do medicamento, aqui a PrEP emerge nas falas como ferramenta social que estabiliza angústias, medos, inseguranças ou afetos negativos à saúde mental. A atenção integral ao paciente, quando explorada de modo efetivo, portanto, é um instrumento potente de transformações social aos sujeitos. Ainda com relação a dimensão psicológica, quando questionado sobre aos desafios que enxerga nas instituições de saúde, Gabriel nos diz que acha importante, no processo de implementação PrEP, a inclusão de um acompanhamento “psicossocial”. Uma das dificuldades que teve como usuário foi conseguir lembrar de usar o medicamento:

A PrEP ela mexeu com a minha relação, ela mexeu comigo, um pouco, sabe? Porque assim, uma coisa é um soropositivo que já tá acostumado a tomar a medicação, tanto é que quem me lembra da minha medicação é meu companheiro. Eu não tenho esse costume da medicação. Pra eu esquecer é muito rápido, então assim, talvez um suporte psicossocial pra que a pessoa atenda essa contexto de tratamento de forma mais leve. Porque essa coisa do lembrar da medicação todo dia, ela tem, agora não tem, mas nas duas primeiras semanas eu senti um peso nesse processo. Talvez dar esse suporte psicossocial de forma breve pra que a pessoa adentre um pouco mais leve esse tratamento, que é um tratamento [...] (Entrevista realizada em Fevereiro de 2019, Recife – PE).

Há uma série de estratégias no campo da educação em saúde que foram desenvolvidas para que os usuários não esqueçam a medicação. Quando fiz pesquisa de campo,

por exemplo, conheci algumas delas. Ouvi de profissionais sugestões, como associar o uso do medicamento aos horários de refeição, dentre outros métodos. No entanto, mesmo que esse trecho ainda esteja relacionado à atenção integral, o que me chamou a atenção foi a fala inicial do Gabriel, quando diz que: “uma coisa é um soropositivo que já está acostumado com a medicação”. Num outro trecho este aspecto volta à cena, quando ele diz:

**Entrevistadora:** E o quê que mudou, você acha, na sua vida, depois que você começou a usar PrEP?

**Gabriel:** a minha relação. A minha relação com o meu companheiro mudou completamente, até no sentido de que ele me lembra da medicação, então **a gente se sente mais próximo um do outro nesse sentido, porque agora são duas pessoas tomando comprimido no mesmo horário.** E eu acho que isso quebrou essa coisa da medicação dele, ele como soropositivo, tanto que na relação de quatro anos, **somente de um ano pra cá ele toma na minha frente de forma regular,** ele tomava de vez em quando mas sempre ia pro quarto, e não sei o quê. E agora não, a gente tá tomando junto. Isso fortaleceu muito a nossa relação, eu me sinto menos receoso, não vou mentir pra você, assim, mesmo sabendo da possibilidade zero de infecção, eu fazia o teste rápido todo cagado.

**Entrevistadora:** direto...

**Gabriel:** e eu morria de medo, tinha crise de ansiedade. Então hoje, por exemplo, se eu for fazer um teste agora eu estaria muito mais tranquilo com a possibilidade de não realmente ter alguma coisa, entendesse? Porque junto com o indetectável, eu tô me prevenindo. E aí também isso, assim, agora a gente tá **dividindo a responsabilidade.** Enquanto casal. Não é somente ele que tem que estar indetectável, **eu também agora tenho um mecanismo de prevenção,** entendesse? E aí eu acho que isso deixou a gente, mudou muito a relação da gente, isso aí, pra mim foi o que mais mudou. (Entrevista realizada em Fevereiro de 2019, Recife – PE).

Aqui, a dimensão relacional do medicamento está em evidências. As transformações da PrEP nas dinâmicas conjugais são pensadas por Gabriel como algo positivo, ao passo que ambos se sentem mais seguros em relação aos riscos que o HIV representa. A responsabilidade compartilhada do cuidado na vida evidencia aqui o modo como a associação combinada de tratamento/prevenção na conjugalidade fortalece vínculos afetivos. Não é só o companheiro de Gabriel que está em processo de cuidado. Ao passo em que ele está numa relação conjugal sorodiscordante, ambos passam a estar imersos ao universo biomédico, a dividir idas aos hospitais, laboratórios, farmácias e consultórios. O cuidado à saúde, através do que o HIV

representa simbolicamente, passa a ser um problema dos dois, mesmo que Gabriel esteja numa “relação próxima” comparado ao parceiro.

Como conclusão, ao observar a PrEP como política farmacocentrada, o que identifico são processos sociais, éticos e morais requalificados. Numa dimensão institucional, o privilégio às medidas farmacológicas são preocupantes, ao passo em que outros aspectos da atenção à saúde são esquecidos, como alerta o Gabriel. Aqui, recordo-me do que vinha discutindo nos capítulos 1 e 2, especialmente quando tratei da dissertação de Felipe Ferrari. É importante que apostas tecnicistas não se sobreponham a valorização da vida no contexto clínico. A potencialidade da atenção integral é de, por um lado, estabilizar afetos negativos à saúde mental de usuários (PVHA ou não), e a de fortalecer vínculos conjugais e de afetividade entre pessoas em vulnerabilidade ou vivendo com o HIV.

#### 4.2. O homem hétero, a “sociedade hétera” e os problemas difíceis de resolver

Não queremos uma teoria de poderes inocentes para representar o mundo, na qual linguagens e corpos submerjam na êxtase da simbiose orgânica. [...] Precisamos do poder das teorias críticas modernas sobre como significados e corpos são construídos, não para negar significados e corpos, mas para viver em significados e corpos que tenham a possibilidade de um futuro.

Dona Haraway

**Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial, 1995.**

Olhando para a Aids como um **campo**, o lugar que cada pessoa ocupa na epidemia, e o modo como se relaciona com ela, diz muito sobre as narrativas e problemas que cada um propõe ao compartilhar experiências. Nesta etapa do trabalho, meu objetivo é discutir posicionalidades e modos de relacionar-se com a Aids, a depender do gênero e sexualidade.

Quaisquer implicações à saúde e ao corpo associadas as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) tendem a causar preocupações muito particulares as pessoas, muito por causa da relação entre as ISTs e a intimidade, ao sigilo e ao que se restringe a questões da vida privada. Cada um lida à sua maneira com o tratamento e o cuidado, a depender de uma série de fatores que façam parte da sua condição de vida. Seja porque uma determinada pessoa possui estabilidade financeira que garanta melhor atendimento médico, ou mesmo porque há possibilidade, no seu círculo de cuidado, do atendimento ser ou não em sigilo, pertencer a um determinado gênero, todas essas circunstâncias implicam numa relação entre a pessoa e a

infecção bastante leve e tranquila, ou tensa e complexa. Na Aids, um dos fatores que se destacam nas análises sobre a relação entre sujeito-epidemia é o gênero e a sexualidade enquanto marcadores políticos, éticos e morais, e se direcionarmos o olhar a certos grupos populacionais, que se alteram a depender do país, a relação entre tais e a epidemia sempre é tensa e complexa.

No caso brasileiro, desde cedo associada ao sangue, fluídos e ao sexo, anunciada pela mídia nos oitenta como “câncer gay”, a Aids provocou um verdadeiro reboliço na vida de diversas pessoas, afetadas diretamente ou não pelo HIV, no que diz respeito as práticas sexuais, ao íntimo, ao sexo e a expressão da sexualidade como nenhuma outra epidemia. No entanto, não quaisquer pessoas, sobretudo homens gays, prostitutas e travestis. Por mais que usuários de drogas injetáveis e outros grupos também estivessem em evidencia, a epidemia foi se constituindo em território nacional a partir da ideia de “gêneses homossexual” (Valle, 2002), e com o tempo essas populações foram se tornando “a cara da Aids”. Ser um homem gay com HIV, ou um homem heterossexual, implica numa relação com a infecção extremamente diferente. O estigma associado a esses grupos tornou o gênero e a sexualidade, bem como raça/cor, como já alertei, determinantes e marcadores sociais e políticos históricos dos que mais sofrem com a ampliação de casos de HIV/Aids, seja de infecção, adoecimento ou morte. É quase que inevitável falar sobre esses aspectos ao falar da epidemia.

Até hoje, mesmo após inúmeras campanhas e ações para diminuição do estigma, o lugar que essas populações ocupam no campo é complexo. Há uma linha tênue entre o estigma e ampliação de direitos. A primeira vez que visualizei tal complexidade, ainda na graduação, foi numa das entrevistas que fiz. Um dos meus interlocutores, num tom crítico os que eram contrários a implementação do protocolo PrEP no serviço público de saúde, e aos que reduziam a medida a um tipo de política pública que ampliava estigmas (já que gays, prostitutas e travestis são públicos prioritários), dizia que PrEP é muito mais que um medicamento. Já citei essa fala no primeiro capítulo, mas é importante que voltemos nela. Na visão dela, a PrEP também significa incluir pessoas no SUS, populações historicamente distantes do serviço público, e funcionava, portanto, como ferramenta para ampliação de direitos e acesso à saúde dessas populações (Matias, 2019). Era estratégico mantê-las nesse lugar de grupo prioritário. Uma das coisas que aprendi nesse dia é que para além das representações estigmatizantes, a relação entre a Aids e esses grupos também é caracterizada por modos de saber se apropriar das tecnologias biomédicas e do aparato médico-hospitalar como instrumento político. Essa é uma dimensão importante.

Contudo, há casos em que intenção é boa, mas o tiro sai pela culatra. Não necessariamente na PrEP, mas no modo como lidamos com essas populações em ações ligadas

a Aids de modo geral. Nesses casos, o estigma fala mais alto. Poucos dias antes de sentar para escrever essa etapa, já com diversas das ideias que apresentarei mais à frente em mente, deparei-me com um exemplo disso. A Agência de Notícias da Aids produziu um conteúdo numa rede social, onde incluía num card de divulgação a frase: “Sexo sem capa: 75% dos gays não usam camisinha no sexo”. Acompanhada de um texto problemático, a agência utilizava como base argumentativa para a frase uma pesquisa científica sobre o uso de preservativo entre homens que fazem sexo com homens, e generalizava isso para “gays”. Logo surgiram diversos comentários críticos a publicação e, como resposta, a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids de São Paulo (RNP+/SP) publicou uma nota em repúdio pelo modo como a notícia foi compartilhada, dando brecha a ampliação de estigmas e preconceitos<sup>64</sup>. A frase retoma, de modo explícito, um slogan característico dos anos iniciais da epidemia, que criminalizava práticas sexuais ditas promíscuas, associadas aos ditos “grupos de risco”.

Ao ler os comentários fiquei preocupado e assustado. Por mais que algumas pessoas questionassem o conteúdo, confesso que não esperava me deparar com pessoas defendendo que qualquer crítica a agência era “frustração pessoal”, falta de “análise” (terapia) ou respeito a história de luta da organização. Ser crítico era problemático nesse espaço, mesmo que a notícia incomodasse diversas pessoas que comentavam sobre se ver estigmatizadas e associadas a promiscuidade por serem gays, pelo modo como foi divulgado. Diante de tudo isso, lembrei que não seria tão simples assim escrever sobre essas populações e esse tema. Por isso optei começar falando sobre gênero, Aids e sexualidade dessa forma. Tal cena ilustra, no meu ponto de vista, assim como no caso que relatei com o interlocutor da graduação, esse lugar complexo que certos grupos ocupam na epidemia de modo amplo (na prevenção e no tratamento), por um lado estratégico, por outro estigmatizante. Não duvido do compromisso ético da pesquisadora ao privilegiar os HSHs no seu estudo sobre uso do preservativo, nem a Agência ao compartilhar a notícia de modo alarmante. Mas é justamente sobre essa linha tênue entre estigma e direitos, quando pensamos essas populações e a Aids, que gostaria de chamar a atenção com esse caso.

Curiosamente, na mesma semana que vi essa notícia, deparei-me com o texto recém publicado do Eric Fassin: “Sou um homem branco?” (2021), que me provocou inquietações logo de cara pelo título, bem como me ajudou a entender melhor essas questões entre certas populações e a epidemia. Nesse texto, Fassin problematiza a sua posição enquanto homem, hétero, branco, francês, produzindo conhecimento sobre populações que são o oposto dele,

---

<sup>64</sup> A nota da RNP+SP está disponível em: <http://www.rnpvha.org.br/a-rede-nacional-de-pessoas-vivendo-com-hiv-e-aids-no-estado-de-sao-paulo-rnpsp-publica-nota-de-repudio.html>. Último acesso: 13 de Maio de 2022.

grupos minoritários. Essa posição na produção do conhecimento o leva a propor o **paradoxo majoritário**, enquanto epistemologia política, onde deve-se “tomar a palavra enquanto sujeito majoritário – sem ocupar o lugar dos sujeitos minoritários ou falar em seu nome – para que, paradoxalmente, eles (os sujeitos minoritários) possam detê-la” (Fassin, 2021, p.12). Usando como referência Joan W. Scott (1996), Fassin aciona a ideia de paradoxo majoritário com o intuito de, por um lado, assumir uma posição política enquanto homem branco produtor de conhecimento, por outro, propor uma estratégia metodológica de oposição ao “truque de Deus” (Haraway, 1995).

As reflexões do Fassin me inquietam de diversas formas, em especial porque parte da minha produção é fruto de uma posição oposta à qual alguns dos entrevistados estão nessa história toda. Mas, para além disso, tendo em mente toda complexidade que envolve a relação entre a Aids, gays, travestis e prostitutas que venho discutindo nesta etapa, gostaria de chamar atenção a ideia de paradoxo que autor aciona, que me ajudará a dimensionar na dissertação o lugar de **tensão** das populações com as quais trabalho, que estou colocando em evidência. Citando o debate feminista, ele diz:

[...] **a tensão** a um só tempo teórica e retórica entre igualdade e diferença não é específica das lutas das mulheres, mas diz respeito ao conjunto de políticas minoritárias. Sem apagar suas diferenças ou hierarquizá-las, as diferentes minorias são confrontadas com o mesmo paradoxo e nunca colocam “problemas fáceis de resolver” [...]. Elas propõem paradoxos: **reivindicar enquanto sujeito minoritário, recusando-se a permanecer nesse lugar** (grifos meus) (Fassin, 2021, p.10)

O paradoxo majoritário, que citei anteriormente, surge a partir da ideia de paradoxo minoritário da Joan W. Scott (1996), como ele apresenta acima, onde os sujeitos minoritários não teriam “problemas fáceis a oferecer” quando falam sobre si, tendo em vista que as falas partem desse lugar paradoxal que ocupam e, ao mesmo tempo, recusam-se a ocupar. Unindo essa noção as complexidades que relatei ao falar de gays, prostitutas e travestis na Aids, é nesta posição paradoxal (Scott, 1996) que percebo as falas dos meus entrevistados: propondo questões difíceis de lidar, porque a posição que ocupam no campo da Aids enquanto travestis, gays ou prostitutas o fazem produzir falas paradoxais. Meu objetivo ao acionar tal perspectiva é me aproximar da complexidade que é o gênero, a sexualidade e a Aids juntos, para a partir daí poder tratar de modo qualificado e sério o que dizem as minorias. Para além dos fatos etnográficos que trouxe no começo desta etapa, onde a complexidade ao falar sobre essas populações está

dada, considero fundamental compreender que quando os entrevistados narram suas experiências também estão partindo de uma posição paradoxal, por serem quem são e por estarem na posição que estão (neste caso, usuários em PrEP).

A tensão/complexidade que identifiquei na postagem que tratava dos gays, e na fala de um interlocutor antigo ao destacar vantagens dos grupos prioritários no protocolo PrEP, também está presente no meu processo de escrita e no material que analiso. É por esse motivo que a ideia de paradoxo me interessa. Por mais que reconheçamos a importância de falar sobre gays, travestis e prostitutas, há um incômodo/desconforto na relação entre esses grupos e a Aids, que sempre produzirá problemas de pesquisa complexos, e que acho fundamental levarmos a sério.

É me apropriando dessa perspectiva sobre o debate em torno do sexo, sexualidade, gênero, grupos prioritários e a Aids que passo a discutir/pensar uma das principais PrEPs que verifiquei nas entrevistas, o que optei chamar de *PrEP sexual*. A ideia é colocar no centro do debate falas que partem de **posições paradoxais**, e que me interpelam e me fazem questionar uma das coisas que mais aparecem nas entrevistas quando o tema é gênero/sexualidade: **as masculinidades, os homens na prevenção, e as relações de gênero no contexto da PrEP**.

Nesta etapa do trabalho, penso dinâmicas de gênero a partir do que é narrado pelos usuários sobre os homens com os quais se relacionam. Utilizarei falas de Carla e Pedro, junto ao debate sobre gênero/sexualidade na Saúde e na Antropologia. Adianto que esses homens não representam todos os homens. Carla e Pedro criticam, em especial, posturas cisheteronormativas, próprias das masculinidades hegemônicas.

Outra questão importante aqui é a preocupação ética ao que escrevo. No momento em que me dediquei a leitura de algumas das obras que abordam a temática dos homens e das masculinidades na prevenção ao HIV/Aids, pude notar que, em certos momentos, autores e autoras me pareciam partir de perspectivas cisnormativas (Bruja, 2022) sobre o que estamos falando quando nos referimos a essa categoria. Reflexões sobre os homens partindo do pressuposto, por exemplo, de que todo homem possui pênis, não apareciam nos textos de modo explícito, mas nas entrelinhas. O que não anula o fato de existirem. Como princípio político-ético, irei estar atento a este modo equivocados de perceber os homens. Tanto nos textos, como na minha escrita. Também não condeno autores ou autoras, mas busco me distanciar de visões universalizantes sobre o que entendemos como tal. Tanto os homens como as expressões das masculinidades serão encarados, aqui, como termos plurais. Ao mesmo tempo que as encaro como categoria analítica/científica, também as percebo como categoria nativa.

Ao passo que fui imergindo nas histórias narradas pelos entrevistados, o lugar do “homem hétero” e da “sociedade hétera”, como dizia Carla, ia ganhando forma. Eles eram namorados, *dates* e clientes de profissionais do sexo. Eram parte fundamental para compreensão de dinâmicas em torno do risco e da vulnerabilidade ao HIV. Quando, por exemplo, o assunto eram as práticas sexuais, sobretudo homens heterossexuais surgiam como atores-chave aos processos de ampliação das vulnerabilidades, ou mesmo como agentes na constituição de identidades.

Segundo Schraiber, Gomes e Couto (2005), a saúde sexual e reprodutiva é um dos eixos analíticos de aproximação entre homens, masculinidades e saúde. Antes “tipicamente aplicada às mulheres”, os homens passam a ser incluídos no campo da saúde sexual e reprodutiva num contexto onde “[...] a temática da reprodução estruturou-se com a ‘ausência’ do masculino e os estudos focalizados nos homens privilegiaram sempre a sexualidade” (2011, p.11). Neste sentido, práticas e comportamentos sexuais associados ao masculino e as masculinidades são uma das questões que mais inquietam pesquisadores deste campo.

No que diz respeito a Aids e as sexualidades, os autores destacam que

A partir da mudança do perfil epidemiológico da Aids, com o aumento da transmissão por via heterossexual e as crescentes taxas de infecção entre mulheres, os estudos passam a buscar a incorporação da perspectiva de gênero para entender o aspecto relacional da conjugalidade-afetividade e sua conexão com HIV-Aids. (Schraiber, *et. al.*, 2011, p.11).

Por mais que o foco da minha análise não seja a conjugalidade, também me aproximo dos aspectos relacionais. Ao refletir sobre o lugar do homem heterossexual e da “sociedade hétera” na PrEP a partir das falas, minha intenção é compreender as implicações, no mundo social da Aids, das masculinidades e do homem, e o que significa esse lugar de poder que ocupam, sobretudo no imaginário das minorias, a partir das relações que estabelecem. Penso os homens e as masculinidades aos olhos da dimensão relacional do gênero (Medrado; Lyra 2008), compreendendo-os numa determinada posição de poder. Isso não significa que reforço culpabilizações. Ao invés disso, sugiro uma abordagem que se desloque “[...] da visão tradicional do homem apenas como parte dos problemas para concebê-lo também como parte da solução” (Schraiber, *et. al.*, 2011, p.9).

Durante a leitura das entrevistas o lugar do homem, compreendendo-o em relação a heterossexualidade e as masculinidades hegemônicas, levaram-me a **dois elementos da PrEP**, que configuram isso que chamei de PrEP Sexual, e que passam a ser os dois tópicos (problemas)

analíticos desta sessão: a) em primeiro, a importância da figura do homem no imaginário dos usuários, como uma espécie de perigo que simboliza o risco na relação entre os entrevistados e o HIV em contextos de vulnerabilidade. Tal aspecto evidencia a importância da PrEP como tecnologia de mediação (Latour, 1994) na garantia da proteção, sobretudo nas relações relatadas; b) em segundo, o modo como homens, mesmo que HSHs, dimensionam riscos nas práticas sexuais. Alguns das falas nos ajudam a perceber aspectos já debatidos na literatura científica sobre as masculinidades hegemônicas na epidemia de HIV/Aids (Villela, 1998; Kalckmann, 1998; Leal, *et. al.*, 2015), onde os homens, tal qual descreve Knauth e colegas em pesquisa com homens heterossexuais, “[...] não se percebem em risco de adquirir o HIV, visto não se identificarem com as tradicionais categorias de risco” (Knauth; *et. al.*, 2020, p.5).

Como a ideia de **campo** não é algo trivial à antropologia, nem à saúde, considero fundamental deixar explícito o uso que faço do termo em alguns momentos desta etapa. Baseio-me em Pierre Bourdieu para pensar o solo simbólico no qual essas populações ocupam no imaginário social. De um ponto de vista ontológico, compreendo esse campo/solo como um território, onde cada grupo ocupa uma posição a depender de quem fala e para quem fala. Portanto, a partir do termo “campo social” aqui, refiro-me a posicionalidades e representações políticas e éticas sobre grupos. Gays e mulheres trans compartilham esse lugar de “soropositivos em potencial” em muitos contextos, e é a partir dessa afirmação que visualizo a posição deles e de outros sujeitos no campo social da Aids, neste caso, homens héteros.

#### 4.2.1. A figura do homem heterossexual nas narrativas

Carla, durante a entrevista, quando questionada sobre prevenção ao HIV, diz:

**Entrevistadora:** Assim, *Carla*<sup>65</sup>, o que que você acha da política em geral de prevenção ao HIV/Aids que é desenvolvida?

**Carla:** Nossa, eu acho perfeito, maravilhoso, queria que chegasse numa sociedade mais ampla para conscientizar, porque as pessoas hoje em dia... estava até comentando com a enfermeira lá dentro que a sociedade tem a mania de achar que como hoje em dia tem remédio, tem camisinha, se você for soropositivo você toma remédio você não morre mais. Mas eles continuam cometendo os mesmos erros, continuam transando sem camisinha, continuam fazendo as loucuras, achando que não mata. Igual ditado dos homens [...], o homem não transa muito com a mulher sem camisinha com medo dela engravidar,

---

<sup>65</sup> A fala da entrevistadora foi modificada. Substituí o nome da entrevistada pelo nome fictício.

em nenhum momento ele se preocupa nas doenças, ele só se preocupa em não engravidar; “ah você não está naqueles dias, então não precisa da camisinha.” A gente, como a gente como somos trans, e só faz sexo anal, então a gente não corre o risco de engravidar. Em nenhum momento eles se preocupam com as doenças, eles dizem “Ah não tô nem aí com nada né”. Aí as vezes, no momento da excitação, do prazer intenso, ele não pensa, só quer gozar e pronto. Então eu acho que deveria conscientizar mais e conscientizar mais ainda a sociedade "hétera", porque como eu faço programa, a gente transa mais com homens e homens sociedade "hétera", a gente não transa com gays, a gente transa com homens héteros, com homem casado, que tem mulher, família, namorada e eles não se preocupa, eles querem transar com a gente sem camisinha e eles sabem que a gente faz programa e que a gente sai com vários homens, a gente transa com vários homens, eles não se preocupam se a gente tem algo ou não, se a gente se preveni ou não com os outros caras, eles não tão nem aí. Eu acho que deveria pegar mais no caso da sociedade hétera, entendeu? pra poder prevenir eles da loucura que eles pensam, que eles têm costume de fazer, e não pensam nas consequências do que vai acontecer, é só no momento ali do prazer só. (Entrevista realizada em Brasília – DF).

Pedro, em outro momento:

**Entrevistadora:** E por que você acha que a PrEP pode ser útil pra mulheres trans e pra homens gays?

**Pedro:** Porque homem é uma desgraça [risos]. Porque assim, vamo pensar no ponto de vista de construção do gênero masculino. Durante toda a história, né, o gênero masculino foi empurrado pra poligamia [...], eu não me sinto seguro em dizer que existe um homem monogâmico, enquanto a mulher, o gênero feminino, é empurrado pra monogamia, é empurrada pra fidelidade, pra ficar dentro de casa, pra ter a sexualidade regulada somente à maternidade, e pra agradar macho... e o homem não, esse é um dos privilégios de ser homem, né, você poder foder, e foder, e ter prazer e gozar e é isso, e mulher não tem essa permissividade, socialmente falando. E tanto pra homem homossexual quanto pra homem heterossexual, é importante, assim, pensando por mim também, por que com tesão eu já transei com bolsominion.

**Entrevistadora:** Deus é mais.

**Pedro:** não, pra você ter noção pro tanto de tesão que eu tava.

**Entrevistadora:** sim, sim.

**Pedro:** Então tipo, essa questão da construção do gênero e da masculinidade, a sexualidade masculina, onde a gente tem essa

cobrança pra ter vários parceiros, tanto, independente de orientação sexual, a PrEP é uma segurança do caramba, pra mulheres trans é uma situação um pouco mais triste, na realidade, né, porque passando no sentido de que os transexuais são excluídos de todos os espaços sociais, e jogados na prostituição, a PrEP seria pra esse cuidado pra que a mulher trans possa exercer essa atividade que não é uma atividade vergonhosa, mas é uma atividade que nem todas querem estar. Então isso entra como uma forma de prevenção. E assim, também, parte de um outro contexto cultural, o Brasil é o país que mais mata travestis e transexuais, ao mesmo tempo é o que mais consome pornografia.

**Entrevistadora:** Com certeza.

(Entrevista realizada em Dezembro de 2018, Manaus – AM).

Como destaquei no início do capítulo, há diversas formas de responder perguntas como estas que fizeram a Carla e Pedro. Seja lá o que for que inquiete os entrevistados, cada resposta pode nos levar a diferentes caminhos, características, e, neste caso, eles focam nos homens e nas masculinidades como problema. Intimamente associado a discussão sobre práticas sexuais, aqui eles falam sobre cuidados, riscos e vulnerabilidades a partir do que homens, pessoas com as quais eles se relacionam, héteros (no caso da Carla), fazem e praticam. Sendo assim, acho interessante começar essa conversa pela questão da promiscuidade e comportamento.

Num texto clássico sobre a construção da identidade entre mulheres portadoras do HIV, Knauth (1997) discute a ideia de que a Aids é “uma doença do outro”. Pensada nestes termos, segundo a autora, o *outro* está associado “[...] à ideia que se faz das pessoas potencialmente portadoras do vírus” (1997, p.291). Por um lado, um **outro social**, geograficamente e culturalmente distantes (uma doença de “gente rica” ou associada a países africanos); e por outro lado, um **outro individual**, onde “a diferença em relação a esse outro não se dá mais por uma distância geográfica ou social, mas por um comportamento tido como decorrente de uma opção individual” (*ibid.* p.291).

Essas diferentes concepções do outro colocam em evidência os diversos níveis de alteridade implicados nas relações sociais. Trata-se, de fato, de restabelecer as diferenças, de redefinir os limites entre **eu** e o **outro** ou entre **nós** e os **outros** (grifos da autora). Entretanto, se em relação ao outro social esta distância é relativamente fácil de ser construída, visto que está em questão uma alteridade que é, de certa forma, preestabelecida [...], as coisas se complicam quando é um outro individual que está em questão. Nesse caso, trata-se de uma alteridade relativa e provisória [...]. Assim, se por um lado a distância pode se dar pela condenação de determinados comportamentos [...], por outro, **ela não é absoluta pois as mesmas pessoas condenadas**

**compartilham com as demais valores e espaços sociais. Este outro distante torna-se, de certa forma, um outro familiar.** E essa proximidade exige um trabalho contínuo de redefinição e requalificação da alteridade, pois, do contrário, corre-se o risco de ser "contaminado", ou seja, de se ver identificado a esse outro do qual urge se diferenciar. (Knauth, 1997, p.291)

É como uma doença do outro individual que, historicamente, a Aids associa-se a população LGBTQIA+, especialmente gays e travestis, além das prostitutas, condenados por práticas sexuais e comportamentos tidos como promíscuos. Quando falei sobre a tensão na relação entre a Aids e as populações reconhecidos nos anos iniciais da epidemia como “grupos de risco”, era sobre esse “outro individual” que a Knauth apresenta tão bem que estava me referindo. O outro, na Aids, tinha sexualidade e corpo bem demarcados. Por esse motivo, acompanhamos há anos a luta das ONG/Aids e da sociedade civil organizada para reduzir números de morte e adoecimento mental associados a sorofobia, fruto direto do preconceito que perpassa o imaginário social. Certos “comportamentos” e certas “populações” sempre estiveram, deste modo, conectados. Foi no intuito de diminuir essa percepção de que certas populações são como a “cara da Aids” que diversas campanhas foram/são feitas, e, com o tempo, fomos incorporando no linguajar da epidemia o termo “comportamento de risco” ou “prática de risco”, ao invés de “populações de risco”, como já apresentei nos capítulos anteriores.

O texto da Daniela Knauth e esses apontamentos iniciais me ajudam a compreender duas dimensões em relação as falas de Carla e Pedro que são importantíssimas: a) primeiro, o lugar que a promiscuidade ocupa nos relatos, como parte do processo de construção da alteridade entre Carla e Pedro, historicamente associados a esse “outro” ao qual a Aids pertence, e os homens com os quais eles se relacionam; b) segundo, o modo como “comportamentos (ou práticas) de risco” e certas “populações” ainda estão conectados, tendo em vista o que Carla nos diz sobre o risco à gravidez *versus* o risco à infecções sexualmente transmissíveis.

O modo como os entrevistados falam dos homens me parece ser isso que Knauth destaca quando diz que problema está quando a distância entre o **eu** e o **outro** “ameaçam desaparecer”, e o outro passa a ser familiar. Nesse sentido, a construção da alteridade passa a ser redefinida. Nas falas, percebo que o comportamento desse tal homem heterossexual é acionado como forma de fugir da associação clássica entre promiscuidade e a população LGBTQIA+ que, historicamente, estigmatiza essa população, como já alertei. Mesmo que essas pessoas sejam os “potencialmente portadores do vírus”, há uma série de elementos éticos e morais que são acionados nas falas para estabelecer a construção da alteridade, ao passo que

mostram que o problema, na verdade, está no tal “homem hétero” e na “sociedade hétera”. Essa figura do homem heterossexual está associado a esses processos de construção da alteridade, ao passo que Pedro e Carla buscam diferenciar-se dele, e para tal chamam a atenção as responsabilidades individuais.

É como marcador ético que o gênero aparece aqui, para que a construção da alteridade se consolide, ao passo em que a promiscuidade serve como mecanismo para tal. Ao falar sobre a posição do “homem hétero” na responsabilização pela transmissão do HIV, inquieta com a falta de consciência ao risco desses tais homens no sexo e com o fato de na PrEP não serem público alvo, Carla me parece dar contornos a uma certa economia ética da vida (Fassin, 2018) própria da Aids. Aqui, a sexualidade e o gênero funcionam como marcador ético ao modo como todos nós enxergamos cada uma dessas pessoas e suas práticas. Riscos, cuidados e responsabilidades qualificam modos de enxergar determinadas vidas em relação a outras nesse contexto.

Além do mais, como pude notar nos relatos, sobretudo da Carla quando ela fala da sociedade hétera, os “comportamentos de risco” e as “populações” ainda possuem certa relação dúbia que amplia vulnerabilidades. Isto se dá, especialmente, por causa da percepção heteronormativa dos homens com os quais ela se relaciona, que consideram importante o uso do preservativo apenas em relações onde há risco de gravidez. Neste sentido, a promiscuidade e irresponsabilidade “dos homens” inserem prostitutas e travestis numa zona de risco, onde o uso do preservativo passa a ser negociado num contexto em que as infecções sexualmente transmissíveis importam menos que a possibilidade de engravidar. E não reduzo, aqui, homens aos héteros, como também destaca Pedro ao dizer que “homem é um desgraça”. Ou seja, o problema são as masculinidades e a heteronormatividade, para além da orientação sexual.

Carla fala do sexo anal. O HIV é sexualmente transmissível, mas em distintas escalas de risco a depender da prática sexual, como podemos ver na tabela abaixo, segundo dados do Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos<sup>66</sup>:

---

<sup>66</sup> Disponível em: [https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2017/11/gabarito\\_desafio\\_unaids.pdf](https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2017/11/gabarito_desafio_unaids.pdf). Visto em: 20 de Dezembro de 2021.

Tabela 2. **Probabilidade de contrair HIV estimada por ato, por exposição**<sup>67</sup>

<b>Exposição Sexual</b>	<b>Risco por 10.000 exposições</b>
Sexo anal receptivo	138
Sexo anal insertivo	11
Sexo pênis-vagina receptivo	8
Sexo pênis-vagina insertivo	4
Sexo oral receptivo	Baixo
Sexo oral insertivo	Baixo

Fonte: UNAIDS. Gabarito desafio UNAIDS, 2017.

Usando como base esses dados e as falas dos entrevistados, noto que a relação entre: maior chance de infecção no sexo anal, a visão heteronormativa dos homens com os quais os entrevistados se relacionam, junto as vulnerabilidades históricas de travestis, gays e prostitutas são o “combo” para manutenção da associação estigmatizante entre gays, travestis e o risco de infecção pelo HIV, ao passo em que esses fatores são os elementos essenciais para ampliação das vulnerabilidades. Isso implica, no meu ponto de vista, numa precarização simbólica, ética e moral, no imaginário social, ao modo de vida de travestis e gays, em relação a homens héteros e a sociedade hétera. E não porque essas pessoas são, ou não, promíscuas. Mas porque as suas condições de vida estão imersas a regimes que ampliam vulnerabilidades.

O fato do uso da camisinha ser associado ao risco de gravidez, e não ao risco às ISTs, contribui para que a relação ente a vulnerabilidade e os corpos LGBTQIA+ estejam potencialmente próximos, e essa proximidade favorece processos estigmatizantes. Por mais que todas as populações, mesmo a “sociedade hétera”, pratique sexo anal, o que Carla nos conta é sobre o potencial de risco, tendo em vista o modo heteronormativo pelo qual os homens com os quais ela se relaciona compreendem o risco.

Ao questionar a postura dos homens héteros que querem transar sem camisinha, enquadrando-os como promíscuos, identifico que Carla denuncia essa aproximação simbólica

<sup>67</sup> Segundo consta no documento da UNAIDS: “Fatores que podem aumentar o risco de transmissão do HIV incluem infecções sexualmente transmissíveis, infecção por HIV em fase aguda ou tardia e alta carga viral. Fatores que podem diminuir o risco incluem uso de preservativo, circuncisão masculina, tratamento antirretroviral e profilaxia pré-exposição. Nenhum desses fatores é contabilizado nas estimativas apresentadas na tabela.” (2017, p.3).

entre os comportamentos, práticas de risco e a população LGBTQIA+. Tendo em vista o que ela nos diz, percebo que as vulnerabilidades, na verdade, são construídas a depender do nível de fragilidade que alguns têm à racionalidade heteronormativa e masculina que opta, a depender do corpo com qual transa, a não usar camisinha. Neste sentido, o risco presente nas práticas sexuais difere a depender do poder de negociação na hora do sexo, diante da percepção masculina dos tais “homens héteros” do que mais importa, gravidez ou IST.

#### 4.2.2. Os homens e os riscos

O gênero se constitui em cada ato da nossa vida, seja no plano das idéias, seja no plano das ações. O tempo inteiro a gente está constituindo o gênero no nosso próprio cotidiano

Miriam Pillar Grossi

**Masculinidades: uma revisão teórica**, 2004.

O lugar do homem na prevenção ao HIV, quando em intersecção as sexualidades, é a de dupla posição. Por um lado, grupo prioritário as alternativas de prevenção disponíveis, a exemplo dos gays e outros homens que fazem sexo com homens. Por outro, a de grupo negligenciado no debate, os quais fazem parte, em grande medida, os homens heterossexuais. No que diz respeito a este último grupo, mesmo que inclusos na categoria de “população geral”, eles têm cada vez mais relevância nas discussões sobre a epidemia (Knauth, *et. al.*, 2020; Leal, *et. al.*, 2015; Villela, 1998).

Desde os anos noventa os casos de notificação de Aids e infecção por HIV entre homens heterossexuais é um problema pouco discutido. A médica psiquiatra Wilza Villela escreveu em 1998, num dos seus textos sobre masculinidades e Aids, que “[...] a população masculina heterossexual tem sido pouco enfocada em trabalhos dirigidos à prevenção do HIV” (1998, p.130). Mais de duas décadas depois, Daniela Knauth e outras pesquisadoras chamam a atenção para o mesmo fato, em um artigo publicado em 2020 que abordavam modos de descoberta do diagnóstico de infecção por HIV entre homens heterossexuais. Ou seja, há décadas esses homens estão distantes da agenda de pesquisa e na atenção à saúde. Uma preocupação para estas autoras.

Por mais que os heterossexuais representem a maior parte dos casos de infecção por HIV entre essa população (49% entre os homens) (Knauth, *et. al.*, 2020), em três regiões do Brasil (Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste), onde a principal via de transmissão do vírus entre homens é a sexual, o predomínio de casos se dá nas relações homo/bissexuais (Brasil, 2021).

Quando nos referimos a população masculina heterossexual, numericamente há mais casos notificados, mas isso não implica dizer que há uma proporcionalidade em relação a taxa de predomínio, maior entre os HSHs.

Dentre os motivos para este quadro, a bibliografia sobre o tema destaca percepções individuais e coletivizadas. Tanto entre os homens heterossexuais enquanto grupo, bem como na sociedade como um todo. Para Villela, no que diz respeito ao grupo, certas noções e percepções de si interpelam a relação entre os homens heterossexuais e a Aids, afetando também processos de reconhecimento da vulnerabilidade e do risco. Para a autora, ideias sobre o que configura o “masculino” na sociedade, percebida por esses homens “machos” (1998, p.133), auxiliam-nos a visualizar o distanciamento entre eles e a epidemia.

[...] a identidade de gênero nos homens tanto quanto os sentidos vinculados à ideia de ‘masculino’ e ‘masculinidade’ – força, poder, autonomia, invulnerabilidade, entre tantos outros – são contrários com as imagens mais popularmente relacionadas à Aids: magreza, fragilidade, submissão. Essa condição impede os homens de se verem em risco [...]. Mesmo a coincidência do contágio entre mulheres profissionais do sexo e donas-de-casa, apontando para uma ponte entre casa e rua por meio do contágio mulher-homem-mulher, não fez com que a Aids fosse admitida como um risco também para homens de comportamento heterossexual” (Villela, 1998, p.131-132).

Ainda sobre a relação homens heterossexuais-Aids, a autora também chama a atenção para as estratégias de saúde na prevenção, onde “o enfoque é num comportamento, considerado de risco (com os quais esses homens não se reconhecem), e não no sujeito sexuado que desenvolve esse comportamento” (*ibid.* p.130). Interessadas nesse mesmo fenômeno, Leal, Knauth e Couto também contribuem ao debate, alertando que concepções de gênero onde “o corpo masculino é um lócus do não-cuidado” (2020, p.148) refletem na baixa inserção dessa população aos serviços de saúde.

Esse processo de reconhecimento, feito por nós, homens, de que o corpo cis-masculino é “forte” o bastante, ao ponto do HIV não ser um perigo, também está relacionado a aspectos próprios da biologia para Villela. Ao discutir o que significa o “ser homem”, ela fala sobre o fato de termos, exclusivamente, “a prerrogativa de ser[mos] fecundantes”. Tal prerrogativa, “aprendida e apreendida desde a mais tenra idade”, exerce influência direta a processos de percepções sobre nós mesmos:

Tal atribuição de importância ao masculino opera no sentido de fazer com que os homens acreditem na sua imanente superioridade e na existência de características universais – psíquicas, afetivas e emocionais – compartilhadas igualmente por todos os indivíduos possuidores de pênis e testículos<sup>68</sup>, características que deveriam ser cultivadas e preservadas. [...] superioridade que, eventualmente, pode estar em contradição com a ideia de prevenção de doenças [...]” (Villela, 1998, p.133-134).

Homens buscam afirmar-se como tais em espaços de sociabilidade no grupo, o que a autora classifica como “cumplicidade grupal”. Tais comportamentos estão relacionados a importância de “ser homem”, a partir da afirmação da superioridade.

Para Villela, tal afirmação afeta processos de cuidado. Neste sentido, a adesão de homens as práticas preventivas está associada ao grau de compatibilidade entre os atos de prevenção e o comportamento associado ao que se espera do que é “ser homem”. Como exemplo de casos onde essa compatibilidade existe, e há adesão de homens a prevenção, Villela fala dos exercícios físicos para prevenir cardiopatias. Como exemplo oposto, onde não há adesão, ela cita métodos que são “incompatíveis com a ideia de força e da resistência masculina” (1998, p.134), tais quais dietas e moderação no consumo de álcool, por exemplo.

É a partir daí que ela elenca três aspectos sobre a prevenção do HIV entre homens heterossexuais, que são dificuldades para este grupo. São eles: “[o] reconhecer que o corpo não é uma fortaleza inexpugnável [...]; reconhecer que uma mulher é capaz de transmitir uma doença letal a um homem durante o ato sexual [...]; [e] admitir de que o sêmem não é apenas fertilizador” (Villela, 1998, p. 134-135). Para Villela estes aspectos são cruciais para superarmos a relação problemática entre homens heterossexuais, a Aids, a prevenção e as vulnerabilidades, compreendendo este último como algo que afeta tanto as populações com as quais eles se relacionam (como destaquei na etapa que nomeei de *primeiro problema* da PrEP sexual, onde os homens aparecem nas narrativas como perigo para profissionais do sexo e homens gays), como para eles próprios. Para a autora, o desafio está na ordem da identificação e falta de reconhecimentos, onde a camisinha precisa se tornar “assunto de homens”. Aqui, amplio esta perspectiva à PrEP, que é uma política majoritariamente masculina, mas que, em alusão ao que escreve Villela, ainda precisa se tornar “assunto de heterossexuais”.

[...] a prevenção do HIV não depende apenas de mudança de comportamentos individuais, do mesmo modo como estes não dependem apenas do desejo particular de mudança; normas e padrões

---

<sup>68</sup> Cabe destacar que nem todos os “possuidores de pênis e testículos” são homens.

de conduta do grupo com o qual o indivíduo se identifica ou interação são fatores tão importantes quanto o próprio desejo ou intenção de mudar. Dito de outra forma, mudanças de comportamento são tão mais efetivas quanto mais são apoiadas ou compartilhadas pelo grupo social próximo ou de referência, o que é particularmente importante em se tratando de “fraternidade masculina” (Vilella, 1998, p.139).

Além do mais, é importante dimensionar aqui as implicações da pobreza a todos esses aspectos. Para Vilella, essa interseção é fundamental, tendo em vista a relação entre as populações carentes e a homossexualidade. Segundo ela, “[...] a homossexualização da epidemia está associada à sua pauperização, como consequência do maior acesso a informações, serviços e preservativos [...] entre pessoas mais escolarizadas, de melhor poder aquisitivo e mais bem inseridas no mercado de trabalho [...]” (Vilella, 1998, p.141).

Suzana Kalckmann também aponta elementos importantes nesta conversa. Ao discorrer sobre a percepção de homens em relação a saúde reprodutiva e sexual, confesso que fiquei surpreso ao ver que, assim como disse Carla ao falar sobre os homens (clientes) com os quais ela se relaciona, “para a maioria o uso da camisinha é esporádico, referido, especialmente, como método para evitar gravidez”. Kalckmann realizou o estudo a partir de grupos focais, entre homens homossexuais. Segundo ela, as explicações para preferir não utilizar o preservativo estão associadas “a perda de sensibilidade, a interrupção do clima amoroso, que pode comprometer a ereção, aumentando a ansiedade e o medo de não desempenhar o seu papel junto à parceira” (1998, p.86).

A questão da ereção foi um tema relevante entre todos os grupos focais os quais a pesquisadora e a equipe da pesquisa realizaram as conversas. Qualquer ameaça a ela “ganha contornos dramáticos” para esses homens, segundo a autora, mesmo que ninguém tenha, de fato, relatado perder ereção por causa do uso de camisinha (Kalckmann, 1998). Ela também pontua no texto que a camisinha é, inclusive, reconhecida como um dispositivo que favorece a ereção. Este fato nos faz notar que a relação entre a falta de uso e a ereção está associada, então, a medos e percepções não necessariamente relacionadas ao látex em si.

Pensando a partir das falas de Carla e Pedro, os entrevistados me parecem alertar para o modo como, na realidade social, esses homens os quais Kackmann e Vilella, em especial, discutem em seus textos, dimensionam riscos, cuidados e prevenção. Modos de ser/estar no mundo de sujeitos, que não necessariamente correspondem a todos os homens, mas diz respeito a masculinidades hegemônicas.

Num esforço de dimensionar o que esse termo significa, Leal, Knauth e Couto o compreendem “[...] a partir de dois elementos essenciais: a constatação de uma pluralidade de

masculinidades e de uma hierarquia de masculinidades”. Para as autoras, “a masculinidade hegemônica se distingue das outras masculinidades como a forma idealizada e normativa de ser homem, aquela que é o padrão do ser homem, em relação à qual os outros homens se posicionam”. Segundo as autoras, a masculinidade hegemônica se expressa através de: “exigência de múltiplas parcerias sexuais, a percepção de invulnerabilidade ao HIV e outras DSTs, a afirmação da heterossexualidade, o consumo de bebidas alcóolicas, entre outras, [que] acabam por expor os homens às DSTs e ao HIV/AIDS” (2015, p.145).

Isso implica numa série de nuances que possibilitam a ampliação das vulnerabilidades das pessoas com as quais tais homens se relacionam, ao passo que

O reconhecimento da necessidade e a decisão pela adoção de medidas preventivas contra o HIV passam pela maneira como estão social e culturalmente configuradas as relações entre homens e mulheres e pela forma como as masculinidades e as feminilidades são concebidas e afirmadas no interior das relações afetivas e sexuais (Leal; *et. al.*, 144)

Como já afirmei algumas vezes ao longo do texto, os entrevistados não me parecem se referir a qualquer homens, mas estes modelos de masculinidade, ao passo que em ambas as falas são modelos de “ser homem” os quais Villela e Kalckmann tão bem dimensionam, superiores e pouco preocupados com os riscos durante práticas sexuais, pondo em questão o uso da camisinha quando o “perigo” está relacionado a reprodução, e não às infecções sexualmente transmissíveis. Preocupação que é, em contrapartida, perceptível no relato da Carla, a quem cabe se proteger. As relações e dinâmicas sociais de gênero, nesse contexto, são “afirmadas” com base nesse modelo hegemônico de masculinidade, onde “ser homem” é ser “imune” ao HIV, ou em condição de “invulnerabilidade”, tal qual descrevem Leal, Knauth e Couto.

Mas, isso não significa ampliar políticas condenatórias. Faço coro ao que as autoras destacam, ao discutir que por estes motivos é importante ampliar as estratégias para que homens, de modo plural, heterossexuais ou homossexuais, cisgêneros ou não, com ou sem pênis, passem a fazer parte de modo efetivo da agenda de prevenção, que os compreendam como “sujeitos sexuados” (Villela, 1998, p.130). Para Leal, Knauth e Couto, o que identificamos aqui são, também “[...] dimensões simbólicas e práticas do exercício das masculinidades [que] têm impactado na percepção e gerenciamento de risco dos homens heterossexuais ao HIV/AIDS” (p.145), o que implica numa ampliação da vulnerabilidade de pessoas como a Carla, mas também desses homens.

Neste sentido, Knauth e colegas apontam alguns aspectos interessantes. Ao dialogarem com homens heterossexuais vivendo com o HIV, as autoras destacam o quanto, nas narrativas, a descoberta do diagnóstico é um momento permeado por surpresas. Em geral, isto está relacionado ao fato desses homens não se reconhecem como sujeitos em condição de vulnerabilidade ao vírus. Segundo as autoras, “a surpresa parece estar mais relacionada à forma de transmissão heterossexual do que à doença em si, ou seja, ao fato deles terem ‘prego’ a doença de uma mulher” (Knauth, *et. al.*, 2020, p.5).

A leitura que esses homens fazem sobre a epidemia e de si mesmos não é algo desconectado dos discursos sobre a Aids na sociedade como um todo. Os modos pelos quais se percebe os homens na epidemia, impacta também nos padrões de gênero, aqui denunciados por Carla e Pedro. Para as autoras

A diferenciação desses [homens heterossexuais] em relação aos homens homossexuais, operacionalizada pelos discursos sobre a doença, tanto médico quanto da mídia, reforça os padrões da masculinidade hegemônica segundo os quais os “homens de verdade” são imunes às doenças. Essa diferenciação faz com que os homens heterossexuais tenham dificuldade em se perceber em risco para a aids” (Knauth; *et. al.*, 2020, p.8).

Ou seja, estamos falando aqui de diversos problemas que estão, de modo complexo e pouco debatido na ciência, bastante conectados: 1) padrões estigmatizantes sobre as populações que são os portadores do vírus em potencial; 2) padrões de masculinidades hegemônicas reforçados por essa diferenciação entre populações e o risco; 3) a ampliação da condição de vulnerabilidade desses mesmos grupos, e, por consequência; 4) a invisibilidade e ausência dos homens heterossexuais na discussão. Esses textos e leituras me fazem perceber, por fim, o quão cíclico e retroalimentado é a vulnerabilidade, o risco, a precariedade e modelos de relações de gênero que afetam, por consequência, toda a sociedade e todos nós no que diz respeito ao HIV/Aids.

Mas há um último ponto que considero importante de ser ressaltado, aqui, em relação ao que nos ensina a Carla, tendo em vista a PrEP sexual enquanto fenômeno circular precário a todos. Olhar para PrEP a partir das dinâmicas de gênero como lente e instrumento para analisar o social relava, também, o modo como esses tais homens habitam o mundo numa condição de risco à infecção. O homem heterossexual com o qual as profissionais do sexo convivem, percebido aqui a partir da fala de Carla, habita o “círculo de vulnerabilidade” em um estilo de vida que, para muitas dessas pessoas, não é opcional.

A fala da Carla, prostituta e travesti, está permeada por revolta e indignação por viver um contexto de precariedade da vida onde não há outra alternativa que não seja fugir do HIV. O modo como a “sociedade hétera” e o “homem hétero” estão nesse contexto, vivendo “em risco”, fazendo loucuras, como ela diz, chama minha atenção para um segundo valor da precariedade nas falas e na vida de Carla: se, no capítulo anterior, ela aprecia de forma multifatorial na vida de mulheres trans prostitutas, ao ponto de fazer com que elas nem se preocupassem com a possibilidade de infectar-se pelo HIV, “mais uma” das muitas vulnerabilidades na vida; aqui, a precariedade opera como instrumento moral que delimita modos de habitar o mundo dessas mulheres. Enquanto tal, interpela à vida dessas pessoas através do seu poder moral limitante, que restringe esses sujeito a um único modo de vida. Em associação ao modo circular pelo qual funciona na realidade social a PrEP sexual, expressa-se de modo violento à essas mulheres como a nem um outro sujeito: através do pavor do risco como valor. O risco como precariedade aproxima o HIV da população, sobretudo trans, mas LGBTQIA+ em geral, e o percebo como instrumento potente de vulnerabilização e estigmatização.

Neste sentido, o risco é um valor ético na vida dessas mulheres, de um modo que não chega a ser para os homens com os quais elas se relacionam. Mesmo que eles sejam vítimas da masculinidade hegemônica, não experienciam o risco como afeto à vida, tal qual Carla vivencia e denuncia em sua fala.

### **4.3. As discontinuidades no serviço público**

É comum que programas de saúde sejam repensados, debatidos, aprimorados, modificados e transformados. Na Aids, periodicamente, sejam em encontros ou reuniões, membros dos movimentos sociais, profissionais de saúde, pesquisadores e gestores das esferas municipais, estaduais e federais, reúnem-se para dialogar e avaliar o que foi feito, o que pode melhorar, além de discutir como ampliar o acesso, a adesão e a qualidade de vida de usuários do serviço de saúde. Nem sempre esses diálogos são tranquilos. É comum que novos objetivos passem a nortear a conversa, e novos caminhos para determinadas ações sejam escolhidos. Tive a oportunidade de acompanhar uma dessas reuniões na Paraíba, que os movimentos sociais na época caracterizam como um momento para “fazer pressão” junto ao poder público, e apesar de diversos interesses serem mobilizados a todo momento, eram espaços produtivos/propositivos.

No entanto, há outras tantas mudanças que ocorrem nas políticas em curso que não necessariamente são frutos dos planejamentos estratégicos, nem mesmo das boas conversas. Essas são as mais problemáticas. Tendem a diminuir a inserção de pessoas ao serviço de saúde e afetam diretamente a vida dos que são público-alvo dessas medidas. Lucas, um dos entrevistados, quando falava sobre PrEP, sexualidade e saúde durante a conversa cita alguns desses casos, os de **descontinuidades** das políticas públicas. Processos de interrupção de medidas de saúde em curso.

Por mais que outros usuários também tenham relatado dificuldades no serviço, reflexões que de algum modo dialogam com o que Lucas nos diz, as falas desse entrevistado me chamaram a atenção pelo o modo como as preocupações dele faziam parte de toda a conversa. Em geral, Lucas se referia aos “antigos” programas de prevenção, que hoje não existem mais. Pelo que pude notar, funcionavam na narrativa como uma forma de deixar marcado o quanto, mesmo que a PrEP e outras medidas tenham pontos positivos, vivemos num contexto precário em relação ao que tínhamos antes como possibilidades de conscientização e diálogo com a população em relação ao HIV/Aids. Sejam ações junto a grupos de teatro, intervenção de educação sexual nas escolas, distribuição de camisinha em carnavais. Projetos importantes, frutos dos programas nacionais de Aids dos anos noventa e início dos anos dois mil, que foram sendo **descontinuados**.

Lucas é profissional de saúde. Psicólogo de formação e servidor público estadual. A formação, o cargo e função que desenvolve dizem muito sobre o modo como ele pensa a PrEP, e fala sobre ela. Enquanto li o material percebi que ele não necessariamente relatava as experiências a partir do uso contínuo do medicamento, como o Gabriel. Nem mesmo pensava nas práticas sexuais quando o assunto eram as “populações prioritárias”, diferente da Carla que trouxe imediatamente para o debate os “homens héteros”. Nas falas do Lucas o foco estava concentrado no serviço ofertado pelo Estado aos usuários. No que tínhamos e perdemos com o tempo. Nas estratégias que foram/são desenvolvidas.

Para além dele, João, Carla, Gabriel e Pedro também têm formação, ou mesmo atuam na área da saúde. Alguns deles, como o Lucas, o Gabriel e o João, quando falavam sobre a PrEP, utilizavam o termo “a gente” para se referir aos que colocavam em práticas as políticas públicas. O Lucas, por exemplo, expressava-se através do termo quando falava em estratégias para diminuir o distanciamento de mulheres trans do serviço: “[...] a forma com que **a gente** pode criar uma aproximação tem que ser pensada também.”. Ou mesmo quando fazia críticas à PrEP: “[...] enquanto **a gente** não criar políticas de informação em comunidade, **a gente** não vai de fato efetivar uma política de tratamento de profilaxia ou de prevenção”. João, ao se referir

aos farmacêuticos, colegas de profissão, dizia o mesmo: “[...] esse é um ponto [relação profissional-usuário] que **a gente** precisa mudar em todos os profissionais. Questão **da gente** ter mais cuidado, ter mais jeito, ter mais cuidado mesmo com a dispensação do medicamento [...]”.

É através desse modo de perceber a política de saúde, dialogando com narrativas nas quais os usuários se colocam como “agentes” no processo de construção de modelos efetivos para implementação das políticas de prevenção, que passo a discutir a PrEP institucional. Como perspectiva sobre a PrEP, aqui ela nos auxiliará a vislumbrar os percalços que o serviço vivencia no cotidiano de enfrentamento ao HIV.

Lucas, quando fala da PrEP, diz:

**Entrevistadora:** O que você acha da atual política que combate o HIV? Vamos dizer assim.

**Lucas:** Ainda é muito frágil. Nós vivemos numa cidade com o índice de infecção, não só pelo HIV, mas a hepatite, a sífilis cresceu muito em Recife, e a gente não vê políticas de contenção. A gente não tem uma ampla divulgação, inclusive desse projeto, desse programa de prevenção profilaxia do HIV. Muitas pessoas que eu comento não tem o menor conhecimento. Então eu acho que ainda há uma fragilidade de recursos, há uma fragilidade de investimento quando unidade e de informação, eu acho que o maior problema ainda é informação até dos recursos que estão disponíveis. (Entrevista realizada em Fevereiro de 2019, Recife – PE).

Outros entrevistados também falam sobre a falta de informação, como por exemplo o José:

**Entrevistadora:** E o que você acha que pode melhorar nessa política?

**José:** Eu acho que a divulgação e o acesso para as pessoas. Eu para ter acesso aqui foi um pouquinho difícil. Acho que foram quase dois meses tentando uma vaga, então acho que é isso. É ampliar um pouquinho mais a acessibilidade e divulgar mais. (Entrevista realizada em Fevereiro de 2019, Recife – PE).

Tendo em vista o modo pelo qual se deu a consolidação das políticas de HIV/Aids no Brasil, “tributária[s] do processo de democratização” (Corrêa, 2016, p.10), bem como destaquei no primeiro capítulo, não há como desconectar os desafios que o Programa Nacional de Aids enfrenta, ao agravo à instabilidade institucional no país após o impeachment da Presidenta Dilma Rousseff em 2016. Assim como evidencia Sônia Corrêa: “[...] em 2016, a

resposta brasileira ao HIV apresenta déficits flagrantes nos âmbitos da prevenção e da assistência no que diz respeito à aderências aos direitos humanos e a questões da propriedade intelectual como obstáculo ao acesso ao tratamento de qualidade” (*ibid.* p.10-11). Os processos de descontinuidades das políticas em curso é um projeto político alinhado a um modo conservador de enxergar modelos de enfrentamento a problemas de saúde pública como o HIV/Aids, onde perspectivas progressistas, pautadas nos direitos humanos, foram/são desconsideradas.

Mas o problema não começou em 2016. Houve, aqui, apenas um agravamento. O combate a tais modos de percepção acerca do direito à saúde é um problema que os movimentos sociais enfrentam há anos. Além do conservadorismo, modelos como a descentralização dos investimentos em saúde impactou a efetivação de ações a nível nacional. Deste modo, os processos de precarização são anteriores à ruptura político-institucional que vivemos anos atrás.

Ao dimensionar os desafios desde o início dos anos dois mil, Sônia Corrêa descreve que: “Desde 2006, a fragmentação a partir da descentralização [das políticas de HIV/Aids no SUS] fomentou a adoção de legislação municipal que permite a contratação de ‘organizações sociais’ como prestadores de serviços de saúde” (2016, p.12). Ao serem aplicadas medidas como estas, “[...] também prejudicou drasticamente o financiamento da sociedade civil, com tradição longa de trabalho na prevenção do HIV” (2016, p.12).

Além dos problemas com a política de descentralização, a autora também pondera desafios ao alinhamento junto as perspectivas relacionadas aos direitos humanos:

[...] mesmo antes de 2010 já se viam sinais de desvinculação entre HIV e AIDS e direitos humanos nas diretrizes de políticas do plano federal. Em 2008, o primeiro relatório apresentado pelo Brasil para a Revisão Periódica Universal (RPU) do Conselho de Direitos Humanos nem mesmo mencionava a política de HIV e AIDS, um padrão que se repetiu na RPU de 2012. (Corrêa, 2016, p.13-14).

Como resultado desse conjunto de ações, o que as entrevistas revelam são os efeitos da precarização às políticas de saúde no Brasil na realidade de vidas dos usuários. Não só com relação ao HIV/Aids, mas pensando de modo amplo o acesso à saúde no nosso país. Os relatos do Lucas quando o questionam sobre o fato da política ser direcionada aos HSHs, prostitutas, travestis e casais sorodiscordantes, por exemplo, evidencia esse processo:

**Lucas:** [...] Olhe, pelo que eu conheço, o que eu conheço também ainda é muito frágil, né, antes a gente tinha equipes que faziam rondas

e acompanhavam essas meninas na rua, distribuindo preservativo, convidando pra fazer acompanhamento. Hoje a gente não tem mais, a prefeitura de Recife oferecia esse serviço, hoje esse serviço foi desmontado. No estado também não tem nenhum serviço mais voltado pra comunidade trans ou profissionais do sexo que estão na rua. Então assim, não existe uma política clara, não existe uma construção com continuidade. As construções são extremamente imorais, elas são datadas, sabe. Então assim, pra que se tenha o resultado, de ter um controle mais efetivo, a gente precisa de dar continuidade com essas políticas.

**Entrevistadora:** Sim. E o que você acha que deveria melhorar na política de prevenção?

**Lucas:** Olha. O que pode melhorar eu acho que o quesito informação, né. É um ponto extremamente crucial pra isso, a gente explora pouquíssimo as mídias pra trabalhar essa questão da prevenção e continuidade. A descontinuidade dos processos acaba desmotivando, desmobilizando esse usuário. [...] e aí as consequências são sempre danosas, eu acho que problema é continuidade. A gente faz política estanque. A gente faz política de momento, que dura quatro anos e as vezes oito, mas cai, sabe. E parece ser uma coisa pensada, uma coisa proposital. [...] Não é só mudar o nome da campanha, eles desmontam tudo e montam outra coisa depois de um período muito longo, então o usuário ele se desvincula, entende? (Entrevista realizada em Fevereiro de 2019, Recife – PE).

Indo um pouco além, quando na entrevista as perguntas se voltam a experiência de Lucas com o acesso as políticas de prevenção, ele afirma que descobriu a PrEP buscando informações sobre assistência à saúde, e fala sobre a descontinuidade de campanhas.

**Entrevistadora:** Você vê uma campanha?

**Lucas:** Não. Antes a uns dois ou três anos atrás a gente via campanha de testagem no carnaval, tinha um ônibus, as vezes tinha um evento “todos pelo teatro” ou “todos pelo espetáculo”, não sei, que tinham espetáculos na rua e eles colocavam um ônibus ali no parque 15 de maio pra oferecer testagem. De dois anos pra cá não tenho visto em nenhuma festa uma divulgação ou nenhuma campanha. Existia um grupo de teatro que fazia intervenções pra esclarecer essa coisa toda também não existe mais esse tipo de intervenção. Então assim, cada vez se esvazia mais as políticas de controle, né, de HIV e AIDS. (Entrevista realizada em Fevereiro de 2019, Recife – PE).

Considero importante concluir este capítulo com as falas do Lucas, porque esses relatos evidenciam um dos mais importantes processos em torno da efetivação do modelo de saúde com o qual venho pensando de modo crítico ao longo de toda dissertação. Seja a

proeminência das substâncias farmacológicas na atenção à saúde como problema, ou mesmo o gênero e a sexualidade como determinantes éticos, morais e políticos que precarizam à vida de diversas pessoas, a efetivação de modelos combativos à esses agravos se dá, em boa medida, a partir da esfera institucional. Não que seja única. Diversos ativistas, organizações sociais, artistas, artistas, escritores, dentre tantos outros, veem produzindo ações em resposta aos modelos de precarização que são importantes e revolucionários. Mas a esfera pública como espaço de disputa em torno da atenção integral à saúde, da efetivação de políticas baseadas na solidariedade como elemento norteador às políticas de vida, está ancorada aos investimentos públicos. As ações que Lucas elenca como desmanteladas pela falta de investimento chama minha atenção para como, de fato, “parece ser uma coisa pensada” como ele diz.

Há anos, a capacidade de ação das organizações sociais e do próprio Estado veem sendo suprimidas, ao passo que o poder as discontinuidades passam a ser realidade. A garantia das transformações ao que queremos como modelos efetivos de combate coexiste a defesa do SUS, ao fortalecimento dos investimentos em saúde, ao aprimoramento das instituições públicas, a ampliação de profissionais capacitados e a defesa da atenção integral ao usuário.

## Considerações Finais

### A PrEP como barreira individual e coletiva

O enfrentamento ao HIV que circula pelo mundo hoje é a base para as reflexões desta dissertação. Especialmente interessado na Profilaxia Pré-Exposição ao HIV, após observar a bibliografia sobre o tema e a partir da minha trajetória de pesquisa e experiência no campo do HIV/Aids, aqui analiso entrevistas como método para refletir sobre a epidemia de Aids no presente. Feitas entre pesquisadoras e usuários de uma tecnologia, as conversas transcritas que tive acesso são documentos que me permitiram acessar o vivido por pessoas em vulnerabilidade nesse cenário de combate. Ao ler cada relato estive interessado nas dinâmicas da vida em torno da PrEP com o objetivo de compreender o universo social, ético, político e moral que faz parte da experiência de vida de usuários. Além do mais, busquei perceber de que modo a tecnologia incide sobre os caminhos que estamos seguindo para enfrentar o HIV, e de que forma as narrativas, percepções e experiências dos usuários contribuem para o aprimoramento das estratégias de enfrentamento.

Pensando o trabalho de modo amplo, dois aspectos em relação ao atual modelo de prevenção funcionaram, aqui, como ponto de partida: o primeiro deles, a proeminência que noto nos medicamentos como alternativa de excelência para superação dos agravos que a Aids representa no presente; e o segundo, a justificativa para aposta nessas medidas, baseada na relação que elas estabelecem com a garantia de qualidade na experiência vital de usuários em vulnerabilidade. Ou seja, com a manutenção da vida. A Aids de hoje não é a mesma de ontem, por mais que estejamos enfrentando velhos problemas: seja o estigma, a morte ou mesmo a ampliação dos casos de novas infecções entre populações vulneráveis. E no que diz respeito ao combate a essa “nova” epidemia (reconfigurada), as principais novidades que temos em mãos são as ferramentas no campo da prevenção. Direcionadas a pessoas sem o HIV, são tecnologias que chagam na Aids em um período no qual a epidemia está em diálogo estreito com a vida, não mais marcada pela morte como algo inevitável. Por este motivo que optei observar, preferencialmente, o *vivido* em meio a essas alternativas.

O primeiro passo para análise do material foi buscar compreender os usuários. O que é ser um usuário PrEP? Quais fatores mobilizam as escolhas dos entrevistados por essa

tecnologia de prevenção? Quais os caminhos trilhados? Há um caminho? Para responder a essas questões o meu interesse foi nos processos de reconhecimento da identidade do sujeito em condição de vulnerabilidade ao HIV. As narrativas me levaram a dois processos importantes de reconhecimento da necessidade em aderir a PrEP. Na busca para se ver distante do vírus, um perigo próximo, os entrevistados falavam bastante de si, mas também do complexo contexto social, moral e ético do qual faziam parte. Ser um usuário em PrEP é, portanto, um fenômeno circunstancial que envolve processos subjetivos e objetivos, que martelam na cabeça dos usuários garantindo a adesão ao protocolo e fortalecendo identidades clínicas e sociais.

Na escrita, utilizei o corpo e o cotidiano como ferramentas para que pudesse percebê-los. Os usuários relatavam estar no que aparece nas entrevistas como “círculo de vulnerabilidade”, um espaço social e dispositivo moral, que serve como fato para que essas pessoas percebam determinantes sociais e precariedades que na bibliografia científica sobre vulnerabilidade e risco já são apontadas como elementos que tornam determinados sujeitos vulneráveis ao HIV. Mas estar no tal “círculo” não é um determinante para adesão. Em relatos, os entrevistados também nos contam sobre uma série de colegas e amigos que mesmo se reconhecendo no círculo de vulnerabilidade não buscam medidas como a PrEP para se proteger do HIV. Esse fato, na minha análise, foi importante para que pudesse identificar como diversas precariedades atuam na vida, por vezes aproximando as pessoas do serviço, por vezes as afastando.

Ainda com o objetivo de compreender o que é ser um usuário em PrEP, as narrativas me fizeram perceber o quanto o contexto biomédico/clínico é um elemento fundamental para o fortalecimento da identidade em torno da vulnerabilidade. As falas que tive acesso dizem muito sobre como a experiência cotidiana nos hospitais também constitui identidades.

Ao buscar aproximações entre o que os entrevistados narravam ao falar sobre a PrEP, discrepâncias chamaram a minha atenção. A partir do modo particular como cada pessoa compreendia o que era a PrEP em sua vida, três dimensões sobre a relação indivíduo-fármaco foram evidenciados na análise, e as nomeei de: PrEP farmacocentrada, PrEP sexual e PrEP institucional. Essas três “PrEPs” serviram como estratégia teórica para compreender dinâmicas importantes em torno das experiências de vida dos usuários.

Destaco aqui o modo como, no universo que examinei, o medicamento aparece como tecnologia de excelência: ao enxergarem, preferencialmente, em si os motivos para as falhas no tratamento, evidencio o modo pelo qual a eficácia do medicamento é, em certa medida, algo inquestionável. Além do mais, o fármaco ocupa um papel central na atenção à saúde.

Relatos como do Gabriel que afirma, dentre outras coisas: “parece que o cuidado só é a medicação”, nos alerta para o modo como a aposta nas alternativas farmacológicas ampliam uma espécie de mecanização da vida e do cuidado na epidemia. São nas substâncias distribuídas pelas farmácias das instituições especializadas que está creditado o que a biomedicina tem a oferecer. Neste sentido, a identificação do corpo infectado, antes do indivíduo, aparece como elemento que precariza a atenção integral a saúde, tendo em vista a proeminência da substância como a coisa mais importante no cuidado.

Outro elemento central na análise é a compreensão sobre as implicações da sexualidade e do gênero nas práticas sexuais e de prevenção e cuidado. Nesta etapa, as masculinidades ganham um certo destaque, tendo em vista os relatos de alguns entrevistados sobre os homens com os quais se relacionam. Evidencio dois aspectos: primeiramente, a importância da figura do homem no imaginário dos usuários, como uma espécie de perigo que simboliza o risco na relação entre os entrevistados e o HIV em contextos de vulnerabilidade. Tal aspecto revela a importância da PrEP como tecnologia de mediação na garantia da proteção; o segundo, o modo como homens, mesmo que HSHs, dimensionam riscos nas práticas sexuais. Alguns das falas nos ajudam a perceber aspectos já debatidos na literatura científica sobre as masculinidades hegemônicas na epidemia de HIV/Aids, onde os homens não se veem em risco de adquirir o vírus (Knauth; *et. al.*, 2020).

A invisibilidade dos homens neste debate e os padrões de gênero que se perpetuam na realidade social contribuem para ampliação dos casos de infecção, tendo em vista o modo como esses fatores implicam na ampliação das vulnerabilidades. Tanto dos homens como das mulheres. No entanto, destaco que, como nos ensina Carla, uma das entrevistadas, o risco, o medo e as precariedades incidem sobre a vida de travestis e profissionais do sexo, em especial, de modo preocupante, diferente do que ela relata sobre esses mesmos homens.

Também estive interessado em compreender desafios que fazem parte da realidade dos serviços de saúde. A partir das falas de um dos entrevistados que nos conta sobre uma série de programas que foram deixando de existir no serviço de saúde ao longo dos anos, chamo a atenção para o fato de que é central para o aprimoramento ao combate do vírus o fortalecimento do SUS e o financiamento de ações de prevenção e cuidado. Seja através de ações de centros de saúde, de intervenções artísticas, mobilizações de ONGs, dentre outras, que devem ter continuidade através desse investimento.

Sejam novos ou persistentes problemas, o que podemos apreender, em síntese, com os fenômenos que as entrevistas nos contam? Foi pensando a partir dessa perspectiva que passei

a prestar mais atenção, por fim, a um aspectos que, no meu ponto de vista, perpassa todas essas questões.

Desde que tive contato com o tema do HIV/Aids, percebo que há certa predominância, quando falamos sobre os métodos de prevenção, de nos referirmos a essas medidas como uma espécie de “barreira” ao HIV. Seja nos documentos oficiais ou em falas de ativistas/gestores, de vez em quando esse termo é acionado e nas entrevistas não foi diferente. Como conclusão desta dissertação, proponho algumas reflexões em torno da ideia de barreira, que no meu ponto de vista resumem bem uma série de aspectos sobre os usuários em PrEP, a tecnologia em si e o contexto no qual essas pessoas estão imersas (o de vulnerabilidade ao HIV). Utilizo a ideia de barreira como metáfora para refletir sobre a prevenção ao HIV e a Aids no presente, sendo um artifício metodológico que evidencia, aqui, elementos-chave do que venho debatendo, seja na primeira ou segunda dose deste trabalho.

Em geral, a ideia de barreira, na narrativa sobre a epidemia que identifiquei nas entrevistas, surge quando os entrevistados nos contam sobre a importância que a PrEP assume na vida, ou mesmo quando falam sobre outras medidas que são encaradas como alternativas profiláticas. Além da PrEP, refiro-me ao uso da camisinha e ao tratamento como prevenção (TcP). O TcP emerge nas narrativas quando os entrevistados nos falam sobre parceiros vivendo com o HIV em adesão ao TARV. Juntos, a PrEP, a caminha e a adesão de PVHA ao tratamento, são tidos como instrumentos capazes de afasta o HIV de corpos soronegativos, mantendo o status sorológico dessas pessoas. São barreiras à infecção.

Vejamos alguns exemplos. Na entrevista com Pedro o termo surge quando ele fala o que acha da PrEP:

**Entrevistadora:** e o que você achou quando você ouviu falar a primeira vez sobre a PrEP?

**Pedro:** [...] a PrEP eu achei muito bacana por me dar mais uma forma de segurança, na realidade. Porque assim, eu uso PrEP, mas [...] depois que eu comecei a usar PrEP eu só tive uma relação sem preservativo. [...] foi com uma pessoa que eu confio muito, muito mesmo. Mas assim, eu não deixo e não deixei de usar o preservativo, porque é mais uma **barreira**. (grifo meu)

[...]

**Entrevistadora:** o que você espera do uso da PrEP depois de um tempo? Você não pensa em parar, né. E o que você pensa sobre ela agora e o que espera do uso dela posterior?

**Pedro:** Então, eu espero, honestamente, [...] arrumar um namorado. Um parceiro fixo, convencê-lo a usar a PrEP pra gente fazer sexo sem preservativo. [...] E mesmo que assim, a gente tenha parceiros fora do relacionamento, eu vou continuar usando preservativo com os outros parceiros, mas com esse, com o namorado que eu não tenho [risos] eu quero fazer sexo com ele sem preservativo. Aí a PrEP é uma **barreira** assim, né. Porque mesmo que ele seja [...] negativo, se ele tiver parceiros fora... (grifo meu). (Entrevista realizado em Dezembro de 2018, Manaus – AM).

O termo também aparece na entrevista com o Lucas:

**Entrevistadora:** Você já falou que teve bastante dúvida de participar ou não.

**Lucas:** Já [...]. No início eu até pensei "poxa, será uma boa me proteger?". Mas ao mesmo tempo eu disse: tá, eu vou proteger porque eu já faço através da **barreira** física [referindo-se a camisinha], aí eu vou colocar química dentro do organismo. E aí? E se essa química fizer mal pra outra coisa. Porquê, assim, é remédio, é química entrando. (grifo meu). (Entrevista realizada em Fevereiro de 2019, Recife – PE).

José também fala sobre a ideia de barreira:

**Entrevistadora:** E você tem alguma experiência ou relato específico pra falar sobre a PrEP? Alguma coisa que você acha interessante falar?

**José:** Não, relato específico eu acho que é tipo... talvez esse que eu falei agora, o último. Que eu passei por um momento de vulnerabilidade, né. A pessoa também faz o uso da medicação dela [referindo-se ao companheiro], ela é portadora, mas é aquela coisa, eu sei que se ela deixar de usar um dia, acaba abrindo a **barreira**. Mas, felizmente, deu tudo certo, não houve nenhuma transmissão, e a PrEP tem sido uma garantia pra mim (grifo meu). (Entrevista realizada em Fevereiro de 2019, Recife – PE).

Esses três exemplos tratam do que vinha relatando anteriormente. Na fala de Pedro, a PrEP é a barreira. Na de Lucas, a camisinha também está associada a esta metáfora. Já em relação ao José, o termo se refere a adesão ao tratamento de PVHA e usuários em PrEP. Como barreiras, essas alternativas são modos efetivos de interrupção dos processos de infecção.

Pensando de modo exclusivo a PrEP, tendo em vista que nas entrevistas o foco não é a camisinha ou mesmo o TcP, os entrevistados revelam algo a mais. Em relatos, a ideia de proteção através da barreira evidencia duas dimensões sobre a tecnologia: quando as pessoas se

referem a necessidade de nos protegermos do HIV em associação a PrEP, o combate ao vírus é, ao mesmo tempo, uma preocupação particular e coletiva. Vejamos o que nos diz Pedro sobre a PrEP como tecnologia de proteção:

**Entrevistadora:** e qual a sua avaliação geral, até o momento, do uso da PrEP? Você acha que tem sido bom pra você, pras pessoas?

**José:** a PrEP sim, ela é boa pras pessoas, ela passa uma segurança pras pessoas que fazem o uso da medicação [...]. É uma maneira de prevenção da doença e até de fazer com que ela não se expanda muito pelo país, e até de controlar, né. E é isso, eu tenho uma percepção muito positiva da medicação. E eu pretendo continuar por um bom tempo. (Entrevista realizada em Fevereiro de 2019, Recife – PE).

Carla também fala um pouco sobre a proteção de um ponto de vista social:

**Carla:** se eu pegar [...] vai contaminar muito mais gente, vai proliferando mais ainda... a PrEP é como se fosse um controle da doença talvez, porque quem tem vai tomar o coquetel, o que não tem, o risco de pegar já não tem, porque não vai ser mais um infectado, não vai proliferar... então eu acho isso maravilhoso, o projeto maravilhoso. (Entrevista realizada em Brasília – DF).

Em associação a ideia de barreira que as tecnologias profiláticas representam, e a partir destas falas, o que percebo é que a barreira de proteção possui dois valores éticos ao passo em que a PrEP é representada como tal: no primeiro deles, o foco de intervenção da tecnologia para consolidação da barreira é o próprio sujeito e a sua saúde. Já no segundo, o foco é a sociedade em geral. Os usuários narram que ao utilizar o medicamento eles se protegem e protegem ao outro. Garantem que o HIV nem circule no organismo deles, nem no corpo social. Logo, quando me refiro a metáfora da barreira relacionado a PrEP não estou falando de apenas uma, mas duas barreiras. Uma que protege o sujeito, e outra a sociedade.

Tais dimensões dizem respeito ao papel da PrEP no campo do HIV/Aids. Uma tecnologia eficaz para o indivíduo que a utiliza e para toda sociedade. No entanto, mesmo que a barreira, a preocupação, ou a eficácia da PrEP seja dupla (individual e coletiva), o “lugar” no qual se efetiva o combate é único: **o corpo**. Nas falas, ele ocupa dois papéis. Quando estamos falando em termos de proteção particular/individual, o olhar para o corpo é interiorizado. É no organismo que se constitui a barreira, impedindo a circulação do HIV no sangue, protegendo quem se apropria do Truvada® do vírus. Já quando a preocupação é com o outro, de modo generalizado ao social, o olhar para este mesmo corpo é exteriorizado. Nesta perspectiva, o

corpo medicalizado representa uma “barreira social” ao HIV, onde os usuários em PrEP, ao ter contato com outros corpos, mesmo que sem a mediação da camisinha ou de outras estratégias profiláticas, assumem o papel de barrar o vírus. É o corpo destes usuários a ferramenta/instrumento para interrupção da transição do HIV, tornando-se, assim, a própria barreira.

### **O corpo profilático**

Não há como compreender corpo e a “barreira” como algo desconexo. A barreira que a PrEP representa não é apenas uma projeção simbólica, algo que existe exclusivamente nas narrativas, ou que faz parte de um sistema simbólico de percepção do corpo, da proteção e do risco. Pelo contrário. A barreira coexiste na materialidade, também é tangível, e parte dela é ingerida todos os dias em formato de remédio. Essa parte é a substância, que em associação ao organismo, constitui a barreira: uma combinação entre corpo-fármaco. Quando me refiro ao processo de constituição da barreira através do corpo, estou falando, então, de um outro corpo.

O modo pelo qual percebo a “barreira” é como um corpo em simbiose ao fármaco. É o corpo tecnicamente modificado, como diria Paul B. Preciado. É o tecnosangue e o tecnoesperma (Preciado, 2018). A barreira é o organismo pronto para receber o HIV, e o repelir antes do processo de infecção. É o resultado de processos farmacodinâmicos e farmacocinéticos<sup>69</sup> (Castro, 2020), que a partir do momento que passa a ser cientificamente validada pela narrativa tecnocientífica, passa a possuir valor social de relevância no imaginário das pessoas, associada a ideia de proteção. Seja com relação a barreira individual ou social.

Este aspecto revela um papel importante da tecnologia no corpo social. A PrEP como barreira é, na verdade, um outro corpo no mundo. Um corpo pós-adesão, protegido e modificado. Seguro diante de outros corpos sem as substâncias farmacológicas circulando pelo organismo. A barreira representa a efetivação de processos de manipulação farmacológica no corpo, ao passo que constitui o *ciborgue* (que o próprio usuário em PrEP): “[...] uma imagem condensada tanto da imaginação quanto da realidade material” (Haraway, 2009), ou mesmo um “organismo tecnologicamente suplantado”, uma “condição tecno-orgânica” (Preciado, 2018). A

---

<sup>69</sup> Em referência ao trabalho de Tamimi e Ellis (2009), Rosana Castro (2020) conceitua farmacodinâmica, “entendido de modo genérico no cânone farmacológico” (2020, p.222), como o “efeito da droga sobre o corpo”; e em relação a uma das acepções de farmacocinética, como “efeito do corpo sobre a droga” (Tamimi; Ellis, 2009, p.127).

PrEP como barreira é a consolidação do organismo como método preventivo. É a construção no imaginário e na materialidade de um **corpo profilático**: uma ferramenta para prevenção.

E é, aqui, onde está o “problema” no meu ponto de vista. Ao passo em que o corpo se torna o “locus” para efetividade do sucesso científico através da associação organismo-substância, ele deixa de ser um “sujeito”, usuário em PrEP. Passa a ser estratégia de saúde e instrumento para os interesses de um mercado que gira em torno da dependência farmacológica, onde uma série de indivíduos buscam por alternativas de prevenção ao HIV. O ciborgue em PrEP é uma profilaxia viva. Um corpo que se torna estratégia de saúde e não deixa de ser indivíduo, que só quer se ver distante do HIV.

É na relação entre as substâncias, o mercado e ao biocapital que reside a crítica para que possa haver a “virada de chave”. Onde localizar o sujeito em meio as estratégias? Não há como perder de vista que a PrEP é um produto farmacopornográfico (Preciado, 2018) do capitalismo no presente. Como conceito, a farmacopornografia é, para Preciado, um regime “pós-industrial, global e midiático”, onde “transformações recentes impõem um conjunto de dispositivos microprotéticos de controle da subjetividade por meio de novos protocolos técnico biomoleculares e multimídia” (2018 p.36). Para o autor,

o termo se refere aos processos de governo biomolecular (fármaco-) e semiótico-técnico (-pornô) da subjetividade sexual [...]. Se a ciência alcançou o lugar hegemônico como discurso e prática na nossa cultura, isso se deve [...] a seu funcionamento como aparato discursivo-material da produção físico-corpórea. (Preciado, 2018, p.36)

A farmacopornografia é um modo de ação do biocapital na leitura de Preciado sobre o mundo, no qual tal regime “não produz coisas, e sim ideias variáveis, órgãos vivos, símbolos, desejos, reações químicas e condições de alma. Em biotecnologia e pornocomunicação não há objeto a ser produzido. O negócio farmacopornográfico é a invenção de um sujeito e, em seguida, sua reprodução global” (2018, p.38). Como resultantes desse regime, os usuários em PrEP são, ao mesmo tempo, produtos do sistema, organismos profiláticos e exemplos da capitalização da vitalidade no presente ao passo que o corpo se torna ferramenta para consolidação das dinâmicas do biocapital. Essas experiências narradas evidenciam de que modo operam tais dinâmicas nas quais o corpo ocupa o duplo papel na metáfora da proteção, sendo ele mesmo a matéria prima para concretização da barreira social e individual ao vírus, ao passo em que é nele que também se efetiva o domínio sobre a manipulação do corpo como ferramenta para o funcionamento do regime farmacopornográfico.

É o que vem primeiro ao dimensionarmos o que entendemos por “prevenção”? Corpo ou substância? Se o usuário é um “organismo suplantado”, um ciborgue, uma estratégia de prevenção corporificada; onde está localizado (e como dimensionar?), na narrativa de proteção e cuidado, o sujeito e a estratégia sanitária, tendo em vista que o corpo é, ao mesmo tempo, um indivíduo e uma estratégia? Como pista à resolução, no meu ponto de vista a questão-chave é localizar sujeitos. E não apenas como exercício político e moral, mas sobretudo ético, como tão bem detalha Butler (2011) ao tratar das vidas precárias, e Fassin ao discutir as éticas da vida (2018). É no valor que reside sobre a vida que se enxergam sujeitos.

Nesta dissertação espero ter colocado em primeiro plano as pessoas. A PrEP é bem mais que uma barreira, um medicamento, ou mesmo a simbiose entre organismo e substância. O corpo é mais que um a estratégia sanitária. A PrEP como barreira simboliza o papel do corpo nas dinâmicas de prevenção ao HIV/Aids, tido como **projeção tecnotópica do sucesso**, na atenção e cuidado à saúde, através das alternativas científicas, onde um determinado tipo de sujeito se constitui. Um “sujeito de excelência” que adere ao fármaco. A PrEP é mais que estratégia (repito), e é neste sentido que percebo ser o “lugar” no qual o indivíduo devo ocupar, em sobreposição ao ciborgue na narrativa sobre a prevenção.

### **O vírus que pulou a barreira**

Quando disse, pouco antes, que era “aqui” que via o “problema”, estava me referindo ao fato de vislumbrar, nesse contexto, que o biocapital está à frente na disputa de narrativa. No final de 2021 participei de um lançamento do “policy brief”<sup>70</sup> (resumo da política) “Refazendo a Prevenção do HIV na 5ª Década da Epidemia do HIV e da Aids” da ABIA (2021). Lá, numa conversa em meio aos debates, um dos organizadores falava o quanto, no seu ponto de vista, a morte vinha deixando de mobilizar (politicamente) as pessoas em meio ao que vivíamos com a pandemia de COVID-19, diferente do que foi com a Aids nos anos iniciais. As mortes pareciam não comover as pessoas. Assistimos por cansativos meses autoridades relativizarem a importância da vida e negligenciar estratégias efetivas que achatassem a curva de casos por infecção do coronavírus.

Há uma série de questões a serem problematizadas aqui em torno das mobilizações e comoções através da imagem, do luto, da precarização e da morte. Mas no que diz respeito ao

---

<sup>70</sup> Mais informações sobre o evento estão disponíveis em: <https://abiaids.org.br/abia-lanca-publicacao-com-recomendacoes-para-a-prevencao-do-hiv-na-5a-decada-da-epidemia-da-aids/35304>. Último acesso em: 03 de Julho de 2022.

HIV/Aids e a PrEP, em alusão ao que venho discutindo aqui, os dados em torno da transformação étnica-racial na epidemia martelam na minha cabeça. E não me refiro aqui apenas a raça como determinante político para ampliação das vulnerabilidades dos corpos negros. Estou me referindo a dimensão ética em torno do corpo, que qualifica visões sobre os processos de morte, precarização e manipulação da tecnociência sobre os sujeitos. Quais corpos estão no centro desses processos ao passo em que eles são relativizados?

A metáfora da barreira me parece se associar a uma espécie de “prisão” ao HIV. Graças a PrEP o vírus para de circular. Nesse sentido, a tecnologia é a grande peça do quebra-cabeça que faltava para concretização do discurso que dá fim a Aids a partir da intransmissibilidade. Mas que barreira é essa? Que HIV é esse que foi “aprisionado” pela PrEP? Em diálogo com a metáfora da barreira/prisão, é importante nos questionarmos, então: quais os contornos da epidemia que surge a partir do HIV que consegue pular essa “barreira” e fugir da “prisão”? Que Aids é essa que surge no Brasil após o aprisionamento do HIV pelas políticas de prevenção?

A relativização dos processos precários e da morte, na Aids de hoje, caminha em paralelo a processos políticos e morais que vulnerabilizam determinados tipos de corpos e sujeitos. Não busco responder a essas questões, mas é importante chamar a atenção para o modo como falar sobre corpo e sujeito implica falar, também, sobre uma nova Aids que surge no Brasil. A partir das experiências particulares de cada um com essa possibilidade de intransmissão que a PrEP representa, as narrativas dos entrevistados demonstram o modo pelo qual PrEP é um barreira social e individual, mas também um elemento importante na definição dos novos caminhos à Aids no decorrer dos próximos anos. Identidade, vulnerabilidade e “barreira” se conectam tanto na busca pela intransmissibilidade prometida, como também na consolidação dos discursos relativistas.

Como conclusão, a partir do que me ensinaram Carla, Maria, Pedro, Gabriel, João, José e Lucas, espero ter ampliado perspectivas em torno da ideia de que a PrEP é, antes de tudo, a insegurança dos entrevistados. São usuários querendo se ver distante do HIV. São as dinâmicas da vida em pleno processo de funcionamento. São os riscos, as vulnerabilidades e as precariedades da vida em prevalência nas narrativas sobre o vivido. Que esse recurso narrativo de algum modo contribua para superação da visão posta pela tecnociência de “fim da Aids” e aos esforços de uma série de pesquisadores, ativistas, gestores, profissionais de saúde e tantas outras e outros que tive contato durante a minha trajetória de pesquisa. Pessoas me ajudaram a desviar o olhar para o sujeito, antes da estratégia, fazendo assim com que a PrEP não seja o resultado do que queremos, mas o caminho.

## Referências:

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. *Boletim n°63. Truvada® Livre!*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2018a.

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. *Boletim n°61. A reinvenção da prevenção no século XXI*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2016a.

ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. *Dimensões sociais e políticas da prevenção*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2018b.

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. *Mito versus Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2016b.

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. *Refazendo a prevenção do HIV na 5ª década da epidemia do HIV e AIDS*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2021.

ADAMY, Paula Emília; CASIMIRO, Gilvane; BENZAKEN, Adele. Na era da prevenção combinada. In: LETTE, Vanessa; TERTO JR., Veriano; PARKER, Richard. (Orgs.). *Dimensões sociais e políticas da prevenção*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2018.

AGOSTINI, Rafael; ROCHA, Fátima; MELO, Eduardo; MAKSUD, Ivía. A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. Rio de Janeiro: *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 24, n.12, p.4599-4604, 2019.

ATHANASIOU, Athena; BUTLER, Judith. The logic of dispossession and the matter of the human (after the critique of metaphysics of substance). In: Judith Butler e Athena Athanasiou. *Dispossession: the Performative in the Political*. Cambridge, UK: Polity Press. p. 10-37, 2013.

AYRES, José Ricardo, et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.; MINAYO, M.; AKERMAN, M.; DRUMONT JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y., (orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, p. 375-417, 2006.

BENTO, Maria Aparecida da Silva. *Pactos narcísicos no racismo: branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder público*. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo. 2002.

BERNARDET, Jean-Claude. *O corpo crítico*. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.

BERREMAN, Gerald D. Anthropology, Development and Public Policy. *Occasional Papers in Sociology and Anthropology*, p. 3-32, 1994.

BIEHL, João. *Drugs for All: The Future of Global AIDS Treatment*. Medical Anthropology, p. 1-7, 2008.

BIEHL, João; PETRYNA; Adriana. Critical Global Health. In: BIEHL, João; PETRYNA; Adriana. *When people come first: critical studies in global health*. Princeton: Princeton University Press, 2013.

BOLTANSKI, Luc; CHIAPELLO, Ève. Introdução geral: o espírito do capitalismo e o papel da crítica. In: Luc Boltanski e Ève Chiapello. *O Novo Espírito do Capitalismo*. São Paulo: Martins Fontes. p. 31-61, 2009.

BRASIL. Boletim epidemiológico especial: HIV/Aids 2020. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente. 2020.

BRASIL. Boletim epidemiológico HIV/Aids 2021. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRUJA, Pisci. "*HIV NÃO É CRIME*": processos de subjetivação de pessoas vivendo com HIV/AIDS, disputas políticas contemporâneas e estratégias de sobrevivência. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade de São Paulo, 2021.

BUTLER, Judith. *Vida Precária*. Contemporânea, n.1, p. 13-33, jan.-jun., 2011.

CALAZANS, Gabriela. Prevenção do HIV e da Aids: a história que não se conta / a história que não te contam Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2021.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. O trabalho do Antropólogo: olhar, ouvir, escrever. São Paulo: *Revista de Antropologia*. v. 39, n. 1. 1996.

CARDOSO, G. P.; ARRUDA, A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 151-162, 2004.

CARVALHO JUNIOR, Eládio. *(De)leites (PrEP)parados: uma etnografia sobre a Profilaxia de Pré-Exposição ao HIV em Anápolis/GO*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Goiás, 2020.

CASTRO, Rosana. *Economias políticas da doença e da saúde: uma etnografia da experimentação farmacêutica*. São Paulo: Hucitec, 2020.

CORRÊA, Sonia. A resposta brasileira ao HIV e à AIDS em tempos tormentosos e incertos. In: ABIA. *Mito versus Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2016.

- CSORDAS, Thomas. A corporeidade como um paradigma para Antropologia. In: CSORDAS, T. *Corpo/Significado/Cura*. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2008.
- DANIEL, Herbert; PARKER, Richard. *AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas*. Rio de Janeiro: ABIA, [1990] 2018.
- DANIEL, Herbet. *Vida antes da morte*. Rio de Janeiro: ABIA, 3ª Edição. 1989-2018.
- DAS, Veena. *Critical events: an anthropological perspective on contemporary India*. Delhi: Oxford University Press, 1995.
- DAS, Veena. *Life and Words: violence and the descent into the ordinary*. Berkley and Los Angeles, California: University of California Press, 2006.
- DAS, Veena. *Vida e palavras: a violência e sua descida ao ordinário*. São Paulo: Editora Unifesp. 2020.
- DOUGLAS, Mary. *Pureza e perigo*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1976.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa das classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. Brasília: CNPq, 1986.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. The vitality of vitalismo in contemporary anthropology: longing for an ever green tree of life. *Anthropological Theory*, 2020.
- ESTEVA, Gustavo. Desenvolvimento. In: SACHS, Wolfgang. *Dicionário do desenvolvimento: guia para o conhecimento como poder*. Petrópolis, Brasil: Vozes. p. 59-83, 1992.
- FASSIN, Didier. Another politics of life is possible. Los Angeles, London, New Delhi, and Singapore: *Theory, Culture & Society*. v. 26, n. 5, p. 44-60. 2009.
- FASSIN, Didier. *Life: a critical user's manual*. Cambridge, Madford: Polity. 2018.
- FASSIN, Didier. O sentido da saúde. A antropologia das políticas de vida. In: SAILLANT, Francine; GENEST, Serge. *Antropologia médica: ancoragens locais, desafios globais*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. p.375-390, 2012.
- FASSIN, Eric. Sou um homem branco? Epistemologia política do paradoxo majoritário. Rio de Janeiro: *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, n.37, p.1-20, 2021.
- FERNANDES; Nilo Martinez. Da pesquisa à implementação: breve histórico sobre a PrEP no Brasil. In: ABIA. *Boletim nº63. Truvada® Livre!*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2018.
- FERRARI, Felipe Cavalcanti. *A emergência da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP): uma narrativa sobre diferentes engajamentos com a produção do saber científico na prevenção ao HIV*. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

FERRARI, Felipe. *Perseguindo uma inovadora promessa em tempos de retrocessos: o debate público sobre HIV/AIDS em Porto Alegre e a emergência da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal do rio Grande do Sul, 2019.

FERRAZ, Dulce. Prevenção combinada baseada nos Direitos Humanos: por uma ampliação dos significados e da ação no Brasil. In: ABIA. *Boletim nº61. A reinvenção da prevenção no século XXI*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2016.

FERRAZ, Dulce; VERA, Paiva. Sexo, direitos humanos e AIDS: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto brasileiro. São Paulo: *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v.18, p. 89-103, set. 2015.

FLEISCHER, Soraya. Remédios, comidas, números e gente danada: a peleja e o cuidado da velhice com pressão alta na Guariroba. In: FLEISCHER, Soraya. *Descontrolada: uma etnografia dos problemas de pressão*. São Paulo: EdUFSCar. 2018.

FLEISCHER, Soraya; FRANCH, Mónica. Uma dor que não passa: Aportes teórico-metodológicos de uma Antropologia das doenças compridas. João Pessoa: *Política & Trabalho - Revista de Ciências Sociais*, n.42. jan. jun. 2015.

FLEISCHER, Soraya. Introdução. In: CASTRO, Rosana; ENGEL, Cíntia; MARTINS, Raysa (Orgs.). *Antropologias, saúde e contextos de crise*. Brasília: Sobrescrita, 2018.

FOUCAULT, Michael. Aula de 17 de Março de 1976. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France. São Paulo: *Martins Fontes*, 1975-1976.

FRANCH, Mónica. Balas mágicas ou pílulas encantadas? sobre intervenções biomédicas para a prevenção do HIV. No prelo.

FRANCH, Mónica. Sorodiscordância, discriminação e estigma: anotações a partir de duas pesquisas. In: LEITE, Vanessa; TERTO JR., Veriano; PARKER, Richard. (Orgs.). *Dimensões sociais e políticas da prevenção*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2018.

FRANGELLA, S.; RUI, T. Corpos Precários: apontamentos para a relação entre corpo e cidade. João Pessoa: *Revista de Ciências Sociais - Política & Trabalho*, p.23-38, 2018.

GALVÃO, Jane. 1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2002.

GALVÃO, Jane. *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

GARBIN, Cléa Adas Saliba; GATTO, Renata Colturato Joaquim; GARBIN, Artênio José Ísper. Adesão à terapia antirretroviral em pacientes HIV soropositivos no Brasil: uma revisão da literatura. *Arch Health Invest*. n.6, v.2. p.65-70, 2017.

GARCIA, Sandra Maria. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: ARILHA, Margareth; UNBEHAUM, Sandra G.; MEDRADO, Benedito (Orgs.). *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: ECOS/Editora 34. 1998.

GAVIGAN, Kelly; RAMIREZ, Ana; MILNOR, Jack; PEREZ-BRUMER, Amaya; TERTO JR., Veriano; PARKER, Richard. *Pedagogia da prevenção: reinventando a prevenção do HIV no século XXI*. Rio de Janeiro: ABIA. p.3-15, 2015.

GRANGEIRO, Alexandre. Da estabilização à reemergência: os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil. In: ABIA. *Mito versus Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2016.

GRANGEIRO, Alexandre; CASTANHEIRA, Elen; NEMES, Maria Inês. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. Botucatu: *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v. 19, n. 52, p. 5-8, 2015.

GRANGEIRO, Alexandre; *et. al.* Pre-exposure and postexposure prophylaxes and the combination HIV prevention methods (The Combine! Study): protocol for a pragmatic clinical trial at public healthcare clinics in Brazil. *BMJ Open*. p. 1-11, 2015.

GROSSI, Miriam Pillar. Masculinidades: uma revisão teórica. Florianópolis: *Antropologia em Primeira Mão*, 2004.

HARAWAY, Donna. Manifesto Ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano*; Organização e tradução: Tomaz Tadeu – 2. ed. – Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu* (5), Campinas: Núcleo de Estudos de Gênero - Pagu/Unicamp. pp.7-41, 1995.

HPTN. HIV Prevention Trials Network. HPTN 083 DSMB Perguntas Frequentes Versão 2.0, 2020. Disponível em: <https://www.hptn.org/research/studies/hptn083>. Último acesso: 10 de Junho de 2022.

KALCKMANN, Suzana. Incursões ao desconhecido: percepções de homens sobre saúde reprodutiva e sexual. In: ARILHA, Margareth; UNBEHAUM, Sandra G.; MEDRADO, Benedito (Orgs.). *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: ECOS/Editora 34. 1998.

KIERSZENOWICZ, Tomas. Significados y debates sobre la adherencia a los tratamientos antirretrovirales entre jóvenes activistas en el área metropolitana de Buenos Aires. São Paulo: *Cadernos de Campo*. v. 29, n. 2. 2020.

KNAUTH, Daniela. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da AIDS. Florianópolis: *Revista Estudos Feministas*, v. 5, n.2, p. 291-301, 1997.

KNAUTH, Daniela; *et. al.* O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. *Cadernos de Saúde Pública*, 2020.

KUCHENBECKER, Ricardo. Qual é o benefício das intervenções biomédicas e comportamentais na prevenção da transmissão do HIV? São Paulo: *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v.18, p. 26-42, set. 2015.

LANGDON, Ester Jean. A doença como experiência: O papel da narrativa na construção sociocultural da doença. *Etnográfica*, p. 241-260, 2001.

LATOUR, Bruno. On Technical Mediation. In: *Common Knowledge*, v.3, n.2 p. 29-64, 1994.

LATOUR, Bruno. *Reagregando o social: uma introdução à teoria do Ator-Rede*. Salvador: Edufba; Bauru: Edusc, 2012.

LEAL, Andréa Fachel; KNAUTH, Daniela; COUTO, Márcia. A invisibilidade da heterossexualidade na prevenção do HIV/Aids entre homens. São Paulo: *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v.18, p. 143-145, 2015.

LIGNANI JÚNIOR, L.; GRECO, D. B.; CARNEIRO, M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 495-450, dez. 2001.

MALUF, Sônia. *Corpo e corporalidades: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Esboços, 2001.

MARICATO, Glaucia. Fábulas do fim: classificações e consequências no campo da saúde. In: ROHDEN, Fabíola; PUSSETTI, Chiara; ROCA, Alejandra. (Orgs.) *Biotecnologias, transformações corporais e subjetivas: saberes, práticas e desigualdades*. Brasília: ABA Publicações, 2021.

MATIAS, Wertton. 2019. *Direitos e biopoder na era da prevenção farmacológica ao HIV: a PrEP em João Pessoa e suas implicações ao tecido social*. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2019.

MATIAS, Wertton. FRANCH, Mónica; LUZIANA, Silva. Prevenção a dois: a PrEP em intersecção com as sorodiscordâncias. Rio de Janeiro: Anais da 32º Reunião Brasileira de Antropologia. 2021.

MATIAS, Wertton. VELOZO, Evanielly. FRANCH, Mónica; LUZIANA, Silva. Mulheres e Aids: etnografando cuidados. Anais do 44º Encontro Anual da ANPOCS. 2020.

MAUSS, Marcel. *As técnicas do corpo*. In: Sociologia e Antropologia. São Paulo: Cosac Naify. [1934] 2015.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. Florianópolis: *Revista Estudos Feministas*, v.16, n.3, p.809-840, 2008.

MELO, Lucas. É a cronicidade do HIV/aids frágil? Biomedicina, política e sociabilidade em uma rede social on-line. Ribeirão Preto: *Revista Latino Americana de Enfermagem*. v. 28. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Tenofovir associado a entricitabina (TDF/FTC 300/200mg) como profilaxia pré-exposição (PrEP) para populações sob maior risco de adquirir o vírus da imunodeficiência humana (HIV)*. Conitec, Relatório de Recomendação de Medicamento. 2017.

- MOL, Annemarie. *The body multiple: ontology in medical practice*. Duke University Press, 2002.
- NEVES, Ednalva Maciel. *Alquimia moderna: cultura e racionalidade do risco entre epidemiologistas*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.
- NEVES, Ednalva Maciel; JEOLÁS, Leila Sollberger. Para um debate sobre risco nas Ciências Sociais: aproximações e dificuldades. João Pessoa: *Política e Trabalho*, n.37, 2012.
- NISBET, Robert. *La idea de progreso*. Revistas Libertas, p.1-30, 1986 [1979].
- PAIVA, Vera. Direito à Prevenção, à Felicidade e ao Bem-Viver. In: LEITE, Vanessa; TERTO JR., Veriano; PARKER, Richard. (Orgs.). *Dimensões sociais e políticas da prevenção*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2018.
- PAIVA, Vera. *Fazendo arte com camisinha: sexualidades jovens em tempos de Aids*. São Paulo: Summus, 2000.
- PARKER, Richard. A reinvenção da prevenção no século XXI: o poder do passado para reinventar o futuro. In: ABIA. *Boletim nº 61. A reinvenção da prevenção no século XXI*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2016.
- PARKER, Richard. *Na contramão da Aids – Sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA. Ed. 34, 2000.
- PARKER, Richard. *O fim da Aids?* Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2015.
- PICELLI, Isabelle. DÍAZ BERMÚDEZ, Ximena Pamela. Será que esse remédio vai valer a pena mesmo? Estudo antropológico sobre a adesão às terapias antirretrovirais entre grupos de mútua ajuda de pessoas vivendo com HIV/aids. São Paulo: *Saúde e sociedade*, v.23, n.2, p.496-509, 2014.
- PIMENTA, Maria Cristina; BERMÚDEZ, Ximena Pamela; GODOI, Alcinda Maria Machado; MAKSUD, Ivia; BENEDETTI, Marcos; KAUSS, Bruno; TORRES, Thiago Silva; HOAGLAND, Brenda; PEREIRA, Gerson Fernando Mendes; GRINSZTEJN, Beatriz; VELOSO, Valdilea G. Barreiras e facilitadores do acesso de populações vulneráveis à PrEP no Brasil: estudo ImPrEP Stakeholders. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, p. 1-12, 2022.
- PIOT, Peter; QUINN, Thomas C. Response to the AIDS Pandemic: a Global Health Model. London: *The new england journal of medicine*. p.2210-2218, 2013.
- PRECIADO, Paul B. “Aprendendo com o vírus”. Campinas: AGB – Associação dos geógrafos brasileiros. 2020. Visto em: <http://agbcampinas.com.br/site/2020/paul-b-preciado-aprendendo-com-o-virus/>. Último acesso em: 10 de Junho de 2022.
- PRECIADO, Paul B. A era farmacopornográfica. In: PRECIADO, Paul B. *Tiempo Junkie*. São Paulo: N-1 Edições, 2018.

- PRECIADO, Paul B. *Manifesto contrassexual*. São Paulo: N-1 Edições, 2014.
- RAXACH, Juan Carlos. Modelo hierárquico de prevenção de DST/AIDS para diferentes tipos de práticas sexuais. In: HRANCH, Mónica; PERRUSI, Arthur; ARAÚJO, Fátima; SILVA, Luziana. (Orgs.). *Novas abordagens para casais sorodiferentes*. João Pessoa: Grupessc/Editora Manufatura, 2011.
- RIBEIRO, Gustavo Lins. *Ambientalismo e desenvolvimento sustentado: nova ideologia/utopia do desenvolvimento*. Série Antropológica 123:1-36, 1992.
- RIBEIRO, Gustavo Lins. *Poder, redes e ideologia no campo do desenvolvimento*. Novos estudos CEBRAP 80: 109-125, 2008.
- RIBEIRO, Gustavo Lins. Tecnotopia versus tecnofobia: o mal-estar no século XXI. Brasília: *Série Antropológica*, 1999.
- RIST, Gilbert. Introduction. In: *The History of Development: from Western Origins to Global Faith*. London: Zed Books, p. 1-7, 1997a.
- RIST, Gilbert. The Invention of Development. In: *The History of Development: from Western Origins to Global Faith*. London: Zed Books, p. 69-79, 1997b.
- ROCHA, Thiago. *Entre lá e cá: nexos e mediações na produção de um ensaio clínico*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal do rio Grande do Sul, 2019.
- ROSE, Nikolas. *A política da própria vida – Biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*. São Paulo: Paulus, 2013.
- SANDSET, Tony. *“Ending AIDS” in the Age of Biopharmaceuticals: the individual, the State and the politics of prevention*. London and New York: Routledge, 2021.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy; LOCK, Margareth. The mindful body: a prolegomenon to future work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*. v.1, n.1, p.6-41. 1987.
- SCHRAIBER, Lília Blima; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia Thereza. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: *Ciência e Saúde Coletiva*, v.10, n.1, p. 7-17, 2005.
- SCOTT, Joan. *Only Paradoxes to Offer: French Feminists and the Rights of Man*. Cambridge, Londres & Cambridge: Harvard University Press. 1996.
- SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à aids. In: ABIA. *Mito versus Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2016.
- SIMMEL, Georg. *Sociologia*. Milão: Meltemi, 1908-2018.
- SONTAG, Susan. *Doença como metáfora, AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SOUZA, Herbert José de. O dia da cura. In: SOUZA, Herbert José de; PARKER, Richard (orgs.) *A cura da AIDS*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. 1994.

TARGIONI, Paolo. Por um conceito sociológico de fronteira – Indeterminação e percepção de fronteira na divisa Brasil – Bolívia. Anais do 41º Encontro Anual da Anpocs. 2017.

TERTO JR., Veriano. Diferentes prevenções geram diferentes escolhas? Reflexões para a prevenção de HIV/AIDS em homens que fazem sexo com homens e outras populações vulneráveis. São Paulo: *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v.18, p. 156-168, set. 2015.

TERTO JR., Veriano; RAXACHA, Juan Carlos. Preconceitos e estigmas no caminho para uma prevenção combinada. In: ABIA. *Boletim nº63. Truvada® Livre!*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2018.

VALLE, Carlos Guilherme do. *Identidade, doença e organização social: um estudo das “pessoas vivendo com AIDS”*. Porto Alegre: Horizontes Antropológicos. 2002.

VAN DER GEEST, Sjaak; WHYTE, Susan Reynolds. O encanto dos medicamento: metáforas e metonímias. Goiânia: *Sociedade e Cultura*, v.14, n.2, p.457-472, 2011.

VILLELA, Wilza. “Homem que é homem também pega Aids?”. In: ARILHA, Margareth; UNBEHAUM, Sandra G.; MEDRADO, Benedito (Orgs.). *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: ECOS/Editora 34. 1998.

ZALUAR, Alba; SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Diálogos e embates entre as Ciências Sociais e a Epidemiologia: a retórica dos riscos. In: VERAS, Renato et al. (org.). *Riscos à Saúde: fumaça ambiental do tabaco - pontos para um debate*. Rio de Janeiro: EdUERJ/Unati, 2010.

ZUCCHI, Eliana; GRANGEIRO, Alexandre; FERRAZ, Dulce; et al. Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*. v. 34, n.7, p. 1-16, 2018.

## Anexos

### ANEXO 1

#### TERMO DE RESPONSABILIDADE DIANTE DA CESSÃO DE ENTREVISTAS

Pelo presente instrumento, na qualidade de responsáveis pela guarda e uso das entrevistas realizadas a usuários nas cidades de Brasília, Manaus e Recife da “Pesquisa Qualitativa para a Avaliação da Percepção e Atitudes de Parceiros Chave “Stakeholders” na Implementação da Profilaxia Pré- Exposição ao HIV – PrEP no Brasil ImpREP Stakeholders”, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, assumimos as seguintes responsabilidades:

1. Utilizar as entrevistas realizadas a usuários de PrEP nas cidades de Brasília, Recife e Manaus, única e exclusivamente para as finalidades descritas ao final deste documento;
2. Guardar sigilo e zelar pela privacidade dos indivíduos relacionados/listados nas entrevistas;
3. Não disponibilizar, ceder ou permitir a pessoas ou instituições o acesso às entrevistas;
4. Não divulgar, por qualquer meio de divulgação, dados ou informações contendo o nome dos indivíduos ou outras variáveis que permitam a identificação do indivíduo e que afetem, assim, a confidencialidade das entrevistas;
5. Não praticar ou permitir qualquer ação que comprometa a integridade das entrevistas;
6. Não utilizar isoladamente as informações contidas nas entrevistas para tomar decisões sobre a identidade de pessoas falecidas/nascidas, para fins de suspensão de benefícios ou outros tipos de atos punitivos, sem a devida certificação dessa identidade por meio de outras fontes;
7. Na dissertação de mestrado e/ou artigo científico que venha a ser produzido em função da cessão das entrevistas, fazer constar o nome do projeto “Pesquisa Qualitativa para a Avaliação da Percepção e Atitudes de Parceiros Chave “Stakeholders” na Implementação da Profilaxia Pré- Exposição ao HIV – PrEP no Brasil ImpREP Stakeholders.
8. Estaremos atentos à publicação do primeiro artigo derivado do conjunto das entrevistas produzido pela equipe da pesquisa e que está atualmente no prelo e citaremos o mesmo na produção da dissertação ou artigo.

Desta forma, assumimos total responsabilidade pelas consequências legais decorrentes da utilização indevida desses dados, por parte de servidores desta instituição ou por terceiros.

Declara-se que as entrevistas serão usadas única e exclusivamente para as seguintes finalidades:

Produzir a dissertação de mestrado e/ou artigo científico que discuta, a partir do material, como vem sendo o manejo da PrEP na vida dos entrevistados, e quais as implicações da narrativa e percepções dessas pessoas na discussão sobre a política de saúde e seu aprimoramento. Aprofundar o debate sobre a experiência de usuários e sobre o modo como vem sendo implementado a PrEP no Brasil.

Brasília, 18 de dezembro, 2020

## ANEXO 2

### ROTEIRO DE ENTREVISTAS

#### PARA USUÁRIOS(AS) DE PrEP

➤ **Identificação do(a) entrevistado(a)**

- Solicitar que o(a) entrevistado(a) se identifique (nome, idade, raça/cor, escolaridade, estado conjugal, ocupação etc.)

➤ **Percepção e Conhecimento sobre Prevenção de HIV/Aids e PrEP**

- O que você acha da atual política de prevenção ao HIV/aids, principalmente direcionada para as populações mais vulneráveis, como HSH e mulheres trans?
- O que você acha que deve melhorar nessa política, pensando na população de HSH e mulheres trans?
- A quais atividades de prevenção ao HIV/Aids você teve acesso no último ano?
- Como você tomou conhecimento da PrEP? Quem te falou a respeito e quando foi isso? O que foi explicado a você sobre a PrEP?
- O que você achou quando ouviu falar pela primeira vez da PrEP?
- Você acha que a PrEP pode ser útil para pessoas HSH e para mulheres trans? Por quê?

➤ **Participação no programa de PrEP e adesão**

- Quando você começou a participar do Programa de PrEP neste serviço?
- Quem te convidou? Como foi isso e o que foi explicado para você sobre a PrEP?
- Como foi que você decidiu participar da PrEP? Você teve dúvidas se deveria participar ou não? Por quê?
- Como é a sua participação no Programa de PrEP?
  - De quanto em quanto tempo você tem que comparecer ao serviço de saúde?
  - Como você recebe a medicação da PrEP? É no próprio serviço? A medicação é suficiente para quanto tempo?
  - Você realiza exames para HIV (teste rápido ou convencional) todas as vezes que você comparece ao serviço de saúde? O que você acha disso?

- Os exames são realizados no próprio serviço da PrEP ou você é encaminhado para outro serviço?
- Desde que você começou a participar da PrEP, você perdeu alguma consulta? Qual foi o motivo?
  - Explorar como os profissionais de saúde abordaram o problema do absenteísmo (se houve busca ativa; se conversaram sobre a questão; medidas tomadas etc.)
- E a medicação, você deixou de tomar alguma vez? Você continua tomando?
  - Explorar os motivos de ter deixado de tomar a medicação: se houve reações adversas; se ficou sem a medicação (perguntar os motivos); se esqueceu; etc.
  - Explorar como os profissionais de saúde abordaram o problema da descontinuidade do uso do medicamento.

### ➤ **Serviços de saúde e PrEP**

- Em sua opinião, quais as características que os serviços de saúde em geral devem ter para atender bem as pessoas que procuram pela PrEP?
- Como você avalia o serviço de saúde que você frequenta para PrEP?
  - Como é o acolhimento das pessoas que buscam pela PrEP nesse serviço?
  - Você acha que o serviço está bem preparado para atender as pessoas HSH e mulheres trans?
  - Você já sofreu alguma discriminação quando buscou atendimento de PrEP neste serviço?
  - O horário de atendimento do serviço é adequado para você?
  - O que você acha que deve melhorar no atendimento prestado pelo serviço para as pessoas HSH e mulheres trans?
- Quais são as barreiras que você identifica para que pessoas HSH e mulheres trans frequentem o serviço de PrEP? O que pode ser melhorado para diminuir ou eliminar essas barreiras?

### ➤ **Profissionais de saúde e PrEP**

- Quem são os profissionais que te atendem na PrEP?
- O que você acha da abordagem dos profissionais de saúde que prestam atendimento às pessoas HSH e mulheres trans dentro do Programa de PrEP?
- Você sente que tem espaço para perguntar qualquer coisa para os profissionais de saúde sobre o uso da PrEP ou outras questões de saúde? Os profissionais de saúde estão disponíveis para ouvir e tirar as suas dúvidas?
- Você é atendido(a) pelo nome que deseja? A sua identidade de gênero é

- respeitada dentro do serviço de saúde e por todos os profissionais de saúde?
- O que você acha que deveria melhorar no atendimento feito pelos profissionais de saúde?

➤ **População-alvo: acesso e adesão à PrEP**

- Quais os fatores que, na sua opinião, facilitam ou dificultam o acesso das pessoas **HSH e mulheres trans** ao serviço de PrEP?
- Como você avalia a percepção ou aceitação da PrEP pelas pessoas **HSH e mulheres trans**?
  - O que elas pensam da PrEP e o quanto estão dispostas a usar a PrEP?
  - Quais são os fatores facilitadores da adesão; as razões para aceitação ou não aceitação da PrEP; principais dúvidas; grau de conhecimento; experiências e relatos sobre PrEP.
- O que você acha que pode ser feito para aumentar a adesão das pessoas **HSH e mulheres trans** à PrEP, isto é, para fazer com que mais pessoas participem da PrEP ou que as pessoas que já estão no Programa continuem a participar?

➤ **Impacto da PrEP: saúde, vida pessoal e sexual**

- Você percebeu alguma mudança na sua vida após ter iniciado a PrEP, em especial na sua vida sexual?
- Você mudou algum comportamento sexual, como por exemplo: aumentou o número de parceiros sexuais; deixou de usar preservativos; ou outra coisa? Por quê?
- A sua rotina diária mudou em função do uso do medicamento da PrEP?
- Você sentiu alguma coisa diferente na sua saúde depois que você começou a utilizar a medicação da PrEP? O que você sentiu?
- Houve alguma mudança nos seus relacionamentos pessoais e familiares depois que você começou a utilizar a medicação da PrEP? Sofreu alguma discriminação por causa do uso da medicação?
- Você teve alguma experiência relevante que gostaria de compartilhar sobre a PrEP, que tenha sido vivenciada dentro do serviço de saúde ou mesmo fora dele, na sua vida pessoal ou profissional?

➤ **Avaliação atual sobre a PrEP**

- Qual a sua avaliação até o momento das atividades de PrEP desenvolvidas pelo serviço de saúde que você frequenta?
- O que você acha que deve ser feito para melhorar o atendimento das pessoas

HSH e mulheres trans nesse serviço?

- O que você pensa sobre a PrEP agora, depois desse tempo que está sendo atendido no Programa, e o que você espera do uso da PrEP?
- Você conhece outras pessoas que usam PrEP? Qual a percepção dessas pessoas sobre a PrEP?

A partir da experiência pessoal e de outras pessoas, explorar qual a percepção sobre a PrEP, abordando: expectativas e frustrações; mudanças de comportamento; aprovação ou não da PrEP e os motivos; problemas de adesão e formas de superação dos problemas apontados.