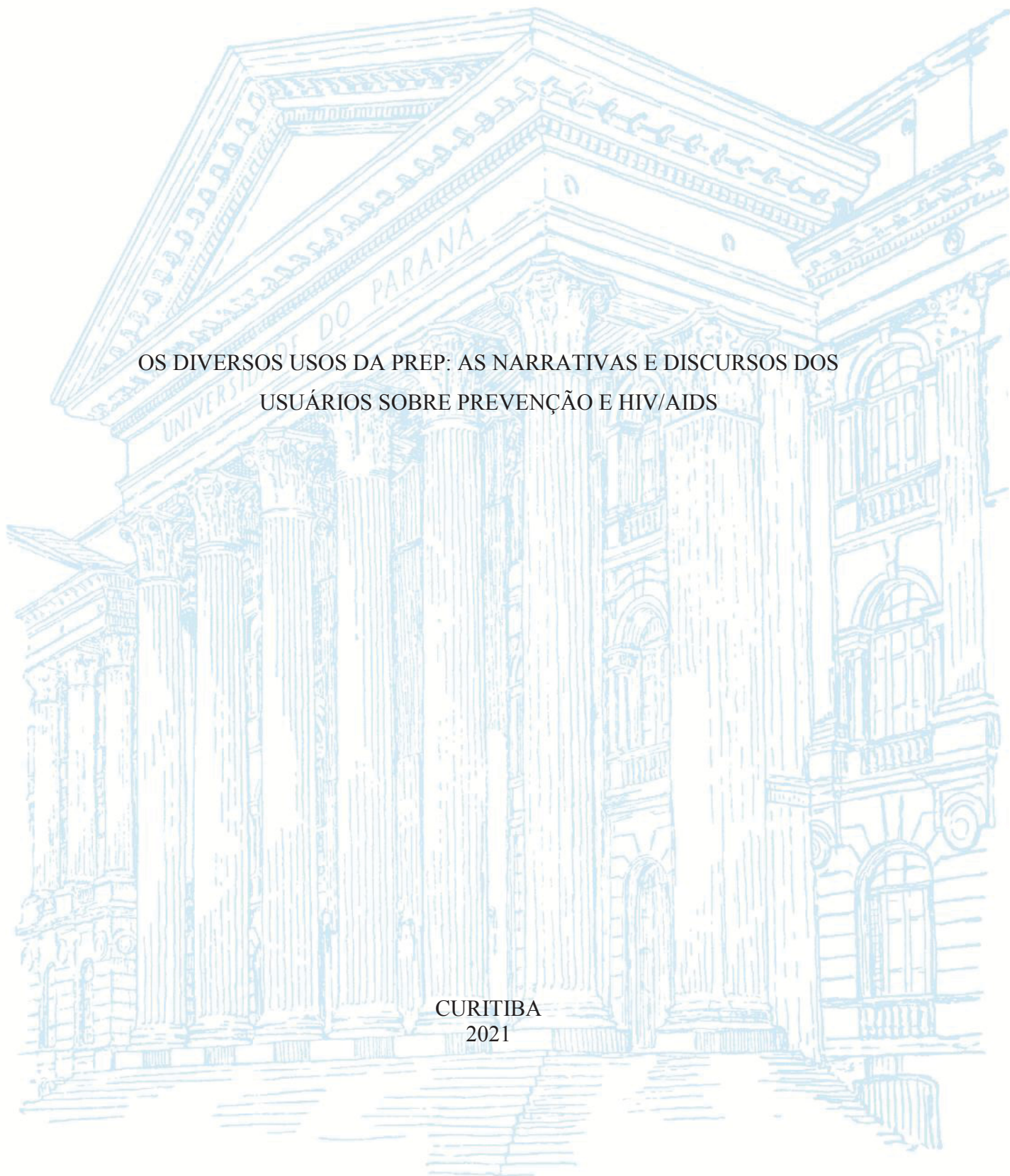


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

OTÁVIO LUIZ COSTA

OS DIVERSOS USOS DA PREP: AS NARRATIVAS E DISCURSOS DOS  
USUÁRIOS SOBRE PREVENÇÃO E HIV/AIDS

CURITIBA  
2021



OTÁVIO LUIZ COSTA

OS DIVERSOS USOS DA PREP: AS NARRATIVAS E DISCURSOS DOS  
USUÁRIOS SOBRE PREVENÇÃO E HIV/AIDS

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Sociologia Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título Mestre em Sociologia.

Orientadora: Profa. Dra. Marlene Tamanini

CURITIBA  
2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR –  
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Fernanda Emanoéla Nogueira – CRB 9/1607

Costa, Otávio Luiz

Os diversos usos da PrEP : as narrativas e discursos dos usuários sobre  
prevenção e HIV/Aids. / Otávio Luiz Costa. – Curitiba, 2021.

Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Setor de Ciências Humanas da  
Universidade Federal do Paraná.

Orientadora : Profª. Drª. Marlene Tamanini

1. AIDS (Doença) - Prevenção. 2. AIDS (Doença) – Aspectos sociais.  
3. HIV (Vírus). 3. Saúde pública. 4. Medicamentos - Pesquisa. I. Tamanini,  
Marlene, 1960-. II. Título.

CDD – 362.1969792



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SOCIOLOGIA -  
40001016032P2

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SOCIOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **OTÁVIO LUIZ COSTA** intitulada: **Os Diversos Usos da PrEP: as narrativas e discursos dos usuários sobre prevenção e HIV/Aids**, sob orientação da Profa. Dra. MARLENE TAMANINI, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 25 de Junho de 2021.

Assinatura Eletrônica

28/06/2021 20:00:15.0

MARLENE TAMANINI

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

01/07/2021 15:27:45.0

ANTONIO LUIZ MARTINS HARRAD REIS

Avaliador Externo (INSTITUTO BRASILEIRO DE DIVERSIDADE SEXUAL)

Assinatura Eletrônica

29/06/2021 16:20:11.0

GUILHERME AUGUSTO SOUZA PRADO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO DELTA DO PARNAÍBA)

---

Rua General Carneiro, 460 - 9º. Andar - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80060-150 - Tel: (41) 3360-5173 - E-mail: pgsocioufpr@hotmail.com

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 98223

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>  
e insira o código 98223

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha orientadora e professora Marlene Tamanini, por todo o aprendizado que compartilhou comigo nesses anos que nos conhecemos. A admiração que sinto é anterior ao período do mestrado e não me resta dúvida de que a senhora é a professora que mais marcou a minha trajetória acadêmica e de estudo.

Aos colegas e amigos da Linha de Pesquisa em Gênero e Cultura pelas contribuições e trocas de experiência.

Aos professores Antônio Luiz Martins Harrad Reis e Guilherme Augusto Souza Prado por aceitarem fazer parte da banca de qualificação e defesa desta tese. A contribuição dos professores foi fundamental para o trabalho realizado.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPR.

Aos meus pais pelo apoio incentivo a continuar a minha formação.

Aos meus amigos Alexandre, Kaleo, Kleber e William.

Ao Grupo Dignidade e aos colegas educadores que fizeram parte do Viva Melhor Sabendo. Um agradecimento especial a Rafaelly Wiest e Lucas Siqueira Dionísio pela amizade que teve início no projeto, mas que levarei para a vida.

As participantes desta pesquisa que aceitaram contribuir contando um pouco de suas experiências.

## RESUMO

O objetivo da presente dissertação é compreender o conjunto de discursos e dispositivos que compõem a profilaxia pré-exposição (PrEP) e a pessoa que adota essa estratégia para prevenção a infecção pelo HIV/Aids. Através do referencial teórico da genealogia do poder e da ética de si propostos por Michel Foucault, a pesquisa compreende o arquivo que compõe esta tecnologia de prevenção ao vírus do HIV elencando o conjunto de relações sociais que emanam desse dispositivo, os processos de subjetivação, sujeição e reflexividade, as representações discursivas sobre HIV/Aids e a PrEP e as redes de poder e saber. Para tal, foram utilizados três arquivos analisados para construção do conhecimento realizado nesta pesquisa, que são: a participação do pesquisador em um projeto de testagem para o HIV realizado por uma ONG de Curitiba, o Grupo Dignidade; a aplicação de um questionário voltado para homens gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); e a entrevista com onze pessoas que usam ou utilizaram a PrEP. Para construir a genealogia da PrEP foi necessário pensar os discursos sobre os processos de saúde e doença bem como a discussão sobre o campo das políticas públicas de HIV/Aids, elencando seus principais momentos e como ocorreu a formulação da agenda pública dessa questão no país. Enquanto conclusão do estudo, constata-se que a adoção a PrEP enquanto medida de prevenção ao HIV relaciona aspectos da ordem subjetiva e pessoal bem como os aspectos biopolíticos presentes no discurso oficial de prevenção.

**Palavras-chave:** Profilaxia Pré-Exposição; HIV/Aids; Prevenção; Genealogia,

## **ABSTRACT**

The objective of this dissertation is to understand the set of discourses and devices that make up pre-exposure prophylaxis (PrEP) and the person who adopts this strategy to prevent HIV/AIDS infection. Through the theoretical framework of the genealogy of power and self-ethics proposed by Michel Foucault, the research comprises the archive that makes up this HIV virus prevention technology, listing the set of social relations that emanate from this device, the processes of subjectification, subjection and reflexivity, the discursive representations about HIV/Aids and PrEP and the networks of power and knowledge. To this end, three analyzed files were used to build the knowledge carried out in this research, which are: the participation of the researcher in an HIV testing project carried out by an NGO in Curitiba, the Grupo Dignidade; the application of a questionnaire aimed at gay men and other men who have sex with men (MSM); and the interview with eleven people who use or have used PrEP. In order to build the PrEP genealogy, it was necessary to think about the discourses on the health and disease processes as well as the discussion on the field of public policies on HIV/Aids, listing its main moments and how the formulation of the public agenda for this issue occurred in the country. As a conclusion of the study, it appears that the adoption of PrEP as an HIV prevention measure relates aspects of the subjective and personal order as well as the biopolitical aspects present in the official prevention discourse.

Keywords: Pre-Exposure Prophylaxis; HIV / AIDS; Prevention; Genealogy



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AHA - Projeto A Hora É Agora

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*)

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ARV - Antirretrovirais

CBO – Classificação Brasileira de Ocupações

CDC – Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos

CEDOC – Centro de Documentação

COA - Centro de Orientação e Aconselhamento

COVID – *Corona Virus Disease*

CTA – Centro de Testagem e Acompanhamento

DST - Doença Sexualmente Transmissível

GRID - Doença imunológica relacionada a gays

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana (*Human Immunodeficiency Virus*)

HSH - Homens que fazem Sexo com Homens

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBTI – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, Intersexuais

MS – Ministério da Saúde

OMS/WHO - Organização Mundial da Saúde/ *World Health Organization*

ONG - Organização Não Governamental

ONG/AIDS - Organização Não Governamental com atuação de prevenção e/ou assistência no campo do HIV/AIDS

ONU – Organização das Nações Unidas

OSC – Organização da Sociedade Civil

PCAP – Pesquisa de comportamentos, atitudes e práticas

PCDT – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

PPGS – Programa de Pós-Graduação em Sociologia

PEP - Profilaxia Pós-Exposição

PN/AIDS - Programa Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde

PREP - Profilaxia Pré-Exposição

PVHA - Pessoa Vivendo com HIV/AIDS

SBT- Sistema Brasileiro de Televisão



SUS - Sistema Único de Saúde

TARV - Terapia Antirretroviral

TR-FO – Teste Rápido por Flúido Oral

UBS – Unidade Básica de Saúde

UDI - Usuários de Drogas Injetáveis

USAID - *United States Agency for International Development*

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UNAIDS - *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

VMS – Viva Melhor Sabendo

VDRL – *Veneral Disease Research Laboratory*

## SUMÁRIO

Introdução	12
1. A Construção da Pesquisa: delineando o primeiro arquivo da PrEP	18
1.1. Os Primeiros Interlocutores	18
1.1.1. Da Relação com o Objeto à Formulação de Hipóteses	21
1.1.2. Da Formulação de Hipóteses à Construção do Objeto de Pesquisa	28
1.2. O Método	31
1.2.1. A PrEP Enquanto Objeto de Pesquisa	40
2. Contaminação do medo: os discursos e sentidos da saúde, doença e Aids	44
2.1. Os Sentidos e Representações sobre a Saúde e a Doença	44
2.2. Os Diferentes Discursos de Saúde e Doença	47
2.3. As Relações de Poder-Saber no Início da Epidemia de HIV/Aids	68
3. Prevenção Combinada: a genealogia de um novo paradigma de prevenção	78
3.1. Apresentação Conceitual e Definição de Políticas Públicas	80
3.2. Construção de uma agenda: apontamentos sobre a história social do HIV/Aids	84
3.3. Os Paradigmas de Prevenção ao HIV/Aids	89
3.4. Os Discurso sobre a PrEP: análise de uma política de prevenção	98
3.5. Sexualidade e Indivíduo no Discurso Oficial de Prevenção da PrEP	100
4. O HIV, a Aids e a PrEP: as populações-chave e o discurso oficial de prevenção	109
4.1. A Percepção de Populações-Chave a Partir dos Questionários	109
4.1.1. Apresentação do Questionário e os Discursos sobre HIV/Aids e Prevenção	111
4.1.2. Análise das palavras-livres do questionário	115
4.2 As Populações-Chave e o HIV/Aids	126

5. Narrativas da PrEP: os discursos e sentidos dos usuários	130
5.1. Implicações a partir do campo de pesquisa	131
5.2. Instrumentos de Pesquisa para Execução das Entrevistas	140
5.3. Perfil dos entrevistados	143
5.4. Os Usos da PrEP: percepções a partir das narrativas dos usuários	148
5.5. Continuidades, Rupturas e Resistências a partir do Uso da PrEP	159
Conclusão	160
Referência	184

## **Introdução**

A presente dissertação trata da compreensão dos discursos relacionados à profilaxia pré-exposição (PrEP) para prevenção a infecção pelo HIV/Aids. A partir da metodologia qualitativa o objetivo é compreender o conjunto de representações discursivas presentes nos arquivos selecionados para a análise, com foco especial na maneira pela qual o usuário que adota esta tecnologia produz modos de sujeição e subjetivação.

A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) é uma tecnologia de prevenção utilizada por indivíduos que não possuem o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e querem se prevenir tomando medicação. Seu uso é diário e deve ser feito através da via oral. Essa é a primeira, e mais básica, definição sobre o que é a PrEP, contudo, conforme veremos no decorrer da dissertação, esse simples comprimido da cor azul comporta um conjunto de relações sociais, dispositivos, práticas de poder e de saber, biopolíticas, discursos e modos de subjetivação que estão além do seu uso para prevenção.

Por se tratar de uma tecnologia recente adotada para prevenção ao HIV, a PrEP carece de trabalhos e pesquisas acadêmicas que tragam o olhar e contribuição das humanidades para essa questão. Desse modo, a relevância do estudo aqui efetuado consiste em compreender as relações sociais que emanam a partir desse dispositivo de prevenção, com foco especial na maneira pela qual as “populações-chave”<sup>1</sup> percebem a epidemia de HIV/Aids e suas tecnologias de prevenção.

O fato de a PrEP ser uma tecnologia recente de prevenção não impede, é claro, a existência de um conjunto de discursos, redes de poderes e práticas biopolíticas em torno do seu uso. Esse é um dos objetivos do qual esta dissertação versa, que é compreender o conjunto de formações discursivas, o arquivo, que compõe a PrEP e o seu usuário. A noção de formação discursiva e arquivo são conceitualizações propostas pelo filósofo e pensador Michel Foucault para designar os enunciados de verdade, as disposições arquitetônicas, as redes de poderes, os discursos e jogos de verdade que existem dentro da sociedade que guiam e subjetivam os sujeitos em suas condutas,

---

<sup>1</sup> O termo populações-chave é uma categoria recente adotada pela saúde pública e coletiva, movimentos sociais e organizações internacionais para pensar grupos populacionais onde ocorre maior incidência da infecção pelo HIV. Segundo o UNAIDS (2017) considera quatro principais grupos populacionais enquanto populações-chave, que são: gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo e seus clientes, pessoas trans e pessoas que usam drogas injetáveis.

modos de agir e ser dentro do mundo – possibilitando a esses sujeitos espaços de reflexividade, existência e resistência.

Refletir a partir desse pensador e desse modo de compreender a realidade social possibilita verificar uma das problemáticas centrais da pesquisa que é analisar os sentidos e discursos utilizados pelo sujeito que adere a esta tecnologia constatando, a partir de suas narrativas, como ele percebe o discurso oficial de prevenção proferido através das práticas biopolíticas da saúde pública, adotando tais preposições em sua vida cotidiana ou criando outras relações de sentido a partir dessas redes de poderes.

Colocando de outro modo, o objetivo é verificar quais os discursos que o sujeito que adere a PrEP elenca para dar sentido a sua experiência e como esse dispositivo biopolítico institui e é instituído por este usuário.

A epidemia de HIV/Aids representa um dos grandes desafios que a saúde pública enfrenta desde seu surgimento. Em nível internacional, a erradicação da doença é o único agravo de saúde que foi englobado como sendo uma das metas do milênio propostas pela Organização das Nações Unidas (ONU), no início dos anos 2000. Se tratando da história social do vírus, estamos vivenciando a quarta década de uma doença de condição crônica e com altas porcentagens de mortalidade quando não há adesão ao tratamento.

Esse tempo de experiência com o vírus e com a doença trouxe um conjunto de avanços científicos, técnicos, biomédicos e de saberes que proporcionaram formas cada vez mais eficazes de tratar a Aids, prevenir o HIV e garantir direitos de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA). Nesse sentido, a PrEP está sendo vista pelo poder público, pelos indivíduos e pelos movimentos sociais como uma grande inovação no campo da prevenção ao HIV/Aids.

A partir do que foi posto é possível perceber que a PrEP é um acontecimento específico, um produto de nossa era, que produz relações, enunciados e estratégias de verdade e é produzida a partir de relações de poderes, saberes, dispositivos disciplinares, mecanismos de segurança e de resistências que emergem e produzem uma singularidade para essa medicação e, principalmente, para a decisão sobre o uso dessa medicação.

A PrEP possui uma intensa relação com a epidemia de HIV/Aids, mas seria reducionista deduzir que o conjunto de discursos produzidos sobre e a partir da doença e do vírus se replicam e são uma continuidade dos discursos produzidos sobre e a partir

da PrEP. A PrEP emerge como um novo dispositivo, uma nova tecnologia e um novo evento que cria um novo arquivo, uma nova formação discursiva.

A partir da perspectiva de Michel Foucault, é possível compreender o sujeito não como um ser sujeitoado, que é construído a partir das relações de poder e que apenas reproduz as estruturas. Nessa perspectiva, o sujeito e o objeto do conhecimento se formam durante a própria experiência do conhecimento e o sujeito institui saberes e a si mesmo pela própria rede de poder e de saber da qual faz parte. Portanto, compreender e observar as narrativas do usuário de PrEP é também compreender a produção biopolítica e as maneiras como esse dispositivo opera por e através dessa experiência subjetivada.

O sujeito aqui é compreendido não como uma categoria ontológica do ser humano, mas sim como um conjunto de processos que se constrói a todo instante, não se trata de uma perspectiva fixa de pensar o sujeito e sua subjetividade e sim verificar os diferentes discursos que constituem o sujeito moderno.

Nesse sentido, o sujeito em Foucault é constituído através de dois processos, um de sujeição e outro de subjetivação. Dentro das práticas de sujeição o autor expõe os conjuntos de mecanismos disciplinares que buscam tornar o corpo útil e economicamente produtivo enquanto dentro dos processos de subjetivação o indivíduo se percebe como sendo um ser único e refletindo, a partir de um conjunto de técnicas de si, como sua subjetividade pertence apenas a ele.

Essa compreensão do sujeito é particularmente rica para a análise que está sendo proposta, a PrEP opera tanto como um dispositivo biopolítico de manutenção da vida, que busca tornar o indivíduo saudável e economicamente útil, trazendo proposições que regulam e controlam sua sexualidade, como ao mesmo tempo possibilita diferentes discursos nos quais o sujeito vê sentido em aderir a esta medicação e cria espaços de resistência a esse controle e regulação fazendo diversos usos desta tecnologia.

Observando os diferentes modos de constituição do sujeito moderno é possível verificar dentro das narrativas do sujeito que utiliza a PrEP, suas experiências, e técnicas de si, e, como o uso dessa profilaxia impacta sua construção subjetiva e a sua adesão.

Antes de iniciarmos a exposição da divisão dos capítulos e de seus conteúdos é necessário apresentar o conjunto de materiais empíricos que compõe o arquivo que esta dissertação analisa. Um dos materiais que utilizamos em nossa análise para a construção do conhecimento é a entrevista semi-estruturada com pessoas que utilizam ou utilizaram

a PrEP. Ao todo realizamos onze entrevistas a partir das quais buscamos evidenciar as motivações de adesão ao medicamento, se o uso desta alterou algum aspecto de suas subjetividades e como compreendem as práticas relacionadas ao HIV/Aids. Os entrevistados são todos homens que se declararam gays, moradores de Curitiba e região metropolitana, solteiros ou em um relacionamento aberto. O contato com esses interlocutores ocorreu através de um aplicativo de sociabilidade para homens que desejam encontros e interações sexuais e/ou afetivas com outros homens. As entrevistas, por conta do contexto epidêmico de COVID-19 que estamos vivenciando, foram realizadas em formato remoto através de ligações telefônicas ou chamadas de vídeo em plataformas *online*.

De maneira a compor o arquivo do material empírico, foram aplicados 50 questionários em um evento de grande porte em 2019, a Parada LGBTI+ de Curitiba. A utilização desses questionários possibilitou a compreensão da maneira pela qual determinado grupo populacional, como gays, bissexuais, travestis e transexuais, percebem a epidemia de HIV/Aids e a PrEP enunciando práticas discursivas e sentimentos relacionados ao vírus e suas formas de prevenção.

Além dos materiais produzidos para construção do campo de pesquisa foi necessário consultar outros arquivos para pensar os enunciados e refletir sobre a formação discursiva entorno da PrEP. Para isto, utilizamos documentos, portarias e folders elaborados e difundidos pelo Ministério da Saúde para verificar quais discursos são formulados pelo modelo oficial de prevenção.

Para a construção do conhecimento, contamos, ainda, com a presença do pesquisador em um projeto de testagem para HIV desenvolvido por uma ONG de Curitiba, esse arquivo possibilitou o primeiro contato com o objeto de pesquisa configurando a primeira entrada no campo de pesquisa.

Recorrer a estes diferentes tipos de arquivos possibilita percorrer a genealogia da PrEP, evidenciando o conjunto de dispositivos e disposições que formam, formulam, relacionam e trazem sentidos e significados para nosso campo de pesquisa.

No primeiro capítulo apresentamos o objeto de pesquisa, a discussão metodológica e a aproximação do pesquisador com essa discussão. O capítulo tem início com a exposição de alguns relatos de pessoas que demonstraram interesse em aderir a PrEP, os primeiros interlocutores. As narrativas desses sujeitos foram construídas a partir de anotações de caderno de campo de um projeto de testagem e prevenção ao HIV/Aids que o pesquisador fez parte entre 2018 e 2019. A participação



dentro desse projeto foi de fundamental importância para aproximação com o objeto e para a construção das hipóteses de pesquisa, pois trouxe um rico material empírico e a possibilidade de estar em contato com diferentes pessoas.

O capítulo segue com a descrição de como funcionava tal projeto, o Viva Melhor Sabendo (VMS), e como ocorria a participação do pesquisador dentro dele. Conforme foi dito acima, a aproximação de diferentes sujeitos permitiu verificar o conjunto de sentidos, discursos e narrativas para as questões relacionadas ao HIV/Aids e a PrEP. O modo como o projeto foi pensado possibilitava um espaço de conversa entre educadores sociais<sup>2</sup> e as pessoas que realizavam o teste para detecção do HIV, e a partir dessas conversas foi possível verificar as nuances e o modo como o vírus e a doença estão presentes dentro da construção subjetiva dos sujeitos. Constatou-se também, a partir dessa atuação, o pouco conhecimento da população em geral sobre o que é a PrEP, isso pode se dar a partir de dois motivos: o primeiro é que ela é uma medicação recentemente adotada como uma das formas de prevenção ao HIV e segundo que ela está destinado a um público específico, as populações-chave, conforme será explorado dentro da pesquisa.

Além da participação no Viva Melhor Sabendo, o capítulo um apresenta a discussão metodológica, expondo os principais conceitos teóricos utilizados na dissertação e reflete sobre os usos da genealogia do poder e da ética de si para a pesquisa qualitativa.

Finalizamos o capítulo expondo um pouco mais do objeto de pesquisa e da justificativa social e científica de se estudar a PrEP e as questões relacionadas ao HIV/Aids. Além, de como já foi constatado, das poucas publicações em torno desta medicação é importante justificar e apontar como uma das justificativas da pesquisa a necessidade de pensar as questões relacionadas ao HIV/Aids, compreender suas formações discursivas, para justamente romper com um conjunto de estigmas, estereótipos e moralidades que acompanham o vírus e a doença desde seu surgimento.

No segundo capítulo destinamos espaço para pensar os discursos e sentidos sobre saúde, doença e HIV/Aids. A construção genealógica da pesquisa requereu olhar para a discussão teórica e sociológica sobre saúde e doença, buscando identificar o

---

<sup>2</sup> A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) define o educador social como o profissional que atua junto a populações em situação de risco e vulnerabilidade, objetivando assegurar direitos e promover a integração a outros serviços. Dentro do VMS a equipe que realizava a testagem e ações de base comunitária era definida pelo projeto enquanto educadores sociais.

modo como ocorre a sua discussão, verificando o desenvolvimento do campo, em especial da sociologia da saúde.

Pensar os sentidos da saúde e da doença se mostrou de fundamental importância para compreender as práticas biopolíticas da PrEP e o modo como os sujeitos interpretam esses aspectos da vida humana. O capítulo destina, também, espaço para identificar os diferentes discursos em torno de três doenças a peste bubônica, a sífilis e a hanseníase, que por séculos era conhecida como lepra. O objetivo de pensar essas doenças e as suas formações discursivas é para interpretar o modo como determinados contextos sócio-históricos lidavam com a doença e quais enunciados de verdade e práticas disciplinares utilizavam em prol da manutenção da vida.

Pensar doenças do passado não ocorreu pela busca de uma continuidade em relação ao HIV/Aids. Por mais que alguns discursos destas doenças se assemelhem com o HIV e a Aids não são a mesma coisa, não possuem a mesma construção e os mesmos impactos dentro daqueles contextos explorados. Buscar uma linearidade de determinados discursos seria ir contra o método empregado para reflexão e análise, mas ter essa compreensão histórica foi de fundamental importância para verificar como as redes de poder e de saber operam trazendo sentido para as doenças e como essas relações em torno da saúde são resgatados para a construção subjetiva e a subjetivação dos sujeitos.

O capítulo dois finaliza analisando os primeiros anos da epidemia de HIV/Aids, o objetivo foi o de verificar o conjunto de discursos que surgiram juntamente com o vírus em especial a intensa, e conflituosa, relação entre a homossexualidade masculina e a Aids. Demonstra-se o modo como a sociedade, e com foco na sociedade brasileira, interpretou o vírus e como as diferentes instituições e grupos sociais produziram e enunciaram discursos onde criaram um conjunto de estigmas e estereótipos que envolveram sexualidade, uso de drogas, prostituição, promiscuidade como aspectos que eram inerentes a epidemia que estava surgindo.

O terceiro capítulo inicia com a reflexão sobre as políticas públicas, apontando seu conceito e o modo como ocorre a construção da agenda pública de HIV/Aids. O objetivo deste capítulo é pensar a maneira como ocorreram as políticas de HIV e como a política de prevenção baseada na PrEP se consolidou.

É apresentada a noção e a configuração dos paradigmas políticos de prevenção e controle do HIV que foram utilizados desde a década de 80 e podem ser divididos em três momentos: o paradigma comportamental, o paradigma cultural e o paradigma

econômico. As exposições dos paradigmas servem como chaves analíticas para compreender os diferentes momentos que as práticas políticas produziram enunciações discursivas em torno do HIV/Aids.

Após expor os três paradigmas defendemos a ideia que a política de prevenção baseada na PrEP está consolidando um quarto paradigma, agora baseado na noção de escolha. Para fundamentar essa ideia expomos um conjunto de materiais utilizados e difundidos pelo Ministério da Saúde para apresentar a concepção de “prevenção combinada” que é a forma contemporânea que a saúde pública vem utilizando para pensar, controlar e prevenir a epidemia de HIV/Aids.

Após apresentar as discussões em torno das políticas de HIV e o modo atual para lidar com a prevenção, tratamento e controle do vírus e da doença iniciamos a discussão sobre a PrEP dando destaque para a análise do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da PrEP. Na leitura do documento são observados as concepções de indivíduo e sexualidade, verificando o modo com essa política considera tais noções e produz relações e enunciados de verdade.

A exposição do conteúdo do PCDT é de grande importância, também, para contextualizar o fluxo de atendimento da pessoa que decide por aderir a PrEP e como os serviços de saúde devem lidar com esse procedimento. Nesse sentido é apresentado os critérios de elegibilidade para adesão a PrEP, a frequência na qual o usuário deve retornar ao serviço, o número de dispensações de medicamento, os momentos em que a PrEP deve ser suspensa, e como deve ser a relação entre usuário do serviço com o profissional que o atende.

Neste capítulo definimos um conceito que é fundamental para a construção da presente dissertação que é o conceito de discurso oficial de prevenção e do modelo oficial de prevenção. Tal conceito foi elaborado na relação com as discussões de gênero e sexualidade que analisam e observam aspectos das questões relacionadas ao HIV/Aids, o discurso oficial de prevenção é entendido como o conjunto de políticas, práticas, enunciados, dispositivos e ações elaboradas e difundidas a partir das iniciativas públicas, organismos internacionais e concepções relacionadas a saúde pública e coletiva. Essa definição é particularmente interessante, pois permite evidenciar quais discursos, práticas e enunciações foram e são elaboradas dentro das esferas institucionais, principalmente do Ministério da Saúde, e perceber como os sujeitos concebem, incorporam, resistem e/ou subvertem tais discursos instituindo e consolidando outros modos de se relacionar com a prevenção ao HIV/Aids.

No quarto capítulo é apresentado e analisado o questionário aplicado junto às populações-chave para o HIV, visando analisar quais elementos esse grupo populacional enuncia quando questionados sobre os sentidos do HIV/Aids e da PrEP. A análise deste questionário se demonstrou importante para construção do arquivo sobre a PrEP, uma vez que possibilitou a compreensão do conjunto de práticas discursivas os interlocutores indicam quando questionados sobre o HIV/Aids e sobre a PrEP.

No quinto e último capítulo é onde analisamos as narrativas de pessoas que usam ou utilizaram a PrEP. O capítulo tem início com a apresentação do modo como estabelecemos contato com os interlocutores de pesquisa através de aplicativo de sociabilidade, indicando o conjunto de técnicas e dos meios necessários para sua realização, visto o contexto pandêmico que estamos vivenciando.

Dentro do capítulo apresentamos nossos interlocutores, com informações como idade, raça/cor da pele, tempo que está utilizando a PrEP e qual a principal motivação que o levou a aderir à esta medicação. Seguindo para análise de suas narrativas e falas, aqui apresentamos os principais discursos e relações observados a partir das entrevistas como os usos da PrEP, a relação que a medicação possui com a sexualidade destes sujeitos, sentimentos relacionados ao HIV/Aids, uso dos prazeres e das práticas preventivas.

O conjunto dos capítulos da presente dissertação possibilita a compreensão dos diferentes discursos que emanam a partir da tecnologia de prevenção ao HIV que é a PrEP. É possível afirmar que existe uma pluralidade de narrativas sobre este dispositivo de prevenção por parte dos usuários e das pessoas identificadas enquanto populações-chave, e esse é o argumento que compõe o título da dissertação no qual os processos de subjetivação desses sujeitos configuraram diversos usos da PrEP.

## **1. A Construção da Pesquisa: delineando o primeiro arquivo da PrEP**

*Meu tesão agora é risco de vida  
Será?  
(Cazuza)*

O presente capítulo está destinado a pensar a relação entre o primeiro contato com o objeto de pesquisa e o desenvolvimento metodológico. A escolha por iniciar com um primeiro contato busca demonstrar como a participação em um projeto de testagem de HIV desenvolvido por uma ONG de Curitiba influenciou diretamente na formulação das hipóteses e na construção da problemática desta dissertação. A relação com este campo possibilitou um olhar diferenciado para questões sociológicas envolvendo a percepção dos sujeitos sobre o HIV/Aids e a PrEP. A possibilidade de conversar semanalmente com diferentes pessoas permitiu verificar sentimentos, sensações, medos, receios, prazeres, informações, ou a falta dela, construções de sentido e significado em torno do vírus, da doença e das formas de prevenção.

Em especial esse contato permitiu averiguar os discursos utilizados para pensar a PrEP e o HIV/Aids, e como a população percebia essa forma de prevenção. Além de ofertar um contato empírico fundamentalmente importante para o desenvolvimento das hipóteses e objetivos da presente pesquisa.

Conforme é possível observar a seguir, a forma como a abordagem ocorria, a maneira como lidávamos com o projeto e o teste proporcionava que algumas pessoas trouxessem elementos pessoais de suas vidas, de seus afetos e de sua sexualidade. Os relatos que iniciam o próximo item vêm justamente dessa troca, dessa conversa, que ocorreu durante o momento de participação no projeto.

### **1.1. Os Primeiros Interlocutores**

Fábio tem 20 anos. Relatou não utilizar camisinha em suas relações sexuais com outros homens, se identifica como gay e é solteiro tendo em média quatro parceiros sexuais por mês entre conhecidos, contatos com quem faz sexo com certa regularidade, e os desconhecidos, aqueles que mantêm uma relação única e/ou breve. Seu teste para HIV deu negativo.

Tiago tem 28 anos. Está se relacionando com um parceiro soropositivo há quatro meses, o seu desejo é não mais utilizar o preservativo nas relações sexuais que mantêm com seu namorado. Seu teste para HIV deu negativo.

Pedro tem 23 anos. Foi infectado pela sífilis duas vezes, realizou o tratamento e faz o acompanhamento via exame sanguíneo, o VDRL<sup>3</sup>, com certa regularidade. Na maioria das relações sexuais que mantém faz uso da camisinha e do gel lubrificante, porém em algumas ocasiões, com certos parceiros, dispensa o preservativo. Seu teste para HIV deu negativo.

Bruno tem 19 anos. Acredita que o uso do álcool e/ou outras drogas interfere ou impede que faça uso do preservativo. Ele vai para a balada todo final de semana, e dificilmente volta sozinho para casa. Seu teste para HIV deu negativo.

Geovanne tem 31 anos. Está em um relacionamento aberto há quase dois anos, com seu namorado não utiliza a camisinha enquanto com os outros parceiros casuais não dispensa o uso. Ele não consegue afirmar com certeza se o namorado usa o preservativo nas relações sexuais que mantém quando não estão juntos. Seu teste para HIV deu negativo.

Andrey tem 27 anos. Possui dificuldade em utilizar o preservativo por questões anatômicas, conforme contou seu pênis é torto o que faz com que a camisinha rompa se não houver boa lubrificação. Seu teste para HIV deu negativo.

Caio tem 26 anos. Trabalha como profissional do sexo, mantém uma rotatividade grande de parceiros sexuais tanto no trabalho quanto em suas relações afetivo-sexuais, com os primeiros sempre utiliza o preservativo, mas quando começa a se relacionar amorosamente dispensa o uso. Seu teste para HIV deu negativo.

Diogo tem 29 anos. Ele é um homem transexual que faz sexo apenas com homens, se identifica como gay, está em um relacionamento de longa duração com outro homem transexual. Seu sonho é ser pai, deseja engravidar, seu melhor amigo é soropositivo e estão pensando que ele pode ser o doador do espermatozóide. Ainda não decidiram como farão a inseminação, se pelo método natural, fazendo sexo, ou inseminação caseira, injetando o espermatozóide com auxílio de uma seringa. Seu teste para HIV deu negativo.

Fernando tem 34 anos. Gosta de fazer encontros para sexo em grupo, conhece homens por aplicativo, grupos, baladas, bares e busca reunir todos para realizar festas em sua casa. Às vezes usa preservativo, às vezes não. Ele afirmou que não possui um

---

<sup>3</sup> O teste VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) é um exame sanguíneo para identificação da sífilis. Existe um teste rápido da sífilis, que capta os anticorpos produzidos em reação a bactéria, porém quando a pessoa já foi infectada não é mais possível realizar esse teste rápido uma vez que sempre vai positivar o teste independente do número de bactérias que ela possua em seu organismo. O VDRL é a única forma de acompanhar pessoas que já estiveram infectadas.

critério para manter sexo com camisinha, depende do momento e da sua vontade. Seu teste para HIV deu negativo.

Patrick tem 29 anos. Usa o preservativo na maioria de suas relações sexuais, mas às vezes opta por não utilizar o que já fez com que buscasse duas vezes o serviço especializado para tratamento de emergência da PEP<sup>4</sup>. Seu teste para HIV deu negativo.

Os relatos narrados foram coletados a partir do trabalho voluntário que realizei no Grupo Dignidade no período de agosto de 2018 a setembro de 2019. Tempo que durou um projeto de testagem de HIV via fluido oral, o Viva Melhor Sabendo (VMS). Os nomes foram alterados.

Todos os casos indicaram interesse em aderir a PrEP e solicitaram encaminhamento para avaliação e condução da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) após realização de teste rápido por fluido oral (TR-FO).

É possível perceber algumas coincidências e similaridades nas experiências ilustradas, todos são homens, jovens, gays, soronegativos, - não estão infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) - e por algum motivo, ou uma série deles, desejam utilizar a PrEP. Porém, existem singularidades nesses relatos, cada um possui um modo de lidar com suas relações afetivas, sexuais e amorosas bem como avaliar e gerenciar sua prevenção e risco de infecção pelo HIV e aderir ou não o uso da PrEP.

São essas coincidências, particularidades, continuidades, especificidades, individualidades, descontinuidades, contingencialidades, casualidades que serão analisadas a partir das experiências e narrativas dos sujeitos que utilizam a PrEP em sua percepção acerca das formas de prevenção, sobre a medicação<sup>5</sup>, representações sobre o HIV e a Aids e modos e maneiras de lidar com o sexo, afetos e prazeres.

Os relatos narrados acima foram particularmente interessantes para a construção de hipóteses desta pesquisa, pois possibilitaram olhar as motivações de adesão, os discursos elencados em torno da saúde e o uso dos prazeres e como o sujeito constrói a sua subjetividade e vê sentido em uma prática biopolítica onde se instituem e tornam instituintes desta política de prevenção ao HIV/Aids dentro de seus processos de subjetivação.

---

<sup>4</sup> “A profilaxia pós-exposição, conhecida pela sigla em inglês PEP (post-exposure prophylaxis), refere-se a medicamentos antirretrovirais tomados após exposição ou possível exposição ao HIV. A exposição pode ser ocupacional (ex.: punção por uma agulha) ou não ocupacional (ex.: uma relação sexual sem preservativo com um parceiro soropositivo). A PEP deve ser tomada em até 72 horas da exposição ao HIV e durante 28 dias consecutivos.” (UNAIDS, 2017, p.19).

<sup>5</sup> A PrEP consiste na combinação de dois medicamentos em um só comprimido, o Fumorato de Tenofovir Desproxila (TDF – 300mg) e o Entricitabina (FTC – 200mg)



### **1.1.1. Da Relação com o Objeto à Formulação de Hipóteses**

O meu campo de pesquisa começa a se formular antes mesmo de iniciar o mestrado no Programa de Pós-Graduação em Sociologia (PPGS) da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Ao terminar o curso de graduação em Ciências Sociais, comecei a selecionar possíveis temáticas para pesquisar no mestrado que tentaria no ano seguinte, eu sabia que gostaria de continuar a pesquisar sobre a temática do HIV/Aids e elegi a PrEP por um motivo principal: era a grande novidade na área da prevenção ao HIV. A PrEP acabava de entrar como distribuição gratuita dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), existiam pouquíssimas publicações científicas sobre o assunto, despertava interesse, receio, e preconceitos em diferentes setores.

Durante o período em que eu estava realizando os estudos sobre HIV e sobre a Aids para o projeto de pesquisa do mestrado, o Grupo Dignidade abriu um chamado através das redes sociais para atuação em um projeto de testagem e prevenção ao HIV/Aids. Pensei, “vou me jogar”, essa era a oportunidade que eu precisava para realizar um bom campo de pesquisa e com muita abertura já que não cairia de “páraqedas” no campo.

A seleção para participar do projeto foi composta por duas fases, uma breve entrevista com o presidente e diretores da instituição e um curso de dois dias de capacitação. Fui aprovado na primeira etapa e compareci nos dias do curso. No primeiro dia abordaram questões relacionadas ao HIV/Aids, os componentes da prevenção combinada e sobre a educação entre pares. O segundo dia contou com a participação da coordenadora do Centro de Orientação e Aconselhamento (COA) de Curitiba visto que o projeto busca atuar em rede e é para este serviço especializado que são encaminhados os casos reagentes ao HIV, diagnóstico para outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Hepatites Virais, avaliação e condução de PEP e PrEP.

Esse segundo dia foi enriquecedor, pois tive a oportunidade de verificar o fluxo de atendimento da rede nos casos positivos ao HIV e para iniciar o esquema de prevenção via PrEP.

O projeto pelo qual o Grupo Dignidade buscava voluntários foi o Viva Melhor Sabendo (VMS), que é um financiamento do Ministério da Saúde (MS) e da UNESCO firmando parceria com Organizações da Sociedade Civil (OSC) que trabalhem com questões relacionadas ao HIV/Aids.

É possível identificar duas linhas de atuação do VMS, a primeira, e principal, consiste na oferta de testes rápidos por fluido-oral (TR-FO)<sup>6</sup> para populações focalizadas, é priorizado que os testes sejam realizados extra-muro, ou seja, fora da instituição privilegiando locais de sociabilidade da população alvo do projeto. A segunda estratégia é a realização das ações de base comunitária, que podem ser rodas de conversa, palestras, oficinas, distribuição de panfletos e preservativos, teatros e espaços lúdicos.

A minha participação no Grupo Dignidade teve início no dia 02 de agosto de 2018. Esse primeiro dia foi solicitado à permanência na sede<sup>7</sup>, para familiarização com o local e com o atendimento ao público LGBTI+<sup>8</sup>. No segundo dia choveu, não conseguimos ir a campo realizar os testes, passei o dia no Centro de Documentação (CEDOC) da instituição. A instituição não funciona ao final de semana, então apenas no dia 06, segunda, consegui sair para campo.

Tanto a realização dos testes quando as saídas de campo são organizadas de forma muito simples. Eram sempre três pessoas, duas aplicando o questionário pré-teste e o termo de autorização (Ver anexo 1, 2 e 3) e uma pessoa executando o teste e ofertando o resultado, bem como, realizando o encaminhamento quando necessário (ver anexo 4). A escolha do local de realização das abordagens de campo já estava pré-definida<sup>9</sup>, ficávamos no início da Praça Osório e final da Boca Maldita, em média eram realizados 30 a 40 testes por dia. (ver apêndice 1)

Havia outras equipes de educadores sociais além da minha, um total de sete a nove educadores (ver apêndice 2). Cada equipe saía de duas a três vezes por semana

---

<sup>6</sup> Testes rápidos são aqueles cuja execução, leitura e interpretação dos resultados são feitas em, no máximo, 30 minutos. Além disso, são de fácil execução e não necessitam de estrutura laboratorial. Uma opção de amostra para esses testes é o fluido oral. Fluido oral é um líquido incolor e viscoso formado da combinação da saliva, dos líquidos (transudatos) da cavidade oral, da mucosa oral e fluido crevicular gengival (complexa mistura de substâncias derivadas de soro sanguíneo, leucócitos, células estruturais do periodonto e microrganismos bucais). Portanto, o fluido oral contém outros componentes além da saliva. (BRASIL. O que é teste rápido com amostra de fluido oral?. Departamento de Doenças de Infecção Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.) Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/faq/o-que-e-teste-rapido-com-amostra-de-fluido-oral>> Acesso em: 10/01/2021.

<sup>7</sup> O Grupo Dignidade está localizado na Rua Marechal Floriano Peixoto, nº366, 4º andar, Centro de Curitiba. Com horário de funcionamento das 13 às 19 horas.

<sup>8</sup> Utilizo o termo LGBTI+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, intersexuais) por ser a terminologia que o Grupo Dignidade, e outras instituições, adotam para se referir ao movimento social. A sigla oficial, definida na última Conferência Nacional, é LGBT. Porém, a Conferência desse ano que poderia modificar a sigla oficial foi cancelada. Desta forma, opto pela terminologia adotada pelo próprio movimento social.

<sup>9</sup> O período de 2018/2019 foi o quarto ano que o Dignidade participou do VMS, dessa forma a escolha do local já estava definida por experiências bem sucedidas anteriormente.

para realizar as ações de campo, existia muita flexibilidade para as equipes, portanto acabei cobrindo faltas e saía com mais frequência, o que para meus interesses era ótimo.

A rotina das saídas era sempre a mesma: chegávamos à sede do Dignidade as 13 horas, organizávamos as mochilas com pranchetas, canetas, panfletos e folders sobre HIV/Aids, as caixas que continham os testes (ver anexo 5), preservativos feminino e masculino, separávamos o banner de divulgação dos testes, tripé, a mesa e as banquetas desmontáveis.

A caixa contendo os kits para realização dos testes é composta por: 1) a plaqueta de duplo percurso onde era pingada a amostra da pessoa; 2) a haste coletora da amostra; 3) o soro que dissolvia a amostra; 4) e o reagente que dava a coloração para leitura do resultado.

A execução do teste<sup>10</sup> é de fácil realização: 1º abre-se o pacote da plaqueta que vinha lacrada, 2º entrega-se para a pessoa a haste para que ela mesma passe em sua gengiva, são quatro voltas na parte de cima e quatro na parte de baixo, 3º abre-se o frasco contendo o soro e pede-se que a pessoa coloque a haste, 4º destaca-se o palito da haste deixando apenas o coletor no frasco, 5º fecha-se o frasco e mexe de forma suave para o soro dissolver a amostra, 6º escreve-se o nome da pessoa na plaqueta e no frasco contendo sua amostra, 7º pingam-se quatro gotas da amostra na plaqueta e se escreve o horário que se pingou, 8º aguarda-se cinco minutos e pinga-se o reagente, 9º aguarda-se cinco minutos e entrega-se o resultado para a pessoa.

Em relação à abordagem de campo estava atribuída ao projeto a realização individual do teste rápido por fluído oral (TR-FO), informar o resultado do teste, ofertar panfletos e informar sobre a “prevenção combinada”, encaminhar para o serviço especializado para tratamento de ISTs, Hepatites Virais e HIV/Aids quando necessário, distribuição de preservativos e gel lubrificante e o apoio e vinculação dos casos reagentes, a “linkagem”<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup>Na capacitação para selecionar os educadores fomos treinados para realizar o teste, manuseamos os materiais. Antes da primeira saída de campo realizamos na sede outra dinâmica. Foi recomendado que fizéssemos um curso online disponibilizados pelo Ministério da Saúde para realizar a testagem e dar o resultado.

<sup>11</sup>A linkagem é uma estratégia para facilitar o acesso ao tratamento antirretroviral e garantir a vinculação da pessoa recém infectada ao serviço de saúde, possui como bases as noções de cuidado e acompanhamento. FIOCRUZ. Projeto incentiva teste e adesão ao tratamento do HIV/Aids. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/projeto-incentiva-teste-e-adesao-ao-tratamento-do-hivaids>>. Acesso em: 10/01/2021.

Existem apenas duas possibilidades quando se faz um teste de HIV, ou o teste é positivo ou negativo<sup>12</sup>. Como realizamos os testes em praça pública o resultado era dado no mesmo lugar, havia todo um cuidado na confidencialidade, portanto, pedíamos afastamento de pessoas próximas, evitando que qualquer pessoa escutasse o resultado na hora da entrega. Quando o teste era positivo informávamos a necessidade de um segundo teste confirmatório<sup>13</sup>, nos dispúnhamos a acompanhar a pessoa nesse segundo teste bem como oferecíamos a linkagem.

Dentro do Viva Melhor Sabendo existiam responsáveis pela função de “linkador”. Essa pessoa encaminhava os testes positivos e acompanhava para o confirmatório e as primeiras idas a Unidade Básica de Saúde (UBS). O “linkador”, portanto, seria uma figura inicial para a pessoa recém diagnosticada e teria como obrigação facilitar o tratamento já que acompanhava caso a caso.

A saúde pública aponta a existência de muitos casos de pessoas que após realizarem os testes e constatar a existência do vírus no organismo recusam-se a aderir ao tratamento, diante disso a “linkagem” surge como uma estratégia para facilitar e estimular a adesão.

A linkagem funciona da seguinte forma: no momento do diagnóstico o usuário era encaminhado ao linkador, pessoa responsável pela linkagem, que vai orientar sobre todo o processo de tratamento. O diferencial dessa estratégia é que o linkador foi pensado para ser presente na vida da pessoa recém diagnosticada e procura manter contato por mensagens e acompanhar até a unidade de saúde ajudando no agendamento das consultas e retirando as possíveis dúvidas sobre o tratamento.

Quando o resultado era negativo o fluxo do atendimento variava imensamente, no objetivo do projeto estava previsto ir além da oferta gratuita de TR-FO, buscávamos articular e divulgar informações sobre prevenção combinada, baseada na ideia de aconselhamento e escuta ativa. A partir dessas orientações pós-teste que grande parte das hipóteses da minha pesquisa foi se construindo.

Essa orientação pós-teste consiste basicamente em uma conversa sobre prevenção e formas de infecção pelo HIV, na prática havia pessoas que mal queriam

---

<sup>12</sup>Uma terceira possibilidade é quando o teste é inconclusivo, ou seja é um teste inválido. Nesse caso descartamos o lote e avisamos o departamento. No período que estive no projeto apenas uma vez ocorreu à invalidação dos testes.

<sup>13</sup>A portaria SVS/MS nº 29, de 17 de dezembro de 2013 define a necessidade de realização de dois testes de HIV para o diagnóstico positivo. Na rede de saúde de Curitiba o teste que realizávamos era considerado como o primeiro, encaminhando apenas para o confirmatório. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2013/prt0029\\_17\\_12\\_2013.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2013/prt0029_17_12_2013.html)>. Acesso em: 07/01/2021.

saber, estavam com pressa, então dava-se os folders e folhetos. Contudo, minha experiência com este campo me fez perceber, que de forma geral, as pessoas se interessavam por esta temática. Este foi um espaço incrível para investigação, para conhecer e aperfeiçoar o que eu buscava pesquisar. As pessoas trouxeram tantas coisas, o que por si, já poderia resultar em uma excelente pesquisa (ver apêndice 6), mas mesmo com essa abertura para a troca de experiências sempre buscávamos falar sobre PEP e PrEP que era a finalidade desta inserção no campo. A partir dessas conversas foi de onde tirei os relatos que iniciaram esse capítulo.

Em relação à PrEP, pouquíssimas pessoas conheciam essa forma de prevenção, ficavam curiosas, interessadas, desconfiadas quanto a sua eficácia, questionando o porquê apenas um grupo limitado tem acesso, e alguns demonstravam interesse em iniciar o tratamento (para esses dávamos o encaminhamento e informações adicionais em relação ao fluxo de atendimento).

Nesses segundos casos, das pessoas interessadas em iniciar a PrEP, a conversa era um pouco mais longa, na maioria das vezes, consegui uma série de relatos que auxiliaram no esclarecimento das ideias e na formulação de hipóteses. Busquei desenvolver um “diário de campo” que alimentei quase que diariamente sobre o Viva Melhor Sabendo e sobre informações e modos de percepção da PrEP, desta forma não consigo diferenciar e separar minha atuação no projeto e no Dignidade da pesquisa de mestrado.

A participação dentro do VMS para além de um primeiro contato do pesquisador com o campo e de sua inserção dentro de um projeto baseado na divulgação de práticas de prevenção permitiu uma reflexão em torno da atualidade, do presente. A partir dessa possibilidade de se relacionar com o campo e compreender o conjunto de práticas e discursos elencados pela população que realizava a testagem via fluído-oral três aspectos podem ser identificados quando pensamos genealogicamente a PrEP e o HIV/Aids, que são as noções de intelectual específico, história do presente e sobre os saberes da população.

Dentro do pensamento de Foucault (2015a) a noção de atualidade e presente ganha destaque no momento em que o autor passa a pensar os discursos genealógicos em torno do poder e da subjetivação do sujeito. Nesse momento de sua produção o presente se configura como uma análise e problemática em torno de um acontecimento; acontecimento esse que por conta de sua especificidade engendra e reconfigura as posições de poder, saber e verdade em torno dos discursos, das práticas, dos

comportamentos e das instituições criando novas formas de relacionar, novos mecanismos disciplinares e de segurança e novos modos de ser do sujeito.

É próprio do projeto genealógico não pensar em termos lineares do pensamento histórico, nem em fases de práticas que se sucedem, mas sim em sobreposição de saberes, discursos de verdade e preposições filosóficas. Esses aspectos são fundamentais para pensar a PrEP enquanto um novo acontecimento, um novo evento, que faz emergir dentro de suas práticas novas configurações de saber e poder, novos discursos e novas técnicas de si e de subjetivação.

Pensar a PrEP enquanto um novo acontecimento implica em distinguir os discursos em torno do HIV/Aids dos discursos em torno da PrEP. A partir das ações dentro do VMS foi possível verificar que as pessoas que realizavam a testagem elencavam algumas ideias e percepções sobre essa tecnologia de prevenção, durante a conversa com os educadores, esses discursos em um primeiro momento poderiam ser confundidos como desdobramentos dos discursos sobre o HIV/Aids como a noção de promiscuidade, sexo sem uso do preservativo ou receio quanto a eficácia do medicamento. Ocorre que ao olhar genealógicamente para as falas e impressões dos participantes do projeto foi perceptível que estava sendo elencado novas relações para a PrEP - a promiscuidade não era mais tida como uma forma de culpabilização por uma infecção, mas sim pelo uso de um medicamento que necessariamente levaria o sujeito a adotar práticas sexuais irresponsáveis, a eficácia da medicação não estava sendo questionada como uma tecnologia capaz de aumentar a sobrevivência do sujeito infectado e sim em relação a sua efetividade na prevenção.

Perceber como a PrEP se configura enquanto um acontecimento específico é fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa, a noção de história do presente possibilita um olhar para essa forma de prevenção enquanto uma tecnologia que é produzida e produz um conjunto de relações de poder e biopolíticas que o sujeito que adere a PrEP estará inserido.

Traçar um diagnóstico crítico do presente, seguindo o método genealógico, é colocar o saber em perspectiva. Observando as ideias identificadas por Foucault (2015a) percebemos que as práticas de saberes devem ser encaradas enquanto práticas sociais, essa concepção identifica que a atualidade foi e está desenvolvida dentro de um curso histórico que pode operar, inclusive, enquanto rupturas epistemológicas, discursivas e de pensamento, criando novas relações de poder e saber.

Atuar em um projeto como o VMS possibilitou a reflexão em torno dos saberes relacionados ao HIV/Aids e a PrEP. Percebemos que a noção de saberes engloba tanto o discurso científico quanto outras formas de conhecimento, e que dentro desta relação com os saberes o sujeito acaba por operar através de processos de subjetivação construindo um novo modo de ser do sujeito. Ao apresentar a PrEP para determinados indivíduos era perceptível que essa nova informação abria outras formas deles se relacionarem com suas sexualidades, sujeitos que tinham práticas tidas como de risco para infecção pelo HIV como a rotatividade de parceiros, a inconstância no uso do preservativo, ou em relacionamento sorodiscordante, verificavam na existência da PrEP uma nova forma de exercerem suas práticas sexuais e afetivas.

O contato cotidiano com diferentes tipos de pessoas no âmbito do VMS e o envolvimento dentro de ações de prevenção desenvolvidas por uma ONG trouxe uma reflexão fundamental para o pensar genealógico em torno do objeto desta pesquisa e da forma como a pesquisa genealógica deve ser guiada. De certo modo foi a partir do desenvolvimento deste trabalho que as questões em torno do intelectual e da intelectualidade passaram a ser pensadas e problematizadas.

Foucault (2015a) nos dá o parâmetro para pensar a noção de intelectualidade, percebemos a existência de uma crítica sobre a noção de intelectual universal que seria aquele que tudo sabe e tudo lê, produtor de uma verdade incontestável, o autor exemplifica essa noção de intelectual universal como a figura do jurista do século XVIII e XIX. Em contrapartida a esta noção, é identificável uma grande mudança nos perfis da intelectualidade em especial após a Segunda Guerra Mundial, onde emerge a figura do intelectual específico que tem como princípio básico a necessidade de um pensamento coerente entre as suas ideias e sua vida.

O interesse em descrever o processo de construção da presente pesquisa iniciando com a atuação dentro de um projeto aplicado pelo terceiro setor vem justamente deste local de construção do pensamento, as trocas realizadas a partir do VMS colocaram o saber do pesquisador em perspectiva, assim como o intelectual específico descrito por Foucault (2015a), era fundamental uma coerência entre o que estava sendo dito para os usuários do projeto com as ideias defendidas na escrita acadêmica. E é deste lugar de troca que as hipóteses e interesses de pesquisa foram construídos.



### 1.1.2. Da Formulação de Hipóteses à Construção do Objeto de Pesquisa

O interesse em pesquisar sobre a PrEP surge posteriormente ao desejo de pesquisar sobre a Aids. Eu não consigo recordar o momento exato em que vi no HIV uma questão a ser pensada - existe uma lembrança que ao entrar no curso de Ciências Sociais, em 2014, estava presente em uma discussão da Semana Acadêmica e percebi que falaram alguma “bobagem” em relação ao HIV, talvez confundindo HIV com Aids, e observei que mesmo dentro da academia existe falta de informação e reiteração de preconceitos e estigmas em torno do vírus.

Nesse sentido, a Aids era um problema “bom de ser pensado” comecei a estudar o assunto buscando tanto a contribuição das humanidades quanto das outras áreas do saber como a saúde e a educação. Diversos trabalhos que realizei para as disciplinas tiveram como objeto de análise o HIV e as suas implicações, essas atividades proporcionaram um aprofundamento na questão e o exercício de reflexão sobre uma temática que pretendo desenvolver tanto no mestrado quanto nas pesquisas futuras.

A monografia defendida ao final da graduação em ciências sociais, orientada pela professora doutora Marlene Tamanini, não poderia ser diferente do meu interesse na questão envolvendo o HIV/Aids. O objeto de estudo, para esse início de pesquisa, foi o projeto A Hora É Agora (AHA) busquei analisar os discursos produzidos por essa política em relação a sexualidade e prevenção ao HIV. Foi utilizado um conjunto de materiais para análise que abordassem essas questões sendo elaborados no âmbito do projeto como cartazes, *banners*, vídeos e notícias que citavam o AHA.

É possível avaliar esse primeiro contato com a pesquisa de forma produtiva, sintetizei um conjunto de leituras que havia realizado e tomei como base de análise um projeto implementado em parceria com a prefeitura de Curitiba, bem como analisei o perfil epidemiológico da cidade a partir dos boletins epidemiológicos e comecei a mapear o campo em torno dessa temática.

Nesse período de escrita da monografia começaram as primeiras notícias e divulgações sobre a PrEP, o Ministério da Saúde adotou essa forma de prevenção em 2017, dando início ao que os pesquisadores e movimentos sociais chamam de PrEP-SUS por conta da distribuição gratuita dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o trabalho de campo realizado no Grupo Dignidade, por meio do VMS, essa vontade de pesquisar sobre a PrEP aumentou, o fato de ser algo novo e carente de

pesquisas das humanidades em torno desse assunto também se mostrou como um fato de interesse em desenvolver a presente temática.

A partir desse breve relato da entrada e da relação do pesquisador com o campo de pesquisa é possível apontar as perguntas norteadoras e as hipóteses levantadas a partir delas. Ao todo são três perguntas que se desdobram em três hipóteses de pesquisa.

A pergunta principal que foi elaborada já no projeto de pesquisa é “Quais são os discursos elencados pelos usuários de PrEP sobre HIV/Aids e prevenção?”. Essa pergunta possibilita perceber critérios subjetivos e os modos de subjetivação do sujeito que adota a PrEP como método de prevenção e também verificar qual a relação dessa pessoa com a questão do HIV/Aids, se há percepção de risco a uma infecção e vulnerabilidade a epidemia. Em relação à hipótese relacionada a essa pergunta, acredita-se que a pessoa que adota esse método é alguém informado sobre a questão do HIV/Aids, essa pergunta possibilita verificar também as representações sociais sobre o vírus e a doença bem como a existência ou não de um medo da infecção. Foucault (1996) aponta que a noção de discurso expressa um conjunto de enunciados que podem pertencer a diferentes campos, mas que possuem formas comuns de funcionamento e regulamentação. Discurso não pode ser entendido apenas como aquilo que é dito, o plano linguístico, mas também, e principalmente, como um conjunto de dispositivos e mecanismos de função reguladora e biopolítica que elencam saberes, estratégias e práticas.

A segunda e terceira pergunta de pesquisa estão relacionadas ainda a essa primeira, porém tentando verificar outros aspectos que melhor permitiram compreender o todo da relação usuário/PrEP e políticas públicas de prevenção. Elaborou-se então a pergunta: “A PrEP interferiu nas práticas e hábitos sexuais dessas pessoas? Por exemplo abandonando o uso do preservativo em todas as relações?” A hipótese que se tem foi elaborada em consonância com a literatura e com as campanhas de divulgação da PrEP, com o olhar da genealogia foucaultiana. Pensando nas muitas conexões desta rede serão possíveis verificar se ocorreram alterações significativas nas práticas sexuais. É possível considerar que não houve tantas mudanças em relação a isso, a depender das primeiras respostas relativas às representações da doença e de conteúdos de ordem subjetiva. Objetiva-se verificar como os sujeitos que aderem a esta tecnologia de prevenção instituem e são instituídos a partir do uso da medicação, buscando elencar os discursos relacionados às noções biopolíticas de saúde presentes na construção subjetiva e na subjetivação dos entrevistados. Falar em ordem subjetiva é considerar que o sujeito

que narra se institui e é instituído em sua subjetividade como uma relação que se demarca dentro de um conjunto heterogêneo de tensões, e que engloba um conjunto de “instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas”, formando o que Foucault chama de “elementos de um dispositivo” (FOUCAULT, 2014a, p.244).

A dissertação também responde sobre como os usuários se relacionam com o modelo oficial de prevenção, o fluxo de atendimento da PrEP prevê passagens trimestrais com educadores sociais e agentes de prevenção, portanto esse contato coloca a pessoa que faz uso dessa medicação em contato direto com os discursos preventivos. A pergunta elaborada é “Será que os usuários adotam esse discurso em suas práticas preventivas ou subvertem determinadas concepções criando novas categorias e se instituindo em outro lugar de fala?”. Essa pergunta é uma forma de contrapor à anterior e ir além, verificando no conjunto das narrativas a relação com o modelo biomédico ou de uma biopolítica que não se caracterize só na sua dimensão disciplinar. Trata-se do que Foucault denomina "biopoder"; neste caso a sexualidade tem um lugar tanto como pivô ao redor do qual toda a tecnologia da vida se desenvolve porque ela é um meio de acesso tanto à vida do corpo quanto à vida da espécie; como por meio do sexo se oferece um meio de regulação tanto dos corpos individuais e dos comportamentos, como atua sobre a população como "corpo político" (FOUCAULT, 2014a). Mas também para se ir além de se pensar o poder como repressivo, ele necessita ser visto como constitutivo e neste caso existe as tecnologias de si, conforme veremos a seguir. O que implica em analisar os mecanismos que moldam e multiplicam os desejos, em vez de reprimi-los, que geram e direcionam, nossas energias, que constroem nossas concepções de normalidade e desvio.

Discurso que nos possibilite detectar a recuperação da rebeldia e a articulação do corpo com a história. Conceito este que na teoria foucaultiana faz com que olhemos para a PrEP como um acontecimento e para as ciências biomédicas como ações, estratégias, discursos que funcionam no interior de uma sociedade que constrói determinadas concepções de corpo e que estas são traduzidas pela linguagem e pela sua prática.

O voltar-se para a dimensão prática não é um retorno à biologia ou à natureza, mas como coloca Foucault (2015a) a um outro “registro” do corpo cultural: o registro do corpo útil e sua complexa articulação com o corpo inteligível.

O corpo inteligível abrange nossas representações científicas, filosóficas e estéticas sobre o corpo - nossa concepção cultural do corpo, que inclui normas de beleza, modelos de saúde e assim por diante. “Mas as mesmas representações podem também ser vistas como um conjunto de regras e regulamentos práticos, através dos quais o corpo vivo é “treinado, moldado, obedece, responde, tornando-se, em resumo, um “corpo útil”, socialmente adaptado (FOUCAULT, 2015a, p. 136).

Essas entradas indagam, portanto, a respeito dessas relações complexas. A PrEP é um evento de nossa época e como tal necessita ser entendido em sua relação com as práticas de nossa época. E nossa tarefa é perceber como são constituídas estas práticas, as formas discursivas que se apresentam como verdadeiras e como eles se conectam em novas práticas na vida dos indivíduos, se eles se conectam, em suas condições de existência e seus efeitos políticos.

Essas três perguntas permitem a análise de elementos fundamentais para o desenvolvimento da dissertação. Se a ideia é pensar a produção discursiva em torno da PrEP e o modo como ocorre os processos biopolíticos a partir desta tecnologia de prevenção é necessário ver tanto a questão individual do relacionamento com a medicação quanto à percepção do modelo preventivo oficial. Refletir sobre as políticas de HIV, para além da contextualização, permite ver elementos do subjetivo enriquecendo a pesquisa e suas reflexões.

## **1.2. O Método**

A presente pesquisa segue como método de análise e aporte teórico a genealogia do poder e da ética de si desenvolvida por Michel Foucault. A escolha por essa forma de pensar os discursos e narrativas do usuário de PrEP ocorreu pela potencialidade que o método genealógico possibilita para compreender o sujeito, a constituição desse sujeito como tal, e o seu lugar dentro de relações de poder e de saber que têm constituído as discussões a respeito do HIV, os contextos e mudanças de perspectivas, as instituições e sujeitos envolvidos.

Utilizar o pensamento de Foucault enriquece a pesquisa, pois permite compreender o sujeito não como uma categoria ontológica, mas um sujeito que emerge e é constituído dentro das relações sociais, dentro de um arquivo, por meio de uma série de discursos, tecnologias disciplinares e conexões biopolíticas a partir da consolidação de relações de poder/saber.

Segundo Judith Revel (2005) existe uma perspectiva crítica dentro do pensamento de Foucault no modo como as ciências humanas encaram o sujeito, particularmente, dentro da filosofia. O sujeito era tido como uma categoria a-histórica, auto-constituída e livre das relações sociais e coercitivas. Para Foucault o sujeito é um acontecimento, é parte de arquivos de poder e saber cujas camadas revelam sua constituição e o modo como ele prolifera nas tramas históricas.

É preciso se livrar do sujeito constituinte, livrar-se do próprio sujeito, isto é, chegar a uma análise que possa dar conta da constituição do sujeito na trama histórica. É isso que eu chamaria de genealogia, isto é, uma forma de história que dê conta da constituição dos saberes, dos discursos, dos domínios de objeto etc., sem ter que se referir a um sujeito, seja ele transcendente com relação ao campo de acontecimentos, seja perseguindo sua identidade vazia ao longo da história. (FOUCAULT, 2015a, p.43).

Nesse sentido o sujeito é pensado mais como uma categoria que surge dentro de um regime de saber, poder e verdade do que como uma categoria ontológica do ser humano, ou seja, dentro de categorias que são exteriores ao pensamento e vontade individual.

De grosso modo é possível dizer que o sujeito em Foucault se constitui por meio de práticas e de discursos de poder, conhecimento, disciplina e também a partir de técnicas de si (REVEL, 2005, p.85). Essa perspectiva analítica se mostra particularmente interessante para esta pesquisa, pois permite pensar não um sujeito passivo, sujeitado, mas que se constitui e é constituído a partir de um conjunto de processos de subjetivação.

A teorização em torno dos processos de subjetivação ou dos modos de subjetivação é o que destoa a perspectiva de Foucault da filosofia clássica. A partir do processo de subjetivação é que o indivíduo constrói a sua subjetividade, sendo que esse processo ocorre por duas vias principais: a partir de modos de objetivação que transforma o ser humano em sujeito, como, por exemplo, a medicina, a psiquiatria e a pedagogia. E, uma segunda noção a subjetivação que ocorre a partir das relações consigo, das técnicas de si onde o sujeito é capaz de se consolidar dentro de sua própria existência reconhecendo-se como indivíduo, utilizando dos prazeres, seguindo, ou não, normas sociais.

Esse é o ponto que consideramos fundamental para propor uma analítica sobre como o indivíduo interpreta e adere a uma tecnologia de prevenção baseada na PrEP. Existe certo número de entradas teóricas que seria possível para pensar essa questão como, por exemplo, a de que o indivíduo que é totalmente coagido a aderir a

determinadas práticas de prevenção onde sua sexualidade seria limitada por formas de medicalização e se esse sujeito aderiria sem refletir a essa coerção social. Outra possibilidade seria do indivíduo ser totalmente autônomo, aderindo a PrEP, ou outra forma de prevenção, por pura vontade individual não se importando com qualquer relação social que não diga respeito a ele.

As ideias postas no parágrafo acima podem parecer um reducionismo de perspectivas teóricas, mas o que está sendo demonstrado é a intenção de fugir de uma perspectiva que considera ou o sujeito totalmente coagido frente às políticas de prevenção ou completamente livre desses dispositivos.

É nesse sentido que a perspectiva genealógica dos processos de subjetivação enriqueceria o método para análise do problema que esta pesquisa propõe, pois a genealogia permite olhar tanto as questões externas que possibilitam o processo de subjetivação e construção da subjetividade quanto o modo como o sujeito se constitui e formula o projeto de si.

Ele inicia de maneira surpreendente, apontando a possibilidade de uma releitura de seus trabalhos a partir do desdobramento de três ontologias históricas: uma, tratando da objetivação dos sujeitos em relações com a verdade do discurso, outra, colocando em questão a sua objetivação em práticas de produção e individualização de corpos, e uma terceira, problematizando modos e formas de subjetivação, quando o sujeito se coloca como objeto para trabalhos sobre si mesmo. (FILHO, 2017, p. 315).

Filho (2017) escreve um artigo interessante para pensar a genealogia como método de análise das relações de poder e das práticas de si. Segundo o autor é possível perceber que dentro do pensamento de Foucault os sujeitos são considerados tanto produtos de jogos de verdade e relações de saber-poder quanto um sujeito que é capaz de construir sua subjetividade dentro desses mesmos jogos de verdade e relações de saber e poder.

Aqui entra o ponto que nos interessa, que é verificar como o sujeito que utiliza a PrEP como forma de prevenção maneja o que poderíamos chamar de discursos oficiais de prevenção, fruto das políticas, frente a suas vontades e desejos individuais. Como o sujeito que utiliza a PrEP lida com essa política de prevenção? Adere completamente o que é proposto pelos educadores, psicólogos e infectologistas? Resignifica termos para construção de um projeto de si? A partir do uso da PrEP houve mudanças em seus hábitos e práticas sexuais?

Deborah Lupton (2000) apresenta uma análise muito rica no modo como os discursos de promoção de saúde interpelam e são percebidos pelos sujeitos. A partir de

uma análise foucaultiana a autora demonstra que o discurso de promoção de saúde constitui certo tipo de sujeito que é autorregulado no qual possui seus corpos coibidos em prol de uma perspectiva de saúde tida como ideal. Porém, utilizando as noções de governamentalidade e práticas de si a autora busca examinar como os indivíduos respondem a essa intenção de saúde proposta pelo Estado e outras instituições adotando, repelindo ou ressignificando o discurso oficial de promoção de saúde.

A noção de saúde quando proposta dentro dessa perspectiva normativa e reguladora é entendida como uma das estratégias principais de biopolítica. Foucault (2010) aponta que a biopolítica se constitui, como uma das faces do poder, a partir do século XVIII como uma estratégia diferente do poder disciplinar – se no poder disciplinar a atenção está no sujeito de modo individualização a biopolítica volta seu olhar para a população, permeando seu corpo de forma cada vez mais geral e globalizante.

As disciplinas lidavam praticamente com o indivíduo e com seu corpo. Na biopolítica “É um novo corpo: corpo múltiplo, corpo com inúmeras cabeças, se não infinito pelo menos necessariamente numerável. É a noção de “população”. A biopolítica lida com a população, e a população como um problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder, acho que aparece nesse momento. (FOUCAULT, 2010, p. 206).

O autor aponta que a saúde, nessa ótica da biopolítica, a partir de suas noções de higiene, coordenação dos tratamentos médicos, controle de natalidade, fecundidade e mortalidade, estabelecimento de uma centralização das informações e normalização do saber visa constituir uma população economicamente útil e coordenada dentro de noções gerais pensadas para a população.

A noção de população é particularmente interessante para pensar os processos genealógicos e as relações de poder e saber que emergem a partir dos discursos biopolíticos. Foucault (2008) indica que a população diz respeito à questão da multiplicidade de indivíduos que um governo, um Estado, deve dar conta. Esse é um ponto fundamental para compreensão da questão e problemática da população, a população busca pensar o conjunto de sujeitos, não mais o súdito ou até mesmo o indivíduo particularizado que o poder disciplinar visa corrigir, mas todos aqueles que pertencem a determinado território e devem ser regidos pelos princípios da governamentalidade. “Mas o que significa essa naturalidade de população? O que faz que a população, a partir desse momento, seja percebida não a partir da noção jurídico-



política de sujeito, mas como uma espécie de objeto técnico-político de uma gestão de governo?” (FOUCAULT, 2008a, p.92).

A população não deve apenas ser manejada a partir de poderes disciplinares e de interdição, mas sim por mecanismos de segurança que produzem uma população economicamente útil, que produza e consuma e não propague doenças e pestes entre si. Aqui existe uma passagem do poder disciplinar para as formas biopolíticas desse poder, onde a vida passa a ser valorizada em seu sentido utilitário e produtivo, a população passa não ser mais interdita e castigada e sim compreendida em seus termos e controlada de forma cada vez mais geral e específica.

No dispositivo de segurança tal como acabo de lhes expor, parece-me que se tratava justamente de não adotar nem o ponto de vista do que é impedido, nem o ponto de vista do que é obrigatório, mas distanciar-se suficientemente para poder apreender o ponto em que as coisas vão se produzir, sejam elas desejáveis ou não. (FOUCAULT, 2008a, p.61).

É interessante que não há uma passagem do poder disciplinar para os mecanismos de segurança, não se trata de compreender as relações sócio-históricas desta maneira, mas ocorre uma complexificação das formas de governamentalidade que requerem novas formas de atuação dos saberes e poderes e o surgimento da noção de população ilustram a necessidade de mecanismos biopolíticos de controle populacional.

Retornando para as questões em torno da subjetivação, Lupton (2000) estabelece que dentro dos processos subjetivos não existe um modelo único, nem mesmo uma continuidade generalizada, na adoção dos dispositivos e discursos biopolíticos por parte dos sujeitos.

A resistência, assim, inclui modos de contestar ou de não aceitar o conjunto de máximas estabelecidas para a vida cotidiana. Nesse micronível, as pessoas podem não aceitar os conselhos de saúde pública ou de promoção da saúde devido a um sentimento consciente de frustração, ressentimento ou tristeza, ou porque elas obtêm maior prazer e satisfação através de outras práticas de si, ou porque experimentam uma necessidade inconsciente que as faz assumir posições de sujeito e práticas corporais alternativas. (LUPTON, 2000, p.18)

Foucault (2014c) aponta que a resistência nunca está fora das redes de poder, como uma exterioridade e que é a partir dos próprios jogos de poder que surgem espaços de resistência. Lupton (2000) acrescenta que é a partir desses pontos de resistência que noções de cuidado de si e técnicas de governamentalidade podem emergir permitindo certos graus de agência.

A interação do discurso, das práticas do eu e da subjetividade, no contexto da promoção da saúde e de outros imperativos governamentais, não é estável. Os modos pelos quais os discursos são assumidos e integrados, não é estável.



Os modos pelos quais os discursos são assumidos e integrados à auto-identidade são, pelo menos parcialmente, contingentes no fluxo das posições que o indivíduo exerce na força de trabalho, no ciclo de vida e na interação com instituições tais como a economia, a família e a escola. (LUPTON, 2000, p.35).

Podemos perceber, com base no que foi exposto, que os espaços de ação e escolha do sujeito emergem dentro de dispositivos e relações de poder que já estão postas e é a partir dessas relações que ele é capaz de realizar escolhas e aderir, ou não, a determinados discursos.

É de fundamental importância para compreensão dos espaços de resistência a atuação dos diferentes atores ligados ao movimento de combate a epidemia de HIV/Aids uma vez que a PrEP é fruto de um constante debate e muita participação desses sujeitos para garantir a medicação dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, prevê a atuação da sociedade civil na implementação de políticas e programas ligados ao SUS uma vez que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, o que possibilita, e garante, a atuação de movimentos sociais nas discussões fundamentais em torno da saúde pública. Outra lei importante para compreensão da participação e controle social é a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece a existência de Conferências e Conselhos de Saúde nas três esferas de governo – municipal, estadual, federativo – que possuem um caráter permanente de deliberativo. A existência dessas leis e a intensa participação de usuários de saúde, movimentos sociais e ONGs exemplifica o debate e as diferentes formas de resistência ao poder, uma vez que através desses atores muitas políticas e práticas de saúde promocional foram revistas e/ou elaboradas por conta das demandas elencadas por tais atores.

Pensando no objeto dessa pesquisa, o sujeito que utiliza a PrEP entra em contato constante com os discursos oficiais de prevenção ao HIV/Aids, mas isso não quer dizer que o indivíduo adere de forma totalmente harmônica a essas diretrizes e normalizações ao seu estilo de vida e práticas cotidianas. Por exemplo, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da PrEP (PCDT) recomenda que esta tecnologia de prevenção deve ser utilizada em conjunto com o preservativo, mas será que todos fazem isso em suas relações sexuais? Como negociam o uso ou não uso da camisinha em suas práticas cotidianas? Essas questões de ordem pessoal possibilitam verificar diferentes nuances da PrEP, e esse é um dos pontos que a dissertação versa.

Em alguns momentos nessa breve conceitualização foi exposta a noção de práticas e técnicas de si, essa noção, dentro do pensamento foucaultiano, expressa uma das tecnologias de verdade constituintes, e que constituem, o sujeito ocidental.

Tecnologías del yo, que permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad. (FOUCAULT, 2008b, p. 48).

As técnicas de si entram no pensamento do autor em conjunto com a noção de governamentalidade expressando a ideia de um conjunto de dispositivos que o sujeito utiliza para alcançar seu bem-estar, domínio de si, para assim se relacionar consigo e com os outros. Portanto, a partir das tecnologias de si o sujeito é capaz de alcançar sua felicidade, sabedoria, temperança e também seu prazer.

Um ponto que merece destaque é como a sexualidade adquire no ocidente um lugar fundamental, um ponto estratégico, para controle disciplinar, dispositivos biopolíticos e também projetos de si. Como o próprio Foucault (2010) aponta a sexualidade é um ponto de encruzilhada, de intersecção, dos diferentes dispositivos e tecnologias do poder sendo também uma das formas na qual o sujeito estabelece seu processo de subjetivação.

De um lado, a sexualidade, enquanto comportamento exatamente corporal, depende de um controle disciplinar, individualizante, em forma de vigilância permanente (e os famosos controles, por exemplo, da masturbação que foram exercidos sobre crianças desde o fim do século XVIII até o século XX, e isto no meio familiar, no meio escolar, etc., representam exatamente esse lado de controle disciplinar da sexualidade); e depois, por outro lado, a sexualidade se insere e adquire efeito, por seus efeitos procriadores, em processos biológicos amplos que concernem não mais ao corpo do indivíduo mas a esse elemento, a essa unidade múltipla constituída pela população. A sexualidade está exatamente na encruzilhada do corpo e da população. Portanto, ela depende da disciplina, mas depende também da regulamentação. (FOUCAULT, 2010, p. 212).

Esse fator da sexualidade, como um ponto de intersecção dos diferentes dispositivos de poder, fez com que a medicina se debruçasse em torno da sexualidade, especialmente no século XIX com o surgimento do saber da sexologia. A sexualidade é um elemento entre o organismo e a população, entre o indivíduo como um ser único e o indivíduo massificado, entre o corpo e a sociedade. “A medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e reguladores.” (FOUCAULT, 2010, p.212).

A consolidação do saber médico, portanto, vai incidir em torno da sexualidade como um dos elementos de um conjunto de aparelhos que busca trazer uma verdade em torno da sexualidade. Foucault (2014a) demonstra que ao contrário do que se pensa a sociedade ocidental não reprimiu o sexo, o que ocorre é que por meio de uma série de tecnologias discursivas incitou que cada vez mais se falasse sobre sexo, que se produzisse um saber em torno dele, uma ciência.

A sociedade que se desenvolve no século XVIII - chame-se burguesa, capitalista ou industrial - não reagiu ao sexo com uma recusa em reconhecê-lo. Ao contrário, instaurou todo um aparelho para produzir discursos verdadeiros sobre ele. Não somente falou muito e forçou todo mundo a falar dele, como também empreendeu a formulação de sua verdade regulada. (FOUCAULT, 2014a, p. 78)

O espaço da clínica ganha destaque para essa formulação regulada das verdades em torno do sexo, a sexualidade então é percebida não só como um espaço para procriação e fecundidade, mas também como capaz de gerar patologias, doenças e degenerescência tanto do sujeito devasso quanto de sua prole. Cria-se uma nosologia própria das doenças sexuais, uma classificação de perversões e um arquivo dos prazeres possíveis.

Nesse sentido de um dispositivo de verdade sobre o sexo, a incitação da confissão e a produção de discursos disciplinares e biopolíticos dentro e fora da clínica, a PrEP se mostra não apenas como uma forma de prevenção mas também uma tecnologia que possibilita o controle individual dos prazeres e a prevenção da população sobre uma endemia.

Nessa biopolítica, não se trata simplesmente do problema da fecundidade. Trata-se também do problema da morbidade, não mais simplesmente, com justamente fora o caso até então, no nível daquelas famosas epidemias cujo perigo havia atormentado tanto os poderes políticos desde as profundezas da Idade Média (daquelas famosas epidemias que eram dramas temporários da morte multiplicada, da morte tornada iminente para todos). Não é de epidemias que se trata naquele momento, mas de algo diferente, no final do século XVIII: grosso modo, aquilo que se poderia chamar de endemias, ou seja, a forma, a natureza, a extensão, a duração, a intensidade das doenças reinantes numa população. Doenças mais ou menos difíceis de extirpar, e que não são encaradas como as epidemias, a título de causas de morte mais frequentes, mas como fatores permanentes - e é assim que as tratam - de subtração de forças, diminuição do tempo de trabalho, baixa de energias, custos econômicos, tanto por causa da produção não realizada quanto dos tratamentos que podem custar. Em suma, a doença como fenômeno de população: não mais como a morte que se abate brutalmente sobre a vida - é a epidemia - mas como a morte permanente, que se induz sorrateiramente na vida, a corrói permanentemente, a diminui e a enfraquece. (FOUCAULT, 2015, p.205b).

Pensar a PrEP como uma biopolítica populacional acaba sendo interessante para a presente pesquisa pois possibilita entender como essa tecnologia passa a ser divulgada como uma forma possível de prevenção. O interesse em tornar o corpo útil, em evitar a propagação da doença e a infecção pelo vírus do HIV é uma forma de regular a vida e evitar a morte.

A ideia aqui foi expor alguns conceitos que foram fundamentais para a análise e discussão do objeto de pesquisa que essa dissertação se debruçou. A intenção foi demonstrar como teoria foucaultiana permite pensar diferentes elementos da PrEP e da relação que o usuário estabelece com essa medicação.

Ainda sobre a forma como a PrEP é concebida dentro dos discursos genealógicos podemos perceber que essa tecnologia de prevenção engloba os três pontos fundamentais dos dispositivos biopolíticos: as técnicas de si, o controle individual e o controle da população. A PrEP enquanto um poder biopolítico vincula tanto os aspectos do sujeito, do modo como o sujeito se compreende e concebe as suas práticas sexuais, afetivas e de prevenção, tanto os diferentes mecanismos de controle individual quanto coletivo e populacional. Analisar os discursos em torno da PrEP vem justamente desse sentido de verificar os diferentes meios pelos quais essa tecnologia de prevenção emerge e se faz emergir dentro das redes de saber e poder próprios de dispositivos e arquiteturas biopolíticas.

No decorrer dos capítulos vamos utilizar e desdobrar a exposição conceitual realizada nos parágrafos anteriores bem como construir a genealogia do nosso objeto de pesquisa. A opção foi retornar alguns aspectos históricos, tanto da epidemia de HIV/Aids quanto de outras pestilências, buscando verificar a produção discursiva, os sentidos e representações de saúde e doença em determinados momentos históricos bem como verificar como as políticas públicas tornaram a epidemia uma questão e um evento específico.

O que está sendo proposto é o caráter indissociável da PrEP com a epidemia de HIV/Aids. É fundamental para compreender a construção genealógica da PrEP refletir sobre alguns aspectos da história social do HIV/Aids, buscando evidenciar como a agenda das políticas de HIV e a produção discursiva em torno do vírus possibilitaram uma tecnologia de prevenção baseada na PrEP.

Mas antes de encerrar esse primeiro momento metodológico é necessário apresentar o objeto de pesquisa e as justificativas sociais e científicas para escolha desse objeto.

### **1.2.1. A PrEP Enquanto Objeto de Pesquisa**

A epidemia de HIV/Aids representa um problema de saúde pública de grande magnitude no Brasil e no mundo, diversos são os esforços nacionais e internacionais que buscam formas de controle e erradicação desta endemia. O boletim epidemiológico de 2019 (BRASIL, 2019) aponta que no ano de 2018 foram diagnosticados 43.941 novos casos de HIV e 37.161 casos de Aids totalizando, em todo o território, 966.058 casos de Aids registrado no país desde os anos 1980. Se tratando dos casos de óbito houveram 10.980 mortes registradas tendo como causa básica a Aids em 2018 no país. Em números globais a UNAIDS (2020) estima que existem 37.9 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids em todo o mundo sendo que ocorreram 770.000 mortes ocasionadas pela Aids. A instituição contabilizou 32 milhões de mortes em decorrência da doença de 1980 até 2018.

No decorrer da epidemia, iniciada nos anos 80, diferentes esforços foram utilizados para controlar e erradicar o vírus. Nesse sentido a PrEP se mostra como uma grande inovação nas políticas de prevenção ao HIV.

A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) foi adicionada enquanto método de prevenção ao HIV em 2017 pelo Ministério da Saúde. Esse medicamento consiste na administração de antirretrovirais (ARVs), de uso diário e oral, a indivíduos soronegativos que possuem um grau elevado de risco de infecção pelo vírus. O “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV” (BRASIL, 2018) estabelece segmentos populacionais e critérios para indicação da PrEP. As populações prioritárias são homossexuais e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas em relacionamento sorodiscordante, profissionais do sexo e pessoas trans. Em relação aos critérios para uso da PrEP, foram definidos pessoas, dentro dos segmentos acima mencionados, que mantiveram relação sexual anal ou vaginal sem uso de preservativo nos últimos seis meses, episódios recorrentes de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), uso repetido de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e relação anal ou vaginal com uma pessoa infectada pelo HIV sem preservativo, no caso de casais sorodiscordantes.

De acordo com o mesmo documento, a justificativa para escolha de grupos específicos para a indicação da PrEP acontece porque determinados segmentos populacionais estão em maior vulnerabilidade frente ao HIV, caracterizando como um risco acrescido de infecção pelo vírus. Esses grupos são denominados dentro da

epidemiologia como “populações-chave”. O Guia de Terminologia do UNAIDS (2017) estabelece o termo como um conceito utilizado para auxiliar e priorizar atividades programáticas dentro da resposta ao HIV, diz respeito também à necessidade atuar em áreas e populações específicas onde ocorre maior prevalência de infecções pelo vírus.

A opção das políticas de HIV/Aids em priorizarem a atenção em “populações-chave” acontece justamente por, no Brasil, ocorrer alguns focos de epidemia que representam grupos onde há maior incidência de infecção pelo vírus. Se pegarmos o caso de Curitiba, por exemplo, os dados disponibilizados pela Coordenação Municipal de DST/HIV/AIDS/Hepatites Virais apontam que dentro da porcentagem de distribuição por grupos de risco homossexuais e HSH representam 41,2% dos casos de HIV/Aids no município enquanto homens e mulheres heterossexuais apresentam índices de 18,4% dos infectados e usuários de drogas injetáveis (UDI) 3,3%. A Coordenação Municipal afirma, ainda, que a epidemia de HIV em Curitiba está concentrada especialmente em homens jovens, brancos com grau de escolaridade médio e superior e categoria de exposição homo/bissexual (CURITIBA, 2016, p. 2).

Outro ponto que merece destaque em relação à epidemia de HIV/Aids, é sobre a forma de infecção pelo vírus. De acordo com o Boletim Epidemiológico, a principal via de infecção em indivíduos maiores de 13 anos é a sexual. Em 2016 a transmissão sexual representou 95,8% em homens e 97,1% nas mulheres, com uma tendência de aumento de novos casos na população homossexual e bissexual (BRASIL, 2017, p. 14).

Em relação às justificativas sociais para se pensar a questão do HIV/Aids e a PrEP, um ponto que merece destaque diz respeito ao estigma que gira em torno do vírus. Ao começar a ler, estudar, pesquisar e, principalmente, falar sobre questões envolvendo esse assunto notei que as pessoas ficavam interessadas, curiosas e algumas demonstravam até um certo receio quando esse tema surgia. Creio que isso ocorra por uma série de questões, o interesse e a curiosidade acontecem pela falta de informações sobre HIV, este tema não é mais tão abordado e as pessoas acabam desconhecendo uma série de mudanças que ocorreram na área ao longo das quatro décadas de epidemia do vírus. Sobre a questão do receio o que constatei, também a partir da bibliografia, é o estigma que caminha junto ao HIV/Aids. Ao que tudo indica existe certo medo que causa um desconforto ao simplesmente falar sobre o assunto. Portanto, é possível dizer que a pesquisa social sobre HIV/Aids necessita desconstruir, e compreender, os diversos estigmas que acompanham o vírus. Mesmo com muitas pesquisas e diversos avanços na

área ainda existe certo desconhecimento sobre o assunto o que torna fundamental pesquisar e difundir informações sobre o HIV/Aids.

É preciso salientar, também, que o valor desta pesquisa está intrínseco a área das ciências sociais, possibilitando a chance de trazer o olhar da sociologia para analisar a questão do HIV/Aids. Os conceitos, ferramentas e técnicas que aprendemos ao longo de nossa formação proporcionam uma perspectiva específica para compreensão desse fenômeno social.

A PrEP enquanto um método de prevenção à infecção pelo HIV é uma tecnologia recente adotada pelo Brasil. Diante deste cenário, existem poucas publicações que abordam o assunto tanto pela sociologia quanto por outras áreas do saber.

Este quadro, das poucas publicações em português sobre a PrEP, também foi constatado por Eliana Zucchi, Alexandre Grangeiro et. al., em um artigo publicado pelo Cadernos de Saúde Pública (2018) os autores apresentam uma revisão bibliográfica crítica sobre a emergência das novas tecnologias de prevenção e sua importância para controle e erradicação da epidemia de HIV. Segundo os autores a oferta de diferentes métodos de prevenção possibilita um maior potencial para atingir diferentes grupos sociais, permitindo escolhas preventivas de acordo com as necessidades, contextos e preferências dos indivíduos. Em relação à PrEP os autores fazem algumas pontuações interessantes, salientam a necessidade de atendimentos médicos que incentivem a adesão visto que a PrEP só mantém seus níveis de funcionamento quando o tratamento é feito da maneira correta, isto é, quando se toma um comprimido todos os dias, debatem algumas diretrizes da OMS de indicação da PrEP, ressaltando a primordialidade de se considerar aspectos individuais para indicação a este medicamento. Apontam para possíveis estigmas que possam estar relacionadas a este método de prevenção como o estigma da Aids e a associação da PrEP com promiscuidade e irresponsabilidade.

É abordado também nesse artigo as possíveis motivações que levam os indivíduos a utilizarem a PrEP, sobre isso os autores afirmam que:

No caso da PrEP, a escolha e a adesão ao método podem estar associadas a aspectos objetivos, como os relacionados à segurança do método e a disponibilidade para visitas periódicas ao serviço, mas também podem ser perpassadas pela subjetividade, como a expectativa de diminuir o medo de se infectar e a disposição para lidar com eventuais efeitos adversos e com o estigma associado aos ARV. No que se refere à singularidade do cuidado, cada indivíduo possui necessidades conformadas pelo contexto em que vive,



pelas percepções que tem do risco e do HIV, pelas relações sexuais que experimenta e por aspectos estruturais, como acesso à renda e ao trabalho, que, em seu conjunto, influenciarão na escolha, no uso do método e na vinculação com o serviço. (ZUCCHI, GRANGEIRO, et. al. 2018, p. 7).

Essa relação proposta pelos autores se relaciona com uma das hipóteses de pesquisa, de que as pessoas que aderem a PrEP não são sujeitos desinformados sobre HIV/Aids e prevenção justamente o contrário, são pessoas que formulam concepções sobre o vírus e se informam de diversas formas sobre o assunto.

Verificar o conjunto de tecnologias de si que o usuário da PrEP utiliza para dar sentido a sua experiência é a questão geral que essa pesquisa responde. Para isso daremos início a uma discussão considerada fundamental para compreender a constituição do sujeito e o processo de subjetivação dentro dos discursos biopolíticos que são as noções de saúde e doença. Conforme verificamos dentro dos processos que envolvem a biopolítica da saúde o sujeito é participante do poder, atribui sentidos a essa experiência de cuidado de si e aciona um conjunto de dispositivos dentro de suas narrativas. Compreender como ocorre a produção discursiva em torno da saúde, doença e morte é o ponto que o capítulo que segue visa explorar.



## 2. Contaminação do medo: os discursos e sentidos da saúde, doença e Aids

*Sou a dor da tortura  
Uma nova ditadura  
Terminal da loucura  
Sou o vírus sem cura  
(Rita Lee)*

O capítulo que segue está destinado a pensar os discursos, representações e sentidos da saúde e doença em diferentes momentos históricos. Mas especificamente refletiremos em torno da peste bubônica, da sífilis e da hanseníase<sup>14</sup>, para, ao final, iniciar a discussão dos primeiros anos da epidemia de HIV/Aids.

O objetivo desse capítulo é pensar os diferentes discursos produzidos em torno das doenças e pestilências selecionadas, não se trata de verificar relações causais e lineares no sentido de que determinado discurso deu continuidade em outra doença, pelo contrário o que se evidencia é que determinada representação de alguma doença adquire novos sentidos quando emerge outra epidemia.

Pensar os discursos sociais em torno do processo saúde-doença e o conjunto de dispositivos que certas doenças adquirem é fundamental para análise que esta dissertação realiza uma vez que possibilita compreender o conjunto de representações, discursos, arquivos, metáforas, preconceitos e sentimentos sobre a saúde e o adoecimento.

Evidenciar essa discussão é necessário para observarmos como o HIV/Aids se torna uma questão e quais discursos ele adquire no decorrer de suas décadas de surgimento epidêmico. Pensar esse percurso possibilita, inclusive, verificar quais sentidos a PrEP adquire, e como ela modifica a produção discursiva do HIV.

### 2.1 Os Sentidos, Representações e Discursos sobre a Saúde e a Doença

Pensar as representações discursivas do HIV e da Aids, no conjunto desta pesquisa, requereu um olhar para o campo da saúde e da doença, mais particularmente para a forma como as Ciências Sociais analisaram e se aproximaram desta área de conhecimento. A necessidade foi de olhar o arquivo, no sentido de que ele representa o conjunto dos discursos efetivamente pronunciados numa época dada e que continuam a existir através da história. Fazer a arqueologia dessa massa documentária é buscar

---

<sup>14</sup> Para a análise desta dissertação é fundamental apontar os usos durante o texto dos termos Peste Negra e lepra, uma vez que tais termos carregam estigmas e não condizem com as classificações médicas atuais. Contudo, por se tratar de um capítulo no qual o objetivo é compreender aspectos sociais e históricos em certos momentos esses termos são utilizados para se referir à peste bubônica e a hanseníase.

compreender as suas regras, suas práticas, suas condições e seu funcionamento (REVEL, 2005, p.105).

Partindo enquanto da pergunta de pesquisa sobre os sentidos e discursos que a pessoa que faz uso da PrEP enquanto método preventivo tem sobre o vírus e a doença e as relações de saber-poder que giram em torno dessa tecnologia de prevenção é necessário trazer uma breve análise do campo da saúde e o modo com as interfaces das humanidades fazem esse diálogo.

A investigação sociológica em saúde tem seu início nos Estados Unidos a partir do término da Segunda Guerra Mundial. O contexto pós-guerra acarretou em diversas mudanças na organização social, provocando alterações significativas no campo da saúde. O principal fator de desenvolvimento das ciências sociais para se aproximar da análise em saúde durante esse período se deu pelo interesse em compreender os fatores socioculturais das doenças mentais entre os soldados que participaram da guerra.

Nunes (1992) destaca que nos primeiros momentos da sociologia da saúde a pesquisa e a prática caminhavam em uníssono, os pesquisadores ao mesmo tempo em que desenvolviam suas pesquisas buscavam aplicar projetos que fossem duradouros e trouxessem respostas à saúde pública.

A partir dos anos 70 algumas mudanças começam a ocorrer, os marcos teóricos da sociologia começam a ser utilizados dentro do campo da saúde. Autores como Marx, Parsons, Foucault e Bourdieu integram as análises dos cientistas sociais em saúde.

Após esse período ganhou destaque uma abordagem das ciências sociais na busca pelos sentidos e representações das noções de doença, saúde e morte. Czernesnia et. al. (2013) em seu livro discorre, justamente, sobre os sentidos da saúde e da doença, os autores apontam que não existe uma definição de saúde que seja generalizada, que se aplique a todos os contextos.

A problematização da relação saúde e doença, onde a primeira era tida como negativa da segunda, é interessante para pensar o caso da Aids e das Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV). Como enquadrar pessoas que estão assintomáticas a Aids? Aquelas que aderem à medicação e possuem baixa carga viral, tornando-se indetectáveis ao HIV e não desenvolvendo a Aids? Czresnia aponta que saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade”

(CZERESNIA, et. al., 2013, p.13).<sup>15</sup> Essa perspectiva permite ampliar análises na área da sociologia, possibilitando olhar para saúde de modo integral, no caso de PVHIV, indo além do foco na doença.

Dois conceitos que Nunes e Barros (2009) e Czeresnia et. al. (2013) apresentam são as noções de *illness* e *disease*. *Illness* diz respeito à sensação de estar doente enquanto *disease* refere-se ao conceito de doença na condição de objeto de conhecimento.

O sentido dado à doença – a vivência desta ou como um fracasso ou como um mecanismo de obtenção de benefícios, por exemplo – diz respeito ao modo próprio de ser dessa pessoa, a sua história, ao momento em que se dá e ao modo como se manifesta e isto faz dela um acontecimento singular. (CZERESNIA, et. al, 2013, p.15)

Pensar a doença enquanto uma sensação, *illness*, e um objeto de conhecimento, *disease*, permitem explorar as configurações sociais de saúde e doença no qual estes não estão livres de crenças, estigmas, hierarquias, relações de poder, conhecimentos e atitudes compartilhadas dentro de determinados grupos.

Quando alguém sente um mal-estar ou é diagnosticada com alguma doença a pessoa atribui significado a sua experiência, lança mão de um conjunto de dispositivos e discursos para atribuir sentido para aquilo que ela está vivenciando. Nesta perspectiva é possível pensar, inclusive, a doença como um acontecimento singular onde o sentido dado à doença refere-se ao modo como a pessoa se expressa no mundo, suas ontologias, sua história, tecnologias de si e contextos no qual está inserida.

Conforme podemos verificar, doença e saúde não estão isentas das relações de poder e saber do grupo e sociedade do qual o indivíduo participa. Para pensar essa questão, das relações de poder, e os modos diversos de atribuir sentido e significado a doença é possível utilizar dois exemplos etnográficos.

Pelúcio (2009) realiza uma pesquisa desenvolvendo trabalho de campo com travestis que se prostituem em São Carlos, Campinas e São Paulo. Em um dos capítulos a autora aborda a relação das travestis com os serviços de saúde, elas possuem atendimento dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS) e serviços especializados para o HIV o que é interessante é que mesmo tendo contato com esses serviços muitas vezes elas preferem seguir recomendações de saúde das “bombadeiras”, travestis mais velhas

---

<sup>15</sup> A definição de saúde proposta pelos autores se assemelha aquela que a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou através da Carta de Ottawa em uma conferência realizada em Genebra em 1986 (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1986).

que injetam silicone industrial nos corpos de outras travestis, caracterizando outra forma de lidar com saúde ressignificando os saberes técnicos e biomédicos.

Pensando ainda as diferentes interpretações sobre saúde e doença o trabalho de Franch e Perussi (2013) aponta as diferenças nos modos de significar o HIV pelos casais sorodiscordantes, quando um dos parceiros vive com HIV e o outro não, e pelos profissionais do serviço de saúde. O artigo apresenta uma relação interessante entre a experiência subjetiva, vivida pelos casais, e o enquadramento normativo, expressado pelo serviço de saúde. O que os autores apontam é que nem sempre a lógica vivida pelo usuário segue aquela do serviço, existem outros elementos, como as relações de gênero, que definem a forma de prevenção ao HIV.

Esses exemplos etnográficos trazem visões contemporâneas dos discursos e relações de poder presentes em contextos sociais particulares. É possível ainda identificar concepções históricas e o modo como as populações lidaram com doenças, enfermidades e perturbações da saúde.

Pensar as genealogias discursivas de doença dentro de contextos históricos possibilita uma ampliação do entendimento de saúde e doença verificando que estas não são contínuas nos diferentes momentos e que adquirem sentidos e práticas próprios daquele período.

## **2.2. Os Diferentes Discursos de Saúde e Doença**

Esse item do presente capítulo está destinado a pensar as diferentes concepções históricas relacionadas à doença. Conforme foi possível identificar no capítulo metodológico, o método de investigação adotado nesta pesquisa é a genealogia do poder desenvolvida por Foucault.

Seguir a linha da genealogia do poder proporciona outro olhar no estudo histórico e social da Aids e no modo como foi possível a adoção de uma medida de prevenção baseada na PrEP. Foucault (2015a) pensa em uma análise não linear dos fatos históricos, buscando elucidar ideias, dispositivos, elucubrações, enunciados científicos e filosóficos, relações de poder, resistências e discursos de verdade para verificar não onde começou, a sua origem, de determinado assunto mas sim compreender quais as ressignificações e rupturas esse discurso foi aderindo no decorrer do curso histórico.

Trazer o método genealógico permite pensar os discursos em torno da Aids não como surgimentos espontâneo, mas um conjunto de discursos, dispositivos e poderes que também foram verificados em outras epidemias e pestilências. É claro, a genealogia

não aponta uma repetição do discurso, a Aids rompe com diferentes ordens discursivas, trazendo outros sentidos, ainda mais por se tratar de uma epidemia moderna que adquiriu diferentes significados nas suas diferentes épocas. A pergunta que fica, então, seria qual a validade de olhar doenças do passado, os discursos do medo dessas doenças e como elas se relacionam com a Aids?

É possível dizer que esses elementos proporcionam um entendimento histórico dos discursos que emergiram juntamente com a epidemia. A história social do HIV/Aids permite que verifiquemos discursos semelhantes em relação a outras doenças. É válido analisar como outras doenças foram tratadas para melhor compreender o curso e o modo como a Aids foi produzida dentro das concepções biopolíticas e disciplinares das relações sociais. A análise do passado possibilita refletir sobre o presente e o conjunto de representações discursivas que o usuário de PrEP enuncia e busca para trazer sentido na sua experiência.

Olhar para o conjunto de discursos produzidos em torno de outras doenças requer certo cuidado ao seguir uma linha genealógica, a intenção aqui não é demonstrar uma continuidade dos regimes de verdade. Alguns elementos de epidemias do passado podem sim estar presentes na Aids, porém não se trata de uma continuidade, o sentido que os discursos adquirem são outros, as noções de verdade e princípios não possuem o mesmo valor nas diferentes epidemias.

Novamente, o objetivo aqui não é a busca de relações causais nem repetições na história, mas elucidar como a doença adquire significado naquele período histórico.

Na Idade Média, as epidemias dizimaram milhares de pessoas no continente europeu. Diante da inevitabilidade da morte a população era tomada pelo pavor. No fim do século XX vimos surgir uma epidemia que atualizou o medo trazido pelas pestes medievais. A Aids, doença inicialmente considerada fatal e restrita a grupos de pessoas identificadas pelo comportamento, trazia um significado social fortemente carregado de imagens estigmatizantes.(CZERESNIA, et. al, 2013, p.17).

De maneira ilustrativa, para esta pesquisa, vamos nos atentar a reflexão histórica de três doenças que no modo como foram representadas e significadas permitem compreender alguns aspectos da epidemia de HIV/Aids.

Nesse sentido, portanto, vamos refletir sobre a peste bubônica, a hanseníase e a sífilis. Mas qual a motivação em pensar essas doenças e não outras? Por que escolhemos fazer um recorte histórico dessas três doenças, refletir sobre elas? Cada uma aponta para um conjunto de representações discursivas, que em alguma medida se mostrou também na Aids, mesmo que com outros sentidos. A hanseníase trouxe a exclusão, marcas e

estigmas. A peste o pavor e o medo da doença. A sífilis a relação com a sexualidade. Verificaremos posteriormente, ainda nesse capítulo, que cada um desses elementos se mostrou significativo nos discursos e relações de poder e saber da Aids e do HIV, e, em certo sentido, ainda se fazem presentes na PrEP.

Se pensarmos a Antiguidade, esse período foi marcado por doenças pestilentas. Grande parte dessas doenças eram vistas como sendo causadas pelo castigo divino. O canto I de *Ilíada*, escrita por Homero (2013), narra o flagelo divino causado pelas flechas de Apolo durante a Guerra de Tróia.

Em épocas passadas, quando se falava de epidemias, “pestilências” ou “pragas”, as bíblicas do Egito, por exemplo, o termo peste era genérico, ou descritivo da epidemia, significando o surto de alguma doença, na maioria das vezes de natureza infecciosa, que se abatia sobre uma região mais ou menos extensa e que a um só tempo, ou com breves intervalos, atacava muitos indivíduos de modo semelhante. (LEWINSOHN, 2003,p.41).

Por mais que pestes fossem recorrentes, talvez a que ganhou mais destaque no curso histórico foi a peste bubônica. Lewinsohn (2003) acrescenta a fama que a peste adquiriu por dois motivos principais: a quantidade de registros que foram feitos no período e o alto grau de mortalidade da doença em um momento de grande expansão populacional da Europa.

Por mais que a terminologia peste fosse usada para significar e expressar epidemias, a noção de Peste Negra é exclusivamente usada para registrar e pensar os surtos de peste bubônica que assolaram a Europa nos séculos XIV e XV.

Das formas conhecidas da doença, a bubônica é a mais comum; a sua mortalidade, antes do advento dos antibióticos, era de 60% a 90%. Nas formas pneumônica e meningítica, a letalidade era virtualmente de 100%. Ainda hoje ela é muito alta: mesmo com tantos antibióticos - alguns muito poderosos - à nossa disposição, só podemos tratar, e eventualmente, curar a peste se o diagnóstico for feito muito cedo. (LEWINSOHN, 2003, p.41).

Conforme comentado anteriormente uma das características da Peste Negra é o alto grau de mortalidade. Os relatos médicos do século XIV apontam que após a constatação da infecção, o aparecimento das primeiras infecções, o falecimento do paciente ocorria em poucos dias.

O tempo de incubação da peste bubônica varia de dois a oito dias; são raros os casos em que ultrapassa dez dias. Os primeiros sinais e sintomas são os de muitas infecções agudas: febre alta com calafrios, intenso mal-estar, vômitos, fortes dores musculares; fenômenos gripais e espirros (data dessa época o costume de se desejar “saúde” a uma pessoa que espirra); o paciente sente medo e angústia. Após um ou dois dias, começam a surgir os sinais de inflamação nas regiões dos gânglios linfáticos: rubor (vermelhidão), calor, dor intensa; e aparecem as tumorações (inguas) supuradas nas virilhas, nas

axilas e no pescoço - são os bubos ou bubões que deram o nome à doença. Se dentro de três ou quatro dias estes se romperem espontaneamente, é possível a sobrevida (entretanto, eles não podem ser lancetados antes de ficarem “maduros”); no caso contrário, a morte pode ocorrer no quinto, sexto ou sétimo dia. (LEWINSOHN, 2003, p.42).

A descoberta do agente etiológico, a pulga, ocorreu apenas em 1898 dois séculos após o grande surto de Peste Negra de 1665. Nesse momento foi constatado que a peste bubônica era transmitida a partir da picada da pulga e não de um ser humano a outro.

É interessante observarmos que mesmo sem haver certeza das causas da doença diversas interpretações foram elaboradas para atribuir sentido nas experiências com a Peste Negra. O discurso que emergiu com maior força no período foi da doença sendo enviada como um castigo divino.

É verdade que havia muitos indivíduos, médicos e leigos, convencidos intuitivamente de que a doença se espalhava pelo contato entre pessoas ou pelo miasma do ar poluído. Não obstante, os autores de todas as épocas, inclusive os cronistas contemporâneos da Peste Negra, afirmam categórica e unanimemente que a sociedade como um todo - letrados e iletrados, príncipes e camponeses, clérigos e leigos, médicos e curandeiros - considerava a peste uma aflição enviada pelo Todo-Poderoso em justa retribuição pela perversidade da humanidade. (LEWINSOHN, 2003, p.57).

É interessante observar nessa citação que diferentes formas de explicar a doença foram difundidas. Czernesnia et. al. (2013) apontam que é possível a coexistência de diferentes lógicas para descrever as enfermidades. Para se ter uma noção dessa questão no Renascimento surge às teorias do contágio ao mesmo tempo disputavam espaço com os teóricos do miasma. Os contagionistas, como foram chamados no período, defendiam a ideia que as doenças, em especial a cólera, eram transmitidas a partir de seres humanos ou materiais infectados enquanto os teóricos do miasma apontavam que a propagação das doenças se dava através do solo e pelo ar.

Sanchez (2016) apresenta duas matrizes de representações para pensar as doenças, as pestes e pragas do passado - a matriz técnico-científica e a matriz mágico-religiosa. É interessante observar a dificuldade em separar essas matrizes dentro do conjunto de representações sociais, determinadas interpretações não são excludentes podendo evocar tanto noções científicas quanto religiosas e de crenças para compreensão de saúde e doença.

Esse é exatamente o perfil apresentado durante os períodos de surto da peste bubônica, por mais que houvesse médicos e profissionais interessados em compreender



o quadro clínico e o agente causal das doenças as representações e discursos sobre a Peste eram ainda marcados por explicações religiosas e místicas.

Daniel Defoe (2014) apresenta um relato rico para compreendermos os discursos em torno da Peste Negra. Seu livro foi publicado em 1722 e se trata de uma narrativa ficcional ambientado em Londres durante o maior surto da peste, 1665. O livro é construído a partir de relatos e fontes históricas o que caracteriza o livro, de acordo com os teóricos literários, como uma ficção factual ou semi-histórica.

Podemos perceber no livro dois elementos que ilustram as diversas formas de explicar a doença. A primeira delas seguindo uma perspectiva do contágio e a segunda do miasma.

Pelos que estavam bem, entendo os que tinham se contaminado e realmente traziam a peste no corpo e no sangue, mesmo assim não apresentavam os sintomas da doença em seu semblante. Ainda mais, sequer sofriam com a doença, como aconteceu a muitos, durante muitos dias. Estes sopravam a peste em todos os lugares sobre todo mundo que chegasse perto deles. Mais que isso, suas roupas tinham peste, suas mãos contaminavam as coisas que tocassem, principalmente se sentissem calor e suassem: eles geralmente suavam. (DEFOE, 2014, p. 215).

A noção de que a peste era transmitida de pessoa a pessoa era uma forte vertente explicativa da epidemia. Outra percepção era de que a peste se transmitia pelo ar contaminado.

Outros garantiam que o clima quente poderia propagar a epidemia - já que o clima quente e mormacento enchia o ar de vermes e nutria um número incontável de espécies de criaturas verminosas que cresciam em nossa comida, na vegetação e mesmo em nossos corpos, podendo se propagar só pelo fedor da infecção; mas também diziam que o ar quente ou tempo quente, como costumamos dizer, abre os poros e nos deixa mais suscetíveis para contrair a epidemia ou qualquer influência maléfica, sejam nocivos vapores pestilentos ou qualquer outra coisa no ar. (DEFOE, 2014, p. 246).

Perceber o modo como diferentes formas de explicar a doença é interessante para esta pesquisa, pois possibilita verificar a coexistência de diferentes olhares e modos de significação de enfermidades.

Lewinsohn (2003) coloca um ponto necessário para compreender a Peste Negra, mesmo ocorrendo formas de explicação dos modos de propagação da doença a maneira de representar e significar a Peste que mais ganhou sentido de veracidade era que a doença se tratava de uma punição divina.

Um dos exemplos frequentemente citados pelos cronistas é o costume de as mulheres usarem vestimentas masculinas para assistir aos grandes torneios. Mais do que qualquer outra coisa, porém, parece ser o ato sexual que provoca a ira dos fanáticos. Todavia, só uma mente transviada, só um doutrinário



cego, obcecado pela idéia fixa do pecado original, pode acreditar seriamente que a prática do ato sexual mereça ser punida pelo Todo-Poderoso e por nada menos que uma doença mortal. (LEWINSOHN, 2003, p.58).

Conforme a autora aponta um dos motivos que gerou a ideia punitiva era a transgressão de costumes e a libertinagem. O libertino foi apontado como sendo sujeitos que não seguiam os preceitos religiosos e o rompimento com a moral cristã foi interpretada como causadora da Peste.

A culpabilização de determinados grupos sociais enquanto os responsáveis pela punição e propagação da peste é um elemento apontado por Sanchez (2016) e Lewinsohn (2003). Além dos libertinos e transgressores da moral religiosa, outros sujeitos foram responsabilizados como culpados por causar e difundir da Peste pela Europa.

Uma reação quase inevitável (irracional, sem dúvida, mas racionalidade seria a primeira vítima nessa situação de terror desenfreado) era suspeitar os ricos de se livrarem do mal à custas dos pobres. Mais fácil ainda, e mais conveniente, era culpar os judeus, os árabes, os leprosos, os peregrinos... e qualquer indivíduo, de preferência alienígena, “diferente” da multidão. (LEWINSOHN, 2003, p.58).

A perseguição aos judeus chegou a tal ponto que em alguns países houve execuções na fogueira como acusação pela transmissão da Peste Negra. Relacionar epidemias a determinados grupos sociais, em grande maioria dos casos sendo minorias, é uma relação recorrente – na história do HIV vemos a relação direta com os homossexuais, na epidemia de varíola no século XIX, os negros – Sontag (1989) afirma que uma das estratégias de coesão dos grupos em momentos de crise epidêmica é atribuir a culpa a Outros, colocarem grupos que não participam da hegemonia daquela sociedade como sendo os responsáveis diretos pelo surgimento e propagação de determinada doença.

Fenômeno ainda mais sinistro decorrente da histeria geral e das superstições e crendices que deram origem aos flagelantes, foram as perseguições dos judeus e de outros grupos minoritários, entre os quais eram temidos sobretudo os leprosos. Alvos do ódio e da suspeita do povo, foram acusados de envenenar os poços e de outras práticas nocivas. Todos os peregrinos eram suspeitos; portugueses e árabes na Espanha; na França, a um tempo foram os ingleses os perseguidos. (LEWINSOHN, 2003, p.60).

Além da atribuição da culpa em judeus e leprosos, outro elemento é interessante para compreendermos a dinâmica da peste bubônica na sociedade europeia do século XIV e XV, que se refere às medidas profiláticas.

Duas principais estratégias de prevenção foram adotadas no período em que a epidemia bubônica se alastrou na Europa, as medidas de isolamento e limpeza. A primeira grande quarentena que se tem registro ocorreu justamente como resposta a peste bubônica.

Tentando, na medida do possível, manter a população sadia isolada dos indivíduos acometidos pela peste, as autoridades decretaram que as portas que abrigassem doentes pestosos, ou de onde houvesse ocorrido um óbito, fossem marcadas uma cruz, preta em alguns lugares, vermelhas em outros. Fiscais, homens e mulheres, controlavam o isolamento, impedido - quando necessário, à força - a saída de qualquer indivíduo das casas contaminadas.” (LEWINSOHN, 2003, p.64).

Lewinsohn (2003) apresenta três elementos fundamentais para verificar a maneira como ocorreu o isolamento social no período da Peste Negra – o decreto oficial para fechamento das casas, uso da força para contenção e as marcas de identificação. A quarentena naquele período durava realmente quarenta dias e as casas deveriam ficar fechadas quando ocorriam algum caso de Peste. Todos os moradores, saudáveis ou doentes, incluindo os serviçais deveriam permanecer confinados. Defoe (2014) transcreve o decreto do Lord Prefeito de Londres que entrou em vigor a partir de 1º de julho de 1665.

Que toda casa contaminada seja identificada por uma cruz vermelha com um pé de comprimento no meio da porta, bem visível e com estas palavras inscritas em cima da mesma cruz, ou seja: “Senhor, tende piedade de nós”, lá devendo permanecer até a reabertura legal das casas. (DEFOE, 2014, p. 61).

Houve nomeações de funcionários para fiscalizar e garantir o cumprimento do decreto, em diversos momentos do livro Defoe (2014) aponta que as pessoas buscaram fugir, o que fez com que o uso da violência fosse autorizado para garantir a quarentena. O trecho que segue é um pouco longo, mas demonstra como essa medida pode não ter sido tão eficaz e com efeitos perversos na época.

Acima de tudo o que foi feito ou se poderia fazer nestes casos, o fechamento das casas, confinando os que estavam bem com os que estavam doentes, teve grandes inconvenientes, alguns trágicos, que deveriam ser investigados se houvesse condições para isto. O fechamento das casas foi instruído por uma lei que tinha em vista o bem público como seu último fim e todas as privações individuais que provocou entrando em vigor devem ser creditadas ao benefício da população.

Até hoje é questionável se, no geral, isso contribuiu de alguma forma para conter a epidemia. Na verdade, não posso dizer que contribuiu, porque nada conseguiria ocorrer com maior furor e devastação do que a peste ao atingir sua pior violência, mesmo com as casas contaminadas sendo fechadas tão precisa e frequentemente quanto possível. É certo que, realmente, isolando todas as pessoas contaminadas, ninguém seria contaminado por elas, por que não se aproximariam de ninguém. O caso, porém, foi este (aqui vou apenas

tocar no assunto): objetivamente, a epidemia se propagou insensivelmente através de pessoas não visivelmente contaminadas, que não sabiam que contaminavam nem que foram contaminadas.

Em Whitechapel, fecharam uma casa devido a uma criada contaminada que tinha somente manchas, mas os sinais não apareceram e ela se recuperou. Mesmo assim, aquelas pessoas não obtiveram qualquer liberdade de movimentação nem para exercícios ao ar livre durante quarenta dias. A falta de ar, o medo, o rancor, a vergonha e todos os complementos inerentes a um tratamento tão injuriante provocaram uma febre na dona da casa. Uma visita esteve na casa e disse ser a peste, embora o médico dissesse que não era. A família, no entanto, foi obrigada a começar de novo sua quarentena, devido a uma denúncia do visitante ou de um inspetor, embora faltassem poucos dias para acabar a quarentena anterior. Isto oprimiu-os com muito rancor e sofrimento e, como acima, confinou-os como que num quarto. Por falta de ar livre para respirar, a maioria da família ficou doente; um com uma doença, outro com outra, principalmente com os sintomas de escorbuto. Apenas um teve uma violenta cólica. Depois de várias prolongações de seu confinamento, uns e outros que vinham com os inspetores examinar os doentes na esperança de libertá-los, trouxeram a peste até eles, contaminando a casa toda. Todos ou quase todos morreram, não da peste que realmente estava entre eles, mas da peste trazida justamente por aquelas pessoas que deveriam cuidar da sua proteção contra a doença. E isto foi uma coisa que aconteceu frequentemente, sendo uma das piores consequências do fechamento das casas. (DEFOE, 2014, p.181-182).

O pavor gerado pela doença fez, inclusive, que o saber médico fosse deslegitimado, percebemos nesse trecho que uma simples denuncia poderia acarretar no fechamento de uma casa por mais que houvesse um profissional garantindo que a enfermidade em questão não se tratava da Peste. Houve também uma forte migração das cidades, em especial Londres, para os campos. Antes do decreto do prefeito da cidade muitos cidadãos buscaram cartas constatando sua boa saúde junto aos juizes de paz para poderem entrar em outros logradouros, porém com o agravamento da epidemia as cartas não eram mais suficientes para autorizar a entrada de estrangeiros nas cidades interioranas.

Outro elemento muito utilizado no período como profilaxia a Peste Negra foi à higienização das casas, ruas e praças públicas. A fumação de ervas foi um dos métodos mais utilizados, era comum os próprios médicos utilizarem ervas aromáticas em suas máscaras ao oferecer auxílio a pessoas infectadas ou supostamente infectadas com a Peste. Como uma das causas atribuídas à epidemia no período era que a doença se propagava pelo ar e pelo cheiro dos doentes, ocasionado pelo rompimento dos bubões. Nesse sentido, a higienização e fumação vêm como medida preventiva e terapêutica amplamente difundidas.

Uma das substâncias que foi muito utilizada no período para realizar a limpeza era o vinagre. É interessante como esse material ainda hoje é usado como forma de higienizar e esterilizar utensílios e ambientes. Um caso pessoal, nas primeiras semanas

de quarentena por conta da epidemia de Covid-19 acordei cedo e vi que minha mãe estava limpando a casa, senti um cheiro forte e perguntei o que ela estava passando no chão, ela contou que era uma mistura de vinagre, água e desinfetante. Perguntou se eu poderia ajudar, fui pegar um rodo e um pano e perguntei o motivo de passar vinagre na casa, segundo minha mãe “os antigos” ensinam que vinagre “limpa tudo”. Em certo momento verifiquei que ela estava rezando ao limpar o chão.

É interessante observar que nem sempre as substâncias utilizadas para fins terapêuticos e preventivos de fato funcionam para determinada doença ou epidemia. Mais um exemplo do Covid-19, no período da epidemia circulou um áudio via WhatsApp afirmando que o Governo Alemão incentivava as pessoas a utilizarem um pano úmido com água sanitária na porta das casas buscando neutralizar o vírus. Médicos especialistas desmentiram o áudio que não foi uma decisão do governo e também não surgia efeito usar o pano umedecido. No caso da Peste, essas substâncias também não eram de grandes efeitos, visto que a doença era transmitida por pulgas infectadas e não pelo ar.

Buscando finalizar as reflexões referentes à Peste Negra, é preciso considerar um elemento fundamental para compreensão dos discursos em torno dessa doença: o medo. Mesmo antes do agravamento da epidemia o pavor da doença fez disseminar um conjunto de reações, sejam elas de cunho xenófobo e preconceituoso – como a caça aos judeus, leprosos e estrangeiros – seja mística na busca por amuletos, orações e outras formas religiosas de busca por proteção.

Mesmo antes do aparecimento efetivo da peste em uma cidade, bastava a mera notícia de que ela estava se aproximando, para provocar o terror entre a população. Muitos fugiram para o campo, pois a fuga era o meio mais óbvio de evitar o contágio - e o resultado foi a disseminação da moléstia. (LEWINSOHN, 2003, p.60).

A fuga e isolamento compulsório foi também uma reação ao pavor da doença, esse medo se deu também pela forma dolorosa e desfigurante que o indivíduo acometido pela peste bubônica falecia. Defoe (2014) relata em diversas partes do livro o modo agonizante do doente e seus gritos repetidos por suplício e piedade.

A noção do medo da doença não foi inaugurada pela Peste, mas é nesse período que esse sentimento adquire maiores proporções e com respostas sociais diretas – como as já comentadas perseguições. Czeresnia et. al. (2013), traz uma reflexão interessante para compreensão das dimensões do medo relacionadas com doenças. É possível dizer que as doenças que mais carregam o sentido do medo são aquelas onde a desfiguração

pela doença se faz presente, no momento em que ocorre a perda da humanidade, seja na aparência ou na razão, o pavor ganha um aspecto importante para se relacionar com a doença.

Séculos depois outra epidemia surge nos anos 80. Durante o início da epidemia de Aids os discursos em torno do medo foram tantos e com grandes proporções que em 1983 um casal de homossexuais comete suicídio em São Paulo (TREVISAN, 2018). Conforme veremos ao final desse capítulo o medo da Peste não é o mesmo que surge com a Aids, mas pensar essa dimensão é fundamental para compreendermos a epidemia de HIV e o modo como estão postos seus discursos e relações de poder e saber.

Outro aspecto fundamental para compreendermos a epidemia de HIV é sua relação com a sexualidade. Isso ocorre por duas relações, no plano físico, as maiores taxas de infecção pelo vírus acontece pela via sexual, e no plano simbólico houve, desde o início da epidemia, uma associação da Aids com as sexualidades desviantes, aquelas que fogem do casamento monogâmico heterossexual em especial a homossexualidade.

Antes da Aids houve uma doença marcada fortemente pela sua relação com a sexualidade, a sífilis. E é sobre ela que nos atentaremos brevemente.

Sérgio Carrara é um grande nome dos estudos sociais sobre HIV/Aids. Nos anos 90 o autor foi responsável por um grande estudo sobre a sífilis e suas representações discursivas. Em um artigo publicado anterior a sua pesquisa da sífilis é justificado o interesse em refletir sobre essa doença em particular. A busca foi em pensar e relacionar doenças do passado com a epidemia emergente de HIV.

Com o perfil que adquiriu a partir do final do século XIX, a sífilis se oferece, entre as doenças venéreas, como um símile ou ponto de comparação quase perfeito para a Aids. Assim como a Aids hoje, a sífilis envolveu representações sociais muito amplas, que incidiam sobre os mesmos pontos: a sexualidade (em especial os comportamentos sexuais considerados excessivos, desviantes e promíscuos); o medo do contágio e da contaminação; a decadência ou a promiscuidade de uma morte coletiva. (CARRARA, 1994, p.74).

Um aspecto interessante que diferencia as doenças é que apenas no século XX a sífilis se torna uma questão de saúde pública e coletiva, e a Aids desde seu início tomou essa proporção. Outro elemento fundamental é que a sífilis, por ser uma doença secular, por muito tempo teve seu diagnóstico confundido com outras infecções sexualmente transmissíveis, na época doenças venéreas, enquanto a Aids surge já como uma doença específica.

Retomando essa questão, na passagem do século XIX a sífilis era tida de forma nebulosa, uma série de sintomas foram atribuídos a doença em especial os sintomas da gonorréia. Seu diagnóstico, ainda, e sua etiologia estavam cercados de elementos e discursos supersticiosos e preconceituosos.

Por muito tempo houve uma idéia de punição junto com a doença, a noção de castigo acarretou em muitos médicos recusarem a tratar pessoas com sífilis, ou sífilíticos como eram chamados, por serem considerados como culpados de adquirir a doença.

Na Europa, até finais do século XVIII, não nos esqueçamos, eram os hospitais gerais - espaços onde, segundo Foucault, constatava-se uma “quase identidade entre o gesto que pune e o gesto que cura” (Foucault, 1987:87) -, que “abrigavam”, além dos loucos, dos mendigos e dos libertinos, também os venéreos ou sífilíticos, como então se dizia, transformando-se imperceptivelmente uma situação doentia em espécie de atributo do sujeito. No Hospital Geral de Paris, para receberem um tratamento que previa sangrias, banhos, fricções mercuriais e também confissões, purgações e jejuns, os venéreos somente eram aceitos, segundo decisão de 1679, “sob a condição de se sujeitarem à correção, antes de mais nada, e serem chicoteados. (CARRARA, 1996, p.26).

Retomando a idéia anterior, que as doenças são capazes de adquirir múltiplos significados e matrizes de representação e discurso, conforme Sanchez (2016) e Czeresnia. et.al. (2013) apontam, os primeiros registros da sífilis datam o século XV e adquiri diversos níveis de significação como o mágico-religioso, empírico-terapêutico, patogênico e experimental patológico (CARRARA, 1996, p. 27).

Um exemplo interessante apresentado por Carrara (1996) é em relação à significação mágica-religiosa. O pensamento astrológico atribuiu o surgimento da sífilis a junção de Vênus com Urano que seriam os responsáveis pelas pestilências e perturbações na saúde. Essa forma de explicação foi a primeira a atribuir o caráter sexual da doença.

Mesmo a sífilis se tratando de uma doença secular, o século XX é um período fundamental para compreensão da história social desse agravo. Ao final do XIX a medicina começa um processo de racionalização (LUZ, 2019), a partir de então as doenças passam a ser tidas de forma natural perdendo para essa ciência seu caráter religioso e mítico. A sífilis percorre exatamente esse caminho, porém ela acaba ganhando uma importância maior na área da saúde e principalmente como questão de saúde pública.

Carrara (1994) aponta que três fatores tornam a sífilis uma questão de saúde pública que são: o desenvolvimento da bacteriologia, a higienização da família e as

teorias eugênicas e o crescimento urbano. Comparando com outros autores é possível acrescentar, ainda, o próprio surgimento da saúde pública e da epidemiologia como área do saber e de controle populacional.

Conforme é apontado por Luz (2019) e Czeresnia et. al. (2013) a cientificidade da medicina data o século XIX, por mais que a ciência moderna tenha se desenvolvido no século XVIII. Canguilhem (2019) traz um longo debate das formas como a medicina era vista pela filosofia como uma arte menor, voltada apenas para questões físicas sem desenvolver características de pensamento.

A partir do XIX, portanto a medicina passa a percorrer outros caminhos, como o desenvolvimento da saúde pública e da epidemiologia no controle das doenças.

As mudanças na medicina estiveram ligadas também ao surgimento da epidemiologia em sua feição moderna. A propagação das doenças passou a ser compreendida por meio de um novo conceito: transmissão. (CZERESNIA, et. al, 2013, p.17).

A literatura em torno da saúde pública apresenta que o surgimento dessa área do saber esteve relacionado com o surto de cólera na Inglaterra e a preocupação com a transmissão da doença.

Em se tratando da sífilis esse período foi fundamental para a compreensão da doença. A mecânica da transmissão e do contágio passou a ser empregadas na classificação das doenças, um princípio classificatório. “Antes a sífilis era tida como sexualmente produzida, e não como sexualmente transmissível, na idéia anterior ela era produzida por conta dos excessos sexuais e a devassidão.” (CARRARA, 1996, p. 32).

É também nesse período que ocorre a singularização da sífilis, conforme já foi comentado a sífilis era tida como o grande mal venéreo, no qual qualquer doença relacionada ao sexo era definida como sendo sífilis. Corrimentos, sintoma da gonorréia, ou feridas genitais, sintoma do cancro, eram abrangidos dentro da sífilis.

Grande parte desse momento onde a sífilis se torna uma doença única e específica ocorreu por conta da teoria bacteriana de Pasteur, foi possível com essa técnica identificar o *treponema pallidum*, bactéria causadora da sífilis. Outro marco nesse processo de singularização foi às descobertas dos agentes etiológicos da gonorréia em 1879 e do cancro em 1889.

O que é interessante compreender nesse período de racionalização da medicina, do saber médico e os discursos em torno da sífilis é que mesmo ela passando a ser vista como uma doença com causas naturais, bacteriológicas, ainda ocorriam continuidades



em relação à moralização do sexo e ao contágio. O excesso sexual aqui foi visto como danoso ao organismo, a irritação causada pelo sexo era um componente que poderia facilitar a contaminação.

Como se vê, fruto direto de um exercício sexual imoderado, mesmo sem qualquer intervenção divina, a sífilis operava ainda como sinal visível, símbolo natural da conduta moral. O seu caráter de estigma da imoralidade de um indivíduo, de uma sociedade, ou de uma época, por algum tempo parece ter encontrado sua fundamentação científica nos fenômenos de irritação e da inflamação, que, simbolicamente, não deixavam de materializar, no organismo, o ardor em que se consumia a alma: o descontrole e o excesso, percebidos na conduta sexual. (CARRARA, 1996, p.32).

Em relação às continuidades duas noções permaneceram, mesmo que ganhando outros sentidos e contextos, a hereditariedade sífilica e a universalidade do mal.

Apesar das restrições por que passa o conceito de sífilis no período, tais temas não apenas permanecem, como são mais intensamente explorados, permitindo à doença conservar grande parte de seus antigos poderes e ainda adquirir novos outros. (CARRARA, 1996, p. 34).

A sífilis em seu caráter universal foi tida anteriormente como geradora de outras doenças, incluindo a lepra, quase como um princípio causal. Nesse novo momento de racionalidade foi atribuído a doença agravos como demência, violência e criminalidade.

A sífilis podia produzir quase todas as doenças e, ao atacar o sistema nervoso, dar origem à loucura, às perversões sexuais, ao crime e à imoralidade. Por não encontrar barreira em qualquer órgão ou tecido, por estar em todos os lugares ao mesmo tempo, atingia o indivíduo em sua integralidade físico-moral. Como se vê, não era uma doença de um ou muitos órgãos, era uma doença do ser. (CARRARA, 1996, p.51).

A segunda noção que apresenta a continuidade da doença, ao mesmo tempo em que a torna uma questão preocupante para o Estado, é o discurso da hereditariedade. Uma das formas sabidas da transmissão da doença é pela via vertical, da mãe para o filho, e pela amamentação. Diversos investimentos científicos do século XIX e início do XX buscaram compreender o desenvolvimento da sífilis na criança, e principalmente, suas consequências

As publicações científicas da época, conforme Carrara (1996) apresenta, nomearam a criança infectada como “heredo-sífilico” e em alguns documentos ganhavam o subtítulo de “miniaturas da decrepitude”. Podemos perceber o discurso do saber médico na fala de Cláudio de Souza onde em uma conferência proferida afirmou: “os descendentes que sobrevivem à horrível hecatombe são raquíticos, deformados,



incapazes para a luta, de aspecto deplorável; a sua evolução mental é lenta e incompleta, sendo enorme os casos de idiotismo e imbecilidade.” (CARRARA, 1996, p.65).

A preocupação em torno da criança sífilica possui uma relação direta com o contexto de discussões eugênicas do período. As teorias eugênicas se baseavam além da ideia de raça pura no melhoramento das raças existentes, uma doença capaz de infectar uma criança atingindo seu desenvolvimento físico e mental foi vista como uma grande ameaça à nação. No período dos debates eugênicos era comum o conceito de degeneração, a sífilis quando desenvolvida deteriora a carne, o corpo e a mente, possuindo marcas corporais que a tornam visível.

Conforme podemos perceber, as mudanças no saber médico trouxeram um olhar diferente para a sífilis. A doença passa a ser vista como um problema venéreo e uma questão de saúde pública. A partir desse momento que a doença se torna um problema de saúde, e de desenvolvimento da nação, no século XIX ocorreu um intenso engajamento dos médicos para retirar o caráter estigmatizante da doença. Isso se deu pelo fato percebido que o estigma relacionado a estar infectado pela sífilis dificultava a busca por atendimento médico.

Segundo diziam, a responsabilização do doente impedia que a doença se tornasse objeto de uma ação pública eficaz. (...) O estigma impedia assim que a sífilis se transformasse em problema de saúde pública como outras endemias e epidemias, contribuindo para que um mal que se revelava de consequências tão desastrosas para a raça e para a nação permaneça adstrito à esfera privada, como, aliás, todas as questões referentes à sexualidade. (CARRARA, 1996, p.135).

Uma série de campanhas educativas começaram a ser elaboradas divulgando e eficácia da ciência em tratar a doença e a necessidade de buscar o tratamento logo nos primeiros sintomas, evitando a evolução da sífilis<sup>16</sup>.

Em 1890 houve a criação, no Rio de Janeiro, de ambulatórios específicos para tratamento dos sífilicos e outros venéreos, a intenção de criar um lugar de referência e especializado surge da necessidade e evitar o afastamento do paciente por conta da vergonha de estar com essas doenças.

---

<sup>16</sup> É necessário aqui apontar que a sífilis é composta por três estágios clínicos que caracterizam sintomas específicos cada etapa. A sífilis primária apresenta pequenas úlceras nos órgãos genitais, gânglios e ínguas aumentadas que desaparecem rapidamente, sem deixar cicatrizes. A secundária é marcada pelo aparecimento de manchas avermelhadas pelo corpo, especialmente nas mãos e pés além de febre, dor de cabeça, linfonodos (uma espécie de caroço) em algumas regiões do corpo, especialmente virilha. A terciária, que pode se desenvolver anos após a infecção, acarreta no comprometimento do sistema nervoso central, sistema cardiovascular e lesões na pele e nos osso; podendo levar à morte. Disponível: <<https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/sifilis/>> Acesso em: 31/03/2020

Assim, ao longo de toda a primeira metade do século XX, os médicos passam a enfatizar cada vez mais intensamente o fato de ser o valor social da sífilis, seu caráter estigmatizante, que comprometendo a eficiência de uma intervenção científica, constituía o mais sério obstáculo para a sua erradicação ou controle. (CARRARA, 1996, p.138).

Esse engajamento público e dos médicos sifilógrafos, especializados na sífilis, passou a ser uma característica da secularização da doença. Verificar fatores sociais e suas relações com a doença e o doente é uma marca da medicina no período, além dos usos epidemiológicos e clínicos.

Mas é preciso salientar que mesmo com as modificações na área da saúde alguns discursos para pensar a sífilis permaneceram. Em especial sua relação com a moralidade, a sífilis e as doenças venéreas possuem em suas significações forte investimento moral.

Ora, não foi sem razão que a primeira sociedade internacional de combate à doença, cujas sucursais rapidamente se espalharam por inúmeros países, tenha se denominado Sociedade Internacional de Profilaxia Sanitária e **Moral**. Assim, o discurso científico e a atitude racional que se procurava instaurar ante a doença não deixaram de manter complexas relações, ainda que indiretas, veladas e até mesmo negadas, com a moral sexual vigente. Apesar da atitude mais tolerante e compreensiva inaugurada pelos sifilógrafos, a sífilis continuou sendo sinal de decadência e imoralidade; e, através da geopolítica que se constituiu em torno dela, continuou a servir de critério para a classificação e avaliação moral de sociedades e grupos sociais. (CARRARA, 1996, p.139).

Retornando um pouco o período estudado por Carrara (1996), para compreender as implicações morais da sífilis e das doenças venéreas podemos lançar mão dos exemplos históricos apresentados por Foucault (2017).

O estudo citado busca compreender como foi possível as percepções em torno da loucura e as mudanças que ocorreram com essa perturbação durante período Clássico. A pesquisa histórica do autor demonstra que na Idade Média foram construídos em toda a Europa diversos leprosários para confinamento desses doentes. Chegando a haver cerca de 19.000 dessas instituições no território. Porém, com o fim da Idade Média e início do período Clássico a lepra foi sendo erradicada, os poucos doentes acabaram sendo confinados em uma única instituição. “Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão” (FOUCAULT, 2017, p.6).

A população no período comemora o fim desse flagelo, diversas procissões foram realizadas agradecendo o fim da cólera divina sobre as pessoas.

A lepra foi substituída inicialmente pelas doenças venéreas. De repente, ao final do século XV, elas sucedem a lepra como por direito de herança. Esses doentes são recebidos em diversos hospitais de leprosos. (...) Nasceu uma

nova lepra, que toma o lugar da primeira. Aliás não sem dificuldades, ou mesmo conflitos. Pois os próprios leprosos sentem medo. (FOUCAULT, 2017, p.7).

Essa nova estruturação médica coloca as doenças venéreas em outro patamar, o controle da medicina modifica a ontologia dessas doenças retirando o elemento religioso como sua única forma de produzir os discursos da saúde e doença.

Nesse contexto surge a instituição dos Hospitais Gerais para o internamento e tratamento dos venéreos e dos loucos. O caráter dessa instituição transcende o espaço clínico, ela se torna um aparato semijurídico. “Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra a qual nada pode prevalecer.” (FOUCAULT, 2017, p.50). O Hospital Geral era capaz de julgar, decidir, impugnar e executar sem nenhuma interferência externa.

Um ponto interessante para compreender essa instituição e o modo como as doenças venéreas eram concebidas – como uma espécie de intersecção entre os saberes médicos e moral religiosa – é sobre a forma como muitas vezes o Hospital Geral agia como uma instituição moral.

Nessas instituições também vêm-se misturar, muitas vezes não sem conflitos, os velhos privilégios da Igreja na assistência aos pobres e nos ritos da hospitalidade, e a preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir; toda uma prática equívoca cujo sentido é necessário isolar, sentido simbolizado sem dúvida por esses leprosários, vazios desde a Renascença mas repentinamente reativados no século XVII e que foram rearmados com obscuros poderes. O Classismo inventou o internamento, um pouco como a Idade Média a segregação dos leprosos; o vazio deixado por estes foi ocupado por novas personagens no mundo europeu: são os “internos”. O leprosário tinha um sentido apenas médico; muitas outras funções representaram seu papel nesse gesto de banimento que abria espaços malditos. O gesto que aprisiona não é mais simples: também ele tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais. E que dizem respeito provavelmente a certas estruturas essenciais no mundo clássico em seu conjunto. (FOUCAULT, 2017, p.53).

O internamento representa, dentro do contexto daquele período, um mecanismo social de grande apreço para consolidação do controle da cidade. A possibilidade de excluir os desviantes, aqueles que não produzem, não geram e não reproduzem é segundo Foucault (2017) um mecanismo social de gestão e exclusão dos sujeitos heterogêneos e nocivos para a estrutura social.

Para ilustrar o modo como o Hospital Geral atuava, também, como uma instituição moral é interessante observar o tratamento e forma de lidar com os venéreos.

Desde os primeiros meses do internamento, os doentes venéreos pertencem de pleno direito ao Hospital Geral. (...) Portanto, o Hospital Geral deve

receber os “estragados”, mas não os aceita sem formalidade: é preciso pagar sua dívida para com a moral pública, e deve-se estar preparado, nas sendas do castigo e da penitência, para voltar a uma comunhão da qual se foi expulso pelo pecado. Portanto, não é possível ser admitido no bairro do “grande mal” sem um atestado: não um bilhete de confissão, mas um certificado de punição. Assim decidiu, após deliberar, o *bureau* do Hospital Geral em 1679: “Todos os acometidos pela doença venérea somente serão recebidos sob a condição de se sujeitarem à correção, antes de mais nada, e chicoteados, o que será certificado com a nota de envio.” (FOUCAULT, 2017, p.85).

A forma de tratar e receber o venéreo reunia tanto aspectos clínicos como medicação, banhos, sangria e queimaduras com mercúrio para cicatrização quanto os aspectos morais e religiosos, a penitência, chicoteamento, expurgo, leituras sacras e orações.

Deixa-se que morram aqueles que estão em estado extremo. Aos outros aplicam-se os “Grandes Remédio”: nunca mais e raramente menos que seis semanas de cuidado. Começa-se naturalmente com a sangria, logo seguida por uma purgação; destina-se uma semana aos banhos, à razão de duas horas por dia, aproximadamente; purga-se outra vez e para encerrar esta primeira fase do tratamento impõe-se uma boa e completa confissão. Podem começar então as fricções com mercúrio, toda a eficácia de que dispõem; prolongam-se por um mês, em cujo término duas purgações e uma sangria devem expulsar os últimos humores morbíficos. Concedem-se quinze dias de convalescença. Depois, após ter acertado as contas definitivamente com Deus, o paciente é declarado curado e mandado embora. (FOUCAULT, 2017, p. 86).

É interessante perceber como essa terapêutica para tratamento das doenças venéreas apresenta a junção da moral religiosa com a perspectiva clínica e médica. O objetivo de trazer essa reflexão é justamente compreender como os discursos médicos e religiosos estiveram ao longo de um certo período histórico relacionados.

O discurso moral em torno das doenças venéreas e da sífilis tem sua continuidade ainda durante o século XX. Carrara (1996) apresenta que a primeiro grupo internacional de combate a sífilis foi denominado de Sociedade Internacional de Profilaxia Sanitária e Moral. “Assim, o discurso científico e a atitude racional que se procurava instaurar ante a doença não deixaram de manter complexas relações, ainda que indiretas, veladas e até mesmo negadas, com a moral sexual vigente.” (CARRARA, 1996, p.139).

Por mais que nesse período houvesse uma atitude mais técnica e compreensiva em torno da doença havia ainda a noção de que a sífilis representava a decadência física e imoralidade servindo como um critério de classificação e avaliação de determinados grupos e segmentos populacionais.

Um grupo que se viu sendo julgado como principal propagador da sífilis no século XX foram às prostitutas. Com as disputas, incentivos e formas de controlar a

sífilis o discurso médico retoma seu olhar para as prostitutas verificando formas de extinguir esse ofício em nome da moral e saúde pública.

Em memória apresentada ao 4º Congresso Médico Latino-Americano sobre responsabilidade civil e criminal do sífilítico, dizia da sífilis: o meio mais habitual da transmissão é a transmissão de indivíduo a indivíduo e a prostituição é seu elemento mais poderoso (Souza, 1909:6). (CARRARA, 1996, p.142).

Outro ponto interessante do período foi à distinção em torno da sífilis merecida e a inocente. O médico Alfred Fournier formula duas categorias a *sífilis provorum* e *sífilis insotium*, esses conceitos serviram como modelo clínico e de classificação moral por verificaram, com bases epidemiológicas, que nem sempre a pessoa infectada por sífilis era moralmente condenável, poderia ser uma virgem, uma criança ou beata.

Buscando finalizar a reflexão em torno da sífilis e seus discursos e relações de poder e saber, podemos verificar nos estudos de Carrara (1996; 1994) que é possível a coexistência de diferentes ordens discursivas operando na classificação de determinadas doenças. No caso da sífilis, e também de outras doenças venéreas, durante o século XX a coerção moral e a persuasão e julgamento das doenças participaram do mesmo momento no qual se ampliavam o tratamento e informações sobre a doença.

Grande parte da condenação moral e estigmatizante da sífilis é sua relação direta com a sexualidade. A observância de que a doença era, e continua sendo, transmitida principalmente pelo sexo trouxe uma carga moral para sua etiologia sem precedentes, que só foi verificada novamente nos anos 1980 com a epidemia de HIV. O paciente ao ser diagnosticado sífilítico era julgado por ser culpado por sua doença, seus excessos sexuais e relações anormais de sexo causaram a enfermidade.

Passando agora para a terceira doença que possibilita pensar relações de semelhança com os discursos produzidos sobre a Aids é a lepra. A lepra é uma doença secular, que conforme veremos, possui no conjunto de suas representações noções de pureza, isolamento e contaminação.

Contemporaneamente a lepra é denominada hanseníase, a mudança terminológica ocorreu por volta do século XIX. A bactéria causadora da doença é a *Mycobacterium leprae*, os sinais e sintomas da infecção varia conforme o sistema imunológico do indivíduo, mas é comum a manifestação entre 5 a 7 anos após a contaminação. A doença se manifesta como uma erupção cutânea de tom esbranquiçado que são insensíveis devido à hanseníase atacar o sistema nervoso.

Talvez o material mais rico que possamos analisar para verificar os discursos e torno dessa doença seja o Velho Testamento. Na edição da bíblia sagrada da pastoral, disponível online, existe um índice remissivo onde as categorias de lepra, leproso, leprosa e leprosos aparecem 67 vezes, predominantemente no livro Levítico.

Sousa (2011) aponta que o livro bíblico Levítico discorre uma série de atitudes referentes a doenças e também o conhecimento que se tinha na época em relação a forma de lidar com essas doenças.

Dentro dos cinco capítulos, o terceiro, denominado de “Puro e impuro”, oferece a idéia de doença como um mal a ser evitado, um símbolo de impureza adquirido como resultado de uma conduta irregular, cujas conseqüências contaminariam os laços da aliança com Javé pelo contágio de seu próprio povo. Nesse sentido, pode-se interpretar tal passagem como expressando tanto um mal da alma como do corpo do indivíduo. (SOUSA, 2011, p.243).

O texto sagrado utiliza a lepra como exemplo para lidar com doenças contagiosas. Aqui a lepra é sinônimo de rompimento com preceitos religiosos e espirituais se manifestando como um castigo divino. É abordada a forma de lidar com a doença e o doente, em especial como o sacerdote deve proceder: o leproso deve ser excluído da tribo e seus pertences queimados para purificação de todos.

Javé falou para Moisés e Aarão: “Quando alguém tiver na pele uma inflamação, um furúnculo ou qualquer mancha que produza suspeita de lepra, será levado diante do sacerdote Aarão ou de um dos seus filhos sacerdotes. O sacerdote examinará a parte afetada. Se no lugar doente o pêlo se tornou branco e a doença ficou mais profunda na pele, é caso de lepra. Depois de examiná-lo o sacerdote declarará impuro. Mas se há sobre a pele uma mancha branca, sem depressão visível da pele, e o pêlo não se tornou branco, o sacerdote isolará o doente durante sete dias. No sétimo dia examinará de novo o doente: se observar que a doença permanece sem se espalhar pela pele, tornará a isolá-lo por mais sete dias; no sétimo dia, o examinará de novo. Se então verificar que a mancha não ficou mais branca e não se espalhou pela pele, o sacerdote declarará puro o homem, pois se trata de um furúnculo. A pessoa lavará sua roupa e ficará pura. Mas se o furúnculo se alastrar sobre a pele depois que o enfermo foi examinado pelo sacerdote e declarado puro, ele deverá se apresentar de novo ao sacerdote. O sacerdote o examinará; se observar que o furúnculo se alastrou sobre a pele, o sacerdote o declarará impuro: trata-se de lepra. (LEVÍTICO:13, 1-8).

Podemos perceber no trecho acima uma descrição da doença e uma indicação de como o sacerdote deve proceder: verificar a pele, se há alguma erupção, isolar o indivíduo e principalmente atestar pureza ou impureza.

Quando alguém tiver uma infecção de pele, será levado ao sacerdote. O sacerdote o examinará. Se constar sobre a pele um tumor esbranquiçado, pêlos que se tornam brancos e o aparecimento de uma úlcera, trata-se de lepra crônica de pele. O sacerdote o declarará impuro e não o isolará, pois é claro que está impuro. Mas se a lepra se alastrar sobre a pele, até cobrir o doente

dos pés à cabeça, até onde o sacerdote possa observar, o sacerdote examinará o doente: verificando que a lepra cobre o corpo todo, declarar-á puro o doente, visto que tudo se tornou branco. Se aparecer nele a carne viva, ficará impuro. O sacerdote, vendo a carne viva o declarará impuro, pois a carne viva é impura: trata-se de lepra. Mas se a carne viva se torna brça de novo a pessoa procurará o sacerdote. Este a examinará e, vendo que a doença se tornou branca, declarará pura a pessoa doente: ela de fato está pura. (LEVÍTICO: 13, 8-17).

É interessante observar a forma de descrição da doença e o que a torna pura ou impura, o corpo todo branco atesta pureza, a doença se alastrou sem contagiar outros, mas se está com feridas abertas, vermelhas, é impuro.

A contaminação nunca é um acontecimento isolado. Ela só pode ocorrer vista de uma disposição sistemática de idéias. Por essa razão qualquer interpretação fragmentária das regras da poluição de uma ou outra cultura está destinada a falhar. Pois o único modo no qual as idéias de poluição fazem sentido é referência a uma estrutura total de pensamento cujo ponto-chave, limites, linhas internas e marginais, se relacionam por rituais de separação. (DOUGLAS, 2014, p.57).

Trazer o Levítico, buscando evidenciar os discursos sobre doença e sobre a lepra, possibilitou pensar o modo no qual uma sociedade avaliou e refletiu sobre enfermidades e perturbações. Noções de pureza e de impureza, nesse contexto, são fundamentais, pois define o espaço do indivíduo e a maneira como ele vai se relacionar com o grupo. Se impuro, deve ser excluído. “Quem for declarado leproso, deverá andar com as roupas rasgadas e despenteado, com a barba coberta e gritando: “Impuro! Impuro”. Ficará impuro enquanto durar sua doença. Viverá separado e morará fora do acampamento.”(LEVÍTICO: 13, 45-46).

Por mais que o texto bíblico se refira a um contexto específico ele traz um elemento fundamental para pensar a representação discursiva da lepra, a exclusão.

Em Foucault (2017) vimos que a exclusão e afastamento do doente de lepra se configurou como uma estratégia amplamente utilizada durante a Idade Média. A doença como castigo divino devido a impureza social e individual é um elemento persistente na lógica de poder e saber sobre essa doença.

A percepção do contágio, sua identificação relacionada a causas ambientais, a exclusão do infectado, as práticas rituais e as explicações religiosas são recorrentes em diferentes tradições. Pensar os processos epidêmicos como castigo divino e combatê-los com ações discriminatórias, revoltas e terror não são atitudes superadas, que se manifestam exclusivamente nos tempos bíblicos. (SOUSA, 2011, p.249).

Conforme já foi mencionado, os séculos XVIII e XIX são particularmente preciosos para compreensão do desenvolvimento do saber médico. Nesse período houve a I Conferência Internacional de Lepra onde baseados na incurabilidade da doença e nas



ideias de contagiosidade e degenerescência defende-se o isolamento compulsório dos doentes.

Nascimento e Marques (2011) apresentam que o Brasil adotou essa perspectiva e a partir dos anos 1930 o regime do Estado Novo criou uma série de instituições destinada a isolar os hansenianos e segregá-los do convívio social.

Dentre os esforços, no sentido de controlar e eliminar a ‘lepra’ no país, o isolamento compulsório representou a principal estratégia, prática que perdurou do início até meados do século XX. Nesse período não havia tratamento seguro para a cura da doença e o governo decidiu pela internação compulsória, a partir de 1924, retirando os doentes do convívio público na tentativa de resguardar a sociedade sadia. Muitos ‘suspeitos’ de lepra, denunciados por vizinhos, foram capturados em seus lares, na igreja ao sair da missa, tiveram suas casas queimadas e sofreram constrangimentos provocados pela internação. A construção de leprosários pelo Brasil iniciada na década de 1920 foi intensificada no período Vargas, existindo, ao fim, leprosários em praticamente todos os estados brasileiros. (NASCIMENTO; MARQUES, 2011, p.4).

Assim como a sífilis o elemento fundamental em torno das práticas discursivas da lepra são suas marcas corporais. O estigma causado pela doença se torna de difícil manipulação por parte do sujeito quando as marcas corporais são visíveis, como Goffman (1981) apresenta. Em se tratando de doença, quando a marca deteriora o corpo, a carne, é ainda mais agravada a repulsa em relação ao indivíduo.

Buscando finalizar o presente item desse capítulo é necessário justificar um elemento: a relação entre saber e produção de poder com base na prática médica. Em diversos momentos da reflexão foi feita alusão a medicina, ao desenvolvimento da medicina e as formas como interpretaram e intervieram nas doenças analisadas.

Como o método utilizado para compreensão dessa pesquisa, a genealogia do poder, é particularmente interessante verificar como o saber produziu respostas e discursos em torno dos agravos e perturbações de saúde citados.

As relações de saber e de poder estão intrinsecamente relacionadas. Foucault (2014c) contrapõe a ideia de que o saber só pode ser desenvolvido no qual não há relações de poder, para o autor onde existe saber, existe poder. “Não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder.” (FOUCAULT, 2014c, p.31). Portanto, o poder-saber concebe o sujeito que conhece, as disciplinas especializadas, os saberes validados e modalidades do conhecimento como implicações dessa relação e de suas transformações históricas e genealógicas. Nessa perspectiva “o saber reconduz e reforça os efeitos de poder.” (FOUCAULT, 2014c, p.33).

O discurso médico foi se consolidando e se construindo na mesma medida em que buscava interferir e trazer uma ordem de razão para as doenças que analisamos. Ao longo da história podemos verificar uma série de implicações de como o saber disciplinar médico usou tecnologias, dispositivos e discursos para validar sua intervenção. Pensar e apontar o discurso médico, nesta pesquisa, foi uma tentativa de evidenciar as relações de saber e poder dentro do contexto histórico apontado.

Exemplo disso foi à hipótese da propagação de indivíduo a indivíduo na Peste Negra, as concepções eugênicas na sífilis e as práticas de confinamento sistemático na lepra. Nesses casos as tecnologias de saber legitimaram uma série de práticas perversas, mas como efeitos de poder foram validados como cientificamente pensadas em prol de determinada concepção de sociedade.

É interessante compreender o modo como os regimes disciplinares foram acionados para lidar com questões envolvendo doença, morte e contágio. Ao observar o modo como as doenças eram encaradas, em especial a Peste e a hanseníase – aqui não mais a lepra – percebemos que a disciplina é um tipo de poder, uma forma de exercer o poder, que adquire um conjunto de instrumentos, técnicas, procedimentos, níveis de aplicação e tecnologias que são aplicadas tanto por meios institucionalizados quanto por outras instâncias sociais (FOUCAULT, 2014c). A intensificação de um poder disciplinar que hora atua para excluir o sujeito da sociedade, hora para afastá-lo de forma temporária, possibilita um controle não apenas do corpo saudável, mas, sobretudo, também do corpo adoecido.

O exílio do leproso e a prisão da peste não trazem consigo o mesmo sonho político. Um é o de uma comunidade pura; o outro, o de uma sociedade disciplinar. Duas maneiras de exercer poder sobre os homens, de controlar suas relações, de desmanchar suas perigosas misturas. (FOUCAULT, 2014c, p.193).

No início da epidemia de HIV vemos uma relação semelhante, onde o discurso médico utiliza sua validade científica e acaba reiterando noções preconceituosas. A epidemiologia, principalmente estadunidense, nos primeiros anos do surgimento do HIV difundiu a idéia de grupos de risco, no qual apenas determinados grupos seriam suscetíveis de ser infectados pelo vírus.

O item que segue está destinado a pensar, justamente, os discursos e metáforas que surgiram juntamente com a epidemia de HIV.

### 2.3. As Relações de Poder-Saber no Início da Epidemia de HIV/Aids

A primeira identificação clínica de um caso envolvendo a Aids ocorreu em 1980 nos Estados Unidos, porém é apenas em 1983 que uma comissão internacional cunhou a sigla HIV, vírus da imunodeficiência humana, causador da Aids, síndrome da imunodeficiência adquirida. Nesse mesmo ano foi constatado o caráter infeccioso do vírus entre humanos.

Esses primeiros anos são caracterizados pela alta mortalidade decorrente da Aids e pelo desconhecimento das formas de transmissão. A tonalidade que a epidemia foi tomando, com números acrescidos de infecção, acarretou que diversas instituições manifestassem preocupação em torno da doença e do vírus. Alguns desses discursos podem ser vistos hoje como alarmistas e sensacionalistas.

Os principais discursos, ou que ganharam mais destaque, em torno da Aids foram aqueles que reforçavam estigmas, estereótipos, e moralismos. Galvão (2000) e Trevisan (2018) apresentam diversas falas de médicos e especialistas, trechos de jornais e noticiários que ilustram a forma como a Aids era abordada na década de 80.

O aidético é o mosquito-vetor dessa terrível doença que ameaça a sobrevivência da humanidade, de tal como o mosquito-vetor é o vetor da febre amarela. A ereção e a ejaculação no aidético são o revólver engatilhado e pronto para matar. Sem essa arma, o ciclo evolutivo da AIDS será interrompido, tal como a eliminação do mosquito acaba com a febre amarela. (BRANT, 1987, apud GALVÃO, 2000, p.184).

Tragédia venérea: o mal dos homossexuais americanos. (ISTOÉ, 6 abr. 1983, apud GALVÃO 2000, p.183).

Dois rapazes portadores da AIDS (câncer gay) estiveram, segundo Valéria Petri, em Nova York há dois anos, exatamente quando eclodiu a epidemia. Tudo indica que eles tenham contraído o vírus lá, durante práticas sexuais. (JORNAL DO BRASIL, 12 jun. 1986, apud GALVÃO, 2000, p.183).

A primeira fala é bem significativa, a forma como o médico utiliza as figuras de linguagem (mosquito-vetor, revólver engatilhado) e as expressões (ejaculação no aidético, eliminação) ilustram o modo como a doença estava sendo vista.

As primeiras investidas do Estado para abordar, desenvolver estratégias e políticas de intervenção na epidemia que ganhava grandes proporções foi recebida com resistência por alguns médicos, inclusive epidemiologistas, a justificativa era que uma doença que afetava apenas grupos minoritários, homossexuais, e com poder aquisitivo, reiterando o discurso de que apenas os ricos eram gays e, portanto não deveriam ter recursos públicos.

No começo de 1985, registrava-se um caso novo por dia, em todo o Brasil, com quatro mortos por semana, sobretudo no eixo Rio-São Paulo. (...). O

Brasil foi considerado então o quarto país no mundo com maior número de doentes de aids, logo após a França, o Haiti e os Estados Unidos. (TREVISAN, 2018, p.395).

Com o aumento dos casos aumentou também a produção de discursos em torno da Aids. A doença ganhou grande visibilidade sendo abordada recorrentemente em diferentes meios de comunicação. Na mesma medida que o vírus adquiriu proporções epidêmicas as falas moralistas ganharam destaque, a associação homossexualidade masculina, sexo e Aids se tornou cada vez mais estreita. Trevisan (2018) relata que em um *talkshow* apresentado pelo Silvio Santos, no SBT, estava premiando a melhor piada por crianças, o vencedor daquele dia perguntou para o apresentador e o auditório “Por que o papagaio não pega Aids? Porque ele só dá o pé”, a piada foi a vencedora e o ganhador levou para casa um par de tênis.

A relação com a sexualidade se tornou cada vez mais explicitada, conforme verificaremos no próximo capítulo, o HIV é transmitido predominantemente pela via sexual. Com essa constatação emergem também os discursos morais e de responsabilização do infectado.

A transmissão sexual dessa doença, encarada pela maioria das pessoas como uma calamidade da qual a própria vítima é culpada, é mais censurada do que a de outras - particularmente porque a AIDS é vista como uma doença causada não apenas pelos excessos sexuais, mas também pela perversão sexual. (SONTAG, 1989, p. 32).

A doença causada pelo vírus do HIV foi vista como decorrência da doença moral da homossexualidade. Em diversos momentos práticas de perseguição a esses grupos foram legitimados em prol da saúde coletiva e sanitária.

Nos anos 1980, os jornais publicaram a opinião do então professor de infectologia da Faculdade de Medicina da USP, dr. Ricardo Veronesi, segundo o qual, “em termos de saúde pública, o direito deles [os homossexuais] vai até o ponto de não interferir no direito dos outros”. (...). Em nome do mesmo argumento de saúde pública, médicos sugeriram, no Rio de Janeiro e em São Paulo, “medidas coercitivas” e de “vigilância sanitária”, tais como fechar saunas de frequência homossexual e proibir a realização de bailes gays durante o Carnaval carioca. (TREVISAN, 2018, p.401).

O Dr. Veronesi se tornou uma figura curiosa nesse período, o médico ganhou grande destaque na televisão aberta no país chegando a afirmar que a saliva do homossexual infectado pelo HIV transmitia o vírus. “Em meados da década de 1980, os jornais reportavam que até certos farmacêuticos estavam se recusando a aplicar injeção em homens afeminados - com medo de pegar a doença.” (TREVISAN, 2018, p. 407).

Se dentro dos profissionais da saúde<sup>17</sup> havia o medo de adquirir Aids, logo o medo de conviver com homossexuais, o restante da sociedade seguiu pelo mesmo caminho. Trevisan (2018) apresenta um relato pessoal bem interessante.

Também não foi brincadeira o que um amigo meu testemunhou, num ônibus da periferia de São Paulo: recusando-se a sentar num banco de onde dois delicados rapazes tinham acabado de se levantar, um homem alertou o outro: “Não senta aí que você pega aids”. (TREVISAN, 2018, p.407).

O cunho moralizante é evidente em muitas notícias da época. A Biblioteca Pública do Paraná possui um rico acervo de jornais estaduais. Em uma consulta ao material encontramos a seguinte notícia<sup>18</sup> (Apêndice 4):

No princípio restrita aos circuitos homossexuais norte-americanos a AIDS – uma doença transmitida através do contato sexual e do sangue – expandiu-se para outros “grupos de risco”, como hemofílicos e usuários de drogas intravenosas e hoje ameaça toda a população heterossexual, Faz o que nem a Igreja nem os mais moralistas conseguiram: reverter os efeitos da Revolução Sexual, as conseqüências da pílula e o amor livre. Conhecer a doença e suas causas e efeitos, é a melhor forma de controlá-la. (Curitiba Hoje, 21/12/1990, consulta ao acervo).

A mesma notícia aborda as formas de prevenção (Apêndice 5) e podemos ver as seguintes recomendações:

Recomenda-se evitar práticas consideradas perigosas. Algumas das sugestões médicas:

- reduzir o número de parceiros. Os mais promíscuos estarão mais expostos ao contágio
- evitar contato com o esperma, conselho dirigido particularmente aos homossexuais masculino, principal “grupo de risco”, porém extensível a todo ser humano
- Usar camisa-se-vênus (camisinha), recurso que tem se mostrado eficaz contra outros vírus (o látex impede sua passagem) Se estiver mal colocada, pode deixar vaziar esperma e rasgar-se. Recomenda-se o uso com lubrificante. Deve ser colocada no pênis ereto. Alguns espermicidas mostraram-se eficazes em experimentos, mas subsistem ainda algumas dúvidas.
- usar seringas descartáveis individuais, recomendação principalmente para os usuários de drogas injetáveis.
- abster-se dos atos considerados de maior risco de contágio como coito anal e todos os que implicam troca de secreções. (Curitiba Hoje, 21/12/1990, consulta ao acervo).

---

<sup>17</sup> É interessante como ainda hoje alguns profissionais da saúde possuem medo em lidar com pacientes soropositivos. Certa vez estava conversando com uma amiga enfermeira e ela falou que redobra os cuidados ao retirar sangue de pessoas vivendo com HIV, ela disse ter medo de se ferir com a agulha ou que o sangue respingue na boca ou olhos. Perguntei quantas vezes por dia ela se fere, ou respiga o sangue, ela disse que nunca aconteceu com ela.

<sup>18</sup> Aqui é um ponto onde a pesquisa se viu prejudicada por conta das medidas sanitárias de enfrentamento e contenção do COVID-19. Iniciei a pesquisa ao acervo em fevereiro de 2020, consegui analisar os jornais no período de 1987 a 1992, que são os primeiros registros catalogados. Existem ainda outras 3 pastas que não puderam ser analisadas por conta do fechamento da instituição para cumprir a quarentena.

Em outros materiais podemos ver os termos drogados (Apêndice 8) e aidéticos (Apêndice 9). É interessante observarmos, nos trechos citados acima, a relação direta com a sexualidade - quando abordam a homossexualidade como “grupos de risco”, que a Aids freou a revolução sexual ou a recomendação de evitar práticas perigosas, como o sexo anal e a redução do número de parceiros.

Outro material (Apêndice 6) traz um cartaz de imagem onde se lê “atenção bissexuais: faça a escolha ela ou ele não seja um transmissor da aids”, a alusão aqui seria do homem bissexual como um vetor da Aids, se os homossexuais são grupos de risco os bissexuais seriam os responsáveis para levar a doença até as mulheres heterossexuais.

A situação no período foi tamanha que inúmeros muros apareceram pichados no Recife com as mensagens: “Viadagem dá câncer”, “Aids é câncer de bicha”, “Cuidado! Risco de bicha”, “Viva a família”. (TREVISAN, 2018, p.395).

No Jornal A Tarde, mais importante veículo de comunicação de Salvador publicou: “Quando houve a peste suína no Brasil a solução foi a erradicação completa dos porcos ameaçados de contágio. Portanto, a solução tem que ser a mesma: erradicação dos elementos que podem transmitir a peste gay.” (TREVISAN, 2018, p. 407).

O ponto máximo dessa relação, da doença com a homossexualidade, foi os subtítulos que a Aids ganhou como “câncer rosa”, “peste gay”, “câncer gay”. Inclusive nos Estados Unidos a primeira sigla para se referir à doença era GRID, que em tradução livre significa doença imunológica relacionada a gays.

Se em diversas esferas legitimaram a relação da homossexualidade com a Aids juntado com o pavor da epidemia, o ódio aos homossexuais, e o medo, isto trouxe consequências diretas para esse público.

No interior do Paraná, o secretário da Saúde de Morretes, que nem médico era, fez afixar em locais públicos de toda a cidade um edital comunicando a infecção por aids de um vendedor local e solicitando que se evitassem contatos com ele, motivo pelo qual o rapaz passou a sofrer todo tipo de discriminação; um grupo de moradores chegou a solicitar da Secretaria de Saúde que o rapaz fosse proibido de nadar no rio, com receio de contaminação. (TREVISAN, 2018, p. 418).

Podemos perceber que neste período estava presente a ideia que de o indivíduo era responsável pela propagação da epidemia, mas especificamente o indivíduo com uma sexualidade fora da norma heterossexual. O comportamento sexual, seus hábitos e práticas foram fundamentais para a própria concepção da Aids.

O capítulo seguinte verificará como ocorreram as políticas de prevenção e tratamento no Brasil nos anos 80 até o período que estamos realizando a pesquisa. Mas antes de iniciar essa discussão foi necessário compreender os discursos e metáforas relacionados ao HIV/Aids e outras doenças.

Ainda sobre a associação entre a homossexualidade masculina e a Aids, Butler (2014) oferece uma reflexão interessante. A autora realiza uma análise pós-estruturalista da noção de poluição desenvolvida por Mary Douglas; para Butler (2014) existe uma constituição de pessoa poluidora e poluída em pessoas vivendo com HIV/Aids. O modo como a doença foi abordada, em especial nos primeiros anos da epidemia, trouxeram, nas palavras da autora, uma reação histórica e homofóbica em torno da Aids. Nessa perspectiva, o que ocorreu foi uma continuidade entre os *status* poluído do homossexual, como sendo aquele ser que rompeu com fronteiras da sexualidade, e a doença. A Aids se torna, desta forma, uma “modalidade específica de poluição homossexual.” (BUTLER, 2014, p.189).

A leitura que a autora realiza das proposições de Mary Douglas, indica que os limites corporais são estabelecidos através de uma coerência cultural, é dentro do espaço social que os corpos, suas práticas corporais, adquirem formas de inteligibilidade. A poluição opera como uma categoria cultural que visa demarcar aquelas práticas tidas como tabu, que precisam ou sofrer sanções do grupo social ou passar por ritos de pureza buscando eliminar do corpo as marcas da transgressão realizada. Douglas (2014) expõe diferentes práticas que podem ser consideradas como poluidoras. Essas práticas conseguem estar no campo da alimentação, no contato com animais, operações que requerem limpeza de desejos, práticas religiosas e no campo sexual. Sobre essa última, Douglas (2014) indica que as secreções corporais como menstruação, saliva, fezes e sêmen são capazes de adquirir noções poluidoras em determinados contextos e práticas sociais. Héritier (2002) traz um exemplo etnográfico que consegue ilustrar o caráter poluidor do sêmen, em determinada etnia da África Central a mulher nunca deve ficar em cima do homem ao manter relações sexuais, pois se o sêmen cair na terra existe o risco de toda a plantação do grupo secar, o sêmen poluiria a terra trazendo escassez para aquele povo.

O fato de a doença ser transmitida pela troca de fluidos corporais, nos gráficos sensacionalistas dos sistemas significantes homofóbicos, os perigos que as fronteiras corporais permeáveis representam para a ordem social como tal. Douglas observa que “o corpo é um modelo que pode simbolizar qualquer sistema delimitado. Suas fronteiras podem representar qualquer fronteira ameaçada ou precária.” E ela faz uma pergunta que seria de se



esperar em Foucault: “Por que pensar que as fronteiras corporais são especificamente investidas de poder e perigo?” (BUTLER, 2014, p.189).

Voltando para o campo da Aids, Butler sugere, respondendo à pergunta de Douglas posta acima, que as margens dos sistemas sociais são seus pontos de vulnerabilidade, é onde reside o perigo da poluição. A homossexualidade reside na margem de uma sexualidade que toma o sexo heterossexual e marital como norma, transgredir essa norma é capaz de fazer emergir todo tipo de poluição e perigo.

Giddens (2002a) aponta que mesmo a modernidade sendo caracterizada por um afastamento da tradição, a capacidade reflexiva do sujeito frente aos riscos produzidos pelos mecanismos de desencaixe faz com que determinados agentes retomem práticas discursivas consideradas como sendo tradicionais. Isso ocorre, como o próprio autor expõe, na lógica do fundamentalismo religioso. No campo das produções discursivas que denunciam a poluição causada pela Aids o fundamentalismo religioso é um dos mais emblemáticos, logo no início da epidemia, como Trevisan (2018) e Mott (2003) registraram, o Arcebispo do Rio de Janeiro proferiu diferentes falas onde dizia que a Aids era fruto do pecado da homossexualidade, que os gays estavam poluindo e infectando a população. Mais recentemente, em setembro de 2020, a cantora gospel Ana Paula Valadão afirmou que os gays eram os responsáveis pelo surgimento da Aids, que ao manter uma relação homossexual a Aids seria a punição por tal ato<sup>19</sup>.

É possível ver claramente como a Aids se mostra o elemento que condena a transgressão homossexual. O sexo gay é posto como a margem dos limites da sexualidade tida como aceitável, a punição por tal ato, que polui o ser, deve ser uma doença que definha o corpo, naquela ideia de algo capaz de retirar sua humanidade ao definhar, causando a morte por um ato pecaminoso, libertino, perigoso e poluidor.<sup>20</sup>

Um ponto que Butler (2014) destaca e que merece atenção é o modo como a Aids é vista, nesse pensamento homofóbico, como uma continuidade da poluição homossexual. A poluição do sexo homossexual é anterior a Aids, a doença serve como

---

<sup>19</sup> É preciso considerar um elemento importante quando se pensa a religiosidade cristã e a Aids. De fato, como demonstrado existe uma espécie de condenação da pessoa infectada, ela está sendo punida por ser um pecador. Mas, ao olhar para a religiosidade, percebemos que ela está longe de ser um campo homogêneo, a própria Igreja Católica onde seu maior representante no Brasil, o Arcebispo, atacava homossexuais e pessoas vivendo com HIV, possui a Pastoral da Aids que realizam diferentes eventos para divulgar prevenção, adesão ao tratamento e formas de tornar a vida de pessoas com Aids menos angustiantes. A Pastoral da Aids é responsável por realizar no terceiro domingo do mês de maio uma vigília pela alma dos mortos em decorrência da Aids. Realizou, em 2020, sua 37ª edição. Esse é um dos eventos mais, lindos, tocantes e emocionantes que pude participar.

<sup>20</sup> Uma das medidas adotadas no início da epidemia de HIV/Aids foi a proibição da doação de sangue por homossexuais. Essa medida foi revogada apenas em 2020 por decisão do Supremo Tribunal Federal.

uma forma de legitimar esse pensamento mostrando como uma prática antinatural é capaz de causar a morte do transgressor.

Se o corpo é sinédoque para o sistema social *per se* ou um lugar em que convergem sistemas abertos, então todo tipo de permeabilidade não regulada constitui um lugar de poluição e perigo. Como o sexo anal e oral entre homens estabelece claramente certos tipos de permeabilidade corporal não sancionadas pela ordem hegemônica, *a homossexualidade masculina constituiria, deste ponto de vista hegemônico, um lugar de perigo e poluição, anteriormente à presença cultural da AIDS e independente dela*. De modo semelhante, o status “poluído” das lésbicas, a despeito de sua situação de baixo risco com respeito à AIDS, põe em relevo os perigos de suas trocas corporais. Significativamente, estar “fora” da ordem hegemônica não significa estar “dentro” de um estado sórdido e desordenado de natureza. Paradoxalmente, a homossexualidade é quase sempre concebida, nos termos da economia significativa homofóbica, tanto como incivilizada quanto como antinatural. (BUTLER, 2014, grifos meus, p.189-190).

Compreender a prática homossexual, tanto em seu nível sexual quanto dos afetos, enquanto uma ação potencialmente perigosa é anterior ao surgimento da epidemia de HIV/Aids, porém com o aparecimento da Aids o homossexual não é mais apenas causador de seus males individuais, agora ele coloca toda a nação e a civilização em risco ao propagar uma doença mortal e incurável.

No âmbito da genealogia do poder foi possível traçar algumas similaridades dos discursos e relações de poder-saber referentes à Aids e outras doenças. De maneira sintática podemos elencar alguns elementos para realizar essa comparação.

Conforme apontado algumas doenças foram interpretadas como sendo causadas por determinados sujeitos, esses sujeitos eram sempre minorias dentro daquela sociedade como os judeus na Peste Negra, as prostitutas na sífilis e os homossexuais no HIV. Responsabilizar grupos minoritários é uma forma de atribuir um sentido moral para a doença, colocando a doença como culpa por comportamentos e práticas desviantes da ordem estabelecida.

Esse discurso de responsabilização pode seguir dois caminhos principais o da moral religiosa ou da moral secularizada. Percebemos que as doenças que analisamos em determinado momento foram carregadas de sentidos religiosos, a noção de doença como flagelo e castigo, mas também, em outros momentos ou concomitantemente, possuíam um saber científico que legitimava uma ordenação moral. Podemos verificar isso na citação abaixo, em um congresso científico foi apresentado uma pesquisa em que buscavam verificar como ser homossexual afetava diretamente o sistema imunológico do sujeito.

Durante o XIX Congresso Brasileiro de Patologia Clínica, em agosto de 1985, o médico João Lélío Mattos Filho foi ainda mais conclusivo, em sua tese de doutoramento, aí comunicada. Bem na tradição dos higienistas, ele demonstrava que os homossexuais eram, sem distinção, portadores de imunodeficiência precoce, daí por que já teriam predisposição à aids e outras doenças venéreas.” Tal pesquisa foi realizada a partir da análise do sangue de cem pessoas (entre doentes de aids, homossexuais sadios e heterossexuais), concluía que a promiscuidade sexual em si mesma trazia um caráter imunodepressor. (TREVISAN, 2018, p.405).

Nos discursos e sentidos da lepra é possível identificar fortemente as noções de pureza, impureza e exclusão. O mesmo ocorreu, e ainda ocorre, com as pessoas vivendo com HIV/Aids, nos anos 80 essa questão foi mais evidente como o caso da exposição do homem no município de Morretes; o doente deve ser identificado, seja de forma espontânea ou por denuncia e a partir dessa constatação da presença da doença com potencial contágio o indivíduo deve ser excluído do grupo.

O uso da violência como forma de coerção para tratamento ou isolamento do doente é também uma similaridade. Verificamos, por exemplo, que durante o surto de Peste Negra na Europa houve um decreto estabelecendo pessoas responsáveis pra garantir a quarentena, essas pessoas foram legitimadas a usar a força para certificar que a medida estava sendo cumprida. Na própria sífilis o tratamento da doença era mais uma obrigação que um direito, enquanto que na hanseníase o isolamento compulsório foi uma medida de governo. O uso da força e violência também esteve presente na história social do HIV, o fechamento das saunas e batidas policiais em locais de sociabilidade homossexual foi uma medida utilizada para controle da epidemia.

O definhamento do corpo e as marcas corporais são elementos que merecem destaque. As doenças nos quais ocorre degradação do ser humano, seja fisicamente ou mentalmente, acabam recebendo um conjunto de discursos de desumanização. Ao mesmo tempo em que torna mais difícil para o indivíduo ocultar o estigma que a doença carrega. A corporalidade da doença também acarreta sentimentos de vergonha por parte do doente, ele acaba perdendo sua identidade frente a uma doença que altera fisicamente seu corpo.

A morte entra nesse mesmo raciocínio, doenças que definham e são letais acabam sendo abominadas. A rejeição da doença acarreta na rejeição do doente.

A infecção com o vírus da aids está ligada à idéia que se tem de morte, cuja aceitação é recusada. A morte é, portanto, considerada fracasso, recaindo no indivíduo a culpabilização por ter adquirido uma doença incurável.’ (SANCHEZ, 2016, p. 175)

Podemos perceber que existem uma série de similaridades de outras doenças com a Aids, compreender esses elementos foi fundamental para traçar a genealogia do HIV/Aids. Porém existe uma grande diferença nessa doença com as outras, a Aids é uma doença relacionada à modernidade, rapidamente foi identificada seu agente causal, estabeleceram indicadores epidemiológicos e um tratamento eficaz. Para se ter um exemplo, a sífilis por muito tempo foi confundida com outras doenças venéreas, a Aids desde seu surgimento já foi categorizada como sendo uma doença específica, com características nosológicas próprias. Em um curto espaço de tempo o HIV se torna uma questão de saúde pública mundial. Essa reflexão, de como o vírus se torna uma questão pública é que será o objetivo do próximo capítulo.

### 3. Prevenção Combinada: a genealogia de um novo paradigma de prevenção

*Hoje fiquei com febre a tarde inteira  
E quando chegar a noite  
Cada estrela parecerá uma lágrima  
Queria ser como os outros  
E rir das desgraças da vida  
Ou fingir estar sempre bem  
(Renato Russo)*

Pesquisar questões relacionadas ao HIV/Aids coloca um desafio necessário ao pesquisador, que é o de lidar com um campo de estudos interdisciplinar. Desde o início da epidemia um conjunto de discursos e de saberes foram se consolidando em torno do vírus, acontece que passado os primeiros anos da epidemia a concentração de publicações ocorreram na área da saúde, conforme Calazans, Pinheiro e Ayres (2018) apontam. Com base nisso as reflexões sobre essa temática partindo da sociologia se mostra necessária, no decorrer das quatro décadas da epidemia de HIV/Aids diferentes modificações aconteceram, tanto no nível de tratamento e prevenção ao vírus quanto às representações, sentidos e discursos sobre a doença.

Mesmo que utilizando conceitos e referenciais da sociologia para compor a reflexão da presente dissertação, que são fundamentais, pois é o nosso norte de trabalho e pesquisa, acaba sendo imprescindível o diálogo com as outras áreas do saber como a saúde, o campo das políticas públicas, como gestão pública, e as discussões sobre sexualidade. Esse desafio interdisciplinar se mostrou presente no capítulo anterior, onde discutimos as noções de saúde e doença, e agora acaba se estreitando na reflexão sobre as políticas públicas e a história social do HIV/Aids.

O menor vírus da AIDS nos faz passar do sexo ao inconsciente, à África, às culturas de células, ao DNA, a São Francisco, mas os analistas, os pensadores, os jornalistas e todos os que tomam decisões irão cortar a fina rede desenhada pelo vírus em pequenos compartimentos específicos, onde encontramos apenas ciência, apenas economia, apenas representações sociais, apenas generalidades, apenas piedade, apenas sexo. (LATOUR, 1994, p.8).

Latour (1994) apresenta uma relação interessante sobre o modo no qual a sociedade encara a questão do HIV/Aids, a tendência, conforme o autor demonstra, é de purificar o vírus, isso é, compartimentar alguns aspectos da questão para trazer uma análise muito específica esquecendo que os elementos que emergem na atualidade carecem de outros modos de ver a problemática. Portanto, como analisar a PrEP olhando apenas um aspecto como a sexualidade ou a questão das políticas públicas ou os discursos e representações sobre a saúde e doença? Acaba que o caminho deve ser um pouco maior, e esse é o desafio que estamos encarando.

Aqui é necessário considerar um aspecto: como uma pesquisa que busca utilizar o método genealógico, que se baseia em rupturas e descontinuidades, faz um longo caminho analisando doenças do passado e agora busca expor a construção discursiva das políticas de HIV/Aids tendo destinado pouco espaço, ainda, para expor o objeto de pesquisa, a PrEP, não estaria sendo incoerente com a proposta metodológica? A resposta para essa questão é que para considerar a PrEP como um evento, onde emergem novos discursos e novas relações de poder, é fundamental compreender como a questão se dava antes dela. Esse caminho, esse arquivo, se mostrou importante para verificar como a PrEP se torna um evento específico e como as relações de saber e poder se constroem a partir dela. A PrEP surge como uma forma de prevenção ao HIV e mesmo adquirindo novos discursos, conforme veremos em nossa análise, acaba estando diretamente relacionado ao vírus.

Apontando as reflexões postas acima, é possível identificar o caminho que seguiremos neste capítulo, serão abordados cinco elementos para verificar a genealogia da *prevenção combinada*, em um primeiro momento será exposta a discussão conceitual em torno das políticas públicas. Pensar esse conceito é fundamental para compreender como ocorre a institucionalização das políticas de HIV/Aids e como o vírus se torna uma questão de saúde pública no Brasil, que é o segundo momento de discussão. Após expor essa discussão é necessário refletir sobre os paradigmas de prevenção ao HIV/Aids, consolidando uma terceira parte da exposição. Esse caminho torna possível verificar como a *prevenção combinada* se consolida como um novo paradigma e como a PrEP se institui a partir dessa nova abordagem de prevenção ao HIV, nesse sentido o quarto momento é onde apresentaremos esse paradigma utilizando além da bibliografia a documentação oficial, como diretrizes, portarias e materiais de informação e divulgação da PrEP e da *prevenção combinada*.

### **3.1. Apresentação Conceitual e Definição de Políticas Públicas**

Pensar o campo das políticas públicas enquanto uma área de construção e debate científico requer, necessariamente, pensar a definição de Estado e de qual Estado estamos falando – federativo, único, confederativo. Isso ocorre pelo fato de políticas públicas estarem ligadas diretamente a respostas estatais para determinadores setores e problemas sociais - daí decorre a frase que “políticas públicas são o Estado em ação.”

Podemos dizer que pertence às políticas públicas a totalidade de metas, ações, programas e planos que o governo em qualquer instância - nacional,

estadual ou municipal - define e executa visando alcançar o bem-estar da sociedade ou de grupos selecionados no corpo social, bem como atender ao interesse público. Nesse sentido, é possível uma primeira aproximação conceitual afirmando que política pública é o Estado em ação. (BEGA, 2019, p.19)

Portanto, torna-se possível afirmar, com segurança, que apenas o Estado elabora e determina políticas públicas. Bega (2019) apresenta uma possível gênese das políticas públicas, que é a Lei dos Pobres promulgada na Inglaterra no século XVI visando o enfrentamento da miséria urbana e mendicância. Outros dois momentos fundamentais para pensar o surgimento dessas estratégias estatais e governamentais é o término da Segunda Guerra e o Thatcherismo.

Após o fim da Segunda Guerra Mundial surge um conjunto de manifestações legislativas para proteção que forma o Estado de Bem-Estar Social. Isso ocorre dentro de uma estratégia de reconstrução nacional partindo das democracias liberais. Acontece que alguns anos depois, durante as décadas de 1970 até início dos anos 1990, ocorre uma ruptura com as idéias de Bem-Estar Social e adoção de medidas restritivas de gastos nos governos Regan e Thatcher.

É importante ter em mente esse contexto, pois é justamente durante esses períodos que o campo de estudo sobre políticas públicas vai se consolidar. Autores como Oliveira (2013), Souza (2006), Freyre (2000) apontam justamente que os fatores que trouxeram visibilidade para as políticas públicas se deram através da nova visão dos governos em adotar essas políticas restritivas.

Inicialmente, principalmente nos Estados Unidos, a temática da política pública surge como uma subárea da ciência política (OLIVEIRA, 2013). O objetivo principal era realizar uma análise dentro do debate científico sobre a produção dos governos.

Nos Estados Unidos, essa vertente de pesquisa da ciência política começou a se instituir já no início dos anos 50, sob o rótulo de 'policy science', ao passo que na Europa, particularmente na Alemanha, a preocupação com determinados campos de políticas só toma força a partir do início dos anos 70, quando com a ascensão da socialdemocracia o planejamento e as políticas setoriais foram estendidos significativamente. Já no Brasil, estudos sobre políticas públicas foram realizadas só recentemente. Nesses estudos, ainda esporádicos, deu-se ênfase ou à análise das estruturas e instituições ou à caracterização dos processos de negociação das políticas setoriais específicas. (FREYRE, 2000, p. 214).

Dentro da produção nacional, é possível verificar, um interesse em não só analisar o governo, mas verificar como as instituições alteram e definem as políticas públicas. Marchetti (2013) busca compreender o desenho institucional das políticas públicas brasileiras e aponta que consolidação e estabilidade das instituições



democráticas são fundamentais para solidificação de políticas, e que a qualidade dessa política, dessa ação, depende necessariamente de um ambiente favorável e estável para sua produção e implementação.

Uma hipótese para essa preocupação brasileira em voltar seu olhar para a institucionalidade talvez esteja relacionada com o contexto de surgimento desse campo no país. Esse olhar ocorreu no período do governo de Fernando Henrique Cardoso onde havia uma reforma do Estado caracterizada por diversas privatizações e implementações de políticas sociais setorizadas.

É possível perceber que desde o início o campo de estudo das políticas públicas está intrinsecamente relacionado com o Estado e a produção dos governos. Compreender como o campo se institucionalizou enquanto uma área de saber possibilita um maior entendimento de sua definição conceitual.

Nesse sentido, podemos conceituar política pública como o Estado em ação, isto é, o conjunto de programas e ações do governo, em geral de forma continuada no tempo, que tem como objetivo o atendimento de necessidades e direitos sociais fundamentais que afetam vários dos elementos que compõem as condições básicas de vida da população, principalmente aqueles que dizem respeito à pobreza e à desigualdade. (BEGA, 2019, p.26)

Souza (2006) destaca que não existe uma definição de política pública que se sobressaia as outras, por ser um campo multidisciplinar as diferentes disciplinas podem trazer sua contribuição para aprofundar o melhor entendimento da temática. Mesmo com essa diversidade de possibilidades para conceituar políticas públicas, com base na literatura podemos trazer três aspectos importantes para sua compreensão. O primeiro deles, destacado por Freyre (2000) é que a empiria e a prática política são elementos que estão presentes na análise de políticas públicas. O segundo é que ao estudar alguma política, seja em formato de lei, projeto ou programa, precisamos pensar três perguntas básicas: quem ganha o quê, por que e que diferença faz.

A prática política e o jogo de interesses fazem parte da elaboração e implementação de políticas públicas, olhar para o jogo de poder e as relações estabelecidas através dele é interessante para se compreender a política pública em seus diferentes níveis.

São dinâmicas, pois estão sempre em transformação, de acordo com os processos mais amplos de cada momento histórico. Dependem das particularidades de cada país ou região, podendo assumir diversas formas específicas. Desdobram-se, por fim, atravessando as relações entre as esferas federativas. (SERAFIM, 2012, p.123).

A terceira característica, portanto, se refere à variação contextual e temporal das políticas públicas. Dependendo do momento e do governo que gesta determinada política ela pode vir sofrer grandes transformações tempos depois ou até mesmo ser extinta.

Para finalizar a definição de políticas públicas, agora que comentamos alguns aspectos importantes para o campo e uma breve conceitualização, é possível dizer que políticas públicas são todas as ações governamentais que visam resolver algum problema que envolve determinado grupo ou determinada coletividade. “Conjunto de critérios e linhas de ação que garantem e permitem a gestão do Estado na solução dos problemas nacionais.” (DIAS, 2012, p. 12). Nesse sentido proposto por Dias (2012) as políticas públicas correspondem à busca por soluções específicas de como lidar e pensar os assuntos públicos.

Antes de passarmos para o próximo item deste capítulo é necessário trazer duas discussões importantes para compreensão da construção da agenda de HIV/Aids no Brasil, o primeiro é a apresentação da noção de políticas sociais e a breve exposição de políticas focalizadas e universalistas.

Existe certa diferença, mesmo que pequena, da noção de política pública e de política social. Conforme Bega (2019) aponta as políticas sociais podem ser pensadas como aquelas voltadas para superação das desigualdades sociais e consolidação de direitos. Portanto, esse formato de política pode ser compreendido como ações voltadas para redistribuição dos benefícios sociais.

Uma característica interessante é que as políticas sociais têm suas raízes nos movimentos populares do século XIX e XX. Particularmente, no caso brasileiro a redemocratização e a emergência de novos sujeitos coletivos possibilitaram o delineamento e a ampliação desse formato de política pública.

Do ponto de vista teórico-conceitual, a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos. (SOUZA, 2006, p. 25).

Hoflig (2001) cita alguns exemplos que podem ser encarados como pertencendo à noção de política social são eles as políticas de: saúde, saneamento, habitação, previdência e educação.

Por fim, um último ponto que merece destaque é referente à noção de políticas públicas focalizadas. Conforme já comentamos Frey (2000) destaca que o desenho

institucional das políticas públicas brasileiras favorece as políticas setorizadas. A bibliografia discutida aponta que existe uma série de prós e contras em aplicar políticas mais focalizadas ou mais universalistas, porém a tendência geral é considerar que uma política muito abrangente, que não definem bem seu público alvo, tende a ter dificuldades na sua implementação.

Quanto mais genéricos forem os assuntos por elas tratados, maiores dificuldade terão os implementadores para a sua execução e, conseqüentemente, mais espaço se abrirá para a influência de grupos de pressão e dos próprios burocratas de nível de rua que irão implantá-la. (OLIVEIRA, 2013, p. 26).

Apresentar essa noção de políticas focalizadas, ou específicas, é importante para a reflexão que esta dissertação executa. Grande parte das políticas públicas de prevenção ao HIV toma grupos específicos para atuação, a dificuldade em propor campanhas genéricas já foi amplamente documentada. Esse ponto será discutido no item a seguir.

As políticas podem ainda ser divididas pelo alcance de suas ações em focalizadas e universalistas. São denominadas focalizadas aquelas que se destinam a um público específico, ou a alguma condição específica: os destinatários são definidos pelo nível de necessidades, de pobreza ou risco, são exemplos o Bolsa-Família, Programa de Alfabetização de Adultos, de Assistência ao Menor entre outros. E são universalistas as que se destinam a todos indistintamente, sem se definir o grupo destinatário. Como exemplos temos as políticas de saúde, de educação, de assistência social etc. (DIAS, 2012, p.19).

A definição apresentada acima é interessante para a compreensão desse debate, é possível trazer um exemplo muito claro para o campo de estudo sobre HIV; é plausível caracterizar a distribuição gratuita de antirretrovirais (ARVs) para controle do vírus e tratamento da Aids como sendo uma política universalista uma vez que está disponível para todo indivíduo infectado enquanto a política de prevenção via PrEP se define como uma política focalizada visto que ela é disponibilizada apenas para grupos específicos como gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo, travestis e transexuais, usuários de drogas injetáveis (UDI) e pessoas em relacionamento sorodiscordante, quando um dos parceiros vive com HIV e o outro não.

Esses detalhes nós retomaremos no item a seguir, que está destinado à definição de agenda de políticas públicas e refletir sobre história social do HIV. Será priorizado, no conjunto das reflexões, fazer referência com as discussões que propusemos acima evidenciando a necessidade de compreender o conceito de políticas públicas para pensar

a epidemia de HIV/Aids, suas formas de prevenção, assim como, a profilaxia pré-exposição (PrEP).

### **3.2. Construção de uma agenda: apontamentos sobre a história social do HIV/Aids**

A epidemia de HIV/Aids representa um problema de saúde pública de grande magnitude no Brasil e no mundo, diversos são os esforços nacionais e internacionais que buscam formas de controle e erradicação desta epidemia. O último boletim epidemiológico (BRASIL, 2019) aponta que no ano de 2018 foram diagnosticados 43.941 novos casos de HIV e 37.161 casos de Aids totalizando, em todo o território, 966.058 casos de Aids registrado no país desde os anos 1980. Se tratando dos casos de óbito houveram 10.980 mortes registradas tendo como causa básica a Aids em 2018 no país. Em números globais a UNAIDS estima que existem 37.9 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids em todo o mundo sendo que ocorreram 770.000 mortes ocasionadas pela Aids. A instituição contabilizou 32 milhões de mortes em decorrência da doença de 1980 até 2018.

Os dados epidemiológicos da doença de fato são impactantes, mas o que pretendemos apresentar nesse item, do presente capítulo, é que o que torna a Aids uma questão pública não é apenas números de novas infecções e mortes e sim alguns fatores que colocam o vírus e a doença dentro da agenda pública.

Antes de iniciar a discussão é necessário definir o que é agenda dentro das políticas públicas. O debate em torno da agenda faz parte do conjunto de discussões sobre análise de políticas públicas, que segundo Serafim e Dias (2012) a análise de política constitui um conjunto de elementos que possibilitam um olhar explicativo sobre o processo de elaboração de políticas públicas.

Um dos componentes que fazem parte da análise de política é justamente a agenda, que se caracteriza por ser o conjunto de temas, problemas e assuntos que o governo toma como sendo prioritários dentro de um determinado período.

Os critérios para definir a agenda podem ser a disponibilidade de recursos, se é passível de solução e também interesses governamentais e de gestores. Existe uma série de nuances que colocam algo na agenda das políticas públicas.

A agenda pode ser entendida como o “espaço problemático” de uma sociedade. Um determinado tema é incorporado à agenda quando é identificado como problema passível de se converter em política pública. (SERAFIM; DIAS, 2012, p 123).

É necessário considerar que a agenda política envolve interesses, valores, relações de poder, concepções de Estado, projetos governamentais entre os diversos atores que participam de determinado governo.

A agenda das políticas de HIV/Aids acaba adquirindo certa singularidade por alguns fatores característicos. Para esse momento vamos destacar quatro elementos que merecem destaque para compreensão de como a agenda pública foi formulada dentro dessas quatro décadas desde o surgimento do vírus.

A primeira política que se tem registro no Brasil voltado para a epidemia de HIV ocorreu no estado de São Paulo com a criação do Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo. Os bastidores dessa política acabam sendo bem interessante; a secretaria de saúde começou a ser pressionada pelo movimento sanitário para dar uma resposta efetiva ao vírus que estava crescendo cada vez mais. Os gestores na época acabaram aderindo às propostas e criam um programa com base nos princípios dos direitos humanos para atendimento e prevenção.

Apenas dois anos depois, em 1985, é criado o Programa Nacional de DST/AIDS. De acordo com uma publicação do Ministério da Saúde (Brasil, 1998) o programa segue os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecendo a universalidade, a equidade e integralidade tendo como objetivos desenvolver as ações de promoção à saúde, prevenção e assistência. É interessante que já no seu primórdio o PN-DST/AIDS traça diretrizes, estratégias e normativas a serem seguidas como a descentralização do tratamento e prevenção ao HIV com a criação de comissões intersetoriais e espaços de controle e participação social<sup>21</sup>.

O SUS é o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. É, portanto, uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis subsequentes. (PAIM, 2009, 51)

É interessante observar que o período de institucionalização das políticas de HIV/Aids coincide com a promulgação do SUS. A consolidação dessa forma de olhar a

---

<sup>21</sup> O PN-DST/AIDS também segue os princípios estabelecidos pela Constituição Federal no artigo 198 que prevê: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.” (BRASIL, 1988)

saúde, de um sistema de saúde brasileiro, é um fator fundamental para o desenvolvimento das políticas de HIV. Podemos perceber que a maioria das diretrizes que regem o PN-DST/AIDS segue as diretrizes do SUS, mesmo antes desse ser promulgado, e que o fortalecimento deste programa pode ter se dado justamente por ser um momento de diversos debates sobre a questão da saúde.

O Brasil, atualmente, apresenta uma das políticas de enfrentamento à AIDS mais modernas do mundo, destacando-se a forte organização social para a formulação desta, o acesso às drogas terapêuticas, a mobilização da comunidade internacional e o movimento de reforma sanitária. (SOUSA, et.al. 2012, p.63).

Se tratando da política pública de HIV/Aids no país alguns fatores são importantes para considerar; a participação dos movimentos sociais ocorreu antes mesmo de uma resposta governamental e continuou tanto como parceiros do Estado quando atuando por conta própria – conforme discutiremos a seguir, os movimentos sociais são muitas vezes capazes de ampliar o combate a epidemia de HIV consolidando ações comunitárias e de base<sup>22</sup>. Um dos aspectos centrais das políticas de HIV se refere à universalidade, equidade e integralidade do tratamento e prevenção ao vírus.

Existe também um fator interessante para colocar o país como referência ao HIV, a epidemia no país é multifacetada, alguns autores, inclusive, se referem a epidemias, no plural, visto à diversidade de padrões epidemiológicos. A grande proporção territorial também demonstra o conjunto de saberes que se consolidaram para o manejo da infecção pelo HIV e suas estratégias de prevenção.

No caso brasileiro, no que diz respeito à epidemia de HIV/AIDS, o país desperta a atenção internacional e pode ser considerado como um “caso exemplar” não somente pelo número de casos oficialmente notificados como AIDS, mas também pela complexidade da epidemia - com números expressivos de transmissão sexual e uso de drogas injetáveis, por exemplo -, assim como pelos recursos provenientes do Banco Mundial e pela decisão do governo federal de garantir acesso universal e gratuito dos medicamentos, sobretudo dos antiretrovirias, na rede pública de saúde. (GALVÃO, 2000, p. 21).

Conforme mencionado o movimento social é um ator fundamental para colocar o HIV/Aids como uma questão de saúde pública. A mobilização dos grupos afetados pela epidemia ocorreu desde seu início, primeiramente dentro do então chamado

---

<sup>22</sup> “A Lei Orgânica n.º 8.142/90, resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde, representou e representa uma vitória significativa. A partir deste marco legal, foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício do controle social do SUS.” (BRASIL, 2006). Dentro das ações dos conselhos gestores, pesquisadores e ativistas discutem ações e desenvolvem pautas fundamentais para o desenvolvimento de políticas públicas e sociais.

movimento gay e posteriormente pelas próprias pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA). O movimento de HIV/Aids tem seu início de forma esparsa, primeiramente como indivíduos que ganharam destaque, coletivos ou grupos já que atuavam em outras questões como homossexualidade e povos de terreiro e que aderiram ao combate à epidemia. Porém, por meados dos anos 1980 e se estende até o momento atual o formato de ONG é o que ganhou mais força para ações comunitárias.

Existe uma rica literatura destinada a analisar o movimento de ONG/Aids, porém, para esse momento, vamos destinar a observar a atuação da sociedade civil referente ao combate à epidemia. O movimento social de HIV acaba ganhando grande força nos anos mais graves da epidemia, e sem dúvida auxilia a colocar o vírus dentro da agenda de políticas públicas, isso ocorre por uma série de razões – uma explicação causal pode ser que muitos militantes em determinado momento de suas vidas também participaram como gestores públicos.

Outro fator para o fortalecimento do formato ONG foram os empréstimos realizados pelo Banco Mundial ao Brasil. Ao todo foram três empréstimos que ocorreram entre 1990 a 2000 e eram intitulados AIDS I, AIDS II e AIDS III. Um dos componentes dos projetos era justamente a ampliação de projetos com parceria entre sociedade civil e Estado, expandindo a atuação desses grupos e financiando diferentes tipos de ações do movimento de ONG/Aids.

A entrada em cena de organismos como o Banco Mundial e a USAID (United States Agency for International Development), com as suas estratégias globais de enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS, muda as regras não somente do que é esperado com o financiamento, mas também a forma como os projetos passam a ser apoiados. (GALVÃO, 2000, p.110).

É preciso constatar que essa associação entre sociedade civil e Estado, ou até mesmo com as instituições internacionais, nem sempre ocorre de forma harmoniosa. Existe um caso muito interessante, o USAID, em 2005, propôs um projeto para trabalhar prevenção em contextos de prostituição, acontece que juntamente com o projeto um conjunto de discursos colocava o trabalho sexual como algo a ser combatido. O objetivo era reduzir o turismo sexual impedindo que muitas prostitutas pudessem exercer seu ofício, o movimento social não recebeu o projeto muito bem e após uma série de protesto a parceria com USAID, para esse programa, foi recusado pelo governo brasileiro.

Sobre a interrupção do financiamento da USAID em 2005, as pessoas entrevistadas se mostraram francamente favoráveis à decisão do governo



brasileiro de suspender o acordo. Muitas sublinharam seu apoio à primazia da soberania nacional sobre imposições de outro país que sejam contrárias aos princípios de direitos humanos e à legislação vigente no Brasil. (ABIA, 2011, p.6).

Ainda nessa problemática das ONGs, é necessário considerar um elemento a luz da discussão sobre políticas públicas. O governo pode atuar em parceria com essas instituições para implementar determinada política pública, porém os projetos desenvolvidos pelas ONGs de forma isolada, ou autônoma, não consiste em uma política pública justamente por estarem sem a participação do Estado.

Uma política pública, desse modo, pode ser considerada um programa de ação de um governo, que pode ser executada pelos próprios órgãos governamentais ou por organizações do terceiro setor (ONGs, OSCIPs, fundações etc.) investidas de poder público e legitimidade governamental pelo estabelecimento de parcerias com o Estado (como, por exemplo, as agências de desenvolvimento). (DIAS, 2012, p.14).

Para finalizar, é necessário reiterar o papel de destaque que o movimento social possui frente à construção da agenda de HIV/Aids. “A sociedade civil representou um importante elemento no enfrentamento dessa epidemia, e talvez esse tenha sido o elemento diferenciador que vem conferindo credibilidade e eficácia a esta política.” (SOUSA, et.al. 2012, p.65). A forma como o movimento social atua acaba interferindo na política nacional, permitindo acesso muitas vezes a populações marginalizadas e que dificilmente adeririam a propostas oficiais.

Retomando exemplo etnográfico utilizado que nos foi apresentado por Pelúcio (2009) é possível perceber a atuação do movimento social frente a grupos marginalizados. A pesquisa citada é uma etnografia sobre travestis que se prostituem em Campinas e São Bernardo, no estado de São Paulo. A autora acompanhou um projeto de prevenção ao HIV/Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) focado para essa população; o que a autora concluiu é que as travestis se sentiam muito mais confortáveis e abertas para se relacionarem com as pessoas do projeto, que também, em algumas situações, eram travestis que os funcionários dos serviços especializados. Isso demonstra como a forma de lidar com o público atendido seja pelas ONGs, seja por projetos específicos, acaba enriquecendo e dando mais chances de uma política ser bem sucedida e eficaz em sua implementação.

Acabamos nos alongado ao tratar do movimento social, porém o objetivo deste item foi para demonstrar que diferentes elementos podem ser considerados para refletir sobre a agenda política. No caso do HIV/Aids é necessário elencar quatro fatores que

tornam o vírus e a doença uma questão, que são: os movimentos sociais, os interesses internacionais, a consolidação do SUS e interesses econômicos.

Seria muito simplório acreditar que determinada situação problemática no país é adicionada a agenda de políticas por pura boa vontade ou necessidade de sanar a questão. Existem interesses, jogos políticos, relações de poder e saber, práticas de controle, negociações que determinam e formam a agenda estatal.

### **3.3. Os Paradigmas de Prevenção ao HIV/Aids**

Tendo comentado, mesmo que de forma resumida, uma reflexão sobre a construção da agenda de HIV/Aids é possível passar para a reflexão de um elemento interessante para compreensão da interface das políticas públicas com a questão da epidemia de HIV. Esse item, portando, está destinado a pensar a noção de populações-chave indicando a necessidade de trabalhar as políticas focalizadas quando se trata da prevenção ao vírus.

Mas antes de expusermos a política atual de prevenção ao HIV/Aids é interessante observar como se deu a construção de paradigmas preventivos no campo desde o surgimento do vírus. Parker (2000) estabelece que existem alguns marcos teóricos e conceituais que colaboram para estudar e compreender a história social do vírus. Percebemos que o discurso científico constrói modelos teóricos que servem tanto para compreensão das relações sociais frente a um contexto epidêmico quanto para propor ferramentas de intervenção no campo social. O autor estabelece que existem três paradigmas para compreensão da história social do HIV/Aids que são: o paradigma do risco (comportamento), o paradigma da vulnerabilidade (cultural) e o paradigma econômico (político). Expor as ideias desenvolvidas em torno desses paradigmas e compreender seus contextos de surgimento apresenta ferramentas para observação de que estamos vivenciando um quarto paradigma que é o paradigma da escolha baseado na ampliação de ações preventivas por meio da *prevenção combinada*.

Expor a existência de paradigmas dentro da história social do HIV, como Parker (2000) salienta, não se trata de demonstrar uma linearidade das ações e acontecimentos, os marcos observados neste campo não ocorrem como fases que se sucedem é possível perceber a existência de elementos pertencentes a um paradigma dentro de outro. Mas ao observar determinados momentos é perceptível a mudança de ênfase que ocorreram dentro do debate científico e das políticas públicas.

Com o início da epidemia de HIV havia um *déficit* de pesquisas e trabalhos acadêmicos sobre sexualidade e uso de drogas, esses temas eram pouco explorados e pertenciam a sub-áreas das disciplinas científicas. Com isto, é explicável o grande interesse do primeiro paradigma, o do risco, em buscar compreender através de pesquisas quantitativas as atitudes e comportamentos dos indivíduos frente a sexualidade e ao uso de drogas para fins recreativos, durante esse período, iniciado nos anos 1980, ficou famoso a metodologia de aplicação de questionários baseada na pesquisa de comportamentos, atitudes e práticas – PCAP.

Essas pesquisas e intervenções públicas baseadas no comportamento visavam verificar comportamentos atitudes e práticas frente aos riscos e conhecimentos que podem estar associados com a infecção pelo HIV. Nesse momento houve intensos interesses na coleta de informações que fossem quantificáveis relacionadas à sexualidade de determinados grupos populacionais como o número de parceiros, padrões de práticas sexuais específicas e infecções por outras ISTs. A ideia era pensar que os comportamentos de risco poderiam ser diminuídos ao ofertar informações corretas sobre o vírus, à doença e prevenção. “Em estudo após estudo, repetia-se a descoberta de que a informação, por si só e em si mesma, não é suficiente para produzir a mudança de comportamento para redução do risco.” (PARKER, 2000, p. 69).

As políticas implementadas nos anos 1980 voltaram suas atenções para os, então denominados, “grupos de risco” que era a terminologia adotada para caracterizar a população mais afetada pela epidemia de HIV. Acontece que essa noção era focada em aspectos individuais, considerando o comportamento sexual como algo que poderia ser modificado a partir do momento que o sujeito adquirisse mais informação.

Conforme Foucault (2008) aponta que a modernidade estabelece um conjunto de dispositivos de segurança que buscam racionalizar o processo de saúde e doença. A noção de risco engloba o novo vocabulário utilizado dentro da saúde pública e coletiva desse processo de racionalização, no qual o risco se torna uma maneira quantificável de buscar os determinantes de certas doenças estabelecendo zonas de atuação e potencialmente perigosas.

Esse cálculo dos riscos mostra logo que eles não são os mesmos para todos os indivíduos, em todas as idades, em todas as condições, em todos os lugares e meios. Assim, há riscos diferenciais que revelam, de certo modo, zonas de mais alto risco e zonas, ao contrário, de risco menos elevado, mais baixo, de certa forma. Em outras palavras, pode-se identificar assim o que é perigoso. (FOUCAULT, 2008a, p. 80).

Durante o paradigma do risco, acreditava-se em determinantes individuais dos comportamentos relacionados à saúde, um processo racional. “O objetivo de modificar comportamentos que eram considerados como envolvendo o risco de infecção.” (PARKER, 2000, p. 68). É interessante considerar, como Galvão (2000) indica, que a noção de grupos de risco possibilitou uma dupla entrada das questões de HIV/Aids que ao mesmo tempo que classificava determinados sujeitos como perigosos frente a infecção pelo HIV possibilitava que estes mesmos atores se organizassem em torno de ações e projetos para o enfrentamento da epidemia e da discriminação de pessoas vivendo com HIV/Aids, gays, profissionais do sexo e travestis.

Mas é interessante destacar que essa é uma via de mão-dupla, pois, ao mesmo tempo que a classificação dos “grupos de risco” era uma forma de discriminação, também justificava a importância de traçar estratégias específicas para essas populações, fazendo com que os integrantes se tornassem elementos importantes nas ações de prevenção baseadas na noção de peer education. (GALVÃO, 2000, p. 83)

Durante este momento existia uma tendência naturalizante da sexualidade humana, compreender os determinantes sexuais que colocam o indivíduo em risco da infecção pelo HIV acarretaria em uma mudança comportamental.

Desse ponto de vista, a experiência subjetiva da vida sexual é compreendida, literalmente, como sendo um produto dos símbolos e significados intersubjetivos associados com a sexualidade em meios sociais e culturais diferentes. O comportamento sexual é visto como intencional, contudo sua intencionalidade é sempre moldada dentro do contexto de interação social e culturalmente estruturada. (PARKER, 2000, p.31).

A epidemia de HIV/Aids acabou colocando questões muito particulares para o delineamento de ações e políticas estatais como a sexualidade, homossexualidade e uso de drogas injetáveis. Observar o comportamento humano relacionado com a sexualidade apenas através de pulsões biológicas se mostrou um erro, a racionalidade em torno da sexualidade não ocorre apenas ofertando informações. É necessário compreender outros elementos como o contexto que determinado sujeito está inserido para desenvolver estratégias mais eficazes de contenção do vírus.

A partir dos anos 90 o interesse passou, então, a observar os contextos nos quais determinados indivíduos estão inseridos, os padrões culturais começaram a ganhar destaque no enfrentamento da epidemia.

Esta mudança de ênfase, do estudo de comportamento individuais para a pesquisa de significados culturais, chamou atenção para as identidades e comunidades socialmente construídas que estruturam a prática sexual e o uso de drogas injetáveis no fluxo da vida coletiva. Com base neste trabalho, teve

início uma importante reformulação da própria idéia de intervenção - na verdade, havia se tornado aparente que a idéia de uma intervenção sobre o comportamento poderia, na verdade, ser uma designação incorreta, que as intervenções de prevenção raramente funcionam na esfera do comportamento, mas sim na das representações sociais ou coletivas, e que o conhecimento e as informações sobre a AIDS são, necessariamente, sempre interpretados dentro do contexto de sistemas preexistentes de significado que medem as formas pelas quais essas informações serão incorporadas em ação. (PARKER, 2000, p. 72).

Foi esse o interesse do segundo momento das ações relacionadas ao HIV, o paradigma da vulnerabilidade. O objetivo estava em compreender os contextos sociais e culturais que tornam o sujeito vulnerável frente à infecção. Esse momento que ocorre a partir dos anos 90 coloca importantes questões para pensar as interfaces do HIV, passa-se a considerar a experiência subjetiva dos sujeitos agora enquanto categorias coletivas e não mais como comportamentos isolados e quantificáveis. O objetivo foi verificar e analisar categorias sexuais e sistemas de classificação que se relacionam com a experiência sexual e o uso de drogas injetáveis em contextos diversos de experiência humana.

Essa mudança de paradigma trouxe a noção de vulnerabilidade social, o que acarretou em elaborar diferentes estratégias de intervenção no campo da epidemia e compreender aspectos que não se refiram única e exclusivamente ao indivíduo.

Mann, Tarontola e Netter (1993) desenvolveram uma estrutura de reflexão e avaliação para pensar a vulnerabilidade da infecção pelo HIV/Aids. Os autores identificam a existência de uma vulnerabilidade social da infecção pelo vírus - a noção de vulnerabilidade social é um contraponto e um aprofundamento para refletir sobre determinados aspectos epidemiológicos uma vez que a vulnerabilidade biológica seria inerente a qualquer pessoa enquanto a vulnerabilidade social diz respeito a populações nas quais há maior incidência da infecção.

Os autores ressaltam a importância de não considerar apenas aspectos comportamentais do indivíduo ao analisar as vulnerabilidades ao HIV, mas compreender o contexto no qual esse sujeito está inserido é de fundamental importância para mensurar as vulnerabilidades.

O comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade à infecção pelo HIV; portanto, é necessário um enfoque no indivíduo, embora claramente não seja suficiente. O comportamento individual é tanto mutável quanto conectado socialmente, variando durante a vida da pessoa (por exemplo, comportamento sexual na adolescência, meia-idade, terceira idade), mudando em resposta à história e experiência pessoal, fortemente influenciado por indivíduos-chave (família, amantes, amigos), comunidades e entidades sociais e culturais mais abrangentes, como religiões e estados-

nações. Portanto, ao avaliar a vulnerabilidade, é importante considerar a comunidade, além de fatores nacionais e internacionais, que possam influenciar a vulnerabilidade pessoal durante o curso de uma vida. (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993, p. 276).

Dentro dessa perspectiva, podemos compreender a vulnerabilidade ao HIV não como apenas uma questão do indivíduo, os autores apresentam três elementos fundamentais para o bom andamento da prevenção ao HIV que são: acesso aos serviços sociais e de saúde; informação/educação; e ambientes de apoio e solidariedade. Com base nesses elementos é possível afirmar que o indivíduo é apenas um dos elementos necessários para compreensão das vulnerabilidades, se faz necessário verificar quais os programas esse indivíduo tem acesso e como ele se insere em ambientes maiores de apoio psicossocial.

Maia e Junior (2019), assim como Parker (2000), apontam que o conceito de vulnerabilidade ao HIV surge como uma resposta a ineficácia dos usos das categorias “grupos de risco” e “comportamentos de risco”, conforme abordamos essas noções configuram em uma responsabilização ao indivíduo pela infecção por HIV, enquanto as questões envolvendo a vulnerabilidade ampliam aspectos considerando não apenas o indivíduo, mas o contexto no qual ele está inserido.

Discutir a relação dos indivíduos com a aids implica falar da situação social, política e cultural, de status econômico, de valores morais, de projeto de vida, situação legal e jurídica do país em que vive este indivíduo, condições de acesso aos serviços de saúde, e muitos outros fatores, ou seja, a tentativa de compreender qual o nível de vulnerabilidade de indivíduos, população e país à epidemia perpassa por diversos aspectos sociais. (MAIA; JUNIOR, 2019, p. 186).

Ainda buscando compreender a questão da vulnerabilidade ao HIV, dois importantes textos são Ayres, Calazans, Junior e Filho (2009a; 2009b), segundo os autores a noção de vulnerabilidade visa responder a assimilação de que a probabilidade a infecção pelo HIV e o desenvolvimento da Aids não se restringem apenas ao aspectos individuais, mas vinculam também as noções coletivas, contextuais, de grupo e acesso a ações públicas através de políticas e programas específicos para prevenção e tratamento ao vírus.

Ayres, Calazans, Junior e Filho (2009a; 2009b) apresentam três eixos interdependes para compreensão das vulnerabilidades ao HIV, conforme os autores indicam expor tais vulnerabilidades é uma forma de compreender aspectos da vida dos sujeitos, comunidades e, até mesmo, nações que podem tornar mais ou menos passíveis indivíduos de serem infectados pelo HIV/Aids. Nesse sentido, as dimensões para

compreensão das vulnerabilidades ao HIV são: a dimensão individual; a dimensão social; a dimensão programática.

A dimensão individual da vulnerabilidade ao HIV se contrapõe a perspectiva essencializante presente nas discussões de grupos de risco, aqui não há o pressuposto de que o simples fato de pertencer a certos segmentos populacionais, como gays e outros HSH, colocariam o sujeito como mais propício à infecção pelo HIV, pelo contrário a vulnerabilidade individual parte da estimativa que qualquer indivíduo está suscetível a infecção pelo vírus e ao adoecimento pela Aids. “Tais análises tomam como ponto de partida aspectos próprios ao modo de vida das pessoas que podem contribuir para que se exponham ao vírus ou, ao contrário, proteger-se.” (AYRES; CALAZANS; JÚNIOR; FILHO,2009, p.5).

Dentro da discussão em torno da dimensão social da vulnerabilidade, é evidenciado aspectos dos processos sociais da relação saúde-doença na busca por verificar como o contexto no qual o sujeito está inserido influencia na adoção de medidas preventivas ou na exposição à infecção pelo HIV.

Este componente analítico busca focar diretamente nos fatores contextuais que definem e constroem a vulnerabilidade individual. Aspectos tais como a estrutura jurídico-política e as diretrizes governamentais dos países, as relações de gênero, as relações raciais, as relações entre gerações, as atitudes diante da sexualidade, as crenças religiosas, a pobreza, etc.; são aspectos que permitem compreender os comportamentos e práticas que se relacionam à exposição dos indivíduos à infecção. (AYRES; CALAZANS; JÚNIOR; FILHO,2009, p.5-6).

Por fim, o último eixo de análise das vulnerabilidades ao HIV trata da dimensão programática. Dentro deste eixo, o objetivo é pensar as relações institucionais, as políticas e os programas de governo que podem auxiliar na adoção de medidas preventivas ou dificultar o acesso do indivíduo a tais precauções. Compreender a dimensão institucional das vulnerabilidades é, inclusive, um esforço de análise necessário para o bom andamento das políticas públicas para este setor, uma vez que proporciona ferramentas para os próprios gestores e movimentos sociais na atuação ao combate à epidemia de HIV/Aids.

Ayres, Calazans, Junior e Filho (2009a) apontam que a busca pela interpretação da vulnerabilidade contribuiria para o campo de saberes e ações em torno do HIV/Aids uma vez que compreenderia as dinâmicas e variáveis sociais em complemento aos dados estatísticos levantados pelas áreas da saúde, em especial a epidemiologia.



As abordagens de redução de vulnerabilidade, como vimos, têm procurado ampliar do plano individual para o plano das suscetibilidades socialmente configuradas o alvo de suas intervenções, mesmo quando se pensa em ações de intervenção de caráter individualizado, como um aconselhamento em consultório, por exemplo. Nesse sentido, assume uma responsabilidade que se estende para além da tarefa de apenas alertar sobre o problema. É preciso concorrer para que os sujeitos sociais sejam alertados sim, mas que, para além disso, possam responder de forma que superem os obstáculos materiais, culturais e políticos que os mantêm vulneráveis, mesmo quando individualmente alertas. Mais que ser informadas, é preciso que as pessoas saibam como se proteger e se mobilizem para que as situações estruturais que as tornam suscetíveis ao adoecimento sejam de fato transformadas (AYRES; CALAZANS; JÚNIOR; FILHO, 2009a, p.9).

É interessante considerar que a epidemia de HIV foi se complexificando no decorrer do tempo, isso levou a necessariamente mudar as estratégias de prevenção. O que vemos neste segundo paradigma é que o discurso biomédico e as ações públicas não estavam mais apenas focando no indivíduo, o interesse é compreender as vulnerabilidades sociais que colocam o indivíduo mais suscetível da infecção pelo vírus.

O conceito de vulnerabilidade é importante inclusive para o terceiro paradigma, que está olhando para a política. Após algumas décadas do surgimento do HIV e da sua difusão um conjunto de observações foi realizado, muitos recursos públicos gastos e um acúmulo de conhecimentos se deu nas áreas científicas e sociais. Passa-se a considerar e analisar como ações políticas e a economia impactam nos fatores que estão associados com a infecção pelo vírus.

Muitos estudos começaram a observar a análise de programas e estratégias governamentais, olhando para as esferas macro o modo como repensar as respostas à epidemia. Durante esse período buscou-se compreender como as comunidades e grupos populacionais que são afetados pelo vírus se organizaram em busca de reivindicações contra opressões estruturais e formas de discriminações. As pesquisas estavam relacionadas diretamente com as atividades de intervenção e prevenção ao vírus.

Na terceira década da epidemia de HIV/Aids, entre os anos 2000 e 2009, ocorreram um conjunto de discussões internacionais que marcam a história social do HIV/Aids e sua construção na agenda pública brasileira. Greco (2016) apresenta os principais eventos internacionais que consolidam o combate ao vírus e a doença; segundo o autor nesse período o marco principal são os objetivos de desenvolvimento do milênio propostos pela ONU, no qual o Brasil assinou, sendo que o objetivo número

seis é o enfrentamento da epidemia de Aids. Em 2001 é elaborada a Declaração de DOHA para a Saúde Pública que prevê a possibilidade do uso de medicamentos patenteados sem a autorização de seus titulares em situações emergenciais para a saúde pública, conforme Greco (2016) indica essa flexibilização foi utilizada pelo governo brasileiro, após grandes pressões dos movimentos sociais, para a liberação da licença compulsória do Efavirenz, um dos principais esquemas antirretrovirais utilizados no período.

No mesmo ano ocorreu uma sessão histórica na ONU, pela primeira vez uma temática relacionada a um problema específico de saúde, na Assembleia Geral foi aprovada a Declaração de Compromissos sobre HIV/Aids (UNGASS HIV/AIDS), o Brasil enquanto um dos signatários possui um papel central para a promulgação desta declaração internacional.

É interessante considerar que muito das ações, pactos, declarações aprovadas em nível nacional e internacional foram fruto de pressões de movimentos sociais, ativistas e redes de apoio que atuam em diferentes níveis. “A participação dos cidadãos e dos grupos envolvidos com a luta em defesa dos direitos humanos foi e tem sido imprescindíveis para o estabelecimento e a manutenção da política brasileira de resposta a Aids.” (GRECO, 2016, p.1557). A atuação de PVHA e de outros ativistas relacionados a questões envolvendo o enfrentamento à epidemia de HIV/Aids ocorre através de diferentes formas de controle social, contudo é importante destacar a intensa participação dentro dos Conselhos de Saúde e nas agências reguladoras.

Por fim, considerar a divisão da história social na perspectiva de paradigmas é menos indicar que são fases que se sucedem ou que um momento era melhor que outro e mais salientar como o debate científico e o delineamento das políticas públicas foram se complexificando no passar das décadas. Novos elementos, atores, conceitos e percepções de mundo foram surgindo dentro de um contexto epidêmico de HIV e isso traz a necessidade de uma amplitude da resposta a esta epidemia.

É interessante compreender essa mudança de perspectiva ao considerar as categorias atuais de prevenção. Hoje as políticas de prevenção ao HIV estão pensando em termos de *prevenção combinada* que consiste no uso de diferentes formas para prevenir a infecção pelo HIV – a prevenção combinada considera o uso de tecnologias biomédicas, estruturais e individuais para compor uma estratégia de prevenção.

Como é possível observar no Anexo 7 e 8 a *prevenção combinada* oferece e prevê estratégias conjugadas que serão oferecidas ao indivíduo e este deve escolher qual

método é mais eficaz e faz mais sentido para o seu momento de vida. Como o próprio nome indica, existe uma combinação de métodos preventivos que consideram elementos subjetivos e objetivos para oferta de possibilidade de prevenção. É interessante que não existe uma hierarquização dentro dos métodos, inclusive a exposição é feita em forma de mandala como se observa no Anexo 7.

Será observado com mais detalhes outros aspectos da *prevenção combinada* na discussão que segue, mas o que é interessante frisar desse novo paradigma é a necessidade de escolha do indivíduo. Esse novo momento está requerendo do sujeito certo grau de reflexividade onde ele deve observar sua vida, incluindo a sexualidade, para decidir qual a melhor forma de prevenção para o seu momento presente. Não está mais se tratando de ofertar apenas um elemento de prevenção, mas ilustrar as múltiplas possibilidades para que a população escolha qual tecnologia preventiva mais faz sentido para o seu momento de vida.

Um dos componentes que fazem parte da *prevenção combinada* é a Profilaxia Pré-Exposição. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PCDT) essa forma de prevenção, conforme já vimos, consiste no uso de medicamentos antirretrovirais por uma pessoa não infectada para se prevenir ao HIV. Essa medicação é indicada para grupos populacionais que possuem risco acrescido de serem infectados pelo vírus.

No Brasil, a epidemia de HIV/aids é concentrada em alguns segmentos populacionais que respondem pela maioria de casos novos da infecção, como gays e outros homens que fazem sexo com homens, pessoas trans e profissionais do sexo. Além disso, destaca-se o crescimento da infecção pelo HIV em adolescentes e jovens. (BRASIL, 2018, p. 9).

Esses grupos no qual algumas políticas específicas são destinadas são chamados de populações-chave.

Determinados segmentos populacionais, devido a vulnerabilidades específicas, estão sob maior risco de se infectar pelo HIV, em diferentes contextos sociais e tipos de epidemia. Essas populações, por estarem sob maior risco, devem ser alvo prioritário para o uso de PrEP.

No Brasil, a prevalência da infecção pelo HIV, na população geral, encontra-se em 0,4%, enquanto alguns segmentos populacionais demonstram prevalências de HIV mais elevadas<sup>12</sup>. Esses subgrupos populacionais são gays e outros HSH, pessoas que usam drogas, profissionais do sexo e pessoas trans. (BRASIL, 2018, p. 13).

As políticas focalizadas, ou específicas, são características no campo do HIV/Aids. Trabalhar com grupos determinados proporciona um maior entendimento do contexto social, dos padrões comportamentais e das necessidades desses grupos que

estão em maior vulnerabilidade. Vimos, dentro do debate das políticas públicas, a necessidade de saber qual o objetivo de determinada política e para qual população ela está destinada uma vez que quando a política possui um caráter muito genérico tende a ter problemas na sua implementação.

Um dos problemas do processo de implementação de políticas advém de desenhos inadequados. (...). Esses problemas decorrem, mormente, do fato de que aqueles que formulam algumas políticas estão, muitas vezes, distantes daqueles que as implementam, não reconhecendo as dificuldades práticas de propostas que lhes parecem adequadas e viáveis, mas que não o são na prática. (OLIVEIRA, 2013, p. 25)

Compreender as nuances da população alvo de determinada política, suas características singulares e o modo como recebem certa estratégia ou intervenção enriquece a política facilitando uma implementação eficaz.

O item que segue observaremos como ocorre uma política de prevenção ao HIV baseada na PrEP.

### **3.4. Os Discurso sobre a PrEP: análise de uma política de prevenção**

A PrEP é uma tecnologia biomédica adotada recentemente pela política nacional de prevenção ao HIV. Foram realizados diversos estudos clínicos e laboratoriais que comprovaram a eficácia dessa medicação, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) regulamenta a utilização da PrEP em 2017 e em 2018 é autorizado a expansão desse serviço em todo território nacional, como é possível observar no ofício circular presente nos Anexos 9 e 10.

O painel de monitoramento da PrEP disponibilizado pelo Departamento de Doenças de Condição Crônica e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, aponta que até julho de 2020 no Brasil existiam 12.525 usuários da PrEP sendo que de janeiro de 2018 até junho de 2020 21.642 pessoas iniciaram o uso da PrEP e 9.117 deram descontinuidade ao uso. Ao filtrar as informações vemos que em Curitiba apenas 501 pessoas estão fazendo uso dessa tecnologia de prevenção.

Conforme indicamos acima a PrEP é uma medicação recente e que muitas vezes não é conhecida pela população. O fato de esse método de prevenção ter sido adotado há pouco tempo e possuir, relativamente, pouca adesão não impede, é claro, uma proliferação discursiva em torno dessa medicação. Diferentes sujeitos, atores, instituições e políticas públicas realizam práticas de enunciação onde acionam

elementos como sexualidade, prazer, cuidado, responsabilidade e prevenção (tanto em seus pólos positivos, quanto negativos)<sup>23</sup> para categorizar e classificar a PrEP.

Tendo em mente as discussões propostas até agora, vamos analisar e refletir sobre os discursos oficiais de prevenção da PrEP e o modo como concebem e caracterizam a noção de indivíduo dentro desta tecnologia de prevenção. Pelúcio e Miskolci (2009), baseados em Foucault, definem como discurso oficial de prevenção ao HIV/Aids o conjunto de políticas, projetos, estratégias, enunciados de verdade, concepções de sexo e sexualidade, saberes e mecanismos de organização produzidos pelo Estado para controle, erradicação e prevenção ao vírus.

Trata-se de um conjunto de normas, parâmetros e diretrizes que permeiam a visão médica, pautando condutas para os indivíduos evitarem agravos à saúde. Inserindo nas políticas públicas de saúde, esse discurso está no marco da “estatização do biológico” e, assim, do “biopoder”. (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009, p.127).

Os autores citados utilizam este conceito para diferenciar a produção discursiva, sentidos e representações de sujeitos e grupos particulares daquela enunciada pelo Estado. É possível que dentro de suas percepções de vida, modos de exercer a sexualidade, os afetos e o desejo o sujeito crie e compartilhe dentro de seus grupos sociais noções de prevenção que são diferentes das que são produzidas pelo modelo oficial, caracterizando outros modos de lidar com a prevenção ao HIV. Dizer que alguns grupos e/ou sujeitos utilizam elementos distintos de prevenção daqueles produzidos pelos discursos oficiais não implica dizer que ocorre uma descontinuidade total, que abandonam totalmente, mas que dentro dessa relação com a prevenção e infecção pelo HIV/Aids existem diferentes formas de concepção.

A partir do conceito de discurso oficial de prevenção ao HIV/Aids o item que segue reflete sobre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da PrEP. O Documento foi publicado em 2018 e busca orientar os profissionais, centros especializados e usuários sobre essa tecnologia de prevenção. Particularmente serão analisados as concepções de sexualidade presentes no documento e como o indivíduo é percebido pelo discurso oficial de prevenção baseado na PrEP.

---

<sup>23</sup> Não existe um consenso em relação ao uso da PrEP, se está ajuda ou atrapalha na prevenção ao HIV/Aids. Para se ter um exemplo, em um evento promovido por uma ONG em 2019 eu estava conversando com um militante histórico de Curitiba nas questões de HIV/Aids e ele afirmou que a PrEP estava fazendo os gays terem comportamentos “promíscuos” e isso aumentaria os casos de infecção pelo vírus.

### **3.5. Sexualidade e Indivíduo no Discurso Oficial de Prevenção da PrEP**

Um PCDT consiste em um documento elaborado e emitido pelo Ministério da Saúde (MS) para manejo, diagnóstico, tratamento e critérios para controle de doenças ou agravos de saúde, existem também PCDTs para medicações e outros mecanismos de controle e regulamentação clínica e laboratorial. De maneira geral, os PCDT são compostos por elementos que auxiliam no acompanhamento e verificação dos resultados terapêuticos sendo indicados para leitura, organização e norteamento de gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde. Segundo o próprio MS indica esses documentos devem ser elaborados levando em consideração evidências científicas, critérios de segurança, eficácia e efetividade das tecnologias e métodos indicados para tratamento, controle e regulamentação de determinada doença.

A versão final do PCDT da PrEP foi publicado em 2018, antes existia um documento prévio disponibilizado no ano anterior, o documento possui 56 páginas e é composto pelos seguintes itens: introdução; conceitos importantes; população e critérios para indicação de PrEP; avaliação clínica e laboratorial inicial; esquema antirretroviral para PrEP; seguimento da pessoa em uso de PrEP e as referências.

A discussão que segue busca expor as explicações presentes no documento para em seguida refletir sobre as categorias de sujeito e de sexualidade que fazem parte desta publicação.

O documento inicia apresentando a PrEP dando ênfase que a medicação foi considerada para prevenção ao vírus do HIV em pessoas com risco acrescido de infecção. Segue indicando o perfil epidemiológico brasileiro salientando que um número considerado de novas infecções ocorre nas populações de gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis e transexuais, profissionais do sexo e entre adolescentes e jovens. O documento indica, então, que a PrEP deve ser destinada a esses grupos citados anteriormente, que são conhecidos, também, como populações-chave.

É indicado que o pertencimento ao grupo de populações-chave não é o único critério pra indicação da PrEP é necessário compreender quais as práticas sexuais desse sujeito e como está prática pode o colocar em risco de exposição ao HIV. É interessante observar que o protocolo não estabelece uma essência da população-chave, como se o fato do indivíduo ser gay, por exemplo, faz com que tenha relações consideradas de risco. Outro aspecto considerado nesse momento do PCDT é que as situações de

vulnerabilidade social, como a discriminação, acentuam a probabilidade de infecção pelo vírus.

Porém, o pertencimento a um desses grupos não é suficiente para caracterizar indivíduos com frequentes situações de exposição ao HIV, o que é definido por práticas sexuais, parcerias ou contextos específicos que determinam mais chances de exposição ao vírus. Além de apresentarem maior risco de adquirir o HIV, essas pessoas frequentemente estão sujeitas a situações de discriminação, sendo alvo de estigma e preconceito e aumentando, assim, sua vulnerabilidade ao HIV/aids. (BRASIL, 2018, p. 9).

O documento segue acrescentando que a PrEP deve ser uma estratégia adicional de prevenção disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) objetivando reduzir as taxas de infecção pelo HIV, e posteriormente, auxiliar no fim da epidemia<sup>24</sup>.

Estabelecer a PrEP como uma estratégia adicional de prevenção é um elemento fundamental para compreendermos essa política. Conforme o documento indica, a PrEP faz parte de um novo paradigma de prevenção, adotado a partir de 2016, que consiste na metodologia de prevenção combinada. A prevenção combinada, como o nome indica, articula e combina estratégias estruturais, biomédicas e comportamentais para propor diferentes meios de prevenção ao HIV. O modelo brasileiro adotou oito componentes da prevenção combinada, que são: testagem para o HIV, Profilaxia Pós-Exposição (PEP), o preservativo interno e externo, diagnóstico e tratamento para outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), a redução de danos para o uso de álcool e/ou outras drogas, acompanhamento de gestantes e parturientes para evitar e eliminar a transmissão vertical, tratamento para todas as pessoas vivendo com HIV/Aids, e, por fim, a Profilaxia Pré-Exposição.

O PCDT estabelece que as estratégias de prevenção quando usadas de forma isolada não possuem tanta eficácia como a combinação de duas ou mais estratégias, pois estabelece outra dinâmica com relação a prevenção a infecção pelo HIV.

Devem-se ofertar às pessoas que procuram os serviços de saúde estratégias abrangentes de prevenção, a fim de garantir uma maior diversidade de opções que orientem suas decisões. A pessoa deve escolher o(s) método(s) que melhor se adequem às condições e circunstâncias de sua vida, tendo como princípios norteadores a garantia de direitos humanos e o respeito à autonomia do indivíduo. (BRASIL, 2018, p. 11-12).

---

24 O debate internacional estabeleceu diretrizes para erradicação da epidemia de HIV/Aids, a meta 90-90-90 proposta pela UNAIDS, no qual o Brasil é signatário, prevê que “até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus. Até 2020, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão terapia antirretroviral ininterruptamente. Até 2020, 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral.” (UNAIDS, 2015, p.11).



Podemos perceber, analisando o documento, que a prevenção combinada busca ofertar formas de escolha ao indivíduo, para que refletindo sobre seu momento de vida, sua relação com a sexualidade, os afetos e os prazeres ele realize a adesão do método que considere mais eficaz e com maior sentido para si.

Após estabelecer a prevenção combinada o documento segue indicando a eficácia da PrEP como forma da prevenção, demonstrando dados realizados por diferentes estudos clínicos e laboratoriais que comprovam a alta taxa de eficácia dessa medicação para prevenir a infecção pelo vírus do HIV.

Anteriormente foi comentado que a PrEP é uma forma de prevenção destinada a públicos específicos, as populações-chave, mas não é apenas o pertencimento a esses grupos que elege uma pessoa a possibilidade de adotar a PrEP como prevenção, é necessário um conjunto de práticas e hábitos sexuais que colocam esse indivíduo em risco acrescido de infecção pelo vírus do HIV. O PCDT estabelece, portanto, os seguintes critérios para indicação da PrEP baseado nas práticas sexuais e contexto de vida do indivíduo: repetição de práticas sexuais sem o uso do preservativo, rotatividade e frequência de parceiros sexuais, histórico médico de ISTs, uso repetido de PEP, contexto de troca de sexo por dinheiro, objetos e drogas.

O PCDT estabelece que é necessário realizar avaliação clínica para dar início e andamento na PrEP por indivíduos que assim desejarem, tomando como critérios para elegibilidade os itens citados acima.

A avaliação dos critérios de elegibilidade para PrEP deve ser feita dentro de uma relação de vínculo e confiança, que permita compreender as situações de vulnerabilidades e de riscos envolvidos nas práticas sexuais, assim como as condições objetivas de adesão ao uso do medicamento. (BRASIL, 2018, p.19).

O documento acrescenta uma concepção muito interessante sobre como deve proceder a relação do indivíduo que deseja usar a PrEP com o serviço de saúde. É necessário que este seja instruído sobre a possibilidade de efeitos adversos, que sabia a eficácia do método de prevenção e que está eficácia está relacionada diretamente com a adesão à medicação, ou seja que a pessoa deve fazer uso correto ingerindo um comprimido por dia. É reforçado que a PrEP não previne outras ISTs e seu uso é para prevenção exclusivamente do HIV.

Após essas informações de como orientar o candidato a utilizar a PrEP é apresentado o fluxo de atendimento que possui alguns passos: Primeiramente deve-se verificar se a pessoa não teve alguma provável relação de risco, caso a resposta seja

positiva é necessário aguardar trinta dias para dar novo andamento. Isso acontece pelo motivo de que se a pessoa teve alguma exposição ao HIV ela precisa finalizar o período de janela imunológica. Em seguida realiza-se teste rápido para HIV, se o resultado der negativo é realizado a terceira etapa para verificar a motivação em adesão a PrEP em caso de a pessoa estar interessada é dispensada 30 dias de medicação.

Passado os 30 dias iniciais a pessoa deve retornar o serviço e agora ela entra no sistema de prevenção baseado na PrEP. É importante ressaltar que a PrEP é uma medicação controlada, possui um fluxo de atendimento restrito e a pessoa que resolve aderir a medicação deve passar por um acompanhamento contínuo. Nesse retorno a pessoa foi indicada a realizar um conjunto de exames que são: testagem para ISTs, e tratamento em caso positivo, avaliação da função renal e hepática, avaliação do histórico de fraturas patológicas e nova testagem para HIV. Esse conjunto de exames deve perdurar enquanto a pessoa desejar continuar utilizando a PrEP, sendo que serão realizados a cada três meses.

Em cada consulta será necessário verificar os testes para HIV e outras ISTs, aspectos sociais, grau de adesão e fatores relacionados a sexualidade do indivíduo. O PCDT estabelece a necessidade de em cada consulta abordar a prevenção combinada e aspectos do gerenciamento de risco para o indivíduo.

A concepção de gerenciamento de risco é um elemento muito interessante para análise, a política de prevenção baseada na PrEP não estabelece que a medicação deva ser de uso permanente, inclusive o momento de interromper a medicação é um elemento que deve ser abordado nas consultas, para isso está estabelecido que no processo de acompanhamento do usuário ocorra espaços de reflexão, no qual o indivíduo pense sobre suas práticas sexuais e busque reduzir seu risco de infecção pelo HIV.

Cabe destacar que a gestão de risco considera o princípio de que as pessoas são autônomas e capazes de fazer escolhas no seu melhor interesse, se tiverem todas as informações necessárias para reduzir seu risco de infecção pelo HIV. A discussão sobre gerenciamento de risco deve levar em consideração a experiência do(a) usuário(a) com outros métodos de prevenção; suas práticas sexuais; tipo e frequência das parcerias sexuais; histórico de saúde sexual e reprodutiva; e contextos de vulnerabilidade e de exposições ao HIV. (BRASIL, 2018, p.21).

Conforme já foi comentado ao iniciar a PrEP o sujeito deverá passar por acompanhamento periódico para receber a dispensa da medicação, e isso ocorrerá a cada três meses, neste período ele deve retornar ao serviço de saúde com um conjunto

de exames para verificar como a PrEP reage em seu corpo, como está seu grau de adesão à medicação e realizar testagem pra HIV e outras ISTs.

O PCDT indica, ainda, a discussão sobre quando interromper o uso da PrEP. Os fatores indicados para suspender o tratamento são: diagnóstico positivo para HIV; desejo do sujeito em não utilizar mais a medicação; mudanças no contexto de vida como a diminuição das práticas sexuais; efeitos colaterais persistentes e baixa adesão à medicação.

É possível perceber que existem critérios ligados a contextos e subjetividades dos sujeitos sobre o momento de concluir o uso da PrEP o usuário pode desejar parar com a medicação ou ser removido do programa ao ter diagnóstico positivo para HIV ou pela baixa ou nenhuma adesão ao medicamento.

O PCDT prevê que é possível a pessoa retornar o uso da PrEP caso algum dia ela tenha parado, estabelece que não existe nenhuma contra-indicação em relação a isso e é uma possibilidade e direito do indivíduo ter a possibilidade de retorno a prevenção baseada no uso da PrEP.

Expor os elementos textuais presentes no protocolo é fundamental para a análise que segue, de maneira ilustrativa no item seguinte será discutido as concepções de sexualidade e indivíduo presentes no documento verificando como a política de prevenção baseada na PrEP articula e concebe tais elementos.

Trazer a análise dos discursos oficiais de prevenção ao HIV/Aids a luz das proposições do filósofo Michel Foucault permite diversas entradas e enriquece a compreensão do modo como a política é efetivada e da sua produção discursiva. Conforme percebemos o autor produz uma rica análise sobre como as identidades foram produzidas no século XIX dentro dos discursos médicos, as instituições jurídicas, enunciados de verdade e disciplinas científicas. O autor demonstra que esses conjuntos de saberes acabaram sendo arquitetados para controle, regulamentação e disciplinamento de corpos, desejos e da vida. Nos é demonstrado como esses saberes produzem relações de poder cuja base é a preocupação com a administração e cultivo da e sobre a vida. Essa concepção o autor vai denominar de biopoder onde o sujeito deve ser participe dessa produção discursiva e atribuir sentidos e significados para suas práticas cotidianas de cuidado de si.

É possível perceber que o discurso de saúde evocado pelo PCDT concebe um sujeito que participa da política de prevenção, que deve olhar, analisar e relatar seus hábitos e práticas sexuais afim de reduzir e gerenciar seus riscos de infecção pelo vírus

do HIV. A política baseada na PrEP prevê um sujeito autônomo e reflexivo, que por meio de um processo quase confessional conta seus desejos, afetos e prazeres para um profissional da saúde e dessa relação produzem um discurso sobre a vida e sobre a saúde no qual o sujeito adéqua para obter um resultado de melhor qualidade de vida e de prevenção.

Conforme Foucault (2015a) aponta, a saúde é um campo onde há uma proliferação intensa de discursos em prol de um controle populacional e do sujeito. O HIV possui grande referência das formas de vigilância em saúde e no modo como as políticas públicas concebem o manejo e controle do vírus e da doença. Se nos atentarmos nas metáforas utilizadas pelo documento é possível verificar como o PCDT concebe a epidemia: no texto as palavras erradicação, controle, eliminação são comumente utilizadas para se referir a epidemia de HIV/Aids. Se existe o interesse, tanto nacional quanto internacional, em eliminar a epidemia é necessário também mecanismos de controle que perpassam o sujeito, consolidando uma biopolítica no qual ele se torna participe e interessado em não ser infectado pelo vírus.

Foucault (2015a) demonstra que o biopoder e o poder que rege as relações sociais não estão apenas interessados na proibição e condenação, a ideia de “não deverás”, mas sim em uma prática positiva onde o próprio sujeito concebe e reitera uma produção discursiva tornando-se participe do poder e concebendo sentido para o que é dito e como deve agir frente a esse discurso. Para se ter um exemplo prático, se uma pessoa fez uso recorrente da PEP ou possui histórico de ISTs e dentro do serviço especializado ofertam a PrEP é possível que esse sujeito aceite participar e aderir a essa forma de prevenção, pois como Foucault (2015a) demonstra o discurso de cuidado de si é um enunciado de verdade constantemente produzidos pelo saber médico. O desejo de se prevenir e se cuidar são elementos que perpassam a constituição do sujeito dentro da modernidade.

O dispositivo raramente proíbe ou nega, antes controla e produz verdades moldando subjetividades. No caso da aids, são subjetividades marcadas pela culpa e pela impureza, sintetizadas nos seus desejos tomados como ameaçadores da ordem social. (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009, p. 130).

É interessante conceber o lugar da sexualidade e como os discursos sobre a sexualidade são enunciados dentro do PCDT, o documento não condena as sexualidades ditas desviantes, estabelece a necessidade de criar um vínculo de confiança entre profissional de saúde e usuário para que este conte seus hábitos e práticas sexuais e esse

profissional saiba orientar qual o melhor esquema de prevenção para o seu momento de vida.

A confissão passou a ser, no Ocidente, uma das técnicas mais altamente valorizadas para produzir a verdade. Desde então nos tornamos uma sociedade singularmente confessanda. A confissão difundiu amplamente seus efeitos: na justiça, na medicina, na pedagogia, nas relações familiares, nas relações amorosas, na esfera mais cotidiana e nos ritos mais solenes; confessam-se os crimes, os pecados, os pensamentos e os desejos, confessam-se passado e sonhos, confessa-se a infância; confessam-se as próprias doenças e misérias; emprega-se a maior exatidão para dizer o mais difícil de ser dito; confessa-se em público, em particular, aos pais, aos educadores, ao médico, àqueles a quem se ama; fazem-se a si próprios, no prazer e na dor. (FOUCAULT, 2015a, p.66).

Essa relação de contar sobre sua vida sexual para o profissional de saúde é um elemento que se assemelha muito com a estratégia de confissão propostas pelo autor, o usuário deve ser incitado a dizer a verdade sobre sua vida: número de parceiros, se é profissional do sexo, se usa drogas e com que frequência usa, se foi ativo ou passivo em suas relações sexuais. É a partir dessa confissão, desse relato, que se consolida o saber em torno da PrEP e se esse usuário é ou não elegível para esse esquema de prevenção.

Podemos perceber observando a ficha de primeiro atendimento para PrEP utilizada pela Secretaria Municipal de Curitiba, presente nos Anexos 11, 12, 13, que dez das trinta perguntas para cadastro da PrEP fazem referência a questões envolvendo a sexualidade. É necessário que o sujeito relate com quantos parceiros manteve relações sexuais, e quem eram esses parceiros – homem, mulher, pessoas transgêneras – que diga quantas vezes não utilizou o preservativo e como foi essa relação, se manteve alguma relação sexual nos últimos três dias. Esse questionário acaba exemplificando e demonstrando por quais mecanismos ocorre esse sistema de confissão e de relato de si dentro de um sistema de saúde.

Já encaminhando para a finalização do capítulo, é necessário considerar que as regras e normas estabelecidas pelo PCDT não necessariamente ocorrem na prática e nem é o modo como o usuário percebe e atribui sentido a essa forma de prevenção. Mas a análise da documentação permite verificar o modo de enunciação do discurso oficial da PrEP e como essa forma de prevenção está sendo concebida.

Observando de maneira crítica a política de prevenção baseada na PrEP é necessário refletir sobre o chamado processo de “SIDAnização”, propostos por Pelúcio e Miskolci (2009). Segundo os autores o modelo preventivo oficial, através de um conjunto de dispositivos e discursos, acabou repatologizando as sexualidades tidas como desviantes, em especial a homossexualidade masculina.

A “SIDAnização” implica um processo de “conversão” que pressupõe a adesão a princípios tipicamente modernos, como a “individualização” e a “racionalização”, que sugerem mudanças ideológicas profundas nas populações visadas. No caso da prevenção de maneira específica, faz parte dessa conversão a “responsabilização” do sujeito no que se refere à saúde, à forma de lidar com o corpo e aos vínculos que passaria necessariamente a ter com o sistema oficial preventivo. A politização dos indivíduos almejada pelo modelo preventivo visa construir bioidentidades, num processo sutil e sofisticado de controle, internalizando a vigilância sobre o corpo e os cuidados a partir dessa “nova consciência política”. (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009, p.139).

É possível perceber alguns elementos desse processo de “SIDAnização” na política preventiva baseada na PrEP, como as noções de individualização, racionalização e a necessidade do sujeito refletir sobre suas práticas sexuais buscando trazer para si hábitos com menos riscos de infecção pelo vírus. A construção da bioidentidade do sujeito que utiliza a PrEP ocorreria por uma constante vigilância de si para com seus hábitos sexuais e um contato frequente com serviço de saúde. O olhar médico passaria a englobar a experiência desse sujeito, e a partir dessa relação o modelo preventivo oficial espera que práticas saudáveis e menos danosas ao indivíduo sejam adotadas. Transformando sua subjetividade e seu modo de lidar e interpretar a epidemia de HIV/Aids.

A consolidação desse projeto biopolítico é um fator fundamental ao analisar uma tecnologia de prevenção como a PrEP, nos quais as intersecções entre sexualidade e saúde são evidentes. O indivíduo é convidado a participar de uma relação de poder onde deve olhar constantemente sua vida sexual em prol de um projeto maior de saúde.

A vigilância epidemiológica, sob esse aspecto, não seria mais externa, tampouco proveniente do aparelho estatal de saúde, mas estaria instalada no interior mesmo dos grupos, principalmente daqueles considerados “vulneráveis” na forma de bioescase. Nas palavras de Ortega, “Trata-se da formação de um sujeito que se autocontrola, autovigia e autogoverna” (2003-2004:15). (PELÚCIO, MISKOLCI, 2009, p. 139).

É possível perceber que o discurso produzido a partir do modelo oficial de prevenção não se restringe ao espaço clínico, ele acaba sendo incorporado pelo sujeito modulando sua subjetividade e incorporando termos desses saberes em suas falas, modos de viver e lidar com a sexualidade. Lupton (2000) destaca que os dispositivos produzidos pela saúde pública acabam sendo incorporados pelos sujeitos, criando noções onde estes adotam determinadas conceitualizações para produzir narrativas que visam boa saúde. No campo do HIV/Aids é perceptível os discursos de prevenção, sexo seguro e risco, sendo que esses termos, inicialmente, foram cunhados dentro do discurso biomédico mas que se difundiram para a população e para o sujeito.

Um ponto é interessante considerar sobre essa relação biopolítica, Foucault (2014c) indica que onde existe poder existe espaços de resistência, mas que essa resistência só pode existir dentro da própria relação de saber/poder. Lupton (2000) salienta que o sujeito mesmo reconhecendo o discurso da saúde pública muitas vezes pode ignorar determinadas sentenças, ou produzir outras interpretações que não são exatamente as mesmas do modelo preventivo oficial. Pelúcio e Miskolci (2009) expõe que dentro da perspectiva do sujeito os dispositivos elencadas pelo saber médico muitas vezes passam por resistência e ressignificações.

Esse ponto é justamente um dos elementos que o capítulo cinco versa, que é observar dentro das narrativas do usuário de PrEP como eles interpretam, lidam, adotam ou ressignificam a política oficial de prevenção. Entretanto, antes de entrarmos nesse ponto é necessário considerar o segundo arquivo analisado nesta dissertação, que é o questionário aplicado junto a populações-chave para o HIV em um evento em Curitiba.



#### **4. O HIV, a Aids e a PrEP: as populações-chave e o discurso oficial de prevenção**

Os dois capítulos finais desta dissertação são compostos pela análise e reflexão do material empírico coletado para resposta da problemática, objetivos e hipóteses norteadoras de nossa pesquisa. Ao todo contamos com dois tipos de objetos: a entrevista com pessoas que utilizam ou utilizaram a PrEP e com um questionário aplicado junto a populações-chave em um evento na cidade de Curitiba.

Neste capítulo iniciaremos os apontamentos pelo questionário, pois o mesmo possibilitou uma entrada na construção do objeto permitindo verificar de forma pontual as percepções e discursos sobre questões relacionadas ao HIV/Aids, prevenção e PrEP elencadas por sujeitos gays e outros HSH, bissexuais, jovens e pessoas travestis e transexuais.

Ter esse primeiro contato foi fundamental para o desenvolvimento dessa dissertação, uma vez que trouxe proximidade com a realidade social e ofereceu material exploratório para o delineamento de questões que seriam melhor aprofundadas dentro das entrevistas semi-estruturadas.

Cronologicamente, os materiais estão separados por cerca de seis meses entre suas execuções. O questionário foi aplicado em dezembro de 2019 e as entrevistas foram realizadas em julho de 2020; esse espaço de tempo possibilitou um olhar aprofundado para o questionário e auxiliou na formulação de problemas e objetivos que foram utilizados nas entrevistas.

##### **4.1. A Percepção de Populações-Chave a Partir dos Questionários**

A atuação que desenvolvi aplicando questionários no projeto Viva Melhor Sabendo trouxe o entendimento de como essa técnica de pesquisa é rica para abordar diferentes pessoas e grupos sociais, permitindo acessá-las objetivando construir um conhecimento dentro de perguntas selecionadas. A partir disso, comecei a pensar formas de aplicar algum questionário para verificar como as populações-chave percebiam questões relacionadas ao HIV/Aids e quais discursos e categorias elencavam em relação ao vírus e a PrEP.

Surgiu a vontade de aplicar questionários em locais onde ocorresse uma concentração desses grupos sociais, em especial a população gay. Pensei em ir até o Largo da Ordem, ou alguma fila de balada, mas a ideia de realizar em grandes eventos mostrou-se mais interessante.

No dia 01 de dezembro de 2019 realizei a aplicação de questionários de palavras livres na Parada da Diversidade LGBTI+<sup>25</sup> de Curitiba. A intenção de realizar essa pesquisa ocorreu por dois motivos: é um evento grande que reúne uma porção significativa de pessoas pertencentes a populações-chave para o HIV e possibilitaria verificar o entendimento desses grupos sobre HIV/Aids e sobre a PrEP, acreditei que seria também uma forma de conhecer pessoas que estivessem utilizando a PrEP para posteriormente realizar as entrevistas com mais profundidade.

A ideia original era de aplicar 100 questionários na Parada e outros 100 questionários na Marcha Pela Diversidade<sup>26</sup>, porém dois fatores impediram a execução dessa estratégia. A primeira delas é a epidemia de Coronavírus que vivenciamos e que cancelou a Marcha que estava prevista para julho de 2020. E o segundo fator foi uma chuva torrencial que caiu no dia da Parada - por volta das 18 horas do dia do evento, quando os carros de som e as pessoas estavam indo em direção ao Palácio Iguaçu houve uma chuva que dispersou todos os participantes, as pessoas tentaram se proteger, eu inclusive, porém foi muito forte o que fez com que o evento acabasse, pois todos se molharam e acabaram retornando para locais secos ou para suas casas.

Mesmo diante dessa situação a pesquisa não foi de todo prejuízo, pois no período de concentração da Parada, na Praça 19 de dezembro, foi possível aplicar 50 questionários – o restante seria aplicado quando a parada finalizasse seu percurso na Praça Nossa Senhora de Salete<sup>27</sup>. E é a partir desses questionários aplicados que refletiremos a seguir.

Antes de iniciar a apresentação do questionário e as respostas obtidas é necessário trazer um parágrafo em homenagem ao ativista Márcio Marins. O Márcio foi um militante histórico da causa LGBTI+ e de povos de terreiro, sua atuação foi variada dentro do movimento social estando presente em diferentes ONGs, conselhos e comitês pautando a diversidade sexual, de gênero e a de culto. Márcio estava como presidente da APPAD e da ONG Dom da Terra AfroLGBTI. No dia 24 de abril de 2020 Márcio faleceu vítima de um AVC, a parada na qual desenvolvi a pesquisa foi à última em que

---

<sup>25</sup> A Parada do Orgulho e Diversidade LGBTI+ é um evento que ocorre em diversas partes do mundo. Em Curitiba a Parada é organizada pela Associação da Parada pela Diversidade (APPAD).

<sup>26</sup> A Marcha pela Diversidade é um evento concebido pelo Grupo Dignidade e outras ONGs parceiras. Foram realizadas três edições e em 2019 eu tive a oportunidade de participar da organização. A experiência de estar presente nesse espaço como organizador foi um grande presente que recebi.

<sup>27</sup> Entre professores e profissionais da educação a referida praça é também conhecida como 29 de Abril em lembrança do dia que o então governador Beto Richa massacrou os manifestantes que lutavam contra a retirada do fundo previdenciário dos servidores públicos.

ele esteve presente. Desde que frequento a Parada o Márcio estava encima do carro de som pedindo organização, falando palavras de ordem, anunciando os shows. Ele com certeza marcou a vida de muitas pessoas e devemos muito a ele pelos direitos que temos e que foram conquistados com muito trabalho. Ao Márcio e sua família, deixo essa singela lembrança.

#### **4.1.1. Apresentação do Questionário e os Discursos sobre HIV/Aids e Prevenção**

Conforme é possível identificar nos apêndices 11 e 12, o questionário é composto por 17 perguntas. As cinco primeiras foram destinadas a traçar o perfil do entrevistado, seguidas por 10 perguntas para identificar questões relacionadas ao HIV/Aids enquanto as duas últimas perguntas foram pensadas para elaborar um quadro com palavras e discursos elencados pelos entrevistados quando pensavam sobre HIV/Aids e sobre a PrEP.

Nesse sentido, como já foi mencionada a aplicação dos questionários era exclusiva à grupos pertencentes as populações-chave, portanto entrevistamos apenas gays, bissexuais, travestis e transexuais. Como já havia essa intenção com relação ao público não destinei nenhuma pergunta referente à sexualidade, houve ocasiões em que abordávamos<sup>28</sup> um grupo de pessoas anunciando a intenção de entrevistar homossexuais e as pessoas falaram que nenhum deles era gay ou bissexual. Pedíamos desculpa e partíamos para o próximo grupo.

A receptividade das pessoas foi muito boa, poucas recusaram e era comum mais de uma pessoa do mesmo círculo de amigos responderem. Quando íamos aplicar nos afastávamos um pouco das pessoas ao redor buscando evitar a indução das respostas. Especialmente nas questões nas quais deveriam elencar palavras ou ideias sobre HIV e PrEP porque era comum o entrevistado pedir dicas aos entrevistadores e nessas ocasiões reiterávamos a necessidade dele falar o que viesse na cabeça, que não era possível que nós disséssemos algo.

Foi espantoso o número de jovens que responderam ao questionário, 31 entrevistados possuíam entre 16 e 25 anos na data do questionário. Isso acaba sendo interessante, pois essa faixa etária vem sendo registrada pela epidemiologia como um dos grupos onde esta ocorrendo um aumento exponencial de infecções pelo HIV. Sendo que dos 19 restantes dois possuem 26 anos, seis possuem 27 anos, dois 28 anos, uma pessoa

---

<sup>28</sup> Para a aplicação dos questionários contei com a ajuda do querido amigo Alexandre Plautz Lisboa, gostaria de agradecer sua disponibilidade e dedicação que executou a pesquisa.

com 29 e 30 anos, duas pessoas em cada faixa etária de 31 até 33 anos e uma pessoa com 36 anos.

Em relação à raça ou cor de pele 27 entrevistados se declararam brancos, 19 pardos, três negros e um amarelo. Sobre a escolaridade e anos de ensino duas pessoas estudaram entre 4 e 7 anos, referente ao ensino fundamental anos iniciais e finais completos, 23 pessoas estudaram entre 8 e 11 anos, ensino médio completo e incompleto e 25 dos entrevistados possuem ensino superior, completo e incompleto, tendo 12 a mais anos de estudo.

Sobre a principal fonte de renda dos entrevistados nos últimos seis meses: 24 possuíam trabalho regular com carteira assinada, nove com trabalho regular sem carteira assinada, sete pessoas trabalhavam por conta própria e 10 possuíam como principal fonte de renda o auxílio de família, parceiro ou amigos.

Em relação à identidade de gênero houve predominância de homens com 46 entrevistados, duas pessoas eram mulheres transexuais e duas eram travestis.

Sobre as perguntas com a temática de HIV/Aids e prevenção, 36 dos entrevistados já realizaram o teste para HIV alguma vez na vida e os outros 14 não realizaram.

A pergunta sobre a PEP, se a pessoa conhecia ou se ela ouviu falar sobre, 30 pessoas conheciam a medicação e 20 pessoas não conheciam. Conforme é possível identificar nos apêndices 11 e 12, as duas perguntas sequenciais a essa eram condicionantes se a resposta sobre a PEP fosse afirmativa. Dessa forma na pergunta sobre se a pessoa acreditava que a PEP poderia funcionar para protegê-la do HIV, das 30 pessoas que conheciam essa forma de prevenção 26 afirmaram que sim e as quatro restantes responderam que não. A outra pergunta era se a pessoa já havia utilizado a PEP e 26 pessoas disseram que não e quatro afirmaram já terem utilizado a medicação para prevenção ao HIV.

A décima pergunta deveria ser respondida por todos, e se referia ao conhecimento da existência da PrEP para prevenir a infecção pelo HIV. Dentre as pessoas que responderam 16 pessoas falaram que sim e 34 apontaram que não conheciam essa tecnologia de prevenção.

Assim como a pergunta sobre a PEP as três perguntas sequências eram condicionantes se a resposta fosse sim, então na pergunta relativa a se a pessoa acreditava que a PrEP funcionaria para prevenção do HIV 12 afirmaram que sim e quatro que não preveniria a infecção.

A décima segunda pergunta era para saber onde a pessoa ouviu falar sobre a PrEP pela primeira vez. Dentre as opções disponíveis seis disseram terem conhecido através de algum amigo, duas por aplicativos de relacionamento, uma pessoa pela internet, duas através de redes sociais, três pelo serviço de saúde e duas responderam a categoria “outro” onde uma pessoa descreveu ter tido o conhecimento através de um panfleto e outra pela sua profissão, visto que era técnico de saúde.

A pergunta seguinte era se a pessoa utilizava ou se já havia utilizado a PrEP e apenas uma pessoa respondeu que sim.

As duas últimas perguntas desse primeiro momento das entrevistas todos deveriam responder. Em relação à pergunta se a pessoa acreditava que o preservativo, a camisinha, funcionaria para protegê-la do HIV, as respostas foram quase consenso 49 disseram que sim; apenas uma pessoa afirmou que não.

A última pergunta era referente ao modo como a pessoa avaliaria o seu risco de ser infectado pelo HIV nos próximos 12 meses. Dentre as opções disponíveis 28 pessoas disseram que seu risco era baixo, oito se reportaram a risco médio e 14 não viam nenhum risco<sup>29</sup>.

Antes de iniciar a exposição dos quadros contendo as palavras, ideias e discursos relacionados ao vírus, a doença e a PrEP é necessário apontar alguns elementos interessantes desse primeiro bloco do questionário. O objetivo de aplicar esse questionário era para verificar como um grupo selecionado percebe questões relacionadas ao HIV e o conhecimento, ou a falta dele, sobre a PrEP ajudando a formular o conjunto de hipóteses da presente pesquisa e contribuindo para gerar mais um arquivo em torno das vivências e narrativas das populações-chave, sobre suas práticas e os discursos sobre HIV/Aids e prevenção.

Um dos aspectos que se mostraram surpreendentes ao computar as respostas foi o número significativo de pessoas que conheciam a profilaxia pós-exposição (PEP), 36 das 50 entrevistadas.

Em relação ao conhecimento sobre a PrEP, confirmou-se algo que eu já estava imaginando, que era o desconhecimento de grande parte das pessoas sobre essa forma de prevenção<sup>30</sup>. É interessante destacar que tanto na PEP quanto na PrEP grande parte

---

<sup>29</sup> Aqui é interessante justificar uma das opções do questionário para essa pergunta, que foi a “Não se aplica” no momento de elaboração das questões foi cogitado a possibilidade de entrevistar alguma pessoa vivendo com HIV/Aids portanto foi acrescentada essa opção para esses casos.

<sup>30</sup> Durante o período em que eu estava realizando as disciplinas obrigatórias do mestrado sempre que os professores realizavam uma rodada de apresentação, no início das disciplinas, eu apresentava minha

das pessoas acreditam que esse modo de prevenção era eficaz para prevenir a infecção pelo HIV.

Comparando ainda a PEP e a PrEP apenas um dos entrevistados que conhecia a PrEP afirmou não conhecer a PEP enquanto dos que conheciam a PEP a maioria, 18 dos entrevistados, disse não conhecer a PrEP.

Pensando ainda outro método de prevenção, o preservativo, o quase consenso da eficácia do material para prevenir a infecção pelo HIV é um indicativo de como a informação sobre essa forma da prevenção se difundiu entre as populações-chave, e para além desse grupo, demonstrando uma confiança nesse método de prevenção.

Conforme será possível verificar no item a seguir, a análise das palavras livres obtidas através da aplicação do questionário possibilitou a formação de um arquivo para compreender o conjunto de representações discursivas que grupos identificados enquanto populações-chave têm em relação ao HIV/Aids, prevenção e sobre a PrEP. A formação desse arquivo é de grande importância para o conjunto de discussões que esta dissertação realiza uma vez que possibilita pensar a vida das pessoas, suas impressões sobre as políticas de prevenção e os sentidos e discursos atribuídos sobre essas práticas.

Ao olhar para esse arquivo, escavar suas camadas, é possível perceber o conjunto de discursos relacionados ao acontecimento que é a PrEP no campo de prevenção ao HIV/Aids. Investigar as palavras-livres contidas no questionário torna viável compreender o modo no qual os discursos verdadeiros funcionam como regimes de verdade que o sujeito é incitado a proferir. Foucault (2014c) afirma a intrínseca relação entre o saber e o poder sendo que a verdade reside dessa relação, ao compreender o arquivo que compõe a genealogia da PrEP não se trata de inventar, anexar, outro discurso, mas, sim, elencar todas as formas de discursos tidos como verdadeiros através de duas condições de existência e seus efeitos políticos, sociais, econômicos e culturais.

Pensando os regimes de verdade sobre a PrEP, o sujeito que fala é aquele que pode conhecer e é legitimado por um conjunto de operações arqueológicas em busca do conhecimento, em busca da verdade. Esse sujeito necessariamente está inserido em uma sociedade e em uma época – com espaço e tempo definidos - no quais as relações de poder guiam o conjunto de formações discursivas, sentidos, sentimentos que são inerentes ao contexto que ele faz parte. Foucault (2016) indica que o sujeito conhece,

---

pesquisa e em sequência perguntava se os colegas conheciam a PrEP e poucas vezes alguém respondeu afirmativamente.

produz a verdade, a partir de regras e de estruturas que constituem uma “rede quase imperceptível de limitações” (FOUCAULT, 2016, p. 229).

A partir da noção de enunciado e regime de verdade é possível compreender o sujeito que fala sobre a PrEP como um sujeito localizado dentro de um conjunto de redes de poder no qual , a partir dessa relação, ele compreende suas práticas de prevenção e estabelece critérios para adoção, ou não, de tais práticas, consolidando, assim, uma maneira de existir, uma ética de si, no campo da prevenção ao HIV/Aids. A formação discursiva sobre a PrEP, por parte dos sujeitos, requer um olhar para esse acontecimento enquanto dispositivos de poder e de saber e é a partir dessa relação que a análise que segue efetua o conhecimento sobre esse acontecimento que é a PrEP.

#### **4.1.2. Análise das palavras-livres do questionário**

Um elemento que merece destaque em relação a essa pesquisa exploratória realizada é referente às duas últimas perguntas onde os entrevistados deveriam elencar palavras e noções que se relacionem com HIV/Aids e com a PrEP. Todos os entrevistados deveriam responder à pergunta sobre o HIV porém a pergunta sobre a PrEP foi destinada apenas à aqueles que responderam ter conhecimento sobre esta medicação.

Foi solicitado que todas as pessoas respondessem cinco palavras que eles relacionassem com HIV/Aids, porém nem todos conseguiram elencar as cinco. Isso já estava sendo previsto, que algumas pessoas teriam dificuldade em responder, porém frisávamos a necessidade de elencar ao menos uma palavra na questão. Desta forma, de 250 palavras que deveríamos ter ao final das 50 entrevistas foi possível captar 208 palavras e discursos que os entrevistados relacionaram com o HIV e com a Aids.

O objetivo da aplicação desses questionários foi de compreender o conjunto de discursos, enunciados, regimes de verdades, processos de subjetivação e sujeição, reflexividade do sujeito que estão relacionados a PrEP e ao HIV/Aids. Analisar o conjunto de palavras elencadas pelos interlocutores torna possível compreender como a PrEP e o HIV/Aids se tornam aspectos da narrativa desses sujeitos, e como, através de um processo reflexivo, eles enunciam e atribuem sentido a esses elementos.

O quadro que segue representa as palavras elencadas em ordem alfabética sem a frequência das respostas uma vez que algumas categorias foram respondidas mais de uma vez por diferentes pessoas e que serão analisadas posteriormente no Quadro 2.



Quadro 1 – Palavras elencadas pelos entrevistados ao pensarem sobre HIV e sobre Aids

Palavras relacionadas ao HIV/Aids		
Ajuda	Febre	Preconceito
Amigo	Ferida	Preservativo
Amor	Festas	Prevenção
Ânus	Forte	Promiscuidade
Autocontrole	Fredy	Psicológico
Bagulho Louco	Mercury	Reconstrução
Bebida	Gay	Relação sexual
Camisinha	Hospedeiro	Remédio
Campanha	Hospital	Respeito
Cazuza	Ignorância	Responsabilidade
Conscientização	Inclusão	Responsabilidade sexual
Continuar a vida	Informação	Risco
Coquetel	Insegurança	Riscos para a vida
Cuidado	Luta	Sangue
Descuido	Macaco	Segurança
Diferente	Medicamento	Sexo
Doença	Médico	Sexo seguro
Dor	Medo	Sexo sem proteção
Droga	Morte	Sofrimento
DST	Mudança de vida	Solidão
Educação sexual	Não tem	Tabu
Erro	Cura	Teste
Estigma	Orientação	Transmissão
Estilo de vida	Perda da vida	Tratamento
Falta de conhecimento	Pessoas	Trauma
Falta de prevenção	Porra	Tristeza
Família	Precaução	Vírus

Fonte: Otávio Costa (2019). Pesquisa de campo.

Ao todo foram elencadas 78 categorias relacionadas ao HIV/Aids. É necessário ainda considerar as palavras que foram utilizadas mais de uma vez, é o que podemos verificar no quadro abaixo.

Quadro 2 – Categorias elencadas mais de uma vez com seu número de frequência

Frequência de palavras relacionadas ao HIV/Aids			
Ajuda	2	Preconceito	3
Amor	4	Preservativo	4
Camisinha	7	Prevenção	11
Campanha	2	Promiscuidade	3
Cazuza	2	Relação sexual	2

Conscientização	2	Respeito	2
Coquetel	3	Responsabilidade	3
Cuidado	7	Risco	3
Doença	23	Sexo	19
Dor	2	Sexo seguro	2
DST	3	Sexo sem proteção	4
Educação sexual	3	Sofrimento	2
Família	3	Solidão	3
Gay	2	Transmissão	3
Informação	3	Tratamento	14
Insegurança	2	Trauma	2
Medo	2	Tristeza	2
Morte	5	Vírus	5
Não tem Cura	2		

Fonte: Otávio Costa (2019). Pesquisa de campo.

Podemos perceber nesse quadro que as categorias com maior frequência de respostas foram doença e sexo, o que demonstra a intensa relação do HIV com a sexualidade. Outras categorias com uma frequência relativamente alta foram cuidado, prevenção e tratamento.

Nas práticas neoliberais a promoção da saúde se expande não apenas no sentido de evitar a doença, naquela ideia de saúde como ausência de doença, mas de propor todo um aparato no qual o sujeito como um todo, todos os aspectos da sua vida, devem ser medicalizados - não no sentido direto do termo, como ingestão de medicamentos, mas, como Lupton (2000) indica, a medicalização do cotidiano social.

O conceito de medicalização da vida, proposto por Foucault (2015a), indica como as práticas de saúde desenvolvidas pelo saber médico produz efeitos disciplinares nos sujeitos e mecanismos de segurança nas populações dentro do cotidiano através de estatutos, normativas, normalizações, patologias e classificações que o sujeito entra em contato e configura formas de interpretar a realidade social.

A questão da medicalização da vida muitas vezes atribui ao indivíduo a responsabilidade de adquirir ou desenvolver determinada doença. No contexto do HIV/Aids essa relação aparece ao indicar que o sujeito soropositivo é uma pessoa com práticas sexuais tidas como perversas, promíscuas, devassas e foi alguém que não adquiriu o cuidado necessário para sua saúde, adotando as práticas preventivas e de cuidado. Vemos isso claramente ao observar as representações e conjunto de ideias atribuídas ao HIV e a Aids nas noções de promiscuidade, cuidado, sexo e

responsabilidade. Ao pensar a infecção pelo vírus como uma falta (falta de cuidado, falta de prevenção) e como um excesso (excesso de parceiros, excesso de sexo) isso demonstra um caráter no qual a infecção pelo vírus é tida como uma questão do indivíduo.

Esses aspectos fazem parte das narrativas de alguns dos entrevistados, esses sujeitos ao compreenderem o caráter infeccioso do vírus e observarem suas práticas sexuais avaliaram seu risco e possibilidade de infecção pelo HIV, e a partir dessa reflexão, dessa técnica de si, assimilaram as possibilidades de adotarem práticas preventivas e de cuidados com a saúde.

Em cada caso, e também em muitos outros, o processo pelo qual problemas humanos tornam-se medicalizados é, antes de qualquer coisa, amplamente ignorado na criação de políticas dirigidas a essas questões. (...) Construções medicalizadas também podem ser fortemente avaliativas (ou seja, sugerem como as pessoas devem se comportar) e resultar em políticas que autorizam o controle social. (CONRAD; BARKER, 2011, p. 208).

A crítica feita através da noção de medicalização da vida indica que ao invés de buscar ações, programas e políticas públicas para resolver determinadas questões que envolvem agravos na saúde, é legitimado um saber médico onde para sanar certas demandas se medicaliza. Ao pensar na epidemia de HIV, a crítica que pode ser feita a PrEP é que ao invés de investir em ações que visem sanar as vulnerabilidades de grupos populacionais onde há maior incidência de infecções por HIV é criado um programa para medicalizar esse público que é tido como alvo para a PrEP. Esse é um fenômeno necessário para considerar e compreender os processos de sujeição da PrEP. Conrad e Barker (2011) indicam, ainda, que a noção de medicalização prioriza ações médicas ao invés de propor iniciativas para compreensão do contexto social no qual certas doenças e agravos da saúde surgem ou são ampliadas.

Parece que temos uma preferência social para tratar problemas humanos como sendo individuais ou clínicos – seja obesidade, abuso de substâncias, dificuldades de aprendizagem, envelhecimento ou alcoolismo –, em vez de tratar das causas subjacentes de problemas sociais complexos e de sofrimento humano. Enxergamos rapidamente as intervenções médicas individuais como respostas logicamente consistentes a nossos problemas. (CONRAD; BARKER, 2011, p.208).

Ao olhar para o conjunto de discursos elencados pelos interlocutores da pesquisa é possível perceber a existência de sentidos, noções e significados que relacionam o HIV/Aids com ações do indivíduo, como as palavras: autocontrole; bebida; descuido; estilo de vida; falta de conhecimento; falta de prevenção; promiscuidade; responsabilidade; risco; risco para a vida; sexo sem proteção; trauma. A maneira pela

qual esses sujeitos representaram o vírus é significativa para compreender os discursos de responsabilização da infecção pelo HIV/Aids, que atribui ao indivíduo a culpa pela sua infecção.

A noção de risco é particularmente interessante para compreender o discurso de responsabilização do indivíduo. Beck (2010) é um importante autor para a compreensão sobre a noção de risco dentro da teoria sociológica, o autor apresenta a noção de modernização reflexiva para pensar a maneira pela qual a sociedade reflete, pensa e busca maneiras de resolver os problemas e riscos produzidos no âmbito da própria modernidade. A noção de modernização reflexiva, portanto, é um conceito que indica a capacidade da própria sociedade - capitalista e industrial - refletir sobre seus próprios riscos como as crises financeiras, o terrorismo e, claro, as epidemias de ordem global.

A contribuição de Beck (2010) é fundamental para conceituar sociologicamente a noção de risco, segundo o autor o risco no âmbito de uma modernização reflexiva é um dos organizadores da sociedade. Para compreender tal argumento é necessário ter em mente que a modernização é pensada enquanto uma noção temporal oposta a um passado tradicional e que prioriza o futuro em detrimento do presente. A preocupação com o futuro é o que coloca a noção de risco enquanto um organizador social é necessário se preocupar com possíveis riscos como os riscos à saúde da população, riscos nucleares, ambientais e econômicos.

Como é possível que as ameaças e riscos sistematicamente coproduzidos no processo tardio de modernização sejam evitados, minimizados, dramatizados, canalizados e, quando vindos à luz sob a forma de “efeitos colaterais latentes”, isolados e redistribuídos de modo tal que não comprometam o processo de modernização e nem as fronteiras do que é (ecológica, medicinal, psicológica ou socialmente) “aceitável”? (BECK, 2010, p.24).

A preocupação da modernidade, a partir de sua reflexividade, requer certa colonização do futuro, processo no qual um conjunto de sistemas peritos - científicos, tecnológicos e industriais - são acionados para mensurar os prováveis riscos à própria modernidade.

Esse fenômeno dos riscos, com foco no seu controle, na sua atenuação, é um efeito, no pensamento de Beck (2010), de nível global uma vez que os riscos ultrapassam as fronteiras dos Estados Nações e confrontam toda a sociedade global com possibilidades de riscos que afetam a tudo e a todos.

Os riscos produzidos pelo processo de modernização não devem ser pensados de forma intencional, a modernização reflexiva nesse processo de produzir e pensar seus

riscos faz um conjunto de investimentos materiais para reduzir essas possibilidades a partir da busca por uma racionalidade científica.

Na passagem para a práxis, as ciências são agora confrontadas com a objetivação de seu próprio passado e presente: consigo mesmas, como produto e produtora da realidade e de problemas que cabe a elas analisar e superar. Desse modo, elas já não são vistas apenas como manancial de soluções para os problemas, mas ao mesmo tempo também como manancial de causas de problemas. (BECK. 2010, p.236).

Pensar a sociedade de risco é pensar uma nova modernidade, onde a especialização é requerida para dar vazão a certos riscos considerados incontroláveis e que surgem a todo momento.

Com base na breve exposição das ideias de Beck (2010) em torno das discussões de risco, é possível perceber que a noção temporal e espacial ganha grande destaque nesse processo de modernização reflexiva. Pensando no contexto dos riscos que uma epidemia representa, como a epidemia de HIV/Aids, é de fundamental importância acionar diferentes esforços, como o técnico-científico, para resolver esse problema que toma proporções globais. A profilaxia pré-exposição surge não apenas como um efeito de avanços científicos na área biomédica, mas também como uma medida necessária para frear os riscos que o vírus do HIV representa. Conforme verificamos no capítulo três, a epidemia de HIV/Aids faz parte da agenda global desde o início do século XXI por essa razão formas, estratégias e mecanismos são necessários para resolver e combater um dos riscos que a própria modernidade produziu - não apenas em seu nível biológico, mas, sobretudo, o social.

Objetivando tornar a análise mais clara para a compreensão dessas categorias é necessário um terceiro quadro separando as palavras por grupos. É possível identificar quatro grupos onde são classificadas as palavras: sexualidade, doença, prevenção e outros. Escolher esses eixos temáticos se deu por verificar semelhanças em determinadas práticas discursivas, tornando possível a reflexão sobre tais categorias selecionadas a partir das narrativas dos interlocutores do questionário.

Quadro 3 – Palavras separadas por grupos de afinidade

	<b>Divisão das palavras</b>	<b>por grupos</b>	
<b>Sexualidade</b>	<b>Doença</b>	<b>Prevenção</b>	<b>Outros</b>
Amor	Ajuda	Autocontrole	Amigo
Ânus	Cazuza	Camisinha	Bagulho Louco
Festas	Continuar a vida	Campanha	Bebida
Gay	Coquetel	Conscientização	Diferente

Porra	Cuidado	Educação sexual	Droga
Promiscuidade	Descuido	Falta de conhecimento	Erro
Relação sexual	Doença	Falta de prevenção	Estilo de vida
Responsabilidade sexual	Dor	Ignorância	Família
Risco	DST	Inclusão	Forte
Sexo	Estigma	Informação	Insegurança
Sexo seguro	Febre	Orientação	Luta
Sexo sem proteção	Ferida	Precaução	Macaco
	Fredy Mercury	Preservativo	Mudança de vida
	Hospedeiro	Prevenção	Pessoas
	Hospital	Responsabilidade	Preconceito
	Medicamento	Sangue	Reconstrução
	Médico	Tabu	Respeito
	Medo	Teste	Segurança
	Morte		
	Não tem Cura		
	Perda da vida		
	Psicológico		
	Remédio		
	Riscos para a vida		
	Sofrimento		
	Solidão		
	Transmissão		
	Tratamento		
	Trauma		
	Tristeza		
	Vírus		

Fonte: Otávio Costa (2019). Pesquisa de campo.

A categoria na qual houve maior número de palavras foi doença. É possível identificar alguns elementos interessantes nessa categoria, existem palavras que fazem alusão a doença em seu caráter clínico como remédio, hospital, medicamento e vírus, porém outras palavras referenciam sentidos que a doença pode ocasionar como trauma, tristeza, dor, estigma, medo e morte. Essa construção discursiva em torno da Aids coloca a infecção como um marco de muito sofrimento, os entrevistados elencaram isso “perda da vida”, “riscos para a vida”, “solidão”, essa morbidade acaba sendo utilizada por um conjunto de metáforas desde o início da epidemia, conforme verificamos no capítulo dois

Sobre a noção de estigma no campo da saúde e doença, Conrad e Barker (2011) indicam a existência de uma categoria social de “doença estigmatizada” uma vez que apenas determinadas enfermidades acionam certos elementos que as tornam um

problema a mais para o sujeito, visto que além dele ter que lidar com o processo de adoecimento deve também ter que encarar o estigma ocasionado por sua doença. As doenças como a hanseníase, câncer, ISTs e, claro, o HIV/Aids trazem uma carga de significados nos quais contrair ou desenvolver tais doenças o caráter negativo do estigma é muitas vezes pior que os próprios sintomas da enfermidade, sendo que grande parte dessas “doenças estigmatizadas” possuem um tratamento eficaz.

O grupo de palavras sexualidade engloba palavras que fazem referência direta ao ato sexual como “ânus”, “relação sexual”, “porra”, “gay” e “sexo”, mas também trazem aspectos moralizantes dessa sexualidade como a noção de “responsabilidade”, “festa”, “risco”, “sexo sem proteção” e “promiscuidade”. A relação do HIV/Aids com uma sexualidade devassa é algo que também faz parte dos discursos que envolvem o vírus, a pessoa que é infectada é vista muitas vezes como responsável por sua infecção uma vez que possui uma sexualidade desviante, com rotatividade de parceiros.

Weeks (1999) aponta a intrínseca relação entre os estudos no campo da sexualidade e o surgimento da epidemia de HIV/Aids, segundo o autor a Aids tornou-se mais do que um conjunto de doenças: ela é uma poderosa metáfora para a nossa cultura sexual. “A resposta à AIDS tem sido vista como um sinal de nossa confusão e ansiedade crescentes sobre nossos corpos e suas atividades sexuais” (WEEKS, 1999, p. 38). Segundo o autor para compreender a sexualidade é necessário ir além da noção corporal e biológica, a sexualidade é mais do que simplesmente o corpo, tem tanto a ver com nossas crenças, imaginações e ideologias quanto com o nosso corpo físico.

Foucault (2014a) afirma que a sexualidade é um dos campos no qual há a maior proliferação do poder a partir da sociedade burguesa. O autor denomina de dispositivo da sexualidade o “conjunto de técnicas móveis, polimorfos e conjunturais de poder [...] e que [...] tem como razão de ser, proliferar, inovar, anexar, inventar, penetrar os corpos de maneira mais detalhada, controlar as populações de maneira cada vez mais global (FOUCAULT, 2014a, p.101). Ao analisar os discursos e enunciados elencados pelos interlocutores sobre a sexualidade é possível compreender a presença de um dispositivo da sexualidade, dispositivo este que é histórico e engloba um conjunto de enunciados de verdade, disposições arquitetônicas, sanções, leis, medidas administrativas e moralidades.

Com base nos autores citados acima é possível perceber que a sexualidade vai além de uma preocupação individual, é uma questão claramente crítica e política. O sujeito do sexo não é apenas guiado pelo seu desejo tido como natural; as crenças,



identidades e comportamentos sexuais têm sido modelados no interior de relações definidas de poder. Weeks (1999) aponta que nós não experimentamos nossas necessidades e desejos sexuais como acidentais ou como produtos da sociedade, esses elementos estão profundamente entranhados em nós como indivíduos. Para o autor as dimensões sociais da sexualidade estão modeladas na junção de duas preocupações principais: a primeira com a subjetividade – quem e o que somos, o que e como fazemos sexo – e com a sociedade – o bem-estar da população.

Foucault (2014a) demonstra a maneira pela qual a sexualidade é um campo fundamental para o exercício do poder, não apenas para o disciplinamento individual, mas para garantir a existência da sociedade como um todo.

Os interlocutores da pesquisa ao serem questionados sobre os sentidos e discursos que atribuem ao HIV/Aids e ao elencarem aspectos que identificam a sexualidade não estão apenas pensando em seu caráter de infecção sexualmente transmissível e sim produzindo um conjunto de enunciados que tornam possível identificar as maneiras pela qual esses sujeitos lêem o HIV pelo campo da sexualidade. Leitura essa que relaciona o HIV com práticas sexuais tidas como perversas, transgressoras, culpadas. A preocupação com o HIV, a partir da análise desse arquivo, está relacionada com a preocupação com a sexualidade.

A categoria de prevenção é interessante, pois surgiram palavras relacionadas tanto com a prevenção oficial, realizada por meio de instituições, quanto a prevenção do indivíduo, podemos perceber isso nas palavras “camisinha”, “campanha”, “conscientização”, “educação sexual”, “informação”, “orientação”, “preservativo” e “teste”, para a prevenção em nível institucional e “precaução”, “autocontrole” e “responsabilidade” para a prevenção em nível individual. É possível entender, ainda, a noção de prevenção como falta, “falta de conhecimento”, “falta de prevenção” e “ignorância”.

A partir dos enunciados elencados é possível perceber as diferentes maneiras pelas quais os interlocutores compreendem o discurso oficial de prevenção. Existe aqui a reiteração de que a infecção pelo HIV ocorre pelo desconhecimento do sujeito individualizado ao não adotar práticas tidas como indicadas para a prevenção ao mesmo tempo em que concebem as relações institucionalizadas das políticas de HIV/Aids. Com base em Foucault (2014a) é possível compreender que o poder não atua através de mecanismos simples de controle, mas sim por mecanismos complexos e superpostos, que produzem dominação, subordinação e resistências de diferentes níveis. Verificar a

dupla relação entre prevenção no nível individual e institucional torna possível a compreensão dos nuances do dispositivo oficial de prevenção e das relações sociais que dele advém. É como Foucault (2014c) coloca que não se trata compreender o poder em seu caráter restritivo, mas sim escavar o conjunto de discursos genealógicos que fazem do poder algo produtivo de relações sociais.

Por fim, na última categoria selecionada para compor o Quadro 3, consta as palavras que não possuem uma categorização muito específica podemos ver uma diversidade de noções elencadas, algumas fazem referência a pessoas do ciclo de convivência de alguém vivendo com HIV, “amigo” e “família”, outras se referem a estilos de vida como “bebida”, “droga” e “mudança de vida”.

A diversidade de termos relacionados ao HIV/Aids demonstra que os discursos e as representações sociais sobre as noções de saúde e doenças podem adquirir múltiplos sentidos no nível do sujeito, ao pensar reflexivamente o indivíduo traz sentido ao processo de compreender o adoecimento.

Giddens (2002a) aponta que a reflexividade a partir de um contexto de modernidade é introduzida na própria base do sistema social, isso acarreta que o pensamento e a ação estão diretamente relacionados entre si. A reflexividade consiste no fato de que as práticas sociais são constantemente examinadas a partir de um conjunto de informações e processos próprios da modernidade como a confiança em sistemas peritos e o risco inerente à vida na modernidade. A autonomia do indivíduo está necessariamente relacionada com os processos de reflexividade que tornam esse indivíduo um agente que pensa e produz ações e relações a partir desse processo.

A aplicação do questionário possibilitou compreender os processos reflexivos realizados pelos indivíduos identificados enquanto populações-chave, saber sobre suas experiências, entendimentos relacionados ao HIV/Aids; as relações de biopoder, historicamente, identificou na população homossexual um grupo que deveria ser submetido à observação e ao controle social, uma vez que o dispositivo da sexualidade traz uma preocupação generalizada com o controle da população o que fez emergir um conjunto de discursos e dispositivos que fez surgir uma preocupação específica com tipos particulares de pessoas que são evocadas e controladas dentro das redes de saber e poder.

Perlonguer (1987) afirma que a Aids configurou um conjunto de relações sociais e biomédicas que possibilitaram a repatologização da homossexualidade. Segundo ele entende, o dispositivo da Aids fez com que esse grupo populacional fosse novamente

controlado e subjugado pelos saberes médicos e psiquiátricos. Weeks (1999) afirma que na medida em que as sociedades ocidentais se tornam mais complexas, a comunidade gay e lésbica têm se tornado uma parte importante da mesma e as mudanças ocorridas através de diferentes disputas no campo social está fazendo emergir a existência de identidades LGBTI+ positivas e que simbolizam cada vez mais a pluralização crescente da vida social e a expansão da escolha individual que essas identidades oferecem.

Os pontos elencados pelos autores são de fundamental importância para escavar o conjunto de representações discursivas que os interlocutores da pesquisa têm sobre HIV/Aids. É possível compreender sim que o HIV faz parte da constituição sexual desses sujeitos, há uma preocupação nas falas desses interlocutores, uma reflexividade, entretanto não se torna possível apenas afirmar que o vírus e a doença são elementos biopolíticos de controle e sujeição. O sujeito homossexual, a partir de uma rede extensa de reflexividade, técnicas de si e processos de subjetivação compreende a existência do vírus e busca formas, a partir desse olhar para si mesmo e da autonomia do eu, de dar sentidos a essas experiências e a esses riscos que a infecção pelo HIV representa.

Passando agora para a pergunta relacionada com as noções discursivas elencadas ao pensar sobre a PrEP, no Quadro 4 consta o conjunto de enunciados relacionados a essa tecnologia de prevenção bem como a frequência em que apareceram nas respostas dos interlocutores.

Quadro 4 - Palavras elencadas, com número de frequência, pelos entrevistados ao pensarem sobre PrEP

<b>Palavras relacionadas à PrEP</b>			
COA	1	Liberdade	1
AIDS	2	Namoro	1
Aplicativo	2	Prazer	3
Camisinha	1	Prevenção	6
Consulta	1	Promiscuidade	3
Cuidado	3	Remédio	2
DST	2	Segurança	1
Escolha	1	Sexo	5
Garoto de Programa	1	Sexo livre	1
Gay	1	Sexualidade	1
Gratuita	1	Sífilis	1
Grindr	1	Teste	1
HIV	1	Transar	3
		Tratamento	

Fonte: Otávio Costa (2019). Pesquisa de campo.

Podemos perceber que algumas palavras se enquadram nas categorias utilizadas para pensar o HIV. Alguns aspectos clínicos também aparecem aqui, como a noção de consulta, remédio, tratamento e COA, que é o local onde realiza a distribuição e acompanhamento da PrEP. É realizado também referência às outras ISTs como a sífilis e a própria noção de DST. Tanto o HIV quanto a Aids são referenciados nas percepções das pessoas quando pensam a PrEP.

Existe um conjunto de palavras relacionadas à sexualidade, “sexo”, “prazer”, “namoro”, “transar”, “gay” e “sexualidade”. O que demonstra certa continuidade em relação às categorias de HIV/Aids uma vez que esses discursos também foram elencados nas percepções sobre o vírus e a doença, mas um ponto interessante é que a PrEP, segundo os entrevistados, possibilita uma dupla percepção: uma com um pólo mais para o negativo, “promiscuidade” e outra mais voltada para noções positivas como “segurança”, “liberdade” e “sexo livre”.

Esse ponto é fundamental para compreendermos como a PrEP configura um novo acontecimento nas redes de poder/saber do HIV/Aids. Existe certa perspectiva ao afirmar que a PrEP está relacionada com promiscuidade, ISTs e contextos de prostituição: os entrevistados demonstram que o estigma da PrEP não está relacionado apenas à doença, mas sim às práticas sexuais desses sujeitos. O sujeito que utiliza a PrEP não está sendo estigmatizado por ser uma pessoa soropositiva, seu estigma, o conteúdo desse estigma, provém de outro lugar que não o processo de saúde/doença.

Percebemos então que mesmo o HIV/Aids também possui essa relação com a sexualidade e as práticas sexuais, o estigma da PrEP se diferencia do HIV na medida em que um seria o responsável pela sua infecção, logo pelo seu adoecimento, enquanto no campo da PrEP provém do fato do sujeito utilizar uma medicação para, supostamente, adotar práticas que o colocariam em risco.

Alguns aspectos desse arquivo serão retomadas no momento em que discutiremos o modo como os usuários de PrEP lidam e interpretam a medicação. Mas é possível indicar que realizar essa pesquisa enriqueceu o entendimento da forma como a PrEP está sendo percebida, nesse caso em um grupo restrito, possibilitando verificar como os discursos estão se formulando em torno dessa tecnologia de prevenção.

## 4.2 As Populações-Chave e o HIV/Aids

A aplicação e a análise dos questionários contribuíram para o conjunto de discussões que esta dissertação efetua na medida em que trouxeram a formação de um novo arquivo para a construção do conhecimento sobre os discursos relacionados ao HIV e a PrEP. Para finalizar a reflexão do presente capítulo é de fundamental importância considerar um elemento imprescindível para a compreensão dos processos de subjetivação dos sujeitos identificados enquanto população-chave no campo do HIV/Aids em sua relação com o discurso oficial de prevenção, que são os conceitos de governamentalidade e de tecnologias do eu apresentadas por Foucault (2008; 2015a).

Foucault (2008) aponta que a governamentalidade é um fenômeno que é ao mesmo tempo exterior e interior ao Estado. Essas táticas de governamentalidade colocam as questões de governo do que deve ser interdito pelo Estado e o que não deve e qual o limite da intervenção e como gerir indivíduos e populações. "Nunca se governa um Estado, nunca se governa um território, nunca se governa uma estrutura política. Quem é governado são sempre pessoas, são homens, são indivíduos ou coletividades." (FOUCAULT, 2008, p.164).

A problemática da população é um princípio fundamental para as táticas que suscitam discursos no âmbito da governamentalidade, é de grande importância desenvolver técnicas, redes de poderes e mecanismos disciplinares e de segurança que possibilitem táticas para a regulação e controle populacional.

A governamentalidade se configura como uma ruptura marcada a partir do fim da Idade Média na forma de gerir o Estado. Dentro da governamentalidade uma nova forma de pensar o Estado e o poder se constituem, agora não mais baseado no poder soberano sobre a vida, mas sim em um governo dos outros. A governamentalidade é caracterizada por um exercício de poder que não provém apenas das instituições, governantes e Estado, mas opera a partir de uma rede extensa e complexa de poderes na qual a população é seu alvo principal.

Governamentalidade moderna coloca pela primeira vez o problema da "população", isto é, não a soma dos sujeitos de um território, o conjunto de sujeitos de direito ou a categoria geral da "espécie humana", mas o objeto construído pela gestão política global da vida dos indivíduos (biopolítica). Essa biopolítica implica, entretanto, não somente uma gestão da população, mas um controle das estratégias que os indivíduos, na sua liberdade, podem ter em relação a eles mesmos e uns em relação aos outros. As tecnologias governamentais concernem, portanto, também ao governo da educação e da transformação dos indivíduos, àquele das relações familiares e àquele das instituições. É por essa razão que Foucault estende a análise da

governamentalidade do outro para uma análise do governo de si: "Eu chamo 'governamentalidade' o encontro entre as técnicas de dominação exercidas sobre os outros e as técnicas de si". (REVEL, 2005, p.55).

Uma das principais técnicas acionadas pelo mecanismo de segurança - dispositivo essencial para a governamentalidade - é a compreensão do desejo. O desejo dentro das relações de poder e de governo se mostra como um aspecto no qual necessariamente os governos devem compreender uma vez que "o desejo é aquilo por que todos os indivíduos vão agir. Desejo contra o qual não se pode fazer nada." (FOUCAULT, 2008, p. 95).

A governamentalidade estabelece a naturalidade do desejo, logo a naturalidade das ações coletivas populacionais, o sujeito, a partir de um conjunto de técnicas de si, observa o desejo como algo estritamente pertencente a ele, entretanto os processos de sujeição definem quais desejos são válidos e a governamentalidade proporciona formas de incitar esse desejo e gestar o desejo de toda a população.

Mas - e é aqui que essa que essa naturalidade do desejo marca a população e se torna penetrável pela técnica governamental - esse desejo, por motivos sobre os quais será necessário tornar e que constituem um dos elementos teóricos importantes de todo o sistema, esse desejo é tal que, se o deixarmos agir e contanto que o deixemos agir, em certo limite graças a certo número de relacionamentos e conexões, acabará produzindo interesse geral da população. O desejo é a busca do interesse para o indivíduo. O indivíduo, de resto, pode perfeitamente se enganar, em seu desejo, quanto ao seu interesse pessoal, mas há uma coisa que não engana: que o jogo espontâneo ou em, todo caso, espontâneo e, ao mesmo tempo, regrado do desejo permitirá de fato a produção de um interesse, de algo que é interessante para a própria população. Produção do interesse coletivo pelo jogo do desejo: é o que marca ao mesmo tempo a naturalidade da população e a artificialidade possível dos meios criados para geri-la." (FOUCAULT, 2008, p.95).

Percebemos que os mecanismos de segurança proporcionados através das técnicas de governamentalidade não operam apenas através da interdição, dizendo não ao desejo, mas sim considerando as práticas de si e como esse desejo pode ser configurado para tornar uma população útil e regulada. No contexto dos questionários, alguns entrevistados indicam a busca pela adesão de tecnologias de prevenção como uma vontade pessoal de evitar a infecção pelo vírus do HIV ou, ao mesmo tempo, como uma forma de dar vazão ao seu desejo seja o sexual ou o de prevenção.

A governamentalidade requer necessariamente a relação do sujeito em seus níveis de sujeição e subjetivação, o governo de si é produzido juntamente com o governo do outro. Compreender a si, seus desejos, sua vida, sua saúde é um dispositivo do poder que a modernidade requer e incita sua produção. Dentro dessa relação com o outro - que pode ser tanto outro indivíduo quanto o conjunto da população - é que o

sujeito se transforma em si mesmo. O desejo pela busca da prevenção é também uma forma de prevenir o outro. A busca pela prática preventiva é uma forma pela qual as técnicas de si compreendem os governos dos outros na busca por usos preventivos para o HIV.

Deleuze (2017) apresenta uma concepção interessante sobre a passagem da sociedade disciplinar, estudada por Foucault (2015c), para uma sociedade de controle. Esse novo tipo de sociedade, novas formas de exercer o poder e a sujeição, é predominante nos tempos em que vivemos. Não se trata mais das disciplinas em ambientes fechados - a escola, o hospital, a fábrica, o presídio - mas um poder cada vez mais generalizado e global que atinge o sujeito em todos os âmbitos de sua vida - a sexualidade, a saúde, os afetos, os prazeres.

Dentro da perspectiva do autor, o conjunto de mudanças ocorridas durante o século XX configurou um outro evento para formulação de subjetividades dentro do sistema capitalista globalizado.

O controle é de curto prazo e de rotação rápida, mas também contínuo e ilimitado, ao passo que a disciplina era de longa duração, infinita e descontínua. O homem não é mais o homem confinado, mas o homem endividado. (DELEUZE, 2017, p.228).

O conjunto de discussões propostas por Deleuze (2017) indicam que dentro da sociedade de controle o exercício do poder não se restringe mais a momentos de passagem como nas sociedades disciplinares - passagem da família à escola, da escola à fábrica e eventualmente o hospital e/ou a prisão - dentro desse “novo regime de dominação” (DELEUZE, 2017) o monitoramento não provém mais da instituição, das instituições, mas perpassa os espaços abertos de forma mais geral.

Para as discussões que a presente dissertação efetua, a noção de sociedade de controle permite verificar um dos elementos que compõem a experiência das populações-chave, a sujeição. Por mais que nas narrativas dos interlocutores a PrEP esteja relacionada com as noções de liberdade e escolha é de fundamental importância, para compreender o todo do uso da PrEP e a experiência do sujeito que adota essa profilaxia, verificar um conjunto de dispositivos biopolíticos e de controle que tornam essa medida preventiva viável e sua adoção enquanto prevenção desejável.

É a partir dessa rede complexa e extensa de poder que a noção de populações-chave para o HIV surge, configurando um novo acontecimento no campo da prevenção ao vírus. O acesso aos interlocutores da pesquisa possibilitou a compreensão do



conjunto de discursos elencados por esses sujeitos para pensar e produzir diferentes relações sociais sobre prevenção, o vírus e a doença.

O capítulo que segue realiza a continuidade das discussões sobre o arquivo e os discursos da PrEP e do HIV/Aids, mas agora tendo como interlocutores pessoas que usam ou utilizaram a profilaxia pré-exposição.

## 5. Narrativas da PrEP: os discursos e sentidos dos usuários

*Sei que estou com Aids.  
Sei o que significa para mim estar com Aids ainda, neste país.  
Vejo muitos morrerem por conta da incúria governamental.  
Morro também por causa disto.  
Morremos todos por isso.  
Afinal, que Aids é esta que adoce este país?  
(Herbert Daniel)*

O quinto e último capítulo desta dissertação está destinado para pensar a narrativa das pessoas que adotam a PrEP enquanto forma de prevenção. Seguindo o objetivo geral da pesquisa, que é compreender o conjunto de discursos e dispositivos entorno da PrEP é de fundamental importância verificar o modo como os usuários de PrEP atribuem sentido ao uso dessa medicação, suas principais motivações em aderir-la, seu caráter reflexivo sobre as políticas e práticas de prevenção bem como o conjunto de técnicas de si acionados a partir da adoção desta tecnologia e prevenção ao HIV.

Com a finalidade de construir um conhecimento sociológico, conforme indicamos na introdução e no capítulo quatro, foram utilizados um conjunto de materiais empíricos que compõem o arquivo da PrEP analisados para a fundamentação desta pesquisa.

O enfoque qualitativo da presente dissertação possibilita ampliar a discussão sobre a adoção da profilaxia pré-exposição tomando como base a experiência e as narrativas dos usuários. As duas pesquisas que visam analisar os processos subjetivos das pessoas que aderem a PrEP enquanto forma de prevenção utilizaram ou fontes ou técnicas e métodos de pesquisa diferentes dos que estão sendo efetuados dentro dessa dissertação. Bezerra (2018) analisa comentários em sites e blogs sobre a PrEP buscando observar as práticas e sentidos relacionados à sexualidade desses sujeitos, Hoagland (2016) realizou uma pesquisa quantitativa com base em dados clínicos e laboratoriais levantados a partir do projeto PrEP Brasil, desenvolvido pela Fiocruz, no período anterior a disponibilização da PrEP pelo SUS enquanto a medicação estava em sua fase de testes.

Nesse sentido, é possível perceber a potencialidade dos dados obtidos e analisados dentro desta dissertação uma vez que ao utilizar a metodologia qualitativa a construção do conhecimento ocorre a partir da entrevista semi-estruturada com pessoas que utilizam ou utilizaram a PrEP.

A discussão que segue, neste capítulo, apresenta a construção desse campo de pesquisa – como ocorreu o contato com os interlocutores, as ferramentas utilizadas por uma pesquisa em formato *online* e as implicações desse tipo de pesquisa. Segue discorrendo sobre as técnicas de pesquisa das entrevistas semi-estruturadas e suas funções básicas. Após esses dois momentos, é apresentado o perfil dos entrevistados destacando informações como raça, escolaridade, sexualidade e o tempo em que está utilizando a PrEP bem como a exposição de seus principais motivos para aderir a esta tecnologia de prevenção.

Esse primeiro momento é de fundamental importância para situar a discussão sobre o contexto dos entrevistados bem como a maneira pela qual ocorreu a construção desse terceiro arquivo sobre a PrEP, que é a análise das narrativas e discursos dos usuários de PrEP. Nesse sentido, o último item do presente capítulo está destinado a compreender os aspectos relacionados ao uso da PrEP, a compreensão por parte dos entrevistados sobre os discursos oficiais de prevenção, as suas relações com o campo da sexualidade e verificar, a partir de suas falas, os processos de subjetivação e sujeição desses sujeitos no que tange a profilaxia pré-exposição.

### **5.1. Implicações a partir do campo de pesquisa**

Desde o início de nossa graduação somos ensinados que a pesquisa em ciências, sociais em sua grande maioria, requer um contato com o empírico, é a partir desse contato com o campo que conseguimos desenvolver nossos objetivos, hipóteses e problemáticas de pesquisa. Sabe-se que essa categoria de pesquisa empírica engloba um conjunto diferente de objetos e interlocutores para desenvolvimento de nossas pesquisas - podemos observar documentos, entrevistas, realizar observações e práticas etnográficas, relatórios de políticas, indexações de periódicos. No formato que a presente pesquisa foi desenhada requeria realizar entrevistas com pessoas que usam ou usaram PrEP, buscando elencar, no conjunto de suas narrativas, percepções sobre HIV/Aids, motivações para adesão à PrEP e como adotam, ou não, as proposições do modelo oficial de prevenção elencados pela política nacional de HIV/Aids. Ocorre que desde o início do ano de 2020 o mundo está vivenciando uma grande epidemia, de outro vírus, que requereu de toda a população o isolamento social e medidas de quarentena para controle da propagação do COVID-19.

Essas novas medidas afetaram diretamente as pesquisas que estavam em andamento, foi necessário buscar outras estratégias para obtenção dos dados empíricos

para nossas análises. Durante todo o ano de 2020 realizamos reuniões em nossa linha de pesquisa em Gênero e Sexualidade onde compartilhávamos estratégias de entrevistas *online*, formas de gravar áudio e vídeo, ferramentas para efetuar os encontros e meios digitais para dar andamento às atividades. A ideia inicial, anterior a pandemia, era a de realizar entrevistas semi-estruturadas com usuários de PrEP, as entrevistas seriam feitas presencialmente em local que melhor ofertasse as condições mínimas para uma boa conversa, como lugar silencioso, discreto e sem intervenções de terceiros. A pandemia impôs um novo formato, mantivemos a metodologia de pesquisa semi-estruturada, porém todas as entrevistas foram realizadas de forma *online*.

O desafio de efetuar esse tipo de entrevista em formato *online* coloca questões que fogem da competência do pesquisador. É possível elencar dois tipos de problemáticas que interferiram na hora de realizar as entrevistas, a primeira de ordem técnica e a segunda de elementos que dizem respeito ao ambiente do entrevistado e do entrevistador.

As questões de ordem técnica referem-se às falhas na internet, nas quais a flutuação dos dados impedia a comunicação de forma fluida, muitas entrevistas, conforme veremos ocorreram através de ligação telefônica, então aconteceram cortes na chamada, ligações que caíram e foi necessário retornar, um dos entrevistados, inclusive, precisou pausar a entrevista para encontrar o carregador de celular.

O segundo tipo de desafio diz respeito às questões do ambiente do entrevistador e dos entrevistados, no meu caso contei com a colaboração dos meus familiares então quando eu estava realizando entrevistas pedia para não ser interrompido, para que evitassem conversas muito altas – que, particularmente é um costume na família – que não ligassem aparelhos de som ou outros eletros-domésticos que gerassem barulhos contínuos, como aspirador de pó. Porém, não há como solicitar colaboração da vizinhança então as entrevistas que ocorreram durante o dia possuem barulhos de criança, carros e motos. Particularmente, existe um vizinho que anda em alta velocidade na rua de casa e a moto dele faz muito barulho, em sete das onze entrevistas realizadas foi necessário interromper por alguns segundos o entrevistado para que a moto pudesse passar e conseguíssemos voltar a nos escutar.

Os problemas com o ambiente dos entrevistados também seguiram a mesma lógica, mas com algumas outras particularidades, antes de iniciarmos a entrevista era indicado que houvesse um ambiente tranquilo e sem pessoas próximas uma vez que algumas perguntas podem ser consideradas como íntimas. É necessário indicar que a

maioria dos entrevistados seguiu essa indicação, mas houve barulhos externos vindo deles, o que também obrigava a interromper brevemente a conversa. Algumas particularidades chegam a ter um tom cômico como quando o cachorro de um dos entrevistados fugiu e ele precisou sair correndo atrás, fiquei por cerca de cinco minutos aguardando-o e, ao retornar ele estava ofegante. Um dos entrevistados realizou a entrevista enquanto dirigia, outro enquanto caminhava, e, em uma das entrevistas o entrevistado clicou para mutar a ligação o que silenciou por alguns instantes a chamada.

Essas interferências são elementos que dificultaram a realização, mas que não impediram que ela ocorresse. A qualidade dos dados e a intensidade da entrevista se mantiveram, mas é interessante observar e apontar os possíveis desafios que a entrevista em formato *online* e remoto coloca para o pesquisador.

As entrevistas que compõem a presente discussão ocorreram entre os dias 21 e 29 julho de 2020. Durante esse período realizamos dez entrevistas, a décima primeira entrevista foi realizada cerca de dois meses depois. Sobre ela comentaremos posteriormente.

Para inserção no campo e obtenção dos interlocutores da pesquisa utilizamos o aplicativo Grindr®, que é um aplicativo de geolocalização voltado para gays e outros homens que fazem sexo com homens. A escolha desse aplicativo não ocorreu de forma aleatória, o Grindr® é um aplicativo muito utilizado por homens que desejam conversar e encontrar outros homens para amizade, relacionamento e/ou sexo casual. O aplicativo funciona como uma espécie de rede social onde é possível criar seu perfil colocando fotos e trocando mensagens instantâneas com outros usuários que estiverem nas proximidades.

Ferreira e Miskolci (2020) realizaram análise de perfis de usuários de um aplicativo semelhante, o Hornet®. Segundo os autores a pesquisa neste tipo de mídia digital possibilita observar permanências e rupturas de uma nova economia sexual onde o *online* e *offline* se misturam na busca por eventuais parceiros amoroso e/ou sexuais.

Ambos os aplicativos, Grindr® e Hornet®, possibilitam ferramentas nas quais o usuário pode se caracterizar com algumas informações objetivas como: peso, altura, cor da pele, quanto subjetivas como posição sexual – se ativo, passivo, versátil – o tipo de homem que o atrai – urso, mais novos, mais velhos, negros – além de possibilitarem a realização de uma descrição livre em seus perfis.

Devido ao formato e à estrutura arquitetural do aplicativo, que permite uma maior caracterização das informações, as quais buscam definir imagética e

subjetivamente seus usuários materializando-os como um perfil on-line. A partir deste ponto, conseqüentemente, há a convergência de características objetivas e subjetivas, em que as primeiras podem ser sintetizadas nos descritores de “raça/ cor”, “altura”, “idade” e “peso”, já pré-configurados nas plataformas digitais, levando seus usuários a escolherem dentre as opções aquelas que melhor correspondam às características físicas e corporais, preenchendo seus perfis com dados de si e atribuindo materialidade à sua persona digital. (FERREIRA; MISKOLCI, 2020, p. 1004).

A escolha pelo Grindr®, em detrimento dos outros aplicativos, é que ele possui uma opção onde o usuário pode descrever seu “status HIV” sendo que oferece as seguintes opções: “Positivo”, “Positivo, não detectável”, “Negativo”, “Negativo, usando PrEP”, além de possibilitar elencar a data do último teste para detecção do vírus<sup>31</sup>. Ter essa opção possibilitaria identificar quem está utilizando a PrEP e permitiria uma abordagem apresentando a pesquisa e seus objetivos.

O Grindr® opera através do sistema de geolocalização do aparelho de celular, através dessa funcionalidade nos é mostrado os 50 perfis de usuários próximos do local onde estivermos. Só é possível iniciar uma conversa com aqueles que estiverem próximos de nós. Sabendo desta limitação foi necessário utilizar outro aplicativo de celular para simular a localização, por meio deste outro aplicativo pude colocar a minha localização em diferentes regiões de Curitiba, no período utilizado simulei a minha localização em oito bairros da cidade.

Utilizando a tecnologia para fins de pesquisa criei um perfil com o objetivo de divulgar a pesquisa e solicitar a participação de pessoas que usam ou utilizaram a PrEP. Conforme é possível verificar no Apêndice 13 o perfil utilizado está composto por uma foto nítida de rosto, a idade, gênero, e o status de HIV. Buscando tornar o perfil chamativo e objetivo para a finalidade que estava proposto foi criado uma breve definição onde me apresentava, incluindo o vínculo institucional, e elencava um dos objetivos da pesquisa.

Em torno de pouco mais de uma semana que o perfil esteve conectado recebi 127 mensagens, que podem ser divididos entre quatro tipos principais de comunicação: Grande maioria dos usuários do aplicativo estava curiosa em relação à pesquisa, um número significativo oferecendo sua opinião sobre a PrEP, alguns se disponibilizando a

---

<sup>31</sup> É necessário apontar que nenhuma informação é considerada obrigatória para criação do perfil. Uma pessoa pode simplesmente não selecionar nenhum desses definidores, como idade, peso e raça. O uso de foto do perfil também não é obrigatório, muitos usuários colocam apenas partes do corpo como foto de perfil – pernas, peito, pé. Porém, o aplicativo não aceita fotos que contenham nudez. No item status HIV é possível criar um lembrete para quando se deve realizar a nova testagem, bem como a existência de um link para uma espécie de “FAQ” onde o usuário pode ter acesso a informações básicas sobre o HIV e a Aids.

realizar a entrevista. Recebi 23 mensagens desse tipo, mas apenas dez de fato responderam as mensagens no horário que combinamos para efetuar a entrevista – e houve um número pequeno de interessados em verificar se o perfil estava ali apenas para a pesquisa, se não seria possível realizar encontros afetivos e/ou sexuais.

É interessante, para a construção do texto, trazer algumas considerações a respeito dos tipos de mensagens que foram recebidas. Em relação às pessoas interessadas em realizar encontros sexuais e/ou afetivos foi frisado que objetivo era apenas para fins acadêmicos, mas isso não impediu, alguns dos usuários, de continuarem o comportamento cortês enviando fotos íntimas, a localização de onde estavam, ou realizando perguntas pessoais. Quando isto ocorria, era encerrada a comunicação deixando o usuário sem resposta. Meirlez (2006) aponta que a pesquisa de campo que possui interfaces com a sexualidade coloca alguns desafios para o pesquisador como, por exemplo, ele ser questionado sobre as suas intenções naquele contexto de interação sexual, se não está buscando outra coisa além da pesquisa. Em alguns momentos fui questionado se eu era gay, um dos entrevistados afirmou em conversa que apenas cederia à entrevista se eu também fosse gay, pois não se sentiria confortável falando de questões envolvendo PrEP e sexualidade com um homem heterossexual.

Nas mensagens de pessoas curiosas com a pesquisa a conversa fluía tranquilamente, respondia suas perguntas e ao final perguntava se elas conheciam alguém que utilizou PrEP para indicar. Dos que responderam afirmativamente nenhum retornou o contato. Houve seis pessoas que vieram retirar dúvidas sobre a PrEP, alguns interessados em aderir a esta forma de prevenção, as questões giraram em torno da eficácia da medicação, de como ela funciona, onde iniciar o tratamento e se havia algum custo para aderir. Três pessoas que enviaram mensagem perguntando sobre a pesquisa eram soropositivas, com elas a conversa também girou em torno de aspectos da intimidade, sobre há quanto tempo sabem de sua sorologia e como lidam com esse aspecto de suas vidas.

Antes de iniciar a apresentação de como ocorreu o contato com pessoas que usam ou usaram a PrEP é interessante apontar a percepção de alguns usuários do Grindr® sobre a profilaxia pré-exposição. Os trechos que seguem abaixo podem ser verificados nos Apêndices 14 a 19, para garantir a integridade dos usuários o nome do perfil, com a foto, foi cortado. Cada parágrafo representa as mensagens recebidas de um usuário.



Usam prep<sup>32</sup> para poderem leitar rsrs e nem sei se usam mesmo ou só desculpa para fazer bare.

Otávio bom dia! Nunca usei o PrEp! Porém ouvi a respeito que é uma medicação experimenta a ser usada por profissionais do sexo (garotas de programa e garotos de programa). Afim de reduzir os riscos de contaminação, visto que os mesmos terão uma elevada quantidade de parceiros e parceiras. Não sei os efeitos no organismo se usado por longo período, porém é evidente que deve ter algum efeito. [...] Já transei com caras que usam, sem usar preservativo, após exames não tive nenhum caso de DST, porém usei medicação profilaxia PEP após a exposição. Por precaução. [...] se fosse profissional do sexo usaria.

No caso se eu tomasse sentiria mais “segurança” porém tive medo dos efeitos colaterais ou sei lá, pq por não ter parceiro fixo, as vezes... acaba acontecendo um descuido... aí vem aquela preocupação, neura, etc... enfim alguns que conheci e perguntei, era para transar sem preservativo mesmo de boa sem esse risco (apesar das outras dsts).

Eu acredito que vc é uma pessoa esclarecida e sabe que o tema comporta diversas discussões. Eu não uso e tenho minhas opiniões sobre o PreP. Acho que o acesso deveria ser controlado e não facilitado. Muita gente usa porque é gratuito e isso vai ao encontro da irresponsabilidade de muita gente.

No mínimo para fazer sexo sem proteção. Ou para se sentir mais seguro mesmo com proteção. É o que eu acho. E tomaria se não tivesse que me expor para isto.

Não uso. Mas usaria caso fosse fazer sexo desprotegido. [...] Acredito que elas se sintam mais protegidas do HIV, porém muitos acham que não pegariam outras doenças, o que não é verdade. (Otávio Costa, pesquisa de campo, 2020).

É interessante perceber alguns aspectos das mensagens recebidas, quatro das mensagens afirmam que o interesse das pessoas em utilizar a PrEP é para manterem relações sexuais sem o uso do preservativo.

A primeira mensagem utiliza duas categorias que podem ser consideradas êmicas, leitar expressa a noção de ejacular no parceiro sem uso do preservativo e bare diz respeito à prática de *barebacking*<sup>33</sup> que é manter relações sexuais também sem o uso do preservativo. É interessante que nessa mensagem existe a desconfiança de que de fato a pessoa utiliza a PrEP ou apenas está interessada em manter relações sexuais sem camisinha. Essa desconfiança do outro frente ao uso de PrEP apareceu em algumas entrevistas, conforme verificaremos adiante.

A segunda mensagem expressa à noção de que a PrEP é destinada aos profissionais do sexo, uma vez que possuem alta rotatividade de parceiros sexuais. O usuário indica que faz uso da PEP ao manter relações sexuais sem camisinha, demonstrando possuir conhecimento dos componentes da prevenção combinada. A

---

<sup>32</sup> A grafia segue conforme a pessoa enviou a mensagem, não houve correção do conteúdo recebido

<sup>33</sup> Existe uma ampla discussão em torno das práticas *barebacking* em sua relação com a possibilidade de infecção pelo HIV, Silva (2009) indica que o termo *barebacking* surge no contexto de interações sexuais de gays norte-americanos e significa algo como “montar sem cela” em referência ao não uso do preservativo. Segundo o autor, a partir de suas pesquisas, os praticantes de *barebacking* se preocupam com a possibilidade de soroconversão ao HIV, mas adotam essas práticas na busca por sensações e prazeres que, para esses sujeitos, são adquiridos através de práticas sexuais sem a camisinha.

terceira mensagem demonstra que o sexo sem preservativo é tido como um descuido, a quarta demonstra como irresponsabilidade. Essas categorias nos são interessantes, pois estão presentes no questionário de palavras livres apresentado no capítulo anterior, a PrEP elenca percepções e discursos de irresponsabilidade, o HIV engloba as noções de falta de cuidado. Há também as categorias de segurança, presentes na quinta e terceira mensagem, esta concepção é um dos elementos inerentes da modernidade caminhando juntamente com o risco. A PrEP seria uma forma de trazer segurança ao indivíduo, conferindo formas seguras de vivenciar sua sexualidade evitando o risco de infecção pelo HIV.

Esta quinta mensagem também demonstra que existem pessoas que não aderem a PrEP pelo fato de não exporem publicamente seu desejo homossexual, o usuário diz que gostaria de aderir à medicação se não tivesse que se expor.

Mas é possível perceber que o tom que rege as mensagens recebidas indica a relação direta entre a PrEP e o sexo sem uso do preservativo. De fato este aspecto foi elencado nas entrevistas realizadas, mas, não é o fator definidor para uso da PrEP. Existem outros elementos que os usuários da medicação elencam em suas narrativas, nas entrevistas, para relacionar com as principais motivações de adesão ao medicamento.

É interessante pensar essas mensagens recebidas a partir das ideias elencadas por Giddens (2002a) sobre as noções de desconfiança e risco e práticas sociais no âmbito da modernidade. A partir das propostas indicadas pelo autor percebemos que a sociedade no contexto de uma modernidade reflexiva tanto produz quanto busca compreender seus riscos, nesse processo o indivíduo ao compreender e se confrontar com os riscos inerentes a modernidade partindo de um processo de agenciamento e de reflexividade aceita viver, exercer sua liberdade e as intervenções de possíveis riscos que ele tenha contato.

Essa relação do indivíduo com os riscos produzidos pela modernidade configura um projeto reflexivo sobre si mesmo onde a coerência de suas narrações bibliográficas, apesar de sua contínua revisão, tem lugar de existência no contexto das múltiplas possibilidades filtradas através dos sistemas peritos e abstratos. Ao se confrontar com o risco que a epidemia de HIV/Aids representa o indivíduo necessariamente reflete sobre os potenciais riscos que o vírus e a doença caracteriza para a sua vida, a sua bibliografia, e ele faz isso através de processos de confiança em sistemas peritos como os saberes médicos, políticos e institucionais. No contexto de sexualidades tidas como dissidentes

(PELÚCIO; MISKOLCI, 2009), como a homossexual masculina, essa reflexividade dos riscos do HIV é acrescida por conta da estreita relação entre a epidemia e essas práticas sexuais. Diante desse risco, que é a infecção pelo HIV, o sujeito através dos processos reflexivos cria categorias para a coerência as suas narrativas bibliográficas acionando para si sistemas peritos e abstratos; nesse caso, das mensagens recebidas por pessoas que não utilizam a PrEP percebemos que há uma capacidade reflexiva no qual esses indivíduos formulam suas opiniões sobre esta tecnologia de prevenção.

Ainda sobre Giddens (2002a) em sua teoria da dupla estruturação o autor demonstra que existe uma dualidade da estrutura e dos atores. Os parâmetros visíveis das relações sociais são um elemento pertencente à modernidade e que ao indivíduo tomar consciência de tais parâmetros reproduzem em suas ações certos aspectos e rompem com outros.

Pensar a relação entre indivíduo e sociedade, através das proposições de Giddens (2002a), é particularmente interessante para a construção de conhecimento que esta dissertação realiza uma vez que o autor considera as práticas sociais como modos que são produzidos e reproduzíveis nas condutas dos indivíduos e por sua vez, se produz na sociedade. Nesse sentido, é possível afirmar, com base no autor, que as instituições e sistemas só existem na medida em que estão ligadas as razões, motivações das pessoas e vice versa.

Com base no exposto, quando as noções de risco e segurança ou de cuidado e falta de cuidado são acionadas para pensar a PrEP, o indivíduo não está apenas expondo sua impressão sobre um programa de prevenção ao HIV, mas sim relacionando um conjunto de práticas sociais que são produzidas, reproduzidas e reproduzíveis dentro da própria sociedade nesse contexto de modernidade.

Retomando a discussão das mensagens recebidas no perfil do pesquisador, em relação às mensagens de pessoas interessadas em colaborar com a pesquisa por meio de suas entrevistas recebi ao todo 14 mensagens de pessoas que usam ou utilizaram a PrEP. Mas apenas dez de fato responderam no horário que havíamos combinado. É interessante relatar que eu já conhecia três entrevistados, o que se devia a minha atuação no Grupo Dignidade, este foi o caso da décima primeira entrevista, realizada meses após as outras, onde o entrevistado enviou uma mensagem em minhas redes sociais particulares manifestando interesse em colaborar com a entrevista.

Durante o tempo em que estive utilizando o Grindr® para fins da pesquisa não enviei mensagem para ninguém, todas que foram recebidas, independente do conteúdo

da comunicação, partiram das pessoas. Isso se aplica aos entrevistados, todos enviaram mensagens perguntando sobre a pesquisa e manifestando interesse em participar. No caso de algumas entrevistas agendávamos horário para realizar a conversa, outras ocorriam no mesmo momento em que trocávamos mensagens.

Para todos os que manifestavam interesse, e disponibilidade, em participar da pesquisa era ofertado às seguintes formas para conversarmos: vídeo-chamada por WhatsApp, ligação de celular, reunião *online* através do Google Meet, Skype ou Zoom. Dez dos onze entrevistados preferiram realizar a entrevista através de ligação de celular, um dos entrevistados afirmou enfaticamente que apenas cederia a entrevista se fosse por este meio.

Esta questão colocou para a pesquisa um elemento interessante, de grande parte dos entrevistados sequer consegui ver o rosto – em seus perfis no Grindr® havia apenas fotos de partes do corpo em especial peito e pernas. Ocorreu quase que um evento de desidentificação, onde conversamos e possibilitaram acesso a informações íntimas de suas experiências, expuseram aspectos de suas sexualidades, medos, desejos e anseios, mas o rosto, característica básica de identificação do sujeito, acabou não aparecendo na pesquisa.

Mas essa questão não torna as entrevistas inválidas, ou menos densas, é possível identificar pela voz momentos de tensão, piadas, pausas para reflexão, incertezas e pontos que consideraram delicados. Um dos entrevistados, o Fernando, afirmou ao final da conversa: “Gostei da entrevista, nunca comentei coisas desse jeito.”

Antes de iniciarmos a entrevista foi garantido aos participantes que não ocorreria nenhuma forma de identificação deles, deste modo todos os nomes foram alterados. No momento em que iniciava a gravação também solicitava autorização prévia e reiterava o pedido no momento em que iniciava a captação do áudio.

Dois entrevistados solicitaram o áudio da entrevista, um ao final dela e outro dois dias depois que havíamos conversado. Um dos entrevistados requereu a transcrição da entrevista. Os áudios foram enviados no momento da solicitação e a transcrição algumas semanas depois da entrevista.

Muitos dos entrevistados se dispuseram a participar por acreditarem que ninguém, ou poucas pessoas, aceitariam a proposta. O que no campo se mostrou o contrário, houve excelente recepção e isto se evidencia no número alto de mensagens que o perfil recebeu em poucos dias em que esteve em uso.

Realizar a pesquisa no Grindr® acabou trazendo um perfil muito específico de participantes que são homens solteiros ou em relacionamento aberto<sup>34</sup>. Não há nenhuma experiência feminina, de pessoa transgênera ou de pessoas em relacionamento fechado.

É interessante observar que de início alguns entrevistados utilizaram uma linguagem “polida”, com muitos termos técnicos, quando isto era percebido no contexto da entrevista era enfatizado que falassem com “suas palavras”, que não estava ali para avaliar suas vidas e experiências e sim compreender as relações de suas narrativas com as temáticas propostas. Essa estratégia se mostrou de grande eficácia, um dos entrevistados após ser orientado a falar como se sente, explorou muito mais as perguntas, trouxe aspectos de sua vida sexual sem grandes pudores e permitiu maior liberdade em nossa entrevista.

Antes que iniciarmos a apresentação do perfil dos entrevistados, e posteriormente a análise das entrevistas, se faz necessário considerar alguns aspectos de metodologia e técnicas de pesquisa – em especial sobre a entrevista semi-estruturada – bem como apresentar o questionário utilizado como norte para nossa atuação.

## **5.2. Instrumentos de Pesquisa para Execução das Entrevistas**

Para que seja possível atingir os objetivos dessa pesquisa a opção metodológica feita foi à realização de entrevistas semi-estruturadas com pessoas que fazem, ou fizeram, uso da PrEP. A partir do contato com esses sujeitos é possível obter informações tanto sobre este medicamento quanto de questões mais gerais envolvendo HIV/Aids, prevenção e sexualidade. A entrevista, enquanto um processo reflexivo, proporciona para o pesquisador uma oportunidade única de coletar informações em primeira mão para posterior análise. Deste modo, estabeleceu-se cinco eixos para realização das entrevistas: compreensão das motivações que levaram os sujeitos a aderirem a PrEP, percepções dessas pessoas sobre o HIV/Aids e prevenção, opiniões sobre o andamento das políticas públicas em HIV/Aids, questões referentes a interferência da PrEP em seus hábitos e práticas sexuais e o modo como percebem o “modelo oficial de prevenção” adotando suas medidas ou reconfigurando as recomendações em suas práticas.

---

<sup>34</sup> Relacionamento aberto é uma relação conjugal ou de namoro onde os participantes em comum acordo estabelecem a possibilidade de manterem relações afetivo-sexuais com outras pessoas. O relacionamento onde não há esta possibilidade é considerado relacionamento fechado. Esta terminologia, pelo que percebo, é algo muito recente e não cabe aqui explorar sociologicamente determinada concepção, pois não se trata do objetivo da pesquisa, mas cabe explicar seu termo em nota uma vez que retornará no momento de exposição das ideias de nossos interlocutores.

Vemos que a entrevista enquanto uma metodologia e um processo de pesquisa possibilitam entendimento sobre biografias, experiências, opiniões, valores, aspirações, atitudes e sentimentos. Richardson (2012) apresenta quatro tipos de entrevista: a estruturada, semi-estruturada, focalizada ou não estruturada e os grupos focais, o autor aponta que é possível fazer uma mistura entre esses tipos de entrevista e não necessariamente focar em apenas uma. Devido ao formato da presente pesquisa caberia aqui a uso da entrevista semi-estruturada e da focalizada. O primeiro método possui perguntas especificadas, porém o pesquisador pode ir além delas deste modo mesmo existindo perguntas padronizadas tende a prevalecer o diálogo com o entrevistado. O autor prevê que é possível esclarecer uma resposta de modo que não fique nenhuma ambiguidade e também solicitar uma maior elaboração de determinadas respostas.

O segundo tipo de entrevista é a focalizada ou não estrutura, segundo o autor utiliza-se esse método para compreensão de biografias e histórias de vida real, ela é marcada por possuir um caráter aberto com uma profundidade qualitativa, pois permite que os entrevistados falem a partir de suas estruturas de referência. Seria possível seguir esse método dentro desta pesquisa justamente pelo interesse em compreender alguns elementos da vida dos entrevistados, como verificar percepções sobre o HIV/Aids e aspectos das suas práticas sexuais buscando indagar se o uso da PrEP modificou seus hábitos de alguma maneira.

Outra autora que elenca elementos importantes para a pesquisa social, agora abordando diretamente a área da saúde, é Minayo (1999). A autora busca em seu livro trazer uma proposta teórico-metodológica para a abordagem qualitativa das relações sociais no campo da saúde, apontando a especificidade deste campo justamente por possuir uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos.

Nessa perspectiva a saúde não é uma área separada da realidade social dependendo assim do contexto no qual é produzida, é preciso ter em mente, portanto, que o conceito sociológico de saúde leva em consideração as dimensões estruturais, políticas e histórico-culturais no qual foram elaboradas. Deste modo a autora ressalta que “qualquer ação de tratamento, de prevenção ou de planejamento deveria estar atenta aos valores, atitudes e crença dos grupos a quem a ação se dirige.” (MINAYO, 1999, p.16).

Um ponto importante abordado pela autora é sobre a representação social da saúde e da doença, é preciso considerar que estas temáticas repercutem tanto no corpo quanto no imaginário social. Desta forma, se faz necessário indagar como estes atores

sociais interpretam determinadas questões, buscando verificar quais elementos elencam em suas falas; esse argumento da importância da fala a autora retoma em outro momento do livro para ressaltar que na entrevista o pesquisador obtém informações e interpretações a partir da fala dos atores sociais, portanto é na interação entre pesquisador e sujeitos pesquisados que a construção de conhecimento ocorre (MINAYO, 1999, p.105).

Outra técnica que se mostrou fundamental para realização desta pesquisa é a entrevista reflexiva, de acordo com Szymanski (2008), Thiollent e Colette (2014) a entrevista reflexiva parte do pressuposto que o conhecimento é um produto construído coletivamente e relacionalmente, dentro desta perspectiva o entrevistado não é uma fonte passiva aonde o entrevistador vai “coletar dados”.

Ambos os textos ressaltam a importância da interação entre as partes, de certo modo é possível dizer que os autores estão interessados em evidenciar a relação humana da entrevista. “A intencionalidade do pesquisador vai além da mera busca de informações; pretende criar uma situação de confiabilidade para que o entrevistado se abra.” (SZYMANSKI, 2008, p. 12).

Por fim, um destaque em comum abordado pelos autores (MINAYO, 1999; RICHARDSON, 2012; SZYMANSKI, 2008) é sobre os procedimentos de pesquisa. Diversas “dicas” são dadas na hora de conduzir uma entrevista, entretanto existem alguns pontos em comum entre os autores como a necessidade esclarecer o conteúdo da entrevista para o entrevistado, especificar para qual fim ela será destinada, manter uma conduta ética quando estiver em campo, buscar se portar de maneira respeitosa e profissional e esclarecer que o entrevistado pode ter acesso a qualquer momento à entrevista. Esses procedimentos de pesquisa são relevantes para a metodologia, pois permite refletir e situar o pesquisado frente a seu campo bem como tratar a pesquisa que está sendo realizada de um modo sério e comprometido.

Em relação ao roteiro de perguntas utilizado como norteador para execução da entrevista, que pode ser consultado no apêndice 20, este possui três blocos de perguntas: o primeiro voltado para construir o perfil dos entrevistados, portanto possui informações básicas como idade, escolaridade, raça ou cor de pele, sexualidade e profissão; o segundo bloco é para compreensão das percepções e discursos a partir da PrEP então se verifica, através das perguntas, as motivações de aderir a medicação, perguntas pontuais de quanto tempo está utilizando essa profilaxia, o local onde faz o acompanhamento para seu uso, a relação com a testagem regular necessária para uso de PrEP, e questões



subjetivas relacionados ao HIV e a prevenção. Por fim, o terceiro bloco abordamos elementos relacionados à sexualidade como hábitos e práticas sexuais, sensações, discursos, como a PrEP interfere, ou não, no exercício de sua sexualidade.

Como já foi apontado em parágrafos anteriores, a técnica de pesquisa semi-estruturada não segue um caminho fixo, outras perguntas podem surgir no momento da entrevista bem como algumas perguntas podem não ser feitas dependendo de como ocorre o andamento da conversa.

A elaboração das perguntas e a análise feita a partir das entrevistas e do contato com os interlocutores requerem que se sigam os objetivos centrais e específicos que são construídos a partir do texto. Nesse sentido, será observado, através do conjunto de narrativas dos usuários de PrEP, as motivações, fatos e acontecimentos que o levaram a buscar e aderir a medicação; as percepções, representações e discursos sobre HIV/Aids e prevenção; opiniões sobre as políticas de HIV/Aids; a interferência e o modo como a PrEP se relaciona com seus hábitos e práticas sexuais; e o modo como os sujeitos compreendem o “modelo oficial de prevenção” em suas vidas cotidianas.

A partir da junção desses objetivos seria possível compreender a experiência do sujeito que resolve aderir a PrEP para prevenção da infecção pelo HIV e o modo com vivenciam e expressam a sua sexualidade.

A seguir veremos o perfil de cada entrevistado, além de expor questões básicas sobre eles, como idade e sexualidade, será destacado as motivações e tempo que estão utilizando a PrEP.

### **5.3. Perfil dos entrevistados**

A descrição dos interlocutores da presente pesquisa segue a ordem que as entrevistas ocorreram, para que as informações fiquem claras ao leitor após a apresentação discursiva dos participantes é apresentado uma tabela compilando o perfil e as características básicas de cada entrevistado.

A primeira entrevista ocorreu com João, ele é um homem de 32 anos, pardo e se declarou gay. É licenciado em letras e pós-graduado em psicologia. Está atuando profissionalmente em uma empresa na área de gestão de pessoas, mora em Pinhais sendo o único entrevistado a residir na região metropolitana de Curitiba. Afirmou não possuir nenhuma religião. Em relação à PrEP está utilizando a medicação desde 2018 e indicou como motivação inicial para adesão a participação em um relacionamento sorodiscordante. Hoje ele não está mais nesse relacionamento, está solteiro, mas utiliza

a PrEP ainda por afirmar ser uma forma de complementar a sua prevenção. João faz acompanhamento e retira a medicação no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Pinhais.

Douglas possui 28 anos, é pardo, e graduado em administração pretende iniciar o mestrado em Marketing, que é a área onde atua profissionalmente. O entrevistado se declarou gay, está em um relacionamento aberto com um parceiro soropositivo. É ateu e reside no bairro Pinheirinho. A sua motivação para aderir a PrEP se deu após a soroconversão de seu parceiro, eles já estavam em um relacionamento e seu companheiro foi infectado pelo HIV e após realizarem um conjunto de exames e acompanhamentos médicos o infectologista recomendou que Douglas adotasse a PrEP como forma de prevenção uma vez que não utiliza o preservativo em seu relacionamento. Está utilizando a medicação acerca de um ano e meio e faz acompanhamento através do ECOA. Douglas afirmou não utilizar mais o preservativo nas relações sexuais que mantém fora do relacionamento, com parceiros ocasionais.

Eduardo possui 33 anos, é graduado em segurança pública e possui pós-graduação em direito penal. É branco e não segue nenhuma religião. Atualmente trabalha em segurança de transporte de valores e reside no bairro Pinheirinho. Se declarou gay, mas em outro momento da entrevista afirmou que mantém relações sexuais com mulheres. Eduardo está em um relacionamento aberto, onde se relacionam a mais tempo mas abriram a relação apenas a oito meses que é o mesmo tempo em que está utilizando a PrEP. A sua motivação em aderir a PrEP ocorreu após o rompimento do preservativo em uma relação causal que manteve, utilizou a PEP por 30 dias e após isso deu início a PrEP. Em suas relações casuais afirmou sempre utilizar o preservativo, mas em seu relacionamento possui certa dificuldade em negociar seu uso uma vez que seu parceiro prefere não utilizar.

Fernando está concluindo a graduação de design e tem 24 anos, também se declarou pardo, não possui religião, e é gay. Trabalha como design na empresa de seus pais e para complementar a renda atua como *camboy* em duas plataformas *online*, *camboy* consiste em realizar exposições via *web-cam* para aqueles que desejam assistir, os sites cobram do assinante e repassam um valor para aquele que realiza a exibição que podem incluir masturbação e nu frontal. Fernando por pouco tempo trabalhou como garoto de programa. Mora no Santa Cândida, é solteiro e declarou utilizar a PrEP após observar que em pouco tempo teve muitas exposições de risco e que não consegue utilizar a camisinha em todas as suas relações sexuais. De todos os entrevistados

Fernando é o que vivencia maior rotatividade de parceiros, afirmou que mensalmente faz sexo com cerca de quarenta homens. Faz uso da PrEP a dois anos e realiza acompanhamento através do COA.

Wellington possui 26 anos e ensino superior incompleto, iniciou alguns cursos, mas não concluiu nenhum. É branco, agnóstico e se declarou gay. Está em um relacionamento aberto com duas pessoas, um de seus namorados é soropositivo. No momento da entrevista está desempregado, mas possui experiência na área de assistência administrativa. Mora no bairro Rebouças, utilizou a PrEP por cerca de um ano. Wellington é um dos entrevistados que abandonou a medicação, seu motivo foi por conta da epidemia de COVID-19, para ele seria muita exposição ao vírus manter o tratamento e ter que passar com consultas médicas e aguardar nas salas de espera. A sua motivação inicial em aderir a PrEP se deu pelo fato de não colocar seus namorados em risco, Wellington foi um dos que enfatizou que o uso do álcool interfere no uso do preservativo.

Jorge possui 23 anos e ensino superior completo, é branco, gay e mora no bairro Boa Vista. Está utilizando a PrEP a sete meses, em 2019 iniciou por um período de tempo mas abandonou o tratamento e em 2020 retomou o uso, relatou em sua entrevista ter tido algumas exposições ao HIV e sua principal motivação é a prevenção ao vírus. Faz acompanhamento através do COA e o próprio serviço indicou que ele poderia utilizar a medicação.

Bernardo possui ensino superior incompleto, é bombeiro civil e gay. Segue a religião espírita e mora no bairro Bacacheri. É negro e está em um relacionamento aberto. Utiliza a PrEP a dois anos e conheceu esse método de prevenção através do Grupo Dignidade, ele faz acompanhamento psicológico pela instituição. Bernardo é um dos entrevistados que eu já tinha contato, conversávamos quando eu exercia atividades na instituição, mas mantivemos mensagens para a entrevista apenas quando foi criado o perfil do Grindr®. O entrevistado retirava sua medicação no ECOA, a cerca de um mês e meio; após a realização da entrevista ele avisou que abandonou o uso da PrEP. A sua motivação inicial em aderir a PrEP se dá pela busca de complementar sua prevenção, o entrevistado contou que em um de seus primeiros relacionamentos, em 2005, seu namorado foi infectado durante a relação e como eles não utilizavam o preservativo precisou passar por um conjunto de acompanhamentos junto a infectologistas, para verificar se não havia sido infectado. O relacionamento dele terminou por causa da situação de soroconversão, em diferentes momentos da entrevista ele narra essa questão,

desse relacionamento, o que demonstra como o evento foi marcante em sua narrativa pessoal.

Vagner tem 35 anos é gay e Kardecista, está solteiro e é divorciado, foi casado na juventude com uma mulher. Mora no bairro Portão e é massoterapeuta. Utiliza PrEP a três anos, e dos entrevistados é o que aderiu a mais tempo esta tecnologia de prevenção. Informa que com o decorrer do tempo começou a sentir mais prazer nas práticas sexuais sem uso do preservativo, mas tinha receio em manter tais atos sexuais e a PrEP acabou sendo uma ferramenta para dar vazão a esse desejo. Relatou utilizar camisinha em grande parte de suas relações sexuais, mas que possui alguns contatos, em especial um amigo, em que não faz uso do preservativo.

André é engenheiro civil, mas atua profissionalmente na área de gestão de projetos. Possui 35 anos, é gay e pós-graduado. Se declarou agnóstico. É branco e reside no bairro Bigorriho. André foi o único participante que optou por realizar a entrevista por vídeo-chamada, utilizamos a plataforma Zoom. Na situação da entrevista André estava solteiro, mas havia dado início a uma relação que, conforme ele mesmo mencionou, poderia resultar em um namoro. A sua principal motivação em aderir a PrEP, que já faz uso a dois anos, ocorreu também através de um relacionamento conjugal, anterior a esse que foi mencionado. O entrevistado relatou que estava em um relacionamento à distância e possuía certa abertura sexual, podendo manter relações com outros homens. Mesmo ambos tendo “cuidado” e utilizando o preservativo o HIV representava um receio e quando teve conhecimento da PrEP avaliou ser interessante aderir buscando evitar riscos de infecção.

Rafael mora no Alto da XV, região central de Curitiba, é professor e pós-graduado. Tem 29 anos, é gay, ateu e branco. Utiliza a PrEP acerca de um ano e está solteiro, o fato de estar solteiro é um dos motivos que o levaram a aderir a PrEP, como relatou, não possui parceiro fixo e utiliza a medicação para não se limitar apenas com a camisinha em sua prevenção. Faz acompanhamento e retira sua medicação através do ECOA. Em sua narrativa, quando questionado sobre as motivações em aderir a PrEP, relatou, ainda, que o HIV representa um vírus que circula muito e se faz necessário diferentes medida para se prevenir dele.

A última entrevista foi feita com Alisson, diferente das anteriores ele me contou meses após eu desativar o perfil no Grindr® através de minhas redes sociais particulares. Nós nos conhecemos através do Grupo Dignidade. Alisson tem 26 anos, é assistente social, pós-graduado, não segue religião, se declarou pardo e é gay. Em outro

momento durante a entrevista afirmou manter relações eventuais com mulheres. Mora em Pinhais e relatou que aguardou por algum tempo até o município receber a política de prevenção baseada na PrEP, está utilizando a medicação a um ano e meio. Em relação as suas motivações ele trouxe dois elementos fundamentais, o primeiro para complementar sua proteção em relação à prevenção ao vírus e ser uma ferramenta que o preveniria em situações nas quais pudesse manter relações sexuais sem uso do preservativo, mesmo utilizando a camisinha em grande parte de suas relações ele prevê que é possível não haver o uso em determinados contexto, como sexo eventual ou quando não se tem o preservativo na situação. Alisson declarou ainda que um dos fatores para aderir é evitar carregar dois estigmas o da homossexualidade e do HIV, ser infectado pelo vírus da Aids seria reiterar a relação entre gays masculinos e a doença e é algo que ele gostaria de evitar.

Outros aspectos das narrativas desses sujeitos serão abordados no item que segue, mas antes de expor em formato de tabela o perfil dos entrevistados é interessante considerar algumas similaridades em seus perfis. Como já mencionado apenas homens gays foram entrevistados, mesmo aqueles que eventualmente fazem sexo com mulheres se definiram enquanto gays. As idades todas são acima dos 20 anos e abaixo dos 40. Nenhum dos entrevistados declarou pertencer a alguma religião cristã, pode-se perceber que a maioria não possui religião ou é ateu e os que afirmaram exercer alguma prática espiritual é espírita. Todos os entrevistados possuem mais de 12 anos de escolaridade, incluindo aqueles que possuem ensino superior incompleto. Em relação à PrEP, todos estão em tratamento a mais de seis meses.

Para que o perfil dos entrevistados fique claro, segue abaixo uma tabela onde está organizado as informações objetivas coletadas a partir das entrevistas. Expor as informações desta maneira é uma forma de facilitar a leitura e consulta no momento em que estivermos analisando as informações, percepções, representações e discursos dos usuários de PrEP que aceitaram colaborar com a presente pesquisa.

Tabela 1 – Perfil dos entrevistados

Nome	Idade	Raça/Cor	Religião	Escolaridade	Estado Civil	Bairro/ Município	Tempo em PrEP
João	32	Pardo	Não possui	Pós-	Solteiro	Pinhais	2 anos

	anos			graduado			
Douglas	28 anos	Pardo	Ateu	Graduado	Relacionament o aberto	Pinheirinho	1,5 anos
Eduardo	33 anos	Branco	Não possui	Graduado	Relacionament o aberto	Pinheirinho	8 meses
Fernando	24 anos	Pardo	Não possui	Graduando	Solteiro	Santa Cândida	2 anos
Wellington	26 anos	Branco	Agnóstico	Superior incompleto	Relacionament o aberto	Rebouças	1 ano
Jorge	23 anos	Branco	Não possui	Graduado	Relacionament o aberto	Boa vista	7 meses
Bernardo	34 anos	Negro	Espírita	Superior incompleto	Relacionament o aberto	Bacacheri	2 anos
Vagner	35 anos	Branco	Espírita	Graduado	Solteiro	Portão	3 anos
André	35 anos	Branco	Agnóstico	Graduado	Solteiro	Bigorrilho	2 anos
Rafael	29 anos	Branco	Ateu	Pós- graduado	Solteiro	Centro	1 ano
Alisson	26 anos	Pardo	Agnóstico	Pós- Graduado	Solteiro	Pinhais	1,5 anos

Fonte: Otávio Costa (2020). Pesquisa de Campo

#### **5.4. Os usos da PrEP: a compreensão dos discursos e narrativas dos usuários**

Para esse momento do presente texto serão analisados alguns aspectos considerados fundamentais para compreensão do uso da PrEP a partir do material empírico coletado. É preciso considerar que não se trata de buscar encontrar conceitos e teorias dentro das narrativas dos interlocutores e sim construir coletivamente, a partir das entrevistas, um conhecimento sociologicamente fundamentado.

Nesse sentido, observaremos cinco eixos de discussão presentes na fala dos interlocutores e que estão relacionados diretamente com as problemáticas que essa pesquisa versa. Será analisando então: as percepções sobre HIV/Aids e prevenção; a presença, ou não, de discursos pertencentes ao “modelo oficial de prevenção”; aprofundaremos as motivações para adesão a esta medicação; opiniões sobre as políticas

de HIV e prevenção; e as interferências que a PrEP pode ter tido nos hábitos e práticas sexuais destes sujeitos.

Um dos pontos que é interessante para iniciar a análise, e que confirma uma das hipóteses de pesquisa, é que o sujeito que resolve aderir a PrEP é uma pessoa que já tinha conhecimentos prévios sobre HIV/Aids. Todos os entrevistados relataram acompanhar blogs, páginas de rede social, ONGs, notícias sobre o vírus em uma necessidade de se manterem informados, sendo que para alguns dos entrevistados essa busca por esse tipo de conhecimento aumentou após o uso da PrEP.

Fernando: Eu busco eu leio bastante sobre, eu gosto bastante de dois caras eu gosto do Dr. Maravilha, instagram, e tem os vídeos do Põe na Roda que falam algumas questões e do Rico Vasconcelos, eu gosto que ele fala bem. Ele fala de questões que eu não via outros médicos falando. Ele é coordenador da PrEP da Fiocruz, da pesquisa lá, ele traz muitas informações a nível internacional, ele é muito bem esclarecido. Ele tem um blog que eu acesso, acho que são mais esses.

André: Eu tenho acesso a alguns grupos. Por exemplo, o Grupo Dignidade<sup>35</sup> aqui em Curitiba, que de vez em quando faz coisa, evento. Eu leio bastante no geral, e em particular sobre HIV quando tem alguma nova notícia, por exemplo, agora que os pesquisadores conseguiram reverter ou minimizar o contágio agora. Sempre to atualizado com o que esta acontecendo, mas como já tenho conhecimento no assunto não busco especificamente mais informação.

Alguns dos entrevistados justificam o interesse nas questões envolvendo HIV/Aids pelo fato de serem gays e possuírem uma vida sexual ativa. Esse ponto se assemelha muito com uma discussão elencada por Ferreira e Miskolci (2020) na qual os autores apontam que as representações discursivas do HIV fizeram com que identidades sexuais identificadas como sendo grupos de risco, ou populações-chave como a saúde pública categoriza atualmente, buscassem mecanismos para evitar a infecção e consequentemente carregar o estigma de serem soropositivos.

Rafael: Sempre tive interesse, porque eu tenho vida sexual ativa e sem parceiro fixo, então eu tenho, me sinto mais seguro tendo conhecimento, sabendo identificar uma IST, sabendo onde ir sabendo como tratar, sabendo a quem recorrer, sintomas e tudo mais.

Pensando no campo dos processos de subjetivação, conforme Foucault (2015a) aponta, a constituição da subjetividade do indivíduo que utiliza a PrEP pode vir a ser marcada pelos discursos produzidos em torno da Aids. Percebemos a partir da fala de

---

<sup>35</sup> O Grupo Dignidade foi citado na fala de cinco entrevistados, e apenas dois eu conhecia através da instituição. Eu nenhum momento da entrevista, com exceção daqueles que eu já tive contato, me identifiquei como voluntário na ONG. O fato de a ONG ter sido citada em momentos como referência a informações sobre HIV demonstra a importância dos movimentos sociais no campo do HIV/Aids. Um dos entrevistados relatou ter tido conhecimento sobre a PrEP através de uma ação de panfletagem no Largo da Ordem.



Alisson, posta abaixo, que a compreensão em torno da doença e o receio de ser infectado pelo vírus são elementos presentes em sua vida cotidiana e suas práticas sexuais. A biopolítica em torno do vírus faz com que os sujeitos identificados enquanto populações-chave acionem técnicas, dispositivos e mecanismos de poder e, neles, o modo de constituição de si é marcado pela necessidade de prevenção e de evitar o risco de infecção pelo HIV.

Alisson: Uma outra situação é que está muito ligado a identidade de gênero porque é muito difícil assumir gay e minha família é bastante conservadora e eu vejo que os gays e outros HSH e travestis e transexuais lidar com dois estigmas o estigma da homossexualidade e o estigma do HIV nessa sociedade é muito complicado.

Outro ponto que gerou interesse no assunto, para alguns dos entrevistados, foi participar de uma relação sorodiscordante. O fato de vivenciar uma relação de convivência com alguma pessoa vivendo com HIV/Aids requer que o sujeito reveja um conjunto de preconceitos, representações, estigmas que, conforme já vimos, estão presentes no vírus e na doença. Franch e Perrussi (2013) apontam que o parceiro soronegativo em uma relação sorodiscordante precisa recriar um entendimento sobre o HIV. Os entrevistados buscam fazer isso através de serviços e conhecimentos especializados.

Entrevistador: E você chegava buscar sobre HIV antes desse relacionamento ou você começou a saber mais quando você começou a viver essa relação?

João: A gente começa a pesquisar a fundo quando você tem alguém próximo, ou da família ou um relacionamento. Acho que você começa a botar a mão na consciência quando você está com alguém próximo e que você gosta muito. Aí você se dedica a estudar o assunto. Até então eu conhecia o que todo mundo conhece, superficialmente. Depois eu fui entender como é a mudança de vida após a contaminação, o que afeta, como as pessoas ficam, nas relações emocionais.

É interessante evidenciar como as relações conjugais sorodiscordantes são marcadas por processos de poder, conflitos, confiança e risco no qual o saber técnico e discursivo do modelo oficial de prevenção é acionado para dar sentido e resposta a experiência que está sendo vivida. Foucault (2015a) indica que a política de saúde e as práticas médicas, a partir do século XVIII e XIX, são permeadas por critérios econômicos e utilitários onde não se trata apenas de diagnósticos e práticas terapêuticas individuais para tratamento de doenças, mas também de criar um corpo útil, um corpo saudável no qual, o encargo coletivo requer desse sujeito um processo que ele busque também uma boa saúde.

Os traços biológicos de uma população se tornam elementos pertinentes para uma gestão econômica e é necessário organizar em volta deles um dispositivo que assegure não apenas sua sujeição, mas o aumento constante de sua utilidade. (FOUCAULT, 2015a, p. 304).

Nesse sentido proposto, o saber médico requer do sujeito práticas tidas como saudáveis no qual ele evite desenvolver certas doenças evitáveis. O casal sorodiscordante é interpelado pelo discurso biopolítico por dois motivos principais, o primeiro é que desde o século XIX a família se tornou o agente mais constante de medicalização e a segunda é que o contato constante com o vírus por meio das práticas sexuais pode colocar o sujeito em risco direto da infecção pelo HIV/Aids.

A política médica, que se delinea no século XVIII em todos os países da Europa, tem como reflexo a organização da família, ou melhor, do complexo família-filhos, como instância primeira e imediata da medicalização dos indivíduos; fizeram-na desempenhar o papel de articulação dos objetivos gerais relativos à boa saúde do corpo social com o desejo ou a necessidade de cuidados dos indivíduos. (FOUCAULT, 2015a, p. 307).

É interessante observar que genealogicamente a medicalização dos indivíduos e a proliferação discursiva em torno da boa saúde têm seu início no âmbito familiar e controle da natalidade, porém percebemos que atualmente o discurso medicalizante e biopolítico se estende a todo corpo social no interesse de garantir um corpo útil. O interesse no controle do HIV, em nível coletivo, e em evitar a infecção, em nível individual, é um marcador no processo de subjetivação do sujeito que adere a PrEP, estando ele ou não, em uma relação sorodiscordante.

Percebemos ainda que a experiência sorodiscordante coloca o sujeito em relação direta com o vírus do HIV, essa vivência aciona elementos de ameaça a vida nas quais, o processo de subjetivação desse indivíduo é reordenado, considerando novos discursos marcadores de saúde e, é dentro dos saberes médicos e especializados que ele busca as informações para esse novo reordenamento subjetivo.

O uso da PrEP fez com que alguns dos entrevistados lidassem de outras formas com o vírus e até com pessoas vivendo com HIV/Aids, outros entrevistados relataram que não houve um aumento significativo no seu interesse no assunto após o uso da PrEP.

Entrevistador: E aumentou o seu interesse nas questões ligadas ao HIV depois do uso da PrEP?

Fernando: Sim, bastante. Para entender um pouco, né? Ver como funciona tudo, formas de prevenção, como lidar com isso, como lidar com a pessoa que tem HIV. Daí quando eu comecei a tomar PrEP comecei a entrar em contato com pessoas que tem HIV daí né. Já fiz muita burrada, já falei muita

merda. Então eu comecei a estudar um pouco mais para tentar até não ser tão ignorante, tirar esse estigma.

Entrevistador: E agora com a PrEP? Aumentou teu interesse no assunto?

Bernardo: É, naquela época, [*refere-se a quando estava em um relacionamento sorodiscordante*] ai busquei tudo quanto é informação que tinha. Agora não, mas tenho conhecimento sabe. Do básico, de como se infecta, tenho os conhecimentos básicos.

Relatar que o usuário de PrEP é um sujeito bem informado sobre elementos que estão envolvidos com a questão do HIV/Aids para a análise que estamos considerando é um fator importante. O discurso biopolítico requer do sujeito graus de agenciamento, nos quais este deve se manter informado de seus riscos e de forma autônoma busque dispositivos e mecanismos para viver suas práticas de formas consideradas saudáveis.

Cabe ainda mencionar a variedade de sentidos que o termo ‘autonomia’ comporta. Tal termo refere-se a conceitos que expressam ideias que englobam privacidade, vontade, autossuficiência, autocontrole, liberdade de escolha, autogoverno (com responsabilidade pela escolher). (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p.53).

Percebemos que o discurso oficial de promoção da saúde requer um sujeito bem informado, essa capacidade reflexiva e autônoma é um elemento presente na política de prevenção baseada na PrEP, na qual o sujeito deve ter conhecimento; conhecimento esse que pode ser prévio ou adquirido a partir do contato com o programa, para gestar seus riscos e manejar sua prevenção ao HIV.

Ao observar o material empírico coletado é possível perceber claramente discursos sobre HIV/Aids no nível da infecção e da prevenção. Tanto nas perguntas envolvendo o vírus quanto fora delas os entrevistados fazem menções ao HIV, enunciam aspectos da prevenção e relatam os receios de serem infectados. O sentimento que mais aparece é o medo, seguido pelo receio e apreensão.

Bernardo: Mesmo sabendo que tendo os cuidados, tomando a PrEP, eu sinto um pouco de apreensão. Acho que por eu ter passado, na época que eu namorava, 2005, que eu fazia sem camisinha né, e a gente descobriu que ele era soropositivo, e eu tive que fazer vários testes, eu fiquei muito tenso por seis meses, naquela época a gente demorava seis meses para fazer os testes para saber se eu tinha mesmo o HIV. Pra mim foi uma tensão assim, pra mim eu tinha certeza que eu tinha.

Vagner: Como eu te falei eu sempre tive medo, um cuidado com isso, uma preocupação, fazia exames, estava antenado, sempre, desde sempre. Eu diria que desde que eu comecei a prática gay, foi com 25 anos.

Rafael: A uns dez anos atrás uma colega que trabalhava comigo ela tinha vinte anos, ela faleceu de uma outra doença, ela teve uma doença muito rara só que descobriram que ela era soropositivo sabe, soropositivo em uma cidade do interior totalmente católica, aquilo foi ocultado o máximo e quando estourou disseram que ela morreu em decorrência daquilo, e como a gente acompanhou o definhamento dela erroneamente a gente associou ao HIV, aquilo foi uma experiência traumática, ela definhando, como se fosse uma doente de Aids da década de 70, 80. Mas não foi, algum tempo depois a gente

descobriu e conversou com uma amiga dela mais íntima. Foi tão traumático que a cidade inteira fez exames, eu fiquei tão chocado com aquilo que passei mais de um ano sem transar, de tanto medo que fiquei.

Fernando: A eu acho que o HIV sempre foi tratado de um jeito... de uma forma... na mídia se a gente for olhar como uma sentença de morte, acho que as coisas foram mudando com o tempo e hoje até saiu o estudo lá do tratamento, e hoje tem diversas pessoas que vive com a doença e as vezes tem mais saúde.

Conforme é possível verificar no roteiro de entrevistas, Apêndice 20, existe uma pergunta que solicita ao entrevistado narrar os sentimentos e sentidos ao pensar sobre o HIV e a Aids, mas os trechos acima surgiram em outros momentos da entrevista. Os relatos demonstram que dentro da construção da subjetividade de sujeitos que possuem uma sexualidade tida como desviante, para usar o termo proposto por Pelúcio e Miskolci (2009), a presença de sentidos e representações relacionados ao HIV se mostra marcante. Vagner relata isso ao dizer que intensificou suas práticas de prevenção ao iniciar relações sexuais com outros homens. Fernando demonstra que o modo como a doença é representada, o conjunto de discursos que emergem a partir do vírus, faz com que esse elemento seja algo a ser pensando dentro de sua vida.

Bernardo e Rafael relatam eventos que trouxeram *tensão e medo*, para usar os adjetivos utilizados pelos próprios entrevistados, quando pensam as percepções sobre HIV/Aids. O primeiro conta da experiência de soroconversão do namorado e como isso impactou sua vida durante aquele período, enquanto Rafael cita uma história que vivenciou e que simplesmente o fato de ver uma pessoa próxima que era soropositiva falecer, mesmo que não tenha sido em decorrência da Aids, fez com que ele evitasse fazer sexo por um período de tempo.

Sontag (1989) apresenta uma concepção interessante para pensar a metáfora do medo quando associada à epidemia de HIV/Aids, segundo a autora certas doenças como a sífilis, câncer e a Aids são mais carregadas de significado individuais. O fato de ter desenvolvido ou contraído essas doenças faz com que os sentimentos de culpa e condenação individual recaiam sobre o sujeito. O medo de ser infectado pelo HIV é o medo de ser identificado como um sujeito que possui um estilo de vida sexual tido como promíscuo. “A razão mais importante é que a exploração moralista das doenças sofreu uma mudança de ênfase, agora recaindo sobre as doenças que podem ser interpretadas como condenações individuais” (SONTAG, 1989, p.67).

No sentido proposto pela autora os comportamentos individuais são tidos como perigosos, causadores de riscos, e a Aids nesse contexto de uma sexualidade

considerada desviante seria sua grande condenação pelo conjunto de transgressões que adotou.

Os trechos das entrevistas citados nos parágrafos anteriores são, ainda, significativos para considerar que as práticas discursivas não emanam apenas do Estado, como Foucault (2015a) indica, que não é apenas de instituições estatais, de políticas públicas ou de planos de governo que emergem representações, sentidos e discursos sobre o HIV/Aids. As redes de convivência, grupos sociais, formas de comunicação como a mídia e relacionamentos pessoais realizam uma representação discursiva que impacta e atribuiu elementos para a construção subjetiva do sujeito e do seu modo de lidar com o HIV e com a prevenção. Essas operações discursivas não são produzidas exclusivamente no âmbito do Estado e instituições, as redes de poderes perpassam, também, os meios sociais e experiências de vida, percebemos, então, a emergência de um uso dos poderes, uma microfísica, que circulam em toda a sociedade.

O que está posto no parágrafo acima se relaciona diretamente com as concepções de Foucault (2015a) sobre a produção da subjetividade, com base no autor percebemos que a construção de si ocorre a partir de dois movimentos, o primeiro por meio de mecanismos de sujeição e o segundo através de mecanismos de subjetivação.

Os mecanismos de sujeição estão relacionados com o poder no sentido disciplinar, nos quais os códigos morais, de ética e a lei interdita e interpela o sujeito no sentido de disciplinar suas ações, técnicas corporais e sentidos de si. "As Técnicas de individualização do poder. Como vigiar alguém, como controlar sua conduta, seu comportamento, suas atitudes, como intensificar sua performance, multiplicar suas capacidades, como colocá-lo no lugar onde ele será mais útil". (REVEL, 2005, p. 35). A PrEP enquanto um dispositivo biopolítico opera também no sentido de tornar o corpo útil e promover a saúde, evitando a infecção pelo HIV, percebemos, a partir da fala dos entrevistados, esse desejo de manter-se saudáveis, não se tornarem sujeitos soropositivos, nesse sentido, a disciplina e os mecanismos de sujeição operam na formação de suas subjetividades e na maneira pela qual lidam com a prevenção a partir da PrEP.

Entretanto, as complexificações das relações de poder na construção de subjetividades possibilitam espaços de liberdade nos quais o indivíduo pode existir, criando relações consigo e/ou com os outros através dos mecanismos de subjetivação. Dentro desta interface do poder o sujeito a partir de sua realidade percebe os códigos de interdição disciplinar – a lei, a ética, a moral – é capaz de resistir a tais interpelações,

obedecer por completo e/ou ressignificar os discursos a partir de suas técnicas, percepções e cuidados de si.

Foucault (2015a) indica a partir da análise dos mecanismos de produção da subjetividade que a questão central é que o sujeito estará sempre em relação com o poder e é dentro dessa relação que ele emerge e se constitui enquanto sujeito. Percebemos que a pessoa que adere ao uso da PrEP necessariamente entra em contato com os dispositivos de sujeição e de subjetivação, e constrói a sua experiência com esse dispositivo de prevenção, a PrEP, vinculando aspectos disciplinares e cuidados de si atribuindo, assim, sentido ao uso dessa tecnologia.

É de fundamental importância, ao buscar compreender os processos de subjetivação dos sujeitos que adotam a PrEP enquanto forma de prevenção, considerar a sua natureza reflexiva constituinte do indivíduo no contexto de uma modernidade. Giddens (2002a) ao desenvolver sua teoria da estruturação, ou seja a sociologia da ação, possibilita pensar em atores sociais competentes e isso implica que o indivíduo na modernidade é constantemente revisado e revisor de todas as esferas de sua vida. Giddens (2002b) aponta que na passagem das sociedades tradicionais para a modernidade os sistemas abstratos e o re-ordenamento do tempo e do espaço o eu sofre grandes mudanças e reconfigurações configurando uma natureza aberta da auto-identidade. Esse processo reflexivo do eu é repleto de elementos de agência, pelo qual o agente controla sua conduta, percepções de risco e confiança e possibilita falar de sua ação.

As razões constituem uma característica contínua da ação – em vez de ligar-se como sequências ou agregados. Todos os agentes competentes rotineiramente “fazem contato” com as bases de seu comportamento como um aspecto da produção e reprodução de tal comportamento. As razões são distintas dos motivos, que se referem às fontes das ações. (...). Devemos ver a motivação como um “estado de sentimentos” subjacente do indivíduo, envolvendo formas conscientes de afeto bem como angústias e estímulos mias conscientes. (GIDDENS, 2002b, p.64).

O dinamismo do processo reflexivo do eu possibilita compreender a adoção da PrEP por parte dos sujeitos como um aspecto de reflexividade de suas biografias na qual a motivação ao uso dessa tecnologia de prevenção é revisado a luz de suas vidas, anseios, sexualidades, prazeres e afetos. Ao olhar para sua vida, sua coerência bibliográfica, o agente observa na PrEP uma possibilidade de prevenção ao HIV e realiza a escolha por aderir ao medicamento acionando um conjunto de elementos e

aspectos da sua vida onde utilizar a PrEP faz sentido para seu momento de vida e suas escolhas frente ao risco que é a epidemia de HIV/Aids.

Ainda sobre os discursos dos entrevistados sobre HIV e prevenção, existem duas perguntas que foram feitas e permitem verificar esses elementos nas narrativas dos usuários de PrEP que é a pergunta sobre os sentimentos atribuídos ao HIV antes e depois da PrEP e quais sensações o entrevistado tem no período em que aguarda a entrega dos testes de HIV e outras ISTs nos exames de rotina para dispensação da medicação.

Entrevistador: E sobre HIV, antes da PrEP você tinha receio da infecção pelo HIV?

Wellington: Antes todo mundo tem né, até porque a sociedade fica martelando pra gente né. Claro que tipo assim eu sou dos anos 90, eu não nasci em uma época que não é tão presente assim essa morbidez, mas tá lá né.

Aqui existe um ponto bem interessante, e que o Rafael também trouxe na história de sua cidade, que é uma localização cronológica da Aids. Sanches (2016) indica que dentro das representações sociais da doença existem dois momentos que construíram discursos e significados em torno do vírus - a Aids como causadora de morte, que é pré-antirretroviral, e a Aids como doença crônica, pós-antirretroviral. Podemos perceber que essa marcação temporal está presente na fala de Wellington, mas mesmo ele não tendo vivenciado os anos críticos da epidemia o receio da infecção ainda permeia a sua construção subjetiva.

A percepção temporal é fundamental para a construção dos discursos sobre HIV/Aids. Giddens (2002a) indica que os mecanismos de desencaixe da modernidade, diferente das sociedades tradicionais, separam a noção de espaço com a de tempo nas quais o local e o global confluem no processo reflexivo do eu. O HIV/Aids enquanto uma epidemia que surgiu no contexto da modernidade e a PrEP como o evento mais recente no campo da prevenção possibilitam evidenciar o modo como os riscos são percebidos por parte do sujeito, a referência aos anos críticos da epidemia evidenciam essa relação.

Entrevistador: E relacionado ao HIV assim, antes da PrEP você tinha receio da infecção pelo HIV?

Bernardo: Tinha, mas o meu medo é mais quando eu tô em um relacionamento se eu não tiver em um relacionamento não. Porque quando eu tô em um relacionamento posso passar para outra pessoa, aí o cuidado tem que ser maior. É o medo mais de passar para outras pessoas do que eu pegar.

Entrevistador: Antes da PrEP, você tinha receio?

João: É que assim, quando você não conhece você fica com medo né, tudo que é desconhecido você fica meio assim... apreensivo. Mas depois que você



entende como funciona, como vai agir no organismo é bem tranquilo não tem mais receio.

Entrevistador: E antes da PrEP você tinha receio da infecção pelo HIV?

Jorge: Tinha

Entrevistador: E de onde você acha que vem esse receio?

Jorge: Eu acho que da... do próprio comportamento das pessoas em geral assim, bastante alarmismo assim, bastante homofobia, me parece que é uma coisa que as pessoas relacionam sabe, gay e HIV. Já ouvi assim, na família e tal.

Todos os entrevistados relataram sentir receio da infecção pelo HIV antes do uso da PrEP, mas é interessante observar que esse sentimento caminha junto com alguns outros aspectos de suas narrativas como o receio de infectar outra pessoa, o medo que é anterior ao conhecimento sobre as questões envolvendo HIV/Aids, ou da associação entre homossexualidade masculina e o vírus.

É interessante considerar que existe uma redução do receio da infecção pelo HIV após a adesão a PrEP. Nenhum dos entrevistados disse que o medo, a aflição e o receio foram totalmente suprimidos.

Entrevistador: E agora com a PrEP? Aumentou ou diminuiu o receio?

Eduardo: Diminuiu bastante, mas não é não excluiu totalmente o medo, ainda tenho só que não tanto quanto antes.

Fernando: Eu acho que eu tenho ainda um pouco sim, é o estigma né? Mas bem menos do que antes, acho que diminuiu bastante o medo.

Jorge: Eu acho que diminuiu, eu me sinto mais seguro por confiar na PrEP. No período que eu tive que parar de tomar e me expus eu fiquei meio assim, o fato de fazer acompanhamento ajuda mais assim, pra não ficar com um medo tão grande.

Rafael: Não, eu não tenho receio. Mas também não seria uma notícia ok, tanto faz você descobrir ser soropositivo.

Entrevistador: E você confia na PrEP?

Rafael: Confio muito.

É possível constatar que existe um sistema de confiança do usuário em relação à PrEP e ao serviço médico especializado, o usuário confia na eficácia da medicação enquanto uma forma de se prevenir da infecção pelo HIV.

A confiança é um fenômeno de grande importância para o desenvolvimento da personalidade dentro desse conjunto de estruturas da sociedade. Giddens (2002a) define confiança como a “crença na credulidade de uma pessoa ou sistema, tendo em vista um dado conjunto de resultados ou eventos, em que essa crença expressa uma fé na probidade ou amo de um outro, ou na correção de princípios abstratos (conhecimento técnico).” (Giddens, 2002a, p.45). Conforme o autor indica, a confiança está diretamente relacionada com um sentido primário de seguridade ontológica, a confiança é então um meio no qual o agente interage como os sistemas abstratos e peritos uma vez

que ele não é capaz de saber tudo sobre todas as coisas resta a ele apenas o ato de confiar.

Essa relação de confiança ocorre pelo modo como o saber opera dentro das relações de poder e dos processos de subjetivação e construção de si. Foucault (2014c) ao construir a sua genealogia do poder identifica que o saber expressa um modo como o sujeito do conhecimento se constitui durante o processo de conhecer. O indivíduo que utiliza a PrEP entra em contato com os discursos do modelo oficial de prevenção e a partir de um processo reflexivo se constitui e dá sentido a sua experiência vivida, a confiança na eficácia da PrEP é, então, uma confiança no saber biomédico e especializado constituindo e consolidando a subjetivação da pessoa que adere a PrEP enquanto forma de prevenção.

Percebemos também, a partir da análise genealógica, que o saber implica em um duplo processo, o primeiro através da objetivação e o segundo pelas redes de subjetivação. Foucault (2014c) explora a maneira pela qual o saber está necessariamente relacionado com o poder, sendo que o saber se legitima através de regimes de verdade nos quais estabelece o saber racional, validado cientificamente, e aquele não racional. “Somos submetidos pelo poder à produção da verdade e só podemos exercer o poder mediante a produção da verdade.” (FOUCAULT, 2010, p.22). É possível então indicar que a noção de confiança no uso da PrEP se consolida através das redes de saber/poder nos quais o discurso de verdade produzido por e através da biomedicina, da ciência, valida a experiência subjetiva e produz a confiabilidade para uso desta medicação.

Apontar a intrínseca relação entre o saber e o poder, para a discussão sobre a narrativa dos usuários de PrEP, é particularmente interessante uma vez que esta relação no nível do sujeito possibilita espaços de emergência para compreenderem sua realidade e darem sentido às suas práticas de subjetivação. Foucault (2014c) afirma que dentro dos regimes de verdade e do saber, o sujeito é convidado a produzir uma verdade sobre si, contar da sua vida, da sua experiência e produzir discursos sobre si mesmos.

Conforme verificamos no capítulo três o PCDT da PrEP indica a necessidade de uma relação de confiança entre o profissional da saúde e o usuário de PrEP, a partir desse contato a pessoa que utiliza a PrEP deve narrar suas experiências de vida, sexuais, afetivas, o uso ou não de álcool e/ou drogas e possíveis exposições ao vírus do HIV. Esse exame de si a partir das narrativas dos entrevistados não ocorre sem conflitos, é necessário certo tempo até que o sujeito que adota a PrEP como forma de prevenção crie esse vínculo com o serviço especializado e produza esse exame, essa narrativa de si.

Entrevistador: E como você se sente nessas consultas?

Fernando: No começo um pouco constrangido, mas depois você vai acostumando.

Entrevistador: E porque você acha que você sentia isso no começo?

Fernando: No começo principalmente porque é... as atendentes geralmente eram mulher e eu não sinto muita abertura com mulher mas depois os atendentes se tornaram homens e meu médico também virou homem daí eu consegui me abrir um pouco mais né, hoje a minha médica é mulher mas daí eu já consigo falar mais com ela. No começo assim tinha esse bloqueio, uma barreira, porque ter que falar disso com uma mulher assim então eu não sabia se eu podia falar dos detalhes, eu ficava tentando falar de uma maneira que não fosse tão explícita e acabava não contando tudo.

Entrevistador: como se sente nas consultas

Alisson: Existe dois momentos eu tive muito constrangimento, eu me sentia constrangido, a minha vida sexual tem o uso do psicotrópico então o medo da resposta eu sabia que eu tinha que expor isso para a médica, pra ela me orientar, se isso implicaria, e ela orientou que não que não tem interação. E isso fez com que me sentisse acolhido, que minha identidade sexual fosse compreendida e de aquela medicação é de cuidado em saúde e tá tudo bem. Não vejo um teor que me prejudique, contudo aconteceu de outras IST na unidade de saúde aí já o contrário, você expor e o discurso ser bastante violento, sarcasmo, uma ironia, mas com um teor bastante discriminatório.

A partir dos elementos expostos é possível identificar que a relação com o sistema de saúde é capaz de gerar certo desconforto nessa necessidade da política da PrEP em narrar sobre sua vida, confessar seus hábitos e práticas sexuais e dizer elementos tidos como de ordem pessoal. Nem todos os entrevistados afirmam sentir algo negativo durante as perguntas que envolvem a intimidade, entretanto nas falas postas acima percebemos que diferentes elementos surgem no momento de produzir um exame de si para o serviço especializado.

### **5.5. Continuidades, rupturas e resistências a partir do uso da PrEP**

Ainda pensando os discursos dos entrevistados sobre HIV/Aids um momento em que é possível verificar na prática que há receios, medos e aflições relacionados ao HIV é no período em que aguardam o resultado dos testes que fazem para detecção do vírus. Aqui os sentimentos de aflição também são acrescentados as outras ISTs.

Entrevistador: E quando você faz os testes de HIV, de Hepatite e sífilis lá [*refiro-me ao serviço especializado onde fazem acompanhamento para PrEP*], você sente algo enquanto aguarda os resultados?

Douglas: Sim, você fica ali aguardando o teste é agonizante.

Entrevistador: Mas isso é do HIV ou das outras ISTs?

Fernando: Das outras ISTs, do HIV nem tanto das outras ISTs sim.

A com certeza né, muito nervosismo. É normal assim eu achei que depois que eu comecei eu ia parar com as minhas exposições de risco, daí é sempre muita ansiedade muito nervosismo. Eu sei que a PrEP é eficaz, mas teoricamente existe uma porcentagem né então sempre existe essa possibilidade de que talvez eu tenha pego. Então eu fico muito nervoso, fico muito ansioso, mas acho que faz parte assim, até para eu refletir sobre minhas ações, refletir sobre o que eu to fazendo.

Wellington: Com o uso da PrEP diminuiu bastante, eu fico mais tranquilo. Eu me preocupo mais com as outras, mas fico até um pouco mais tranquilo porque as outras tem algum tipo de tratamento.

Jorge: A, a primeira vez da aquela apreensãozinha, a primeira vez que você vai lá no COA várias vezes que fiz o teste e também eu tinha exposição recente, de um mês, e sempre da aquele medo.

Vagner: A cara, por mais que você tenha pela certeza que você tá bem, sempre tem medo, sempre fica apreensivo porque sei lá, pelo menos comigo, eu sei que vai ta tudo negativo, seu sei, eu sinto, sabe, só que a mulher sai para entregar o negócio e fico meio tenso.

O tempo de espera dentro do serviço de saúde para realizar os testes e receber os resultados é de uma hora, é possível verificar a partir da fala dos entrevistados que esse período é marcado por um conjunto de sentimentos negativos. A fala de Fernando e Jorge são significativas, quando existe alguma exposição recente, relação sexual sem uso do preservativo, os sentimentos de aflição e medo acabam sendo frisados com maior entonação. Fernando também demonstra que o tempo de espera, para a sua experiência, é um tempo de reflexão sobre seus atos e sobre como está lidando com o uso do sexo e dos prazeres. Percebemos também que o sentimento de confiança atribuído a PrEP se mostra no momento de realizar as testagens regulares, o receio vem também das outras ISTs.

A presença dentro do espaço clínico aciona processos reflexivos e tecnologias de si nas quais o sujeito deve pensar sua trajetória no campo na prevenção, seu uso corporal e suas práticas sexuais. A relação com o discurso oficial de prevenção faz com que o sujeito reflita sobre sua vida como um todo, tomando como norte aquilo que é tido como verdadeiro entorno de uma prática sexual saudável. Foucault (2015b) aponta que a medicina requer do sujeito um olhar cada vez mais específico, atuando de forma global, para seu corpo, seus estilos de vida e refletindo sobre sua saúde na busca pelas recomendações médicas e pelos discursos de verdade produzidos por essa ciência.

A medicina não deve mais ser apenas o *corpus* de técnicas de cura e do saber que elas requerem: envolverá, também, um conhecimento do *homem saudável*, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do *homem não doente* e uma definição do *homem modelo*. Na gestão da existência humana, toma uma postura normativa que não autoriza apenas a distribuir conselhos de vida equilibrada, mas a render as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade em que vive. Situa-se nessa zona fronteira, mas soberana para o homem moderno, em que uma felicidade orgânica, tranquila, sem paixão e vigorosa se comunica de pleno direito com a ordem de uma nação, o vigor de seus exercícios a fecundidade de seu povo e a marcha paciente de seu trabalho. (FOUCAULT, 2015b, p.38).

O autor demonstra que a prática médica moderna, onde o espaço clínico ganha grande destaque, produz um conjunto de verdades discursivas para regras de vida,

hábitos alimentares e práticas sexuais passam a serem acionadas e o sujeito deve tornar-se “médico de si mesmo” (FOUCAULT, 2015b), produzindo um exame cada vez mais específico e relatando, quase como uma prática confessional, tudo aquilo que fez ou deixou de fazer na busca pela saúde. A medicina preventiva resgata esse saber clínico e produz modelos de prevenção que os sujeitos devem adotar em suas ações, modos de relacionar e maneiras de ser

Ao olhar para o conjunto de narrativas e os discursos elencados pelos usuários de PrEP podemos perceber a adoção de alguns conceitos e referenciais pertencentes e elaborados pela saúde pública. Sobre esses discursos, com base na literatura, nós categorizamos enquanto modelo oficial de prevenção e na fala dos interlocutores podemos ver claramente algumas terminologias que são próprias desse modelo. As noções de risco, prevenção, exposição são as categorias que foram utilizadas pelos usuários ao se referirem a suas experiências.

Fernando: Então, eu tenho né, tinha, eu tenho muita exposição de risco. Eu não consigo utilizar a camisinha em todas as relações que eu faço, eu faço muito sem por isso que comecei a utilizar a PrEP.

Wellington: Bom é mais por questão assim, não pôr os parceiros em risco para começar. Bom, basicamente isso.

Bernardo: Eu confio no medicamento, eu sei que ele previne mesmo, mas é no começo do tratamento eu achei que o medicamento poderia transar assim sem camisinha, mas depois de um tempo eu fui racionalizando e vendo que não, que é um risco.

Rafael: Sexo sem camisinha é uma irresponsabilidade social sabe, tem muito risco, acho que é responsabilidade social, transar protegido. Embora nem sempre o que a gente fala é o que a gente faz.

A categoria de prevenção também é uma conceitualização que é recorrentemente utilizada pelos interlocutores, associam em diferentes momentos o uso da PrEP como prevenção as vezes complementar ao uso do preservativo as vezes como alternativas a esse uso.

A prevenção é o elemento mais discutido e, ao mesmo tempo, o menos estruturado do modelo preventivo, uma vez que é apropriado e ressignificado por distintos segmentos sociais, além de se espriar através de meios de comunicação de massa de maneira pouco controlada por seus diferentes formuladores: gestores públicos, ativistas políticos e agências internacionais. (PELÚCIO, MISKOLCI, 2009, p.127).

Aqui é interessante que o discurso sobre prevenção assume diferentes significados de acordo com o modo como o sujeito utiliza sua sexualidade, o preservativo para alguns usuários pode ser um elemento de tensão e para outros é indispensável nas suas práticas sexuais. Mesmo aqueles sujeitos que afirmaram não usar mais a camisinha em suas relações afirmam possuir mecanismos de buscar formas de

prevenção, para eles ainda estão se prevenindo – mesmo que de outra forma e que não siga as proposições do modelo oficial de prevenção.

Outro discurso acionado pelos entrevistados e que possui sua genealogia nas práticas médicas preventivas e nos discursos oficiais de prevenção é a noção de risco em saúde. Castiel, Guilam e Ferreira (2010) apontam que a noção de risco é amplamente utilizada nas ciências da saúde, em especial na medicina preventiva e na epidemiologia, sendo que esse conceito indica tanto a fatores que ocasionam doença quanto indicadores de incidência de doenças. O conceito de risco acaba adquirindo uma polivalência na qual o discurso oficial de prevenção utiliza tal conceitualização enquanto marcadores para quantificar os processos de adoecimento em seus diferentes níveis – individual e social.

É preciso quantificar, criar indicadores que meçam a morbidade em termos coletivos e possibilitem comparações entre populações diferentes. Logo, é preciso determinar fatores de risco (e de proteção) e quantificar com que intensidade tais fatores estão associados a determinadas doenças. (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p. 18).

O discurso do risco traz consigo um processo de sujeição no qual certo tipo de sujeito é privilegiado - um sujeito que conhece a si mesmo, auto-regulado, consciente de sua saúde, civilizado e que busca boas ações e práticas de saúde, conforme Lupton (2000) salienta. Esse processo de sujeição que caminha junto com a noção de risco abre espaços para redes biopolíticas nas quais é necessário a construção de regimes de verdade que orientam a prática, a subjetividade e a ação dos sujeitos – com foco especial naqueles sujeitos com risco acrescido de adoecer ou desenvolver determinada doença.

Vemos, então, surgir no discurso e na intervenção biomédica uma nova condição medicalizável – o paciente nem doente nem saudável, pois está em risco. Esse fato traz importantes consequências: na geração de regras comportamentais voltadas à promoção e prevenção da saúde, em última análise, base do projeto de estender a longevidade humana ao máximo possível; no estabelecimento de laços com a produção tecnológica biomédica; na ampliação das tarefas da clínica médica ou, em outros termos, no aparecimento de uma clínica de vigilância dos riscos; na criação de demanda por novos produtos, serviços e especialistas voltados à prevenção dos múltiplos riscos; no reforço do poder e prestígio dos profissionais responsáveis por atividades dirigidas a novas técnicas/programas de controle ou à pesquisa de fatores de risco. . (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p. 26).

É interessante considerar que o discurso do risco é também acionado dentro dos processos de subjetivação daquele que adere a PrEP como forma de prevenção, o sujeito ao olhar para sua realidade e considerar os conjuntos de práticas e maneiras de ser/estar

no mundo reflete e formula suas técnicas de si através desses processos considerando os discursos oficiais de prevenção. Percebemos pelas falas de Fernando, expostas nos parágrafos anteriores, que ao refletir sobre suas práticas sexuais ele indica a presença de “exposição de risco”. Esse modo como o conceito de risco é acionado pelos entrevistados configura a presença de concepções elaboradas pelo discurso oficial de prevenção dentro dos processos de subjetivação dos sujeitos que utilizam a PrEP.

Retomando um pouco da análise das motivações que levam o usuário de PrEP a aderir a essa tecnologia de prevenção, estas são as mais diversas possíveis. Como indicamos no capítulo 3, a PrEP não é de uso compulsório, o indivíduo não é obrigado a utilizar a medicação, e mesmo os saberes especializados poderem indicar o uso cabe ao indivíduo realizar a escolha de aderir ou não. Na narrativa das experiências dos entrevistados podemos verificar que existem elementos de ordem pessoal e subjetiva em relação ao uso da medicação e outros indicam questões externas e objetivas para adesão. Seria algo muito simples, e reducionista, deduzir que a pessoa que utiliza PrEP está apenas interessada na sua prevenção. Tirar tal conclusão seria uma forma de desconsiderar experiência dos interlocutores já que podemos verificar que estes fazem diversos usos da PrEP.

João: Então, eu tive um relacionamento com um enfermeiro e ele era soropositivo e como eu gostava de ficar com ele com um relacionamento a mais de dois anos eu acabei que... ele me ensinou como que funcionava o PrEP eu não conhecia até então. Pra mim eu usava o método tradicional que era o preservativo, a camisinha, e aí ele me contou que funcionava isso pra eu não correr o mesmo risco que ele, que ele tinha se contaminado.

Douglas: Eu utilizo a PrEP não simplesmente... eu quando utilizava a camisinha tinha alergia a látex, então já tenho uma reação ao usar a camisinha. Tem que comprar a camisinha que é sem látex, que é bem difícil achar ou as vezes que você acha é muito cara. Então, pra mim a PrEP ela foi uma facilidade e melhorou muito a minha vida sexual, pra sentir prazer em si. Em questão do sexo, eu prefiro sexo sem camisinha mil vezes, pra mim por questões até psicológicas eu prefiro muito mais o relacionamento sem camisinha, eu sinto muito mais prazer e até por questões de... Até eu descobrir que eu era alérgico a látex... eu tinha problemas gastrointestinais, porque eu não sabia que eu tinha alergia e até eu descobrir sobre isso pra mim hoje em dia é muito mais tranquilo eu usar só a PrEP. Pessoalmente pra mim foi uma maravilha, e também como eu tenho parceiro que é HIV positivo e indetectável, fica um pouco de receio, até ficamos um tempo sem transar. E depois que veio a PrEP e ele faz tratamento aí você fica um pouco mais tranquilo, você consegue relaxar um pouco mais no sexo.

Eduardo: A motivação principal foi quando eu fiz sexo e houve rompimento do preservativo. Posteriormente houve ejaculação e por conta disso eu fui atrás para tomar a PEP, por conta da exposição. Aí tomei os 30 dias e na sequência eu comecei a tomar a PrEP.

Jorge: A principal motivação foi o conhecimento da distribuição no COA, saber que fazem um acompanhamento legal e de saúde pública e também a principal motivação foi a prevenção mesmo, porque de vez em quando



sempre rolava uma exposição ou outra e isso sempre foi uma coisa que me preocupava e eu achei uma opção boa, é uma proteção adicional.

Rafael: Não tenho parceiro fixo, realmente uma prevenção cruzada, não me limitar somente ao uso do preservativo, e por ainda ser um vírus que ele circula bastante. Não é algo que ao contrário do que falam, apesar dos tratamentos não é algo que dá para se brincar.

A busca pela prevenção acaba sendo somada com aspectos da experiência do sujeito, a relação com sua sexualidade e os modos de exercer seus prazeres. A motivação para adesão provém de aspectos que englobam a intimidade do sujeito, fazendo com que a medicação faça sentido em sua vida e em suas práticas sexuais.

É interessante considerar que a busca por práticas preventivas perpassa necessariamente as concepções de corpo e dos usos dos corpos dentro dos regimes de verdade e de poder da sociedade. A busca pela prevenção, sua motivação, se relaciona com as noções de corpo útil próprias da biopolítica produzida no âmbito social. Foucault (2014c) e Foucault (2010) apresenta que a biopolítica opera como uma das formas pela qual o poder governa não apenas os indivíduos, através dos dispositivos disciplinares, mas o conjunto da população, por meio de técnicas e mecanismos de segurança, produzindo uma rede discursiva, poderes biopolíticos locais, nos quais as noções de saúde, higiene, sexualidade, uso dos corpos, natalidade e prevenção de doenças são acionados para produzir espaços de uma verdade sobre si, uma governamentalidade. O sujeito nessa perspectiva é convocado a compreender esses discursos biopolíticos e produzir um corpo útil, um corpo prevenido e preventivo.

Foucault (2008) ao verificar a emergência histórica do discurso em torno da população, aponta que o corpo se demonstra como central na discussão genealógica; enquanto prática disciplinar é sobre o corpo do indivíduo que a rede de poderes biopolíticos opera, mas é no corpo populacional que os mecanismos de segurança fazem emergir a necessidade de um corpo útil, um corpo que além de disciplinado é também produtivo e livre de doenças. Esse investimento ao corpo tem relação com o sistema de produção, tornar trabalhadores saudáveis e disciplinados, mas também com um sistema de sujeição consolidando o corpo útil e dócil. Essa tecnologia política do corpo, conforme Foucault (2014c) denomina, produz modos pelos quais o sujeito deve se relacionar com seu corpo e com sua saúde; a prevenção, nesse sentido, deve ser algo desejado para manter o corpo em funcionamento e economicamente útil, evitando as doenças e pestilência.

Com base na discussão posta, percebemos que a PrEP e os discursos em torno desta tecnologia de prevenção se consolidam não apenas enquanto uma apropriação do

corpo do sujeito, mas sim enquanto uma estratégia, uma rede de relações, nos quais o sujeito deve compreender e dar sentido ao seu uso em prol de manter suas práticas preventivas e de saúde. Nas falas dos entrevistados diferentes aspectos de suas narrativas são acionados para dar sentido a esse uso, entretanto, ao olhar genealogicamente, é necessário considerar o caráter produtivo de um sistema onde a prevenção é um marco desejado, algo que o sujeito deve buscar para produzir a si mesmo. A PrEP, assim como o poder, não se restringem a um modelo de contrato, o sujeito aqui deve desejar e participar dessa rede, utilizar dos regimes de verdade e dar sentido a sua experiência enquanto usuário, enquanto pessoa que adere a PrEP como forma de prevenção.

O discurso dos entrevistados sobre as políticas baseadas na PrEP permite visualizar maneiras bem interessantes de como os interlocutores avaliam esta ação.

João: Eu acho ela bem eficiente, muito boa. Desde o início quando começaram a fazer o processo e até agora eu não tive nenhum problema. Eu acho bem eficiente e indicaria mais pessoas para evitar problemas futuros.

Eduardo: Ela é totalmente necessária, se você olhar do ponto de vista do uso que ela tem em países desenvolvidos. Se você levar em consideração que os Estados Unidos não oferece ela ao público de risco como travestis e profissionais do sexo ela tem que ser comprada e o Brasil fornece gratuitamente, eu avalio como uma política de Estado excelente. No caso em se falando de Brasil.

Fernando: Eu acho a PrEP complicado, a PrEP me faz muito bem mas acho que a PrEP aplicada em larga escala talvez teria um custo muito alto pro sistema de saúde.

De maneira geral os usuários avaliam a política de prevenção baseada na PrEP como sendo uma excelente forma de controle e prevenção da epidemia de HIV/Aids, mas existe aqueles que trazem um outro tom como o Fernando que indica os possíveis custos para o Estado. Um dos entrevistados apontou que o possível uso generalizado da PrEP traria menos responsabilidade na prevenção.

Considerando a interferência ou não da PrEP nos hábitos e práticas sexuais dos entrevistados, os relatos abaixo são fundamentais para realizar análise efetuada neste ponto.

João: Continua tudo meio parecido, apesar que agora eu fiquei mais seletivo eu acho. Queira ou não queira é um sacrifício você fazer isso todo dia, uma rotina, uma disciplina. Você não vai ser disciplinado para qualquer um, você acaba sendo mais seletivo, não sai com qualquer pessoa por exemplo.

Eduardo: Sim, eu fiquei mais negligente. Tipo eu me preocupo muito se o preservativo está bem colocado, se vai sair ou se vai romper. Inclusive já aconteceu outros acidentes.

Fernando: A eu acho que sim, acho que a gente fica mais... com mais liberdade para desenvolver a minha sexualidade. Que é muito importante pra mim, e é um passo importante pra mim em termos de saúde mental e saúde

física porque a partir da PrEP eu comecei a me exercitar, comecei a cuidar mais da minha saúde, comecei a ir na terapia, a PrEP pra mim foi uma mudança de águas assim, um divisor de águas.

André: Mudou um pouco, eu acho que como te falei a PrEP te da um sentimento de infalibilidade, alguma coisa assim, o pior medo que você tem em teoria está contido. Então eu acho que te da uma propensão maior em você querer fazer sem camisinha, então, por exemplo, com meu outro namorado seis anos atrás eu levei meses para fazer sem camisinha, com o novo namorado na terceira ou quarta semana eu já tava fazendo sem camisinha, mas eu já tava mais confiante nesse sentido.

Apenas dois entrevistados responderam a pergunta se a PrEP ocasionou alguma mudança em seus hábitos e práticas sexuais, podemos ver que o uso da medicação faz com que exista um marcador na vida desses usuários acarretando em algumas avaliações da própria trajetória, maior confiança nas relações com os outros e a redução do medo da infecção pelo HIV, sendo representada como o “pior medo”, bem como um maior uso das possibilidades de prazer.

As revisões das narrativas bibliográficas é um fenômeno constante e necessário no contexto da modernidade. Para Giddens (2002a) o modo de vida produzido pela modernidade desvincula todos os ordenamentos sociais tradicionais de uma forma cada vez mais geral e global. As transformações e mudanças do eu fazem parte do processo reflexivo necessário á sociedade moderna. No nível da estrutura essas mudanças servem para estabelecer formas de interconexão social que cobrem o globo enquanto no nível da ação as mudanças alteram algumas das mais íntimas e pessoais características de nossa existência cotidiana.

O ritmo de mudança é um efeito de extrema rapidez no contexto de uma modernidade reflexiva, e essa é talvez a característica mais marcante para pensar a passagem de uma ordem social tradicional para a modernidade. A mudança opera no nível das inovações tecnológicas, das formas de lidar com as epidemias e até no cotidiano do indivíduo que deve sempre se adequar a tais processos de mudança. A constituição do eu é permeada por rupturas que são requeridas pelo ritmo de mudança da própria modernidade. A interconexão global é outro aspecto desse escopo da mudança, as diferentes partes do globo produzem ondas de transformação global que permeiam todo o mundo.

Ao narrar as mudanças em suas vidas a partir do uso da PrEP é observável que os critérios reflexivamente elencados não estão apenas relacionados a questões de utilidade e eficácia da PrEP enquanto forma de prevenção, existem os espaços de conflitos, de resistências, das decisões pessoais bem como um deslocamento do discurso oficial da proposta da PrEP, mesmo no ato de usar a medicação. Observamos esse

aspecto ao questionar em relação ao uso do preservativo, e se torna perceptível que não existe um consenso em relação a este ponto.

Ao questionar sobre o uso do preservativo alguns dos entrevistados narraram que já não usavam essa forma de prevenção em suas relações sexuais antes da PrEP, outros passaram a não usar depois da PrEP, alguns mantiveram a mesma frequência de uso. Apenas um dos entrevistados responde que não utiliza o preservativo em nenhuma relação sexual.

Wellington: Não, ficou mais ou menos a mesma coisa. Foi mais nas vezes quando eu tava um pouco bêbado, meio alterado assim. Mais em festa, alguma coisa assim. É mais ocasional.

Fernando: A total, eu não uso camisinha em inúmeras vezes. Primeiro que o cara precisa trazer a camisinha, eu não vou levar e depois o cara tem que colocar como se fosse um equilíbrio pra gente transar, tipo ó só se você usar camisinha a gente vai transar, por que eu hoje deixo bem claro que eu gosto sem camisinha e que eu prefiro sem camisinha. Então se o cara estiver disposto a usar camisinha eu uso, mas é raro, é raro, geralmente se alguém chega pra mim e fala para usar camisinha, dependendo da pessoa é claro, geralmente eu não transo com ela, prefiro alguém que queria sem, que transe sem.

Eduardo: Não, não aumentou. Eu continuo preferindo usar o preservativo.

Bernardo: Aumentou no início, só que depois diminuiu. Ai eu comecei a utilizar [*refere-se ao preservativo*] porque a PrEP não previne outras doenças.

Entrevistador: E por que você acha que isso ocorreu?

Bernardo: Acho que é um pouco de liberdade, de transar sem ter medo de pegar uma infecção. Que é algo que acompanha os homossexuais, a muitos anos assim. Desde a década de... que surgiu a doença. Ai a PrEP tirou um pouco desse pânico assim. Eu sinto menos medo assim, menos medo de romper a camisinha né, que é um medo que também não é lógico assim, é difícil mas acontece. Mas o medo de acontecer isso, de infectar assim.

Não há como tornar uma categoria geral de que o usuário de PrEP adere a essa tecnologia de prevenção para manter relações sexuais sem o uso do preservativo, existem diversas formas de vivenciar a experiência com o uso da PrEP. Um ponto interessante verificado em três entrevistados é que estes preferem outros usuário de PrEP para manter relações sexuais ocasionais, a justificativa que para diminuir o estigma ocasionado a partir da adesão a medicação e por que o usuário de PrEP seria alguém que mantém uma saúde sexual, a partir dos exames de rotina, mais estável.

Percebemos, com base em Foucault (2014a), que a sexualidade dentro do ocidente é um campo onde a analítica do poder se prolifera de forma cada vez mais específica produzindo uma verdade em torno do sujeito. Os poderes sobre a vida, os biopoderes, encontram na sexualidade um objeto específico para produção dos regimes de verdade. Compreender e dizer a verdade sobre a sua sexualidade é compreender a si próprio, é dentro desses “jogos de verdade” (FOUCAULT, 2014a, p.79) que a

sexualidade toma uma noção de verdade, de compreender a verdade do sujeito. Esse elemento é fundamental para compreensão do dispositivo da sexualidade e de seus usos por parte do sujeito que utiliza a PrEP; ao olhar para o dispositivo da sexualidade compreende-se que este não se trata apenas de uma forma de regular o prazer sexual, é antes de tudo uma forma de ver o corpo, a agência e o momento da vida do sujeito.

Dentro do contexto da modernidade o dispositivo da sexualidade, segundo Foucault (2014a), historicamente, desenvolveu quatro estratégias de domínio no campo da sexualidade que são: a histerização do corpo da mulher; a pedagogização do corpo da criança; o controle do casal fecundo e a psiquiatrização do prazer perverso. (FOUCAULT, 2014a, p.85). Essas estratégias são os principais domínios que o dispositivo da sexualidade vai agir e através dessa analítica é que podemos entender o modo como o discurso oficial de prevenção incita os discursos em torno da sexualidade do sujeito que utiliza a PrEP.

Em Foucault (2014a) percebemos que os saberes produzidos em torno do dispositivo da sexualidade, a *scientia sexualis*, colocou o sexo e a sexualidade como domínios fundamentais para o exercício do poder e da sujeição ao mesmo tempo em que produziu e incitou espaços de subjetivação. A partir das entrevistas realizadas foi possível verificar que a sexualidade se mostrou como um dos elementos centrais para a adoção das práticas preventivas com base no uso da PrEP, ao olhar para si o sujeito avalia suas práticas sexuais, seu grau de envolvimento com os parceiros sexuais, a rotatividade dos encontros e o modo como adota ou não o uso do preservativo e a partir dessa reflexão sobre si e sobre a sua sexualidade escolhe a PrEP como uma forma de prevenção.

Nesse sentido então o sujeito que fala, reflete e pensa sobre a sua sexualidade não está fora do discurso e das relações de poder, é a partir do discurso, da prática do poder, que a sexualidade é produzida.

Preciado (2018) afirma que o conjunto de transformações políticas e sociais da nova economia global e dos novos suportes tecno-industriais do capitalismo requerem um olhar para o corpo, o sexo e a sexualidade, uma vez que sexo, sexualidade, prazer e gênero são elementos fundamentais para a consolidação de uma biopolítica e da gestão de si dentro das novas dinâmicas, do que o autor chama, de tecnocapitalismo. Preciado (2018) afirma que a produção e controle das identidades subjetivas sexuais estão sendo modificadas de uma forma nunca antes vista na história por meio de hormônios, da

indústria pornográfica, das moléculas sintéticas e da indústria farmacêutica consolidando a era farmacopornográfica do capitalismo.

A proliferação na era farmacopornográfica das possibilidades sexuais ocorre predominantemente através de novas tecnologias sexuais nas quais a intervenção no corpo é requerida e necessária. As moléculas sintéticas e os hormônios expandem aquilo que era tido como gênero – a masculinidade agora é testosterona, a virilidade sexual agora é Viagra.

A corporização nesse contexto proposto por Preciado (2018) ocorre por e através dos usos tecnológicos nas quais a indústria possibilita formas técnico-orgânicas de existência através de próteses, implantes, enxertos, silicone, comprimidos e medicamentos que estabelecem novas formas de controle e novas formas de resistência. As formas de controle social, bem como de resistência, das subjetividades, dentro da era farmacopornográfica, ocorre através de novos protocolos técnicos biomoleculares e multimídia.

Nossa economia mundial depende da difusão global depende da produção e circulação interconectada de centenas de toneladas de esteróides sintéticos e órgãos, fluidos e células (tecnossangue, tecnoesperma, tecno-óvulo etc.) tecnicamente modificados; depende da elaboração e distribuição de novas variedades de psicotrópicos sintéticos legais e ilegais (bromazepam, Special K, Viagra, speed, cristal, Prozac, ecstasy, poppers, heroína); depende do fluxo de sinais e circuitos digitais de informação; depende de que todo o planeta se renda a uma arquitetura urbana em que megacidades miseráveis convivem com altas concentrações de capital sexual. (PRECIADO, 2018, p. 36).

O autor afirma que a era farmacopornográfica configura um governo biomolecular, uma era marcada pelas substâncias nas quais os vários tipos de desejos orientam as ações e a partir disso eles se tornam agentes. O corpo individual funciona como uma extensão das biotecnologias globais, ocorrendo há a invenção de um sujeito e sua reprodução em nível mundial.

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. (PRECIADO, 2018, p. 37).

Em um pequeno comentário feito a um blog espanhol Preciado (2020) afirma que a PrEP está produzindo na sexualidade gay transformações semelhantes que a Pílula produziu na sexualidade heterossexual nos anos 1970 uma vez que ambas são tecnologias químicas utilizadas para prevenir efeitos indesejados das relações sexuais.

Segundo o autor a PrEP e o anticoncepcional obrigam a pensar os novos arranjos bioidentitários fora das lógicas das identidades inventadas pelo discurso médico e jurídico do século XIX uma vez que essas tecnologias de prevenção são a transição de uma sexualidade controlada por aparatos disciplinares para uma sexualidade mediada por dispositivos farmacopornográficos menos rígidos, biomoleculares e digitais. “La sexualidad contemporánea está construida por moléculas comercializadas por la industria farmacológica y por un conjunto de representaciones inmateriales que circulan en las redes sociales y los medios de comunicación.” (PRECIADO, 2020).

Preciado (2020) aponta que os *condones* químicos, as tecnologias químicas de prevenção, possuem alguns desdobramentos fundamentais; o primeiro deles é que se trata de uma medida aplica aos corpos, desejos e sexualidades subalternas uma vez que a campanha da Truvada®<sup>36</sup> é destinada aos homens gays e outros HSH. Sobre o segundo desdobramento da PrEP, o autor coloca que:

Además, en el caso de estos condones químicos, la decisión de uso ya no se toma en el acto sexual mismo, sino con antelación, de modo que el usuario que ingiere la molécula construye su subjetividad en una relación temporal de futuridad: es su tiempo vital y la totalidad de su cuerpo, pero también la representación de sí mismo y la percepción de las posibilidades de acción e interacción, los que son transformados por el consumo del fármaco. Truvada no es ni un simple medicamento ni tampoco una vacuna, sino que, como la píldora, funciona como una máquina social: un dispositivo bioquímico que aunque aplicado aparentemente a un cuerpo individual, opera sobre el cuerpo social en su conjunto produciendo nuevas formas de relación, deseo y afectividad. Lo más importante y lo que quizás explique el éxito no sólo farmacológico sino también político de la píldora a partir de los años 70 y del Truvada hoy es que los condones químicos, suplementados además por la molécula de Sildénafil (Viagra), permiten construir la fantasía de una sexualidad masculina “natural” totalmente soberana cuyo ejercicio (entendido como erección, penetración y circulación ilimitada de esperma) no se ve restringido por barreras físicas. (PRECIADO, 2020).

Preciado (2020) afirma que a PrEP, enquanto um dispositivo da era farmacopornográfica permite a possibilidade de uma construção subjetiva da sexualidade gay não mais como uma transgressão, um terrorismo das normas sexuais, mas uma normalização do sexo que, com a PrEP, não é mais de risco.

Farmacológicamente higiénico, sexualmente viril. El poder del fármaco reside en su capacidad para producir una sensación de autonomía y libertad sexual. Sin mediación visible, sin condón de látex, el cuerpo masculino penetrante obtiene la sensación de plena soberanía sexual, cuando en realidad cada una de sus gotas de esperma está mediada por complejas tecnologías

---

<sup>36</sup> Durante o texto Preciado (2020) se refere ao Truvada como sinónimo de PrEP uma vez que no contexto europeu e norte-americano a empresa Gilead é quem detém os direitos sobre a profilaxia pré-exposição. No caso brasileiro a PrEP não é comprada desse laboratório, tendo a sua produção em nível local.



farmacopornográficas. Su libre eyaculación sólo es posible gracias a la píldora, a Truvada, a Viagra, a la imagen pornográfica...

Truvada, como la píldora, quizás no tenga como objetivo mejorar la vida de sus consumidores, sino optimizar la explotación dócil de los mismos, su servidumbre molecular, manteniendo su ficción de libertad y emancipación al mismo tiempo que refuerza las posiciones sexopolíticas de dominación de la masculinidad normativa. La relación con el fármaco es una relación libre, pero de sujeción social. Follemos libremente: follemos con el fármaco. Con respecto a esta servidumbre molecular, parece no haber diferencias entre la heterosexualidad y la sexualidad gay. En los últimos 20 años la sexualidad gay ha pasado de ser una subcultura marginal a convertirse en uno de los espacios más codificados, reglamentados y capturados por los lenguajes del capitalismo neoliberal. Quizás sea hora de dejar de hablar de heterosexualidad y homosexualidad y empezar a pensar más bien la tensión entre usos normativos o disidentes de las técnicas de producción de la sexualidad que parecen hoy afectarnos ya a todos. (PRECIADO, 2020).

A extensão do governo biomolecular da era farmacopornográfica tem na PrEP um de seus mais ricos exemplos, a extensão masturbatória dos biopoderes, como Preciado (2018) coloca, possibilita ao capitalismo novas formas de gerir e gestar a população. Por meio das moléculas, drogas, medicamentos, sexo, prazer, desejo, pornografia, silicones e intervenções cirúrgicas as subjetividades são moduladas e remodeladas em nível molecular. Ao analisar a fala dos entrevistados, presente nos parágrafos acima, é perceptível espaços de resistência e descontinuidades frente aos discursos oficiais de prevenção e a esse regime biopolíticos dos desejos. O modo como os entrevistados exercem suas sexualidades, seus afetos e seus prazeres não é apenas pela regulamentação e sim por processos reflexivos e novas constituições sexuais marcadas pelo uso da PrEP, mas também por espaços de uma ética de si.

Um ponto é fundamental para compreender o pensamento de Preciado (2018), que são os espaços de resistência e rupturas com esse novo regime farmacopornográfico. Com base na teoria queer a autora prevê formas de romper com a hegemonia de um controle social, subverter as lógicas do biocapitalismo e explodir as identidades sexuais higiênicas e higienizadas.

Retomando para a análise das entrevistas, e fundamental para compreender o conjunto de discursos elencados pelos usuários de PrEP observar as relações de estigma e estereótipo que alguns entrevistados relataram.

João: O que eu percebi geralmente as pessoas vinculam [*uso da PrEP*] com garoto de programa. Esse é um pouquinho de preconceito que percebi com quem uso. Quando você conta que usa as pessoas acham que você é profissional do sexo.

Rafael: Mas é meio que um tabu no meio gay, eles associam PrEP com a promiscuidade, como se você fosse, nossa distribuisse [*gíria que indica ter vários parceiros sexuais*], e que aquilo fosse usado apenas, sabe tem uma moral no meio gay que me preocupa as vezes um pouco, uma moral que a

PrEP fosse usada por pessoas promíscuas, já me deparei com esse tipo de discurso entre amigos.

Fernando: Eu tenho um pouco de dificuldade de lidar com conversas, com coisas do tipo, e também enfrento um pouco de estigma com PrEP, pessoas geralmente me chama ai carimbador, carimba, já sofri ameaça, tipo vou te denunciar para a secretaria de saúde que você está transmitindo doença para as pessoas, a política vai te prender por causa que você está carimbando<sup>37</sup> as pessoas, eu já senti muito dificuldade.

Entrevistador: Mas ameaça por onde? Por aplicativo?

Fernando: É, por aplicativo geralmente, e uma foi presencial assim. Era um cara que a gente tava transando e depois da transa eu abri alguns aspectos da minha vida sexual e ele simplesmente concluiu isso e me atacou.

É interessante que esses elementos surgiram do próprio campo de pesquisa, não havia nenhuma pergunta destinada a verificar se sofreram alguma espécie de discriminação a partir do uso do PrEP. Mas é possível perceber que existe um conjunto de representações discursivas que colocam a PrEP e conseqüentemente a pessoa que utiliza a PrEP como alguém irresponsável, promíscuo ou que exerce trabalhos sexuais. Isso fica evidente inclusive quando olhamos as palavras-livres presentes no capítulo quatro.

Parker (2018) ao pesquisar sobre os estigmas relacionados ao HIV/Aids constata que ao observar essa interface da epidemia é fundamental compreender o estigma e discriminação para além da formulação teórica de dominação de um grupo sobre o outro, requer pensar o estigma como um processo social inerente as relações de poder e controle que estabelecem certos grupos como desvalorizados e desacreditáveis.

Argumentamos que o estigma deve ser compreendido mais claramente como ligado ao funcionamento das ‘desigualdades sociais’; isso significa dizer que as questões de estigmatização e discriminação, quer em relação ao HIV e à Aids ou a qualquer outra questão, exigem que reflitamos mais amplamente sobre a forma como alguns indivíduos e grupos passam a ser socialmente excluídos, e sobre as forças que criam e reforçam a exclusão em diferentes contextos. (PARKER, 2018, p.29).

A PrEP enquanto um novo arquivo faz emergir outras formas de estigmatização, não se trata do estigma do indivíduo poluído com o HIV, aquele que transgrediu, mas do sujeito potencialmente poluidor, aquele que não carrega em si as marcas dos vírus, mas que utiliza de uma medicação, um fármaco, para exercer uma sexualidade transgressora, promíscua e perigosa.

---

<sup>37</sup> Cerca de três anos atrás um conjunto de reportagens denunciaram o “Clube do Carimbo” que era um conjunto de pessoas investigadas de infectar intencionalmente outras pessoas com HIV. Não se sabe ao certo se essas pessoas de fato existiram, mas o termo carimbar acabou se tornando uma referência a infecção pelo HIV. Uma espécie de gíria. Mas, particularmente, eu ouvi apenas essa gíria ser utilizada uma vez onde uma travesti falou que a outra travesti estava carimbada porque emagreceu desde a última vez que se viram.

Buscando finalizar a presente análise é fundamental discorrer sobre as duas problemáticas de pesquisa que foram tomadas enquanto norte de trabalho. A primeira para observar o modo como o sujeito se subjetiva e é subjetivado pelo discurso biopolítico do modelo oficial de prevenção e a segunda para verificar se existe alguma conexão entre os sentidos, dispositivos e representações sobre o HIV que a pessoa que adere a PrEP torna um dos fatores para o uso desta tecnologia.

É fundamental para compreensão das narrativas dos usuários da PrEP compreender como essa tecnologia de prevenção opera concomitantemente enquanto um dispositivo de sujeição e um mecanismo de subjetivação. O olhar aprofundado para as entrevistas realizadas torna possível perceber que os participantes indicam diferentes razões para aderir à PrEP como uma de suas formas de prevenção ao HIV, essas motivações estão relacionadas com aspectos de suas narrativas de vida como a experiência em um relacionamento sorodiscordante, a dificuldade e inconstância no uso do preservativo, o *status* de relacionamento enquanto solteiro ou em um relacionamento aberto, a rotatividade de parcerias sexuais ou a necessidade de uma complementação das formas de prevenção já utilizadas. Esses aspectos pessoais evidenciam o processo de subjetivação da PrEP é necessário que esta tecnologia faça sentido para a vida do sujeito e que ele compreenda benefícios no seu uso.

Pensar a PrEP como a dupla relação de subjetivação e sujeição possibilita fugir da díade PrEP como repressão e normalização e PrEP como liberdade. Ao analisar a fala dos entrevistados percebemos a adoção de mecanismos disciplinares ao passo em que verificamos uma reconfiguração de aspectos do discurso oficial de prevenção. Ao mesmo tempo em que seria reduzir a experiência desses sujeitos considerar a PrEP apenas em seu caráter de medicalização da vida, configura um erro tomar a PrEP apenas como escolha individual. É possível afirmar que dentro da experiência do sujeito que adota a PrEP enquanto forma de prevenção, ambos os mecanismos e processos de subjetivação e sujeição se mostram presentes. Não se trata, portanto, de considerar a PrEP apenas um elemento de subordinação do indivíduo e controle social de uma doença, mas sim evidenciar que dentro dos discursos oficiais de prevenção do programa de saúde da PrEP o sujeito adéqua tais enunciados de verdade a sua vida, práticas e decisões e portanto, constrói sua própria reflexividade.

Esse aspecto subjetivo sobre o uso da PrEP é fundamental para a compreensão dos discursos e dispositivos que caminham junto a esta tecnologia. Conforme foi exposto o poder não opera apenas na interdição, as práticas biopolíticas e de biopoder

necessitam a participação do sujeito e é a partir dessa rede de poderes que ele constrói sentidos e significados para a experiência que está vivenciando.

Compreendemos então que o caráter de sujeição da PrEP não é apenas no tom imperativo de adoção de determinadas práticas sexuais que são tidas como seguras, ou que não proporcionam riscos a vida do sujeito, mas que o contato com o discurso oficial de prevenção proporciona espaços no qual o sujeito reflete e transforma a sua subjetivação vendo sentido aos práticas que estão sendo propostas e verificando se o modo como lida com a sua vida e a sua sexualidade segue ou não as recomendações oficiais.

O formato como uma política de prevenção baseada no uso da PrEP se configurou indica a presença de uma tensa rede biopolítica pelo qual o sujeito é convidado a ingressar e a partir dessa participação aspectos das suas narrativas são transmutados abrindo espaço para os discursos em torno da saúde, gerenciamento de risco e prevenção ao HIV.

Ao longo da pesquisa foi indicado que a PrEP se configura enquanto um novo evento no campo discursivo do HIV, que ela representa um deslocamento na produção de poderes e de discursos em torno do HIV/Aids e indica a presença de novas redes e de novos mecanismos de sujeição e subjetivação. Entretanto a PrEP e o HIV estão diretamente relacionados, ao analisar as entrevistas com pessoas que adotam esta tecnologia como forma de prevenção é possível perceber que os sentimentos, sensações e sentidos atribuídos a infecção pelo HIV, ou a possibilidade de serem infectados pelo vírus, é um dos fatores fundamentais para o uso dessa medicação.

Durante as entrevistas em diversos momentos os interlocutores indicaram diferentes discursos para pensar a relação com o HIV em suas vidas, isso ocorreu mesmo antes ou após a pergunta que buscava identificar essa questão. Na narrativa dos usuários de PrEP percebemos que os discursos de medo, receio, apreensão, aflição, pavor são elencados para explicar a possibilidade de infecção pelo HIV. A PrEP então seria uma tecnologia que aliviaria, para utilizar a expressão de um dos entrevistados, a tensão causada por essa possibilidade.

A adoção da PrEP enquanto uma forma de prevenção se relaciona ao modo como os entrevistados percebem os discursos sobre o HIV. Por mais que as experiências desses sujeitos com a PrEP sejam diversas e plurais o desejo de prevenção ao vírus é algo comum entre essas vivências que colaboraram com a presente pesquisa.

Esses dois aspectos, de como a PrEP vincula um processo de sujeição e subjetivação e como o desejo de prevenção ao HIV é um fator em comum para o uso da PrEP, se mostraram elementos fundamentais investigados a partir das perguntas e hipóteses levantadas no decorrer da pesquisa. As outras problemáticas serão indicadas no capítulo que segue, indicando ainda, nesta conclusão, a construção da pesquisa e o modo como o método foi articulado para pensar o HIV, a PrEP e a experiência daquele que a utiliza.

## **Conclusão**

A construção da conclusão da presente pesquisa é composta por dois momentos que estão necessariamente relacionados, esclarecendo-se mutuamente, mas vou expor de forma separada. Em um primeiro momento discorreremos sobre o método genealógico e as proposições e usos teóricos de Michel Foucault para a pesquisa sociológica e para a construção desta dissertação passando para, em um segundo momento, os resultados da investigação realizada. Desta forma, a resposta conclusiva abarca tanto os problemas teóricos elaborados quanto a verificação empírica sobre a temática da pesquisa.

Iniciando as discussões finais da presente pesquisa é importante principiar sobre a maneira pela qual se deu a construção desta dissertação e como os usos teóricos de Michel Foucault contribuíram para a forma que ocorreu a exposição de ideias, análises e argumentações expostas.

No decorrer da dissertação foi indicado que a genealogia do poder e da ética de si desenvolvida por Foucault proporciona um olhar e uma construção epistemologia particular, um saber localizado. Desta maneira foi fundamental dar início a dissertação relatando como ocorreu a aproximação do pesquisador com o objeto de pesquisa, a PrEP, e o interesse em investigar uma relação social específica, os discursos subjetivos da pessoa que adere a PrEP enquanto forma de prevenção. Traçar esse diagnóstico crítico do presente, colocar o saber produzido por essa dissertação em perspectiva, é demonstrar como ocorreu o desejo em pesquisar a PrEP e os dispositivos de sujeição e subjetivação de seus usuários.

O interesse acadêmico anterior, no nível de graduação, e a atuação em um projeto de testagem para HIV realizados pelo Grupo Dignidade contribuíram para o interesse nas questões envolvendo o HIV/Aids e na formulação e elaboração de hipóteses desta dissertação. Relatar esse processo é particularmente interessante para a pesquisa genealógica uma vez que se assemelha com a discussão proposta por Foucault (2015a) onde ao pensar sobre a verdade, o saber e a figura do autor, indica que a genealogia propõe a existência de uma mudança no perfil da intelectualidade onde os pesquisadores deixariam a postura do intelectual universal, aquele que tudo sabe e tudo lê - exemplificado pela figura do jurista do século XIX – passando para a existência de um intelectual específico que atuaria em diferentes espaços e se inseriria em ambientes da sociedade e a partir desta relação produz saberes e conhecimentos.

A genealogia proporciona, ainda, uma reflexão em torno da história do presente, das práticas e relações sociais, ao passo que busca não identificar a linearidade do curso sócio-histórico, mas sim indicar as rupturas, os desvios, os deslocamentos que produzem as redes de poderes, os embates, os discursos, os mecanismos e dispositivos que interessam para a análise que está sendo feita. Nesse sentido, por conta do tempo limitado de uma pesquisa de mestrado, foi selecionado dois aspectos elencados como fundamentais para a compreensão dos discursos genealógicos sobre a PrEP que são as discussões sobre as noções de saúde e doença, expostas no capítulo dois, e as análises das políticas de prevenção ao HIV, analisadas no capítulo três.

Dentro do caminho explicativo selecionado para compor a análise genealógica da presente pesquisa um dos elementos considerados fundamentais foi à compreensão dos discursos em torno das noções de saúde e doença. A PrEP enquanto uma tecnologia biopolítica utiliza dispositivos da medicina preventiva e social para a produção de noções como boa saúde, prevenção, gerenciamento de riscos.

É interessante observar que a busca pela compreensão do arquivo sobre a PrEP requereu um olhar histórico sobre três doenças e pestilências do passado. Verificar a produção discursiva e a maneira como tais doenças foram encaradas pelos saberes, governos e grupos sociais em contextos específicos acabou sendo uma das formas e possibilidades de entender o modo como a genealogia discursiva em torno da PrEP está sendo produzida.

Então, ao refletir sobre as doenças do passado e trazer o método genealógico possibilitou compreender o modo como as pestes, pestilências e doenças foram encaradas dentro de momentos particulares verificando as disputas, as representações, os dispositivos e os discursos utilizados para caracterizar tais doenças.

Dentro desta reflexão entorno dos discursos sobre saúde e doenças é que foi dado início a discussão sobre o HIV/Aids enfatizando os primeiros anos da epidemia e o conjunto de relações que se produziram sobre o vírus. Esses primeiros anos são fundamentais para a compreensão do conjunto de elementos discursivos anunciado em torno do vírus como a relação direta entre homossexualidade masculina e a Aids e as noções de promiscuidade e irresponsabilidade da pessoa que era infectada.

Verificar o modo como a história social do HIV foi se desenvolvendo, compreender a genealogia do vírus, foi de grande importância para o desenvolvimento da análise que realizamos uma vez que para averiguar como a PrEP se configura enquanto um novo evento no campo das políticas de prevenção ao HIV se mostrou



fundamental traçar a forma como as questões envolvendo o HIV/Aids se consolidaram e como ocorreu a produção discursiva sobre o vírus e a doença.

Dentro da história social do HIV/Aids o pânico dos primeiros anos da epidemia são marcantes para a compreensão das redes de poderes que envolvem o vírus, o pânico gerado nesse período produziu relações que formulam processos de subjetivação que perduram atualmente. A necessidade de evitar ser visto como uma pessoa vivendo com HIV, a fuga do estigma que o vírus comporta e os preconceitos que PVHA suportam se mostraram como elementos importantes para os sujeitos que aderem a PrEP enquanto forma de prevenção.

No sentido de ainda compreender a história social do vírus e traçar a genealogia da PrEP, dentro do capítulo três realizamos a discussão sobre as políticas de prevenção ao HIV, como este campo se consolidou e a formação da agenda pública ao combate e controle da epidemia. A PrEP se insere em um contexto atual de prevenção ao vírus, a prevenção combinada, e para atingir os objetivos de pesquisa se mostrou imprescindível verificar o modo como ocorreu as ações públicas em torno dessa pauta.

As discussões sobre o HIV/Aids mobilizou diferentes atores na construção da agenda pública do vírus - as ações comunitárias e do movimento social, as políticas governamentais em seus diferentes níveis e a produção acadêmica marcaram, e marcam, o modo no qual são elaborados estratégias de controle da epidemia. Essa junção de diferentes vozes amplia as frentes de atuação neste campo e possibilita uma rica discussão para formulação de ações e políticas específicas.

Pensando genealógicamente a PrEP e a maneira como esta se insere no contexto das políticas de prevenção combinada acarretou que para compreender como essa tecnologia se desenvolve enquanto um novo acontecimento no campo do HIV/Aids foi fundamental desenvolver uma reflexão sobre o campo de ações públicas e as repostas sociais acerca do vírus e da doença.

Os diferentes momentos de respostas ao HIV/Aids podem ser pensados de forma analítica enquanto paradigmas de prevenção, essas respostas devem ser encaradas tanto como uma forma de elaborar ações e políticas quanto modelos de análise e reflexões acadêmicas sobre como interpretar o HIV. Nesse sentido, diferentes autores demonstram a existência de três paradigmas fundamentais para compreensão da história social do HIV – conforme abordado no capítulo três.

Desenvolver esse caminho foi fundamental pra embasar a discussão de que a PrEP se configura como um quarto paradigma de prevenção no qual as políticas de

prevenção combinada priorizam a escolha dos sujeitos, ofertando múltiplas formas de se prevenir ao HIV que podem ser utilizadas conjuntamente ou em sequência. A prevenção combinada, conforme apresentamos ao analisar o folder da mandala da prevenção combinada e o PCDT da PrEP, é uma estratégia que utiliza distintas abordagens de prevenção – biomédica, comportamental e estrutural – aplicados em diferentes níveis – individual, social, coletivo e/ou nas parcerias sexuais – para dar uma resposta as necessidades específicas de prevenção. A maneira como esta política está estruturada o sujeito se torna foco na atenção preventiva, os serviços de saúde devem estabelecer uma relação de vínculo na qual a subjetividade do usuário seja considerada na apresentação, e na escolha por parte desse indivíduo, de qual método de prevenção deve ser empregado.

É observável, ao pensar genealogicamente, que esta abordagem configura um novo acontecimento para o campo de políticas e ações de prevenção ao HIV. Considerar o sujeito e os grupos populacionais em suas singularidades nem sempre foi à estratégia adotada para prevenir a infecção pelo HIV. Esse argumento acaba sendo somado para afirmar que a PrEP se configura como um novo evento no campo do HIV/Aids, não apenas pela sua novidade enquanto tecnologia biomédica de prevenção, mas também pelos discursos biopolíticos que o modelo oficial de prevenção aciona.

É interessante considerar que o método genealógico utilizado por Foucault expressa não apenas um conjunto de proposições teóricas, mas um modo como pensar e produzir o próprio saber. Para compreender a genealogia da PrEP, seu arquivo, foi necessário compreender os discursos sobre saúde e doença bem como as questões envolvendo as políticas públicas de HIV/Aids. A PrEP enquanto um acontecimento no campo do HIV/Aids emana um conjunto de discursos biopolíticos que proporcionam espaços de sujeição e subjetivação que o sujeito que adere a esta tecnologia necessariamente estará inserido. O caminho escolhido para construção da dissertação ofertou o entendimento desse processo genealógico da PrEP e permitiu desenvolver as hipóteses e respostas de pesquisa elaboradas para a presente pesquisa.

A partir da exposição da construção da pesquisa, para a conclusão dos objetivos propostos para esse momento da pesquisa, na sequência será explorado as respostas as perguntas elaboradas e o modo como as hipóteses da pesquisa foram confrontadas a partir do trabalho empírico realizado.

Conforme indicado na introdução e no capítulo um desta introdução foram elaboradas três perguntas de pesquisa que serviram como norte para a análise proposta.

Para a conclusão do texto é fundamental resgatar essas problematizações e concluí-las tomando como base a discussão teórica realizada e o conjunto de materiais empíricos que compuseram esta dissertação.

A pergunta central destinada a compreender os discursos elencados pelos usuários da PrEP sobre prevenção e HIV serviu para os objetivos da pesquisa em investigar os processos de subjetivação desses sujeitos em relação a epidemia de HIV, se o modo como compreendem o vírus seria um dos fatores para adesão a PrEP. Ao longo do quarto capítulo foi salientado um conjunto de discursos utilizados na qual o HIV expressava a ideia de medo, receio, pavor e apreensão e conforme os entrevistados responderam a necessidade de evitar a infecção pelo vírus, de carregar o estigma de serem pessoas vivendo com HIV/Aids, se mostrou um elemento fulcral para uso da PrEP.

O fato dos entrevistados serem todos homens gays os colocam como pertencentes a um grupo populacional que historicamente esteve relacionado com a infecção pelo HIV. Carregar o estigma da infecção seria um evento mercante na vida desses sujeitos e requereria um novo modo de lidar com sua vida cotidiana e suas práticas sexuais, a PrEP acaba sendo um dos meios que esses sujeitos encontraram para evitar a infecção pelo vírus e evitar o estigma de homossexual soropositivo. Mesmo os entrevistados reconhecendo a possibilidade de contraírem alguma IST, como sífilis ou gonorréia, o fato dessas doenças não carregarem a marca que o HIV carrega alivia as tensões causadas.

A hipótese de pesquisa relacionada a esta primeira problemática foi constatada pelo campo de pesquisa, o medo da infecção pelo HIV é um dos fatores para a adesão da PrEP. Porém, é imprescindível salientar que esse não é o único fato; a partir da análise das entrevistas foi possível identificar diferentes sentidos atribuídos pelos entrevistados para a adesão a este medicamento – as noções de cuidado de si, acompanhamento clínico, a necessidade de múltiplas formas de prevenção e o *status* de relacionamento se mostraram como motivações para o uso da PrEP. Alguns entrevistados relataram sim o medo da infecção pelo HIV em suas falas, entretanto quando questionados sobre as motivações para adesão da PrEP indicaram outros fatores, como os citados acima. É necessário, então, considerar esses elementos como aparições do campo de pesquisa para ampliar a hipótese inicial demonstrando como a realidade social é diversa e carregada de diferentes sentidos e discursos.

A segunda questão de pesquisa foi para pensar as possíveis modificações nos hábitos e práticas sexuais dos entrevistados após a adoção da PrEP enquanto medida preventiva. Aqui as diversidades de experiências se mostraram marcantes, alguns dos entrevistados indicaram ocorrer sim alterações nas suas experiências sexuais como o não uso do preservativo, aumento no número de parceiros e um conhecimento maior em torno de seus desejos sexuais e uso desses prazeres.

A questão do uso do preservativo é um elemento fundamental para compreensão do arquivo da PrEP. Verificamos a partir das entrevistas, do questionário e das mensagens recebidas por pessoas que não fazem uso da PrEP no perfil do pesquisador que existe uma relação entre o não uso da camisinha e a adoção da PrEP como forma de prevenção. O discurso elencado é que a pessoa que utiliza esta tecnologia seria alguém que não faria o uso do preservativo em suas relações sexuais.

Ao observar a narrativa dos entrevistados vemos sim aqueles que afirmam preferir não utilizar o preservativo assim como aqueles que não dispensam o seu uso. Dos entrevistados que declaram preferir não utilizar o preservativo apenas um alegou cancelar o encontro caso o seu parceiro sexual daquele momento exija utilizar o preservativo, os outros afirmaram não ver nenhum empecilho em dar continuidade ao encontro. Além disso, apenas dois entrevistados informaram o desejo em não mais utilizar o preservativo como o fator principal para adesão da PrEP.

Sobre a questão do uso do preservativo, há ainda a experiência de um dos entrevistados que alegou passar a utilizar mais a camisinha em suas relações sexuais, segundo seu relato o fato de manter-se em dia com seus exames de HIV e outras ISTs e realizar o acompanhamento médico frequente fez com que ele estabelecesse certos critérios para não utilizar a camisinha.

Com base nas entrevistas é um grande erro, carregado de certo preconceito, afirmar que a pessoa que utiliza a PrEP seria alguém que está apenas interessado em manter relações sexuais sem camisinha. A experiência se mostrou muito mais diversa que uma declaração como essa.

Em relação à pergunta de pesquisa elaborada, não é possível afirmar que não ocorreu alterações nas práticas sexuais dos entrevistados a partir do uso da PrEP. Quando questionados sobre essa questão alguns responderam afirmativamente e outros negativamente. Entretanto, quando pensamos genealogicamente e considerando os processos de subjetivação é possível identificar que o contato direto com os discursos oficiais de prevenção e os novos dispositivos que o sujeito que adere a PrEP entra em

contato altera sim alguns elementos de suas técnicas de si como as noções de cuidado, a utilização cotidiana de um medicamento e o uso de seus prazeres.

Passando então para a terceira, e última, pergunta de pesquisa. O objetivo foi verificar o modo como os sujeitos que utilizam a PrEP percebem os discursos oficiais de prevenção ao HIV, a intenção com essa problemática foi compreender os processos de sujeição e subjetivação dos usuários dessa medicação. Conforme foi explorado no capítulo três ao realizar a escolha por adotar a PrEP como forma de prevenção ao HIV o sujeito deve passar por exames e consultas periódicas nos serviços especializados. Diante disso, o sujeito entraria em contato constante com os dispositivos biopolíticos de prevenção ao HIV e a intenção foi analisar como esses discursos eram elencados em suas falas para dar sentido à experiência que estavam vivenciando.

Percebemos que as redes de poderes são acionadas por parte dos usuários, alguns conceitos utilizados pelos saberes médicos e epidemiológicos passam a englobar suas experiências de vida. Vimos que diferentes entrevistados utilizaram o conceito de risco para justificar determinada pergunta, pensando em formas de gerenciar seus riscos de infecção.

O caráter produtivo do poder abre espaços para interpretação do sujeito, este se torna participante dessas relações podendo resistir, ressignificar ou adotar os enunciados e discursos elencados por determinadas relações. Nenhum dos entrevistados demonstrou processos de resistência aos discursos oficiais de prevenção, muitos viam como benéfico o contato constante com médicos e salientaram a importância desses médicos para compreender o momento que estavam vivenciando.

Analisar essa relação com o discurso oficial de prevenção demonstra que para pensar o poder, conforme Foucault indica, não se trata de opor um poder que diz não e um poder que diz sim, mas de tentar entender em que medida essas relações de poder, o conjunto de análise desses discursos genealógicos, também produzem formas, procedimentos, práticas e aparições constituindo modos de significar o mundo e a experiência de vida. Nesse sentido estamos pensando em um poder produtivo - que incita, produz modos de existir, agir, comportamentos e formas de subjetividade.

O contato com os discursos oficiais de prevenção implicou na construção de novas lógicas de pensar a si próprios, a epidemiologia e a prevenção. Dizer que ocorre um novo processo de si não implicar afirmar, é claro, que esses sujeitos se colocam fora das relações de poder, mas que em suas vidas cotidianas acionam diferentes discursos para dar sentido a sua experiência. Podemos perceber a presença desses processos de

pensar a si mesmo a partir do uso da PrEP quando alguns entrevistados afirmam a noção de prazer, como se ao aderir a medicação eles pudessem experienciar determinadas práticas sexuais dando vazão ao desejo. A noção de prazer em nenhum momento aparece dentro da documentação oficial do programa de prevenção da PrEP, ou da prevenção combinada, portanto é a partir da relação do sujeito com a medicação que essa categoria ganha potência em suas narrativas.

Um último ponto que deve ser indicado, é em relação a dois dispositivos que fazem parte da experiência dos usuários de PrEP que são os processos de subjetivação e sujeição. É interessante considerar que no nível subjetivo e pessoal diferentes razões são elencadas para justificar a escolhas em utilizar esta medicação, isso configuraria, então, os diversos usos da PrEP uma vez que é a partir de suas experiências de vida, contato com questões relacionadas ao HIV/Aids, afetos, desejos e práticas sexuais que esses sujeitos construiriam suas narrativas para a necessidade e vontade em aderir a PrEP. Mas é fundamental considerar ao mesmo tempo que a PrEP é uma escolha do sujeitos há ainda os processos biopolíticos de manutenção da vida, na qual a busca pela saúde, em se evitar doenças, configura como uma das relações de poder fundamentais dentro da sociedade. Nesse sentido o sujeito não é totalmente autônomo, ocorrem processos de sujeição que requerem certas atitudes da população. Pensar os processos de sujeição não é indicar que o sujeito é subordinado ao poder, pelo contrário é dentro das relações de poder que esse sujeito encontra espaços de existência e de escolha. Então, a experiência do sujeito que utiliza a PrEP vem dessa relação de um desejo e uma escolha individual e coletiva.

Por fim, é importante considerar que o conjunto de conhecimentos produzidos por esta dissertação é um registro para o campo da história social do HIV/Aids. Hoje novos estudos clínicos estão sendo realizados para o campo da prevenção ao vírus, como a vacina, bem como está ocorrendo outras formas de utilizar a PrEP como a PrEP sob demanda, que consiste na ingestão da medicação antirretroviral apenas quando o indivíduo for manter alguma relação sexual – tomando dois comprimidos antes da relação e dois comprimidos após.

A pesquisa no qual realizamos trata da PrEP de uso contínuo, ou seja a ingestão de um comprimido ao dia, e se mostrava, até a data da publicação desta dissertação, como a mais inovadora tecnologia de prevenção. Parker (2000) indica que as mudanças no campo do HIV/Aids ocorrem de forma acelerada, tanto no nível das novas tecnologias e insumos de prevenção quanto nos discursos científicos e analíticos. Desta

forma a contribuição desta pesquisa, além das análises realizadas, é o de registro de uma relação entre sujeito e prevenção baseada na adoção da profilaxia pré-exposição de uso diário.



## Referencias

ABIA. *Política de Saúde, Resposta ao HIV e Prostituição no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: ABIA, 2011.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; CALAZANS, Gabriela Junqueira; SALETTI FILHO, Haraldo César; FRANCA JUNIOR, Ivan. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: *Tratado de saúde coletiva* [S.l: s.n.], 2009a.

\_\_\_\_\_. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In. CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado. Org. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009b, p.169-202.

BARROS, Nelson Filice de; NUNES, Everardo Duarte. Sociologia, medicina e a construção da sociologia da saúde. In: *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 169-175, Fevereiro. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102009000100022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000100022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 de abril de 2021.

BECK, Ulrich. *Sociedade de risco: rumo a uma outra sociedade*. São Paulo: Editora 34. 2011.

BEGA, Maria Tarcisa Silva. Algumas reflexões sobre políticas sociais. In: BEGA, Maria Tarcisa Silva; HOFFMANN-HOROCHOVSKI, Marisete (org.). *Políticas Públicas Sociais: notas conceituais e de pesquisa*. Curitiba: Editora CRV, 2012, p.19-38.

BEZERRA, Vladimir Porfírio. Práticas e Sentidos da Sexualidade de Alguns Usuários da Profilaxia Pré-exposição (PrEP) ao HIV. In: CSONline - REVISTA ELETRÔNICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS, v.23, n.1, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/csonline/article/view/17428>> Acesso em: 16/05/2021.

BÍBLIA, A. T. Levítico. In: *BÍBLIA. Sagrada Bíblia Católica: Antigo e Novo Testamentos*. São Paulo: Paulus, 1990. p. 110-140.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: 1988

\_\_\_\_\_. *Aids no Brasil: um esforço conjunto governo-sociedade*. Brasília: 1998

\_\_\_\_\_. *Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS*. Brasília: 2006.

\_\_\_\_\_. *Boletim epidemiológico de HIV/Aids*. Brasília: 2017.

\_\_\_\_\_. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV*. Brasília: 2018.

\_\_\_\_\_. *Boletim epidemiológico de HIV/Aids*. Brasília: 2019

BUTLER, Judith. *Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

CALAZANS, Gabriela Junqueira; PINHEIRO, Thiago Félix; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. In *Sex., Salud Soc*, Rio de Janeiro, n.29, pp.263-293. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198464872018000200263&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198464872018000200263&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27/04/2021

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2019.

CASTIEL, Luis David; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues; FERREIRA, Marcos Santos. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

CARRARA, Sérgio. Aids e doenças venéreas no Brasil. In: LOYOLA, Maria Andrea. *AIDS e Sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ. 1994. p. 71-108

CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

CONRAD, P.; BARKER, K. A construção social da doença: insights-chave e implicações para políticas de saúde. In: *Ideias*, Campina, v. 2, n. 2, p. 183–219, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ideias/article/view/8649322>> Acesso em: 12/05/2021.

CURITIBA. *Coordenação Municipal de DST/HIV/AIDS/Hepatites Virais*. Panfleto, 2016, p.2.

CZERESNIA, Dina. et.al. *Os Sentidos da Saúde e da Doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

DEFOE, Daniel. *Um diário do ano da peste*. Porto Alegre: Arte e Ofícios, 2014.

DIAS, Reinaldo. *Políticas públicas: princípios, propósitos e processos*. São Paulo: Atlas, 2012. p. 1-21.

DOUGLAS, Mary. *Pureza e Perigo*. São Paulo: Perspectiva, 2014.

FERREIRA, João Paulo; MISKOLCI, Richard. O desejo homossexual após a AIDS: uma análise sobre os critérios acionados por homens na busca por parceiros do mesmo sexo. In: *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 999-1010, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232020000300999&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232020000300999&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29/04/2021.

FILHO, Kleber. A genealogia como método histórico de análise de práticas e relações de poder. In: *Revista de Ciências HUMANAS*, Florianópolis. v.51, n.º. 2, p.311-327, jul-dez 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/21784582.2017v51n2p31>> Acesso em: 01/11/2020

FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso*. São Paulo: Edições Loyola. 1996.

\_\_\_\_\_. *Segurança, Território, População*: curso no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes. 2008a.

\_\_\_\_\_. Tecnologias del yo. In: *Tecnologias del yo: y otros textos afines*. Buenos Aires: Paidó. 2008b. p. 45-94.

\_\_\_\_\_. *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. 2010.

\_\_\_\_\_. *História da Sexualidade 1*: a vontade de saber. São Paulo: Paz e Terra. 2014a.

\_\_\_\_\_. *História da Sexualidade 2*: o uso dos prazeres. São Paulo: Paz e Terra. 2014b.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e Punir*: Nascimento da prisão. Rio de Janeiro: Vozes, 2014c.

\_\_\_\_\_. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2015a.

\_\_\_\_\_. *O nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2015b.

\_\_\_\_\_. *As Palavras e as Coisas*. São Paulo: Martins Fontes. 2016.

\_\_\_\_\_. *História da Loucura*: na idade clássica. São Paulo: Perspectiva. 2017. 551 p.

FRANCH, Mónica; PERUSSI, Arthur. Sangue do meu sangue: contrastando as práticas do serviço de saúde e as lógicas conjugais em situações de sorodiscordância para HIV/aids. IN: *Para Além da eficácia simbólica*: estudos em ritual, religião e saúde. Salvador: EDUFBA, Orgº: TAVARES, Fátima; BASSI, Francesca. 2013. p. 345-374.

FRANÇOISE. HÉRITIER. *Masculino/Feminino II*: dissolver a hierarquia. Lisboa: Instituto Piaget, 2002.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. In: *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n.º 21, junho, 2000, 211-260 p. Disponível em:

<<https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89/158>> Acesso em: 01/11/2020.

GALVÃO, Jane. *Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed.34, 2000.

GIDDENS, Anthony. *As consequências da modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002a.

\_\_\_\_\_. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002b.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. São Paulo: LTC, 1981.

GRECO, Dirceu Bartolomeu. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. In: *Ciênc. saúde coletiva*. 2016, vol.21, n.5, pp.1553-1564. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000501553&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501553&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16/05/2021.

HOAGLAND, Brenda Regina de Siqueira. Conhecimento, interesse, decisão sobre o uso e adesão precoce à profilaxia pré-exposição (PrEP) entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transexuais (Trans) participantes no estudo PrEP Brasil. 2016. 45 f. Tese (Doutorado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas)-Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

HOFLING, Eloisa de Mattos. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. In: *Cadernos Cedes*, ano XXI, n° 55, 2001, p. 30-41.

HOMERO. *Iliada*. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras, 2012.

LATOURE, Bruno. *Jamais fomos modernos: ensaio de Antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: Ed.34, 1994.

LEMOS, Flavia; CARDOSO, Hélio. A Genealogia em Foucault: uma trajetória. In: *Psicologia & Sociedade*. Florianópolis, n° 21, v.3, setembro/dezembro, 2009, p. 353-357. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822009000300008](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000300008)> Acesso em: 01/11/2020

LEWINSOHN, Rachel. *Três Epidemias: lições do passado*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

LUPTON, Debora. Corpos, prazeres e práticas do eu. In: *Educação & Realidade*. Rio Grande do Sul, n°25, v.2, julho/dezembro, 2000, p. 15-58.

LUZ, Maria. *Natural, Racional, Social: Razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Fiocruz: Edições Livres. 2019.

MAIA, Érica Catarine Ataíde; JUNIOR, Leandro Passarinho Reis. Modos de Enfrentamento do HIV/AIDS: Direitos Humanos, Vulnerabilidades e Assistência à Saúde. In: *Rev. Nufen: Phenom. Interd.* Belém, n. 11, v.1, 2019, p. 178-193.

MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel; NETTER, Thomas. *A AIDS no Mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABIA. 1993.

MARCHETTI, Vitor. Desenho institucional e políticas públicas no Brasil. In: MARCHETTI, Vitor. (Org.). *Políticas Públicas em debate*. São Bernardo do Campo: ABCD Maior, UFABC, 2013.

MEINERZ, Nadia Elisa. Um olhar sexual na investigação etnográfica: Notas sobre trabalho de campo e sexualidade. In: BONETTI, Aline; FLEISCHER, Soraya. *Entre Saias Justas e Jogos de Cintura: gênero e etnografia na antropologia brasileira recente*. Porto Alegre, 2006.

MINAYO, Maria. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco.

MOTT, Luiz. *Crônicas de um gay assumido*. Rio de Janeiro: Record, 2003

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; MARQUES, Vera Regina Beltão. *Hanseníase: a voz dos que sofreram o isolamento compulsório*. Curitiba: Editora UFPR, 2011.

NUNES, Everardo Duarte. As Ciências Sociais em Saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. *Saúde soc.*, São Paulo, 1992, vol.1, n°.1, p.59-84.

NUNES, Eduardo. As Ciências Sociais em Saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. *Saúde soc.*, São Paulo, 1992, vol.1, n°.1, p.59-84. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12901992000100007](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901992000100007)> Acesso em: 01/11/2020

OLIVEIRA, Vanessa Elis de. As fases do processo de políticas públicas. In: MARCHETTI, Vitor. (Org.). *Políticas Públicas em debate*. São Bernardo do Campo: ABCD Maior, UFABC, 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Carta de Ottawa sobre Promoción de la Salud*. Ginebra: OMS, 1986.

PAIM, Jairnilson Siva. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PARKER, Richard. Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed.34, 2000.

\_\_\_\_\_. Intersecções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial. In: MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza. Org. *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013, p.25-46.

PELÚCIO, Larissa. *Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids*. São Paulo: Annablume; Fapesp. 2009.

PELÚCIO, Larissa; MISKOLCI, Richard A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes, In: *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, núm. 1, 2009, pp. 125-157. Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article>> Acesso em: 28/04/2021

PERLONGUER, Nestor. *O que é Aids*. São Paulo: Brasiliense. 1987.

PRECIADO, Paul Beatriz. *Texto Junkie: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica*. São Paulo: n-1 edições. 2018.

\_\_\_\_\_. Condomes Químicos. In: *Parole de Queer*. 2020. Disponível em: <<http://paroledequeer.blogspot.com/2015/06/condones-quimicos-paul-b-preciado.html>> Acesso em: 22/04/2021.

REVEL, Judith. *Michel Foucault: conceitos essenciais*. São Carlos: Claraluz, 2005.

RICHARDSON, Roberto. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 2012.

SANCHES, Leide. *A representação social da Aids: entre permanências e ressignificações*. Tese de doutorado em Sociologia. Universidade Federal do Paraná, 2016.

SERAFIM, Milena Pavan; DIAS, Rafael de Brito. Análise de Política: uma revisão da literatura. In: *Cadernos Gestão Social*, São Paulo, janeiro, v. 3. n° 1, 2012, p. 121-134. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-33002015000100057](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002015000100057)> Acesso em: 01/11/2020

SILVA, Luís Augusto Vasconcelos da. Barebacking e a possibilidade de soroconversão. In: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25. n° 6, 2009, p.1381-1389. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2009.v25n6/1381-1389/pt/>> Acesso em: 05/05/2021.

SOUSA, Adelaine Maria de. et al. A política de AIDS no Brasil: uma revisão de literatura. In: *J. Manag. Prim. Health Care*, 2012; ano 3, v.1, p 62-66. Disponível em: <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/38/34>>. Acesso em: 25/04/2021

SOUSA, Jorge Prata de. A cólera, a tuberculose e a varíola: as doenças e seus corpos. In: *História do Corpo no Brasil*. PRIORE, Mary del; AMANTINO, Marcia. (orgs). São Paulo: Editora Unespe, 2011. 223-249 p.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n°16, jul/dez 2006, p.20-45. Disponível em: [scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16](http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16). Acesso em: 01/11/2020

SONTAG, Susan. *Aids e suas metáforas: a doença como metáfora*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SZYMANSKI, Heloisa. *Entrevista na Pesquisa em Educação: a prática reflexiva*. Campinas: Autores Associados, 2018.

THIOLLENT, Michel Jean Marie; COLETTE, Maria Madalena. Pesquisa-ação, formação de professores e diversidade. In: *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences*, v. 36, n. 2. p.207-216, jul.dez., 2014.

TREVISAN, João Silvério. *Devassos no Paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade*. Rio de Janeiro: Objetiva. 2018.

UNAIDS. *90-90-90 uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS*. Brasília, 2017, 38 p.

\_\_\_\_\_. *Guia de terminologia do UNAIDS*. Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. *Estatísticas*. 2020. Disponível em <<https://unaid.org.br/estatisticas>>. Acesso em: 08/03/2020

VARELLA, Dráuzio. Sífilis. In: *Site Dráuzio Varella*. Disponível em: <<https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/sifilis/>>. Acesso em: 31/03/2020.

WEEKS, Jeffrey. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes. *O Corpo Educado*. São Paulo: Autêntica, 1999, p. 36-70.

ZUCCHI, Eliana Miura 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. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, 2018, p.1-16. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/43501>> Acesso em: 07/09/2019



## ANEXOS

### ANEXO 1 – Termo de Autorização

#### TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO POR AMOSTRA FLUÍDO ORAL ANTI-HIV

**NOME:** \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_,

portador(a) do Documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informado(a) a respeito do objetivo da realização do teste rápido por amostra de fluido oral anti-HIV, de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e que o teste será realizado de forma gratuita e sigilosa.

Declaro que autorizo a realização do teste rápido de fluido oral anti-HIV.

Eu autorizo ser contactado(a) pela equipe da OSC, desde que respeitados os meus direitos de privacidade e sigilo das informações, caso não receba o resultado do meu teste anti-HIV hoje. Sei que esse contato será realizado única e exclusivamente comigo.

Permito contato pelo telefone: \_\_\_\_\_

Permito contato por e-mail: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do(a) usuário(a) ou impressão digital:

\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) educador(a):

\_\_\_\_\_



FONTE: Ministério da Saúde (Acesso em: 27/11/2019)

## ANEXO 2 – Questionário Pré-Teste



FORMULÁRIO DE REGISTRO PARA REALIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO POR AMOSTRA DE FLUIDO ORAL	
<b>1. NOME:</b>	
<b>2. DATA:</b>	<b>3. OSC:</b>
<b>4. EDUCADOR(A):</b>	<b>5. UF DA ENTREVISTA:</b>
<b>6. CIDADE DA ENTREVISTA:</b>	<b>7. DATA DE NASCIMENTO:</b>
<b>8. RAÇA/COR (auto-declarada):</b>	<input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela
<b>9. ESCOLARIDADE:</b>	
<input type="checkbox"/> Nenhuma/sem educação formal <input type="checkbox"/> De 8 a 11 anos <input type="checkbox"/> De 1 a 3 anos <input type="checkbox"/> De 12 a mais anos <input type="checkbox"/> De 4 a 7 anos	
<b>10. QUAL FOI SUA FONTE DE RENDA NOS ÚLTIMOS 6 MESES?</b>	
<input type="checkbox"/> Trabalho por conta própria <input type="checkbox"/> Família/parentes/amigos <input type="checkbox"/> Trabalho regular COM carteira assinada <input type="checkbox"/> Benefícios sociais <input type="checkbox"/> Trabalho regular SEM carteira assinada <input type="checkbox"/> Emprego/bedidos	
<b>11. IDENTIDADE DE GÊNERO:</b>	<b>12. ÓRGÃO GENITAL DE NASCIMENTO:</b>
<input type="checkbox"/> Mulher <input type="checkbox"/> Mulher transsexual <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Homem transsexual	<input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Pênis <input type="checkbox"/> Outros (vagina e pênis)
<b>13. GESTANTE:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	
<b>14. PRÁTICA SEXUAL:</b>	
<input type="checkbox"/> Faz sexo <b>SÓ</b> com mulheres <input type="checkbox"/> Faz sexo com homens <b>E</b> mulheres <input type="checkbox"/> Faz sexo <b>SÓ</b> com homens	
<b>15. É PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>16. É PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>17. É TRABALHADORA/TRABALHADOR DO SEXO?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>18. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, VOCÊ BEBEU 5 OU MAIS DOSES DE ALCÓOL DURANTE UM PERÍODO DE APROXIMADAMENTE DUAS HORAS?</b> <i>(Uma dose é o equivalente a uma lata de cerveja/copo de chopp OU um copo de vinho OU uma dose (30 ml) de um destilado (cachaça, whisky, cachaça, Acor, tequila, etc).)</i>	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>19. SE FEZ USO DE DROGAS NOS ÚLTIMOS 6 MESES, ESPECIFIQUE QUAL(ES) (Pode responder mais de um)</b>	
<input type="checkbox"/> Não usou <input type="checkbox"/> Maconha <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Merla <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Pasta base <input type="checkbox"/> Cola <input type="checkbox"/> Lança perfume <input type="checkbox"/> Heroina <input type="checkbox"/> Out. <input type="checkbox"/> Ecstasy/Isala/MDMA <input type="checkbox"/> LSD/Doce/Papel/Gota/Ácido <input type="checkbox"/> Key/special Key/teramina <input type="checkbox"/> Lollit <input type="checkbox"/> Anfetamina/Rebibe/Solinha <input type="checkbox"/> Metanfetamina/Oxibral <input type="checkbox"/> Poppers	
<b>20. COMPARTILHOU ALGUM INSTRUMENTO PARA USO DE DROGAS NOS ÚLTIMOS 6 MESES? (Pode responder mais de um)</b>	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não      Se sim, qual(is)? <input type="checkbox"/> Cachimbo <input type="checkbox"/> Canudo <input type="checkbox"/> Seringa/Agulha	
<b>21. FEZ USO INJETÁVEL DE ANABOLIZANTES/BOMBA/HORMÔNIOS/SILICONE NOS ÚLTIMOS 6 MESES?</b>	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, COM compartilhamento de instrumentos <input type="checkbox"/> Sim, SEM compartilhamento de instrumentos	

FONTE: Ministério da Saúde (Acesso em 27/11/2019)

## ANEXO 3 – Questionário Pré-Teste



22. O USO DE ALCOOL E /OU OUTRAS DROGAS INTERFERE OU IMPEDE DE USAR PRESERVATIVOS?	( ) Sim	( ) Não
23. USOU PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL?	( ) Sim	( ) Não
24. TEVE ALGUMA EXPOSIÇÃO DE RISCO AO HIV NAS ÚLTIMAS 72 HORAS? (Se sim, encaminhar para PEP)		
<input type="checkbox"/> Sim, por relação sexual desprotegida <input type="checkbox"/> Sim, por violência sexual		
<input type="checkbox"/> Sim, por compartilhamento de seringa e agulha <input type="checkbox"/> Sim, por acidente perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Não		
25. TEM OU TEVE ALGUM SINTOMA DE IST NOS ÚLTIMOS 6 MESES? (Pode responder mais de um)		
Qual(is)?		
<input type="checkbox"/> corrimento vaginal/corrimento no canal uretral <input type="checkbox"/> feridas na vagina, no pênis ou no ânus <input type="checkbox"/> pequenas bolhas na vagina, no pênis ou no ânus <input type="checkbox"/> verrugas na vagina, no pênis ou no ânus		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
26. JÁ TOMOU VACINA PARA HPV?		
<input type="checkbox"/> Sim, as 2 doses (esquema completo)/3 doses (PHIV) <input type="checkbox"/> Sim, mas não me lembro quantas doses <input type="checkbox"/> Não		
27. JÁ TOMOU VACINA PARA HEPATITE B?		
<input type="checkbox"/> Sim, as 3 doses (esquema completo) <input type="checkbox"/> Sim, mas não me lembro quantas doses <input type="checkbox"/> Não		
28. JÁ FEZ TESTE PARA HIV ALGUMA VEZ NA SUA VIDA?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
29. JÁ FEZ TESTE PARA HIV ALGUMA VEZ NO PROJETO 'VIVA MELHOR SABENDO'?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
30. RESULTADO DO EXAME ANTI-HIV		
<input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não-Reagente <input type="checkbox"/> Inválido - Número do LOTE: _____		
31. CASO O RESULTADO SEJA REAGENTE, JÁ SABIA SUA CONDIÇÃO SOROLÓGICA?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
32. CASO SABIA SUA CONDIÇÃO SOROLÓGICA PARA O HIV, JÁ ESTÁ EM TRATAMENTO?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
33. QUAL FOI O ENCAMINHAMENTO?		
<input type="checkbox"/> Teste confirmatório para o HIV <input type="checkbox"/> Testagem para sífilis e outras IST <input type="checkbox"/> Vacina para HPV <input type="checkbox"/> Vacina para Hepatite B <input type="checkbox"/> Testagem para Hepatite B <input type="checkbox"/> Testagem para Hepatite C <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PrEP <input type="checkbox"/> Acompanhamento clínico <input type="checkbox"/> Não houve encaminhamento		

FONTE: Ministério da Saúde (Acesso em 27/11/2019)

## ANEXO 4 – Encaminhamento

ENCAMINHAMENTO
Encaminhamento para a Unidade de Saúde: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
Nome social: _____
Encaminhamos _____ - RG: _____
que realizou triagem com teste rápido de fluido oral anti-HIV no Projeto "Viva Melhor Sabendo" pela instituição _____ no dia ____/____/____, para avaliação e conduta desse serviço.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:
<input type="checkbox"/> Conclusão do diagnóstico
<input type="checkbox"/> Avaliação e condução de sífilis e outras IST
<input type="checkbox"/> Avaliação e condução de vacina para HPV
<input type="checkbox"/> Avaliação e condução de vacina para Hepatite B
<input type="checkbox"/> Avaliação e condução de testagem para Hepatite B
<input type="checkbox"/> Avaliação e condução de testagem para Hepatite C
<input type="checkbox"/> Avaliação e condução da PEP
<input type="checkbox"/> Avaliação e condução da PrEP
<input type="checkbox"/> Acompanhamento clínico
<input type="checkbox"/> Não houve encaminhamento
Atenciosamente,
EDUCADOR (A): _____
_____ de _____ de _____.

ESTE PROJETO CONTA COM A PARCERIA E APOIO TÉCNICO DO DEPARTAMENTO DE IST, HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS - SVS/MINISTÉRIO DA SAÚDE  
QUALQUER DUVIDA [prevencao.vms@aids.gov.br](mailto:prevencao.vms@aids.gov.br) / (61) 3315-8917



FONTE: Ministério da Saúde (Acesso em 27/11/2019)

## ANEXO 5 – Kit de Teste por Fluido Oral



FONTE: Ministério da Saúde (Acesso em 27/11/2019)



Disponível em: <<https://epoca.globo.com/saude/noticia/2018/03/o-novo-azulzinho.html>>

Acesso em: 01/12/2019

# ANEXO 7 – Folder Prevenção Combinada

**Prevenção Combinada**

**REDUÇÃO DE DANOS**

**TOMAR CUIDADOS NÃO SE SÓ COM OS MÉDICOS TRANSMISSIVELISTAS**

**POPULAÇÕES CHAVE**

**POPULAÇÕES PRIORITÁRIAS**

**TODAS AS PESSOAS**

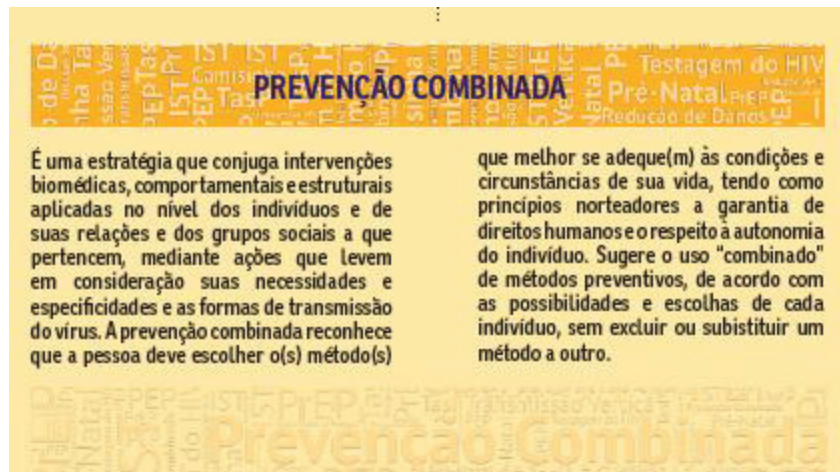
**OPORTUNIDADE PARA TESTAGEM**

www.aids.gov.br

Fonte: Ministério da Saúde



## ANEXO 8 – Folder Prevenção Combinada



Fonte: Ministério Público

## ANEXO 9 – Ofício Circular de Expansão da PrEP

01/10/2018

SEI/MS - 5879735 - Ofício-Circular



DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS IST, DO HIV/AIDS E DAS HEPATITES VIRAIS  
DEPT DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, DO HIV/AIDS E DAS HEPATITES VIRAIS  
DEPT DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, DO HIV/AIDS E DAS HEPATITES VIRAIS - DIAHV  
SRTVN 701 Bloco D - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719-040  
Site - <http://www.aids.gov.br/>

Ofício-Circular nº 7/2018/DIAHV/SVS/MS

Brasília, 26 de setembro de 2018.

Aos Coordenadores(as) dos Programas Estaduais de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais

**Assunto: Expansão e Diagnóstico Situacional da implementação da PrEP nos estados**

Prezados(as) Senhores(as),

1. O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, vem implantando serviços de oferta da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) em todo o país, juntamente com o trabalho desempenhado pelos estados e municípios.
2. Certos da importância dessa estratégia de prevenção à infecção pelo HIV, reiteramos o apoio deste Departamento aos Programas Estaduais e Municipais quanto às ações necessárias para a oferta da PrEP e agradecemos os esforços dispensados para a sua implantação. Reforçamos, também, o compromisso quanto à ampliação da oferta dessa profilaxia nas redes de atenção, com especial foco nas populações com risco substancial à infecção pelo HIV.
3. Para tanto, colocamo-nos à disposição para o apoio técnico no que for necessário, ao tempo em que solicitamos:
  - 3.1. Preenchimento do questionário *on-line*, para diagnóstico situacional da implantação da PrEP em seu estado;
  - 3.2. Identificação, em sua rede de atenção, de outros pontos para expansão da oferta da PrEP;
4. Informamos que estão disponíveis no site: [www.aids.gov.br/prep](http://www.aids.gov.br/prep), o acesso aos materiais para capacitação dos serviços que participarão da expansão da PrEP.

Fonte: Ministério Público

## ANEXO 10 – Ofício Circular de Expansão da PrEP

### **DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DOS SERVIÇOS DE PrEP**

5. Para a realização do diagnóstico situacional dos serviços de PrEP, solicitamos que as coordenações estaduais preencham o questionário *on-line* disponível em: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf0HanLl5HlgwuQaYsQH1mT2I66monJxuFyAKHb1E1Cp3g/viewform?c=0&w=1>
6. Esse questionário deve ser preenchido com informações sobre todos os serviços que já **iniciaram** a PrEP no estado; dessa maneira, é necessário realizar consulta a todos esses serviços.
7. Este Departamento utilizará os questionários preenchidos e as informações disponíveis no Siclom para realizar um diagnóstico situacional da implementação da PrEP no Brasil.
8. Solicitamos as gestões necessárias para o preenchimento das respostas, impreterivelmente, até o dia **5 de outubro de 2018**.

### **EXPANSÃO DA OFERTA DE PrEP**

9. Caso o estado deseje expandir a oferta de PrEP para outros serviços, deverá levar em consideração os critérios de seleção elencados no documento “Orientações para a expansão da oferta da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV na rede de serviços de saúde” (disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/orientacoes-para-expansao-da-oferta-da-profilaxia-pre-exposicao-prp-ao-hiv-na-rede-de>) e identificar o(s) serviço(s) da rede que atendam às diretrizes e publicações citadas.

[https://seil.saude.gov.br/seil/controlador.php?acao=documento\\_imprimir\\_web&acao\\_origem=arvore\\_visualizar&id\\_documento=6583344&infra\\_sis...](https://seil.saude.gov.br/seil/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=6583344&infra_sis...) 1/2

FONTE: Ministério Público

## ANEXO 11 – Ofício Circular de Expansão da PrEP

01/10/2018

SE/MS - 5879735 - Ofício-Circular

10. Após a identificação, a coordenação responsável pelo serviço deverá preencher o questionário *on-line*, contendo os dados do serviço indicado, por meio do seguinte link:

10.1. Após indicar o serviço via formulário *on-line*, favor enviar *e-mail* para [prep@ids.gov.br](mailto:prep@ids.gov.br) confirmando a indicação.

10.2. Após a identificação e indicação dos serviços, será necessária a organização da formação dos profissionais de saúde dos novos serviços. Relembramos que será de responsabilidade das Coordenações de IST/HIV/Aids/HV locais para capacitar os profissionais dos novos serviços indicados para iniciar PrEP.

10.3. Para essa formação dos profissionais, sugerimos seguir o modelo de capacitação oferecido por este Departamento:

- Solicitar que as equipes a serem capacitadas assistam aos seminários web sobre evidências científicas e sobre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV (PrEP), disponíveis em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/capacitacao-em-prep-para-profissionais-de-saude>.
- Agendar uma videoconferência com este Departamento para esclarecer dúvidas e obter outras informações, com a presença da coordenação estadual e com todas as equipes que estão sendo treinadas;
- Realizar capacitação presencial em PrEP para as equipes dos novos serviços, com a participação dos profissionais de saúde que foram treinados na fase de implementação da PrEP.

11. Informamos que todo material de capacitação produzido por este Departamento se encontra no link <http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/prevencao-hiv/profilaxia-pre-exposicao-prep>, na seção “Capacitação”.

12. Para informações adicionais, por gentileza entrar em contato pelo e-mail: [prep@ids.gov.br](mailto:prep@ids.gov.br).

Cordialmente,

ADELE SCHWARTZ BENZAKEN  
Diretora

FONTE: Ministério da Saúde

## ANEXO 12 – Ficha de primeiro atendimento para PrEP

### 02 - Ficha de Primeiro Atendimento para PrEP

1. Nº do Prontuário	2. Nº do Cartão SUS	3. Data: _____/_____/_____
4. Nome Social (quando aplicável):		5. CPF: _____
6. Nome Civil:		7. Data de Nascimento: _____/_____/_____
8. Qual a principal razão da sua vinda a este serviço de saúde hoje? <input type="radio"/> Vim fazer teste de HIV <input type="radio"/> Vim buscar informação/atendimento <input type="radio"/> Vim buscar PEP <input type="radio"/> Vim buscar PrEP (responder 8a e 8b)		
8a. O que o motivou a buscar PrEP? <input type="radio"/> Encaminhado por profissional de saúde/outro serviço <input type="radio"/> Sensibilizado por comunicação impressa / internet / campanha / educador de par / amigo <input type="radio"/> Foi orientado por ONG		8b. Você já usou PrEP anteriormente? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, por meio de Projeto PrEP Brasil <input type="radio"/> Sim, por iniciativa própria (responder 8c) <input type="radio"/> Sim, por meio do projeto Combine (FMUSP)
8c. Há quanto tempo você está em uso ou fez uso de PrEP? _____ meses		
<b>Critérios de Elegibilidade para uso de PrEP</b>		
9. Você teve alguma exposição de risco ao HIV nas últimas 72 horas? Se SIM, avaliar PEP. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, por relação sexual desprotegida <input type="checkbox"/> Sim, por violência sexual <input type="checkbox"/> Sim, por compartilhamento de seringa e/ou agulha <input type="checkbox"/> Sim, por acidente perfuro-cortante		10. Quantas vezes você usou PEP nos últimos 12 meses? (Inserir quantidade, inclusive se for 0): ( ) Nº de vezes
11. Nos últimos 3 meses, com quantas pessoas você teve relação sexual? (Inserir a quantidade em todos os campos, inclusive se for 0) ( ) Homens ( ) Mulheres ( ) Mulheres Transexuais ( ) Travestis/ Mulheres travestis ( ) Homens Transexuais		
12. Nos últimos 3 meses, com que frequência você usou preservativo em suas relações sexuais? <input type="radio"/> Nenhuma vez <input type="radio"/> Menos da metade das vezes <input type="radio"/> Metade das vezes <input type="radio"/> Mais da metade das vezes <input type="radio"/> Todas as vezes		
13. Nos últimos 6 meses, você teve algum tipo das seguintes relações sexuais SEM preservativo? (Marcar todas as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Anal Insertivo (penetrar o ânus) <input type="checkbox"/> Anal Receptivo (ser penetrado/a no ânus) <input type="checkbox"/> Vaginal Insertivo (penetrar a vagina) <input type="checkbox"/> Vaginal Receptivo (ser penetrada na vagina) <input type="checkbox"/> Não se aplica (usou preservativo ou não teve relação sexual)		
14. Nos últimos 6 meses, você teve relação sexual SEM preservativo com parceiros (as) HIV+? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sei <input type="radio"/> Não se aplica (usou preservativo em todas as relações sexuais ou não teve relação sexual)		
15. Nos últimos 6 meses, você aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		

Fonte: Secretaria Municipal de Curitiba



## ANEXO 13 – Ficha de primeiro atendimento para PrEP

15. Nos últimos 6 meses, você aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
16. Nos últimos 6 meses, tem ou teve algum sintoma ou foi diagnosticado com Infecção Sexualmente Transmissível (IST)? (Marcar as opções aplicáveis)		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Feridas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Feridas no ânus <input type="checkbox"/> Verrugas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Verrugas no ânus <input type="checkbox"/> Pequenas bolhas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Pequenas bolhas no ânus <input type="checkbox"/> Corrimento vaginal ou uretral ou retal de cor diferente, com mau cheiro ou coceira <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com sífilis <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com Gonorreia/Clamídia Retal		
17. Planejamento Reprodutivo? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	18. Está Gestante? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não se aplica	
<b>Avaliação de outros fatores associados à infecção pelo HIV</b>		
19. Nos últimos 3 meses, você bebeu 5 ou mais doses de álcool durante um período de aproximadamente duas horas? Uma dose é o equivalente a uma lata de cerveja/copo de chopp, OU um cálice de vinho OU uma dose (30 ml) de um destilado (vodka, whisky, cachaça, licor, tequila, etc) <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
20. Nos últimos 3 meses, quais das seguintes substâncias você usou? (Marcar todas as opções aplicáveis)		
<input type="checkbox"/> Poppers <input type="checkbox"/> Cocaína/Pasta de Coca <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Maconha <input type="checkbox"/> Club drugs (ketamina, ecstasy, LSD, GHB, sais de banho, etc) <input type="checkbox"/> Estimulantes para ereção (Sildenafil, Viagra®, Cialis®, Levitra®, Helleva®) <input type="checkbox"/> Solvente <input type="checkbox"/> Não usei nenhuma das substâncias anteriores		
21. Alguma vez você já usou drogas injetáveis? (Apenas uso sem prescrição médica)		
<input type="radio"/> Não, nunca <input type="radio"/> Sim, nos últimos 3 meses <input type="radio"/> Sim, mas não nos últimos 3 meses		
22. Nos últimos 3 meses você compartilhou instrumentos para uso de anabolizantes/bomba/hormônios/silicone? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
<b>Potenciais critérios de exclusão para uso de PrEP</b>		
23. Nos últimos 30 dias, você teve algum episódio de febre, diarreia, inchaço nos gânglios, dor de garganta, dor no corpo ou manchas vermelhas? (Se sim, avaliar suspensão da PrEP e investigar infecção viral aguda) <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
24. Tem histórico de fratura óssea não relacionada a trauma? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe		
25. Tem histórico de doença renal ou outras doenças crônicas? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe		
26. O usuário ASSINOU o termo de consentimento livre e esclarecido do protocolo ImPrEP, sobre o monitoramento da implementação da PrEP no SUS, autorizando que seus dados sejam utilizados sob anonimato e sigilo pelo estudo? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não se aplica		
Exame de Elegibilidade	Data da Coleta	Resultado do Exame
27. Teste Rápido de HIV realizado hoje		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente
28. Vacinação para Hepatite B: <input type="radio"/> Esquema Completo (3 doses em carteirinha ou Anti-Hbs reagente) <input type="radio"/> Encaminhado para vacinação <input type="radio"/> Não Realizado/Indisponível		

Fonte: Secretaria Municipal de Curitiba

## ANEXO 14 – Ficha de primeiro atendimento para PrEP

29. Conduta do Atendimento:		
<input type="radio"/> Encaminhamento para exames a para PrEP (ver lista de exames* no verso)		
<input type="radio"/> Encaminhamento para avaliação de PEP		
<input type="radio"/> Investigar possível janela imunológica		
<input type="radio"/> Não é elegível para PrEP		
<input type="radio"/> Outras condições clínicas e/ou de saúde que contraindicam uso de PrEP		
30. Prescrição: <input type="radio"/> TDF/FTC para 30 dias	31. Médico:	32. Assinatura do usuário(a):
Data da Prescrição: ____/____/____	CRM: _____ Assinatura: _____	_____



## APENDICÊS

### APÊNDICE 1 - Abordagem na Praça Osório



FONTE: Heidi Humi (2019)

APÊNDICE 2 – Foto Equipe Viva Melhor Sabendo



FONTE: Heidi Humi (2019)

APÊNDICE 3 – Entrega de Resultado e Aconselhamento Pós-Teste



FONTE: Otávio Costa (2019)

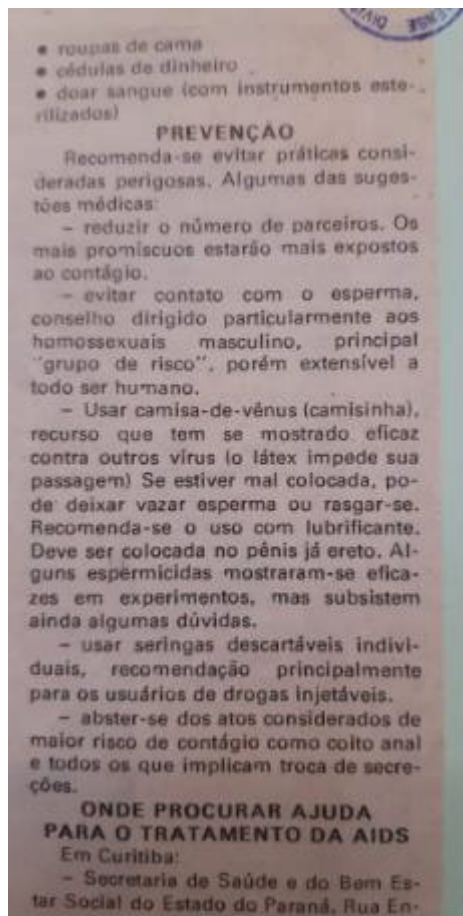


# APÊNDICE 4 – Jornal Curitiba Hoje



FONTE: Acervo Paranaense (consulta em: fevereiro de 2020)

## APÊNDICE 5 – Jornal Curitiba Hoje



FONTE: Acervo Paranaense (consulta em: fevereiro de 2020)

APÊNDICE 6 – Jornal Correio de Notícias



FONTE: Acervo Paranaense (Consulta em: fevereiro de 2020)

APÊNDICE 7 – Jornal o Estado do Paraná

AIDS-ANOS 80

O Estado do Paraná 09/10/1988

# À espera da morte. Com respeito e dignidade

*O aidsético quer ser tratado de forma solidária na dor para o seu sofrimento se tornar menos crucial. A mão na compreensão é fundamental para ele não mergulhar (de vez) no escuro. E no medo.*

Reportagem de LUIZ CARLOS RIZZO  
Fotos de JOÃO MANTOVANI  
(Sucursal de Maringá)

Não reações diferentes e adequadas a cada circunstância. Ao receber o comunicado da presença do vírus HIV no organismo, o aidsético, num primeiro instante, se recusa a acreditar estar doente, pois esta situação poderia acontecer com qualquer outra pessoa. Menos com ele. Passado o impacto da notícia, o desespero cede lugar à aceitação do problema, estabelecendo-se a partir daí novas regras de comportamento por saber a via-crúcis que terá que enfrentar até a sua dolorosa fase terminal.

Durante esse período e até o último suspiro, porém, o portador da Aids, por maior o seu esforço, sabe que será atirado e viverá num mundo obscuro, com quase todas as portas sendo fechadas para si. Sendo assim, naturalmente revoltado, desesperado e medo — muito medo — farão parte de seu cotidiano até perder a consciência, na fase terminal.

Especialista em doenças infecciosas, o médico maringáense Carlos Alberto Nemer, 30 anos, já cuidou de mais de 100 aidséticos quando residia na capital paulista, antes de se transferir ao Norte do Paraná. Com a experiência de quem conviveu com pessoas de reações diferentes, após a doença estar positivada, ele só pede uma coisa à sociedade:

— É preciso que haja maior compreensão em relação aos aidséticos.



a conviver com a doença da imundeza, convida Carlos Alberto Nemer a aconselhar seus positivados a desistir de ter apuro por vida.

Chama a atenção a curiosidade: a "sindrôme" daqueles que são atingidos pelo vírus em semanas tentando para, na segunda-feira, buscar o seu trabalho, último dia com quem protestam. Positivado, parafuso, devigilante para expor o crime só em segundos.

Em círculo em casa a terapia alternativa se conscientiza de radicalmente: não há mais trabalho de, se pelo menos não precipício. O que não faz de que aidséticos, senti mal infamante, o câncer ou outros, a solidificação, o que a alma, no que fala mais alto, para comporta

*Aidsético: solidariedade, sim. Discriminação, não*

FONTE: Acervo Paranaense (consulta em: fevereiro de 2020)





FONTE: Acervo Paranaense (consulta em: fevereiro de 2020)





FONTE: Acervo Paranaense (Consulta em: fevereiro de 2020)

## APÊNDICE 11 – Questionário Palavras Livres

1. Data de Nascimento:

2. Raça/Cor (auto-declarada):

- Preta ( ) Parda ( ) Branca  
 Indígena ( ) Amarela

3. Escolaridade:

- Nenhuma/Sem educação formal  
 De 1 a 3 anos ( ) De 4 a 7 anos  
 De 8 a 11 anos ( ) De 12 a mais anos

4. Qual foi sua fonte de renda nos últimos 6 meses?

- Trabalho por conta própria  
 Trabalho regular COM carteira assinada  
 Trabalho regular SEM carteira assinada  
 Família/Parceiro(a)/Amigos  
 Benefício(s) social(is)  
 Escolas/Pedidos

5. Identidade de Gênero

- Homem  
 Mulher transexual  
 Homem transexual  
 Travesti

### PERGUNTAS COM A TEMÁTICA DO HIV

6. Já fez teste para HIV alguma vez na sua vida?

- Sim ( ) Não

7. Você já ouviu falar na PEP para prevenir a infecção por HIV?

- Sim ( ) Não

8. Você acha que a PEP pode funcionar para proteger você do HIV?  
[Condicionante: apenas se a resposta 7 for SIM]

- Sim ( ) Não

9. Você já usou PEP? [Condicionante: apenas se a resposta 7 for SIM]

- Sim ( ) Não

10. Você já ouviu falar na PrEP para prevenir a infecção por HIV?

- Sim ( ) Não

11. Você acha que a PrEP pode funcionar para proteger você do HIV?  
[Condicionante: apenas se a resposta 10 for SIM]

- Sim ( ) Não

12. Onde você ouviu falar sobre a PrEP pela primeira vez? [Condicionante: apenas se a resposta 10 for SIM]

- Redes Sociais ( ) Televisão ( ) Aplicativo de Relacionamento ( ) Amigo(s) ( ) Serviço de Saúde ( ) Internet ( ) Outro \_\_\_\_\_

13. Você já usou PrEP? [Condicionante: apenas se a resposta 10 for SIM]

- Sim ( ) Não

14. Você acha que a camisinha/preservativo funciona para proteger você do HIV?

- Sim ( ) Não

15. Como você avaliaria o seu risco de se infectar com o vírus do HIV/AIDS nos próximos 12 meses?

- Nenhum  
 Baixo  
 Médio  
 Alto  
 Não se aplica

Fonte: Otávio Costa (2019)

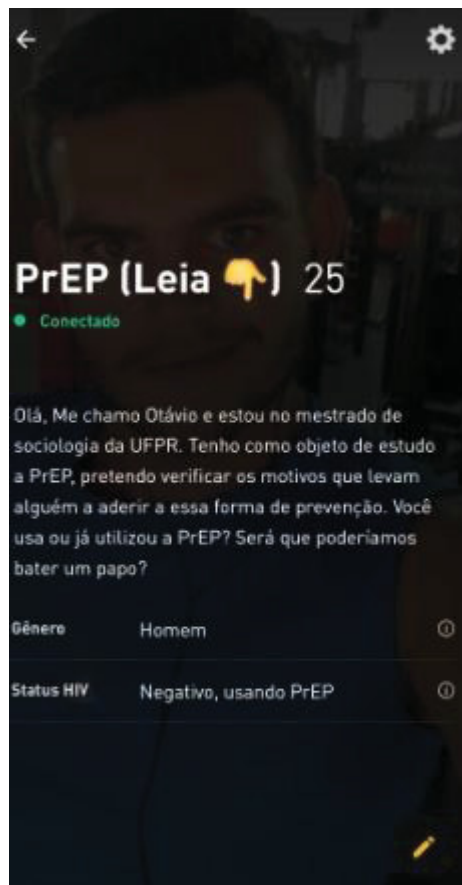
## APÊNDICE 12 - Questionário Palavras Livres

16. Elenque as 5 primeiras palavras quando você pensa em AIDS e em HIV


17. Elenque as 5 primeiras palavras quando você pensa em PrEP

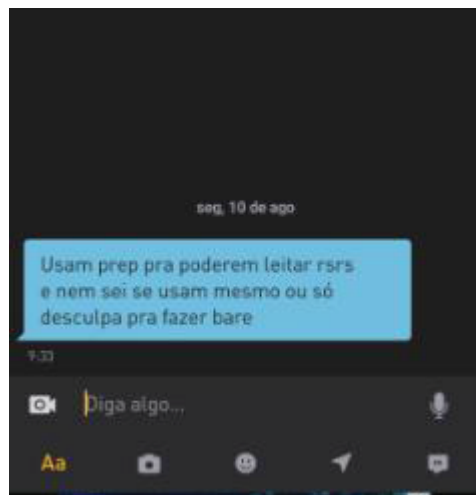

Fonte: Otávio Costa (2019)

## APÊNDICE 13 – Perfil utilizado pelo pesquisador



Fonte: Otávio Costa (2020)

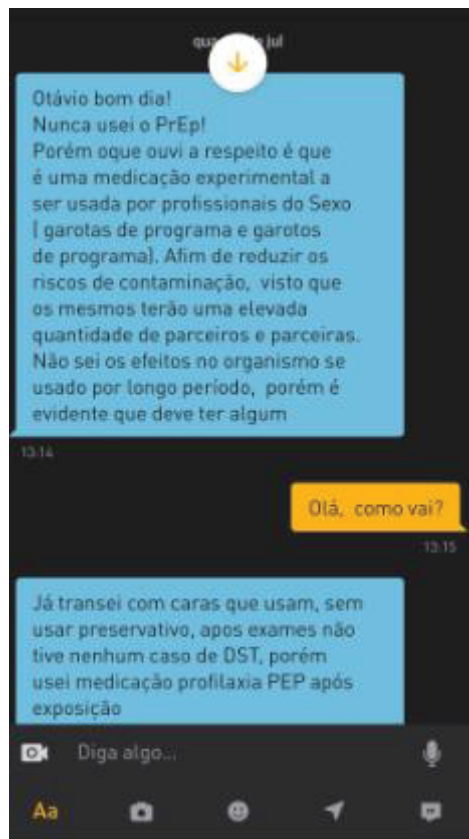
APÊNDICE 14 – Mensagem recebida no perfil do pesquisador



Fonte: Otávio Costa (2020)

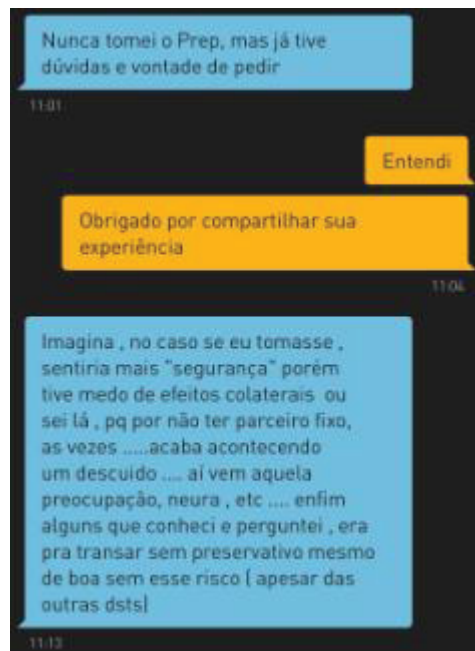


## APÊNDICE 15 – Mensagem recebida no perfil do pesquisador



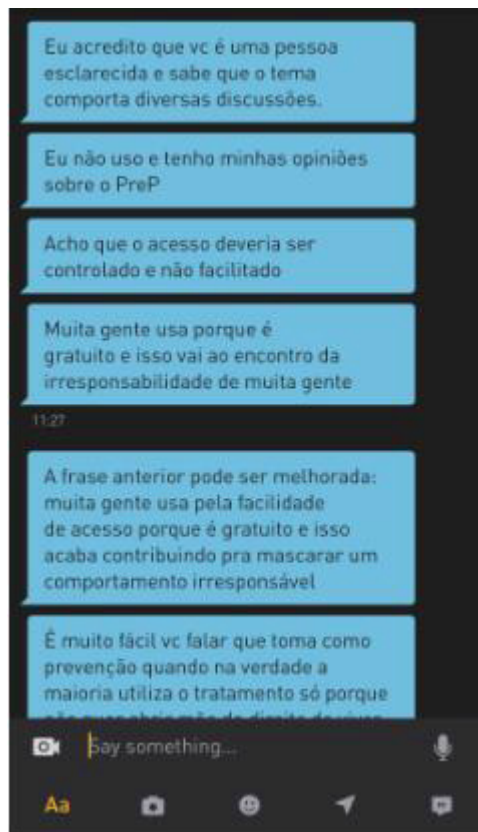
Fonte: Otávio Costa (2020)

APÊNDICE 16 – Mensagem recebida no perfil do pesquisador



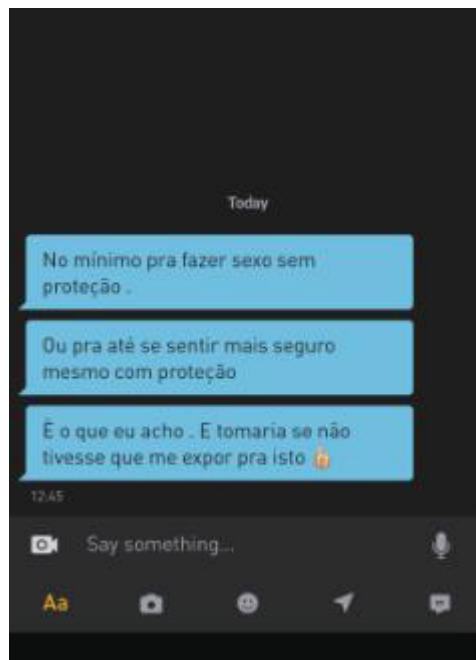
Fonte: Otávio Costa (2020)

APÊNDICE 17 – Mensagem recebida no perfil do pesquisador



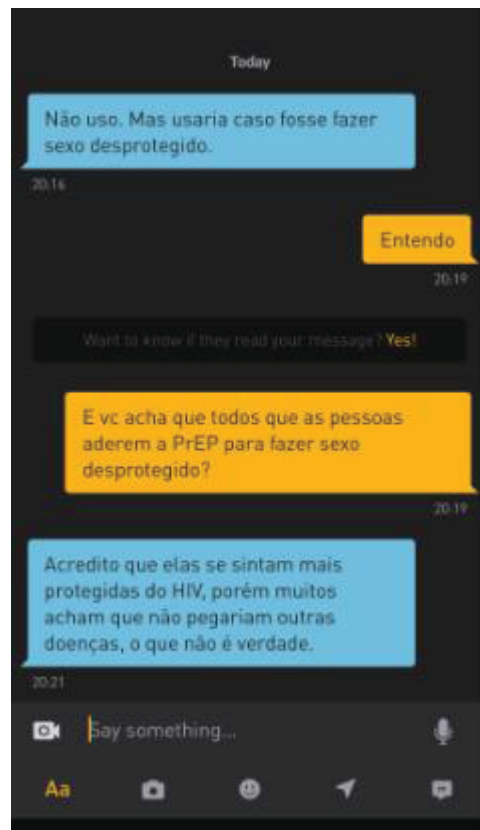
Fonte: Otávio Costa (2020)

APÊNDICE 18 – Mensagem recebida no perfil do pesquisador



Fonte: Otávio Costa (2020)

APÊNDICE 19 – Mensagem recebida no perfil do pesquisador



Fonte: Otávio Costa (2020)

## APÊNDICE 20 – Roteiro para as entrevistas

### Quebra Gelo

Você poderia começar se apresentando

Nome, Idade, Escolaridade, Sexualidade, Religião, Profissão, Onde mora, Raça

### PrEP

Há quanto tempo está utilizando a PrEP?

Qual a motivação que levou você a aderir a PrEP?

Onde pega a medicação?

Como é essas consultas? Te fazem perguntas?

Como você se sente nessas consultas? Como avalia o serviço?

Quando faz os testes, HIV hepatites e sífilis, o que sente enquanto aguarda e na hora do resultado?

Como ficou sabendo da PrEP? Lembra a primeira vez que ouviu falar dela?

Já teve algum efeito colateral?

Já chegou a usar a PEP alguma vez?

Você busca informações sobre HIV? Onde busca? Aumentou seu interesse no assunto depois da PrEP?

### Sexualidade

Você se relaciona apenas com homens?

Em todas as suas relações sexuais acontece penetração?

Nas que acontecem, você é mais ativo, versátil ou passivo?

Como está agora na quarentena?

E antes, consegue lembrar mais ou menos quantos parceiros tinha no mês?

Antes da PrEP você mantinha relações sem camisinha? Como era?

E agora com a PrEP? Aumentou as vezes que não usa o preservativo?

Mudou algo nas suas práticas sexuais com o uso da PrEP?

E sobre HIV? Antes da PrEP você sentia sobre a infecção? E agora com a PrEP?

Para rolar sem camisinha, tem que ter algum critério? Tipo se sentir um clima, ou não tem critério?

Usa alguma droga recreativa?

Já foi diagnosticado com alguma IST? Antes ou depois da PrEP?

Como você avalia a PrEP? Essa forma de prevenção? PrEP

Fonte: Otávio Costa (2020)

