

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL

Uelquer Guedes de Souza

ENTRE COMPRIMIDOS E INJEÇÕES VIAJANTES: reflexões sobre o cuidado
nas práticas de prevenção à infecção pelo HIV e à aids a partir da Profilaxia Pré-
Exposição (PrEP)

Porto Alegre

2022

Uelquer Guedes de Souza

ENTRE COMPRIMIDOS E INJEÇÕES VIAJANTES: reflexões sobre o cuidado
nas práticas de prevenção à infecção pelo HIV e à aids a partir da Profilaxia Pré-
Exposição (PrEP)

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia Social e Institucional pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Professor Doutor Henrique Caetano Nardi

Porto Alegre

2022

FOLHA DE APROVAÇÃO

Uelquer Guedes de Souza

ENTRE COMPRIMIDOS E INJEÇÕES VIAJANTES: reflexões sobre o cuidado nas práticas de prevenção à infecção pelo HIV e à aids a partir da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de mestre em Psicologia Social e Institucional.

Orientador: Professor Doutor Henrique Caetano Nardi

BANCA EXAMINADORA

Prof.º Dr.º Henrique Caetano Nardi (orientador)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional

Prof.ª Drª Paula Sandrine Machado

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional (UFRGS)

Prof.º Dr.º Adolfo Pizzinato

Programa de Pós-Graduação em Psicologia (UFRGS)

Prof.º Dr.º Hudson Cristiano Wander de Carvalho

Curso de Psicologia (Universidade Federal de Pelotas - UFPel)

AGRADECIMENTOS

Escrevo a partir da experiência e da leitura, como leigo e para as bichas, os *gays*, os homossexuais, os viados, os contrassexualistas, os depravados, os despudorados, os devassos, os dissidentes, os imorais, os indecentes, os promíscuos, os pervertidos, os putos, os sodomitas, os vulgares, para todos os excluídos do modelo do bom moço. A todos eles, o meu muito obrigado.

Mas o que significa falar para aqueles a quem foi negado o acesso à razão e ao conhecimento, o que significa para nós, que fomos considerados doentes mentais? Com que voz se pode falar?

Para falar de HIV e aids, de sexo, de gênero e de sexualidade é preciso começar um ato de ruptura epistemológica. É preciso abandonar completamente a linguagem binária da diferença sexual e da identidade sexual. O sexo e a sexualidade não são categorias essenciais dos sujeitos, mas antes efeito de diversas tecnologias sociais e discursivas, de práticas de gestão da verdade e da vida.

E começo os meus agradecimentos assim, para que tudo fique bem claro. Esta dissertação fala sobre o cuidado, sobretudo sobre sexo, sobre foder.

Em primeiro lugar, agradeço ao Paul B. Preciado por me possibilitar utilizar essas palavras iniciais, pelo privilégio de conhecer algumas de suas obras. Elas foram responsáveis pela ruptura da aliança (ou pela tentativa) entre o meu modo de pensar e a norma.

Agradeço ao professor Henrique Caetano Nardi, em primeiro lugar, pela paciência. Pela confiança depositada em mim ao longo desses anos todos. Pela generosidade e pelos bons papos nas orientações. Pelas valiosas revisões no texto que apresento e pelos direcionamentos na execução da pesquisa durante o mestrado.

Agradeço à CAPES pela bolsa concedida durante o mestrado, pela prorrogação da bolsa devido à pandemia do COVID-19 sem a bolsa eu não estaria aqui. Sem ela, eu não teria condições de continuar minha sobrevivência. Eu não teria onde morar, o que comer, enfim, eu não sei o que seria de mim.

Agradeço à Amanda Schiavon, a Amandinha. Pela cumplicidade e apoio. Por me ensinar a ser quem sou. Pelas conversas em tempos de alegrias e aperto no mestrado.

Por dividir cada momento, cada silêncio. Vou te carregar para sempre em mim, minha amiga.

Agradeço ao Guilherme Escandiel, meu atual parceiro. Obrigado pela tua paciência, por persistir em nossas vidas juntas. Obrigado por me permitir te amar e pela tua solidariedade e compreensão. Amo-te!

Agradeço à Sofia Favero, minha amiga querida. Obrigado por me ensinar tantas coisas boas. Por ser abrigo e acolhida em um momento tão conturbado e novo para mim. Obrigado pelas risadas frouxas que tu me arrancas, por todo apoio que tu me deste ao longo da execução desta autoetnografia. Por fim, muito obrigado por ser a intelectual que é. Tu és muito foda, mulher!

Agradeço à Manoela Medeiros, a querida Manô. Pela dedicação e por acreditar em mim. Obrigado por ser a mulher foda que tu é que tem me ensinado a autêntica arte de ser e de questionar o que se é. Muito obrigado, meu bem. Tu és muito importante para mim.

Devo agradecer também à professora Paula Sandrine Machado e aos professores Adolfo Pizzinato e Hudson Cristiano Wander de Carvalho por terem topado participar da banca de defesa desta dissertação. Muito obrigado professora Paula Sandrine pelos ensinamentos no NUPSEX, pelos bons *drinks* e também por ter participado da banca de qualificação do meu projeto de pesquisa do mestrado. Do mesmo modo, agradeço ao professor Adolfo pelas contribuições na qualificação do meu projeto.

Por fim, agradeço aos interlocutores e às interlocutoras desta investigação, a todos os meus parceiros sexuais, afetos e desafetos, colegas que fiz no experimento da PrEP injetável, aos pesquisadores, à minha família (mãe, avó materna e irmãos maternos) que do seu modo me ajudou a estar aqui hoje. Certamente foram contribuições fundamentais não apenas para meus esforços enquanto pesquisador, ou minha formação acadêmica e política, mas também enquanto sujeito, mais precisamente um homem cis *gay*, atravessado pelas diversas tramas que envolvem o HIV e a aids.

RESUMO

Esta dissertação trata do cuidado nas políticas de prevenção à infecção pelo HIV e à aids. Sustenta-se em uma pesquisa qualitativa exploratória que teve como objetivo principal refletir sobre o cuidado a partir das práticas de uma pesquisa clínica e de algumas práticas sexuais que envolvem a utilização da tecnologia biomédica usualmente conhecida como Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). Apresento algumas reflexões sobre a autoetnografia, em especial no que diz respeito às preocupações, limitações e potências que esta metodologia pode oferecer para se considerarem transformações nas teorias e práticas de cuidado utilizadas no campo da prevenção da infecção pelo HIV e da aids que resultam em controle e normalização. Interessam para esta dissertação, os diferentes modos como o cuidado é performed nesse campo, assim como os diferentes efeitos desses processos. Inspirado pela Teoria do Ator-Rede (TAR), me dediquei a “seguir” um fármaco utilizado como PrEP, na rede que aqui denomino Experimental-fármaco-sexual. Em suma, para a TAR tanto humanos como não humanos criam realidades estabelecendo redes de conexões, constituindo-se como atores que mediam associações sociais. Desse modo, a TAR questiona dicotomias como: sujeito e objeto; sociedade e indivíduo; ciência e experiência, advindas das ciências modernas, buscando superá-las. Nesta dissertação, realizei reflexões sobre o cuidado a partir da minha utilização da PrEP e das políticas que constituem as suas diferentes realidades. Nesse percurso, problematizo a tecnologia biomédica e descrevo, em especial, o que dela é experimentado socialmente e suas repercussões no campo da prevenção ao HIV. Sem dúvida alguma, a PrEP está reconfigurando as sexualidades de homens *gays*, produzindo novas formas de relação, desejo e afetividade. Se por um lado, a tecnologia tem provocado certa emancipação dos desejos homoeróticos. Por outro lado, ao se amalgamar a alguns discursos do modelo preventivo brasileiro, ela também regula e disciplina corpos, sexualidades, subjetividades e invisibiliza formas de opressão e privilégios.

Palavras-chave: Cuidado, HIV e aids; Profilaxia Pré-Exposição (PrEP); Sexualidades; Teoria do Ator-Rede (TAR)

ABSTRACT

This dissertation deals with care in HIV and aids prevention policies. It is based on an exploratory qualitative research whose main objective was to reflect on care based on clinical research practices and some sexual practices that involve the use of biomedical technology commonly known as Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP). I present some reflections on self-ethnography, especially with regard to the concerns, limitations and powers that this methodology can offer to consider transformations in theories and care practices used in the field of prevention of HIV infection and aids that result in control and normalization. Of interest for this dissertation, the different ways in which care is performed in this field, as well as the different effects of these processes. Inspired by the Actor-Network Theory (TAR), I dedicated myself to “following” a drug used as PrEP, in the network that I call Experimental-drug-sexual. In short, for ANT, both humans and non-humans create realities by establishing networks of connections, constituting themselves as actors that mediate social associations. Thus, ANT questions dichotomies such as: subject and object; society and individual; science and experience, arising from modern sciences, seeking to overcome them. In this dissertation, I reflected on care based on my use of PrEP and the policies that constitute its different realities. Along the way, I problematize biomedical technology and describe, in particular, what is experienced socially and its repercussions in the field of HIV prevention. Undoubtedly,

PrEP is reconfiguring the sexualities of gay men, producing new forms of relationship, desire and affection. If, on the one hand, technology has provoked a certain emancipation of homoerotic desires. On the other hand, by amalgamating with some discourses of the Brazilian preventive model, it also regulates and disciplines bodies, sexualities, subjectivities and makes forms of oppression and privileges invisible.

Keywords: Care, HIV and aids; Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP); Sexualities; Actor-Network Theory (ANT)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABI — *Acquired Brain Injury*

ABIA — Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

ADT — Assistência Domiciliar Terapêutica em Aids

AIDS — *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

ANT — *Actor Network Theory*

Anvisa — Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APP — Aplicativo

ARV — Antirretroviral

CB — Cidade Baixa

CNPq — Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CRT — Centro de Referência e Treinamento

CTA — Centro de Testagem e Aconselhamento

CTS — Estudos de Ciência, Tecnologia e Sociedades

CEU — Casa do Estudante Universitário

CONITEC — Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias

DAIDS — *Division of AIDS*

DDCCI — Departamento de Doenças de Condições Crônicas e IST

DIAHV — Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais

DPC — Diretrizes para boas Práticas Clínicas (DPC) para ensaios de produtos farmacêuticos

DSMB — *Data and Safety Monitoring Board*

ECG — Eletrocardiograma

ECR — Ensaio Clínico Randomizado

EUA — Estados Unidos da América

Farmanguinhos — Instituto de Tecnologia em Fármacos

FDA — *Food and Drug Administration*

Fiocruz — Fundação Oswaldo Cruz

FTC — *Emtricitabine, 2',3'-dideoxy-5-fluoro-3'-thiacytidine*

GLS — *Gays Lésbicas e Simpatizantes*

GSK — *GlaxoSmithKline*

GTPI — Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual

HAART — *Highly Active Antiretroviral Therapy*

HIV — *Human Immunodeficiency Virus*

HNSC — Hospital Nossa Senhora da Conceição

HPTN — *HIV Prevention Trials Network*

HSH — Homens que fazem Sexo com Homens

IBGE — Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICH — *International Conference for Harmonization of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use*

INPI — Instituto Nacional de Propriedade Intelectual

IO — Infecções oportunistas

IP — Instituto de Psicologia

IPARGS — Instituto de Pesquisa em AIDS do Estado do Rio Grande do Sul

iPrEx — *Pre-Exposure Prophylaxis Initiative*

IST — Infecção Sexualmente Transmissível

LGBTQIA+ — Lésbicas, Gays, Bissexuais, Pessoas Trans, Queer, Intersexo, Assexual e outras identidades de gênero e orientações sexuais

MNCP — Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas

MS — Ministério da Saúde

MSM — *Men who have Sex with Men*

NIAID — *National Institute of Allergies and Infectious Diseases*

NIH — *National Institutes of Health*

NUCED — Núcleo de Estudos sobre Drogas

NUPSEX — Núcleo de Pesquisa em Sexualidade e Relações de Gênero

OMS — Organização Mundial de Saúde

ONG — Organização Não Governamental

ONU- Organização das Nações Unidas

PCDT — Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

PEP — Profilaxia Pós-Exposição

POAPrEP — Porto Alegre/Profilaxia Pré-Exposição

PPGPSI — Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional

PrEP — Profilaxia Pré-Exposição

RNA — ácido ribonucleico

RU — Restaurante Universitário

SAE — Serviço de Atenção Especializada em HIV/Aids

SIDA — Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SINAN — Sistema de Informações de Agravos de Notificação

STS — *Science, Technology and Society Studies*

SUS — Sistema Único de Saúde

TAR — Teoria do Ator-Rede

TCC — Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDF — Fumarato de Tenofovir Desoproxila

UC — Universidade da Califórnia

UDM — Unidade Dispensadoras de Medicamentos

UFPe1 — Universidade Federal de Pelotas

UFRGS — Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFTM — Universidade do Triângulo Mineiro

UNAIDS — Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

WMA — *World Medical Association*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mandala da Prevenção Combinada do HIV	44
Figura 2. O truvada. Imagem retirada do site Agência Brasil.	58
Figura 3. Cartaz do ensaio clínico da PrEP injetável exposto no Instituto de Psicologia da UFRGS.	88
Figura 4. Slogan da campanha publicitária do ensaio da PrEP injetável em Porto Alegre.	105
Figura 5. Caneca térmica personalizada que recebi durante uma visita à clínica do ensaio, no dia 13/12/2021.....	108

“Assim como evolui a epidemia de aids, do mesmo modo também devem evoluir nossas respostas para ela. Não há dúvida que a proteção deve ser providenciada – tanto para pessoas com HIV positivo (proteção contra discriminação) como para pessoas com HIV negativo (proteção contra infecção). Talvez o melhor caminho para proporcionar esta proteção seja mudando os termos do debate para além dos direitos individuais para uma melhor compreensão das responsabilidades individuais e sociais.”

- Renée Danziger (1996)

Pretendo nesses textos muito mais do que fazer um depoimento (detesto esse termo que cheira a tribunal). Pretendo que eles tenham uma finalidade muito prática: dizer que a Aids pode ser evitada, que pode ser vencida. Dizer também que pode ser vivida sem pavor ou preconceitos; que pode ser vivida como se vive qualquer dificuldade do existir. Dizer ainda que a solidariedade é uma força política – a única capaz de transformar o mundo.

- Herbert Daniel (1989)

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	14
1.1 O encontro com o problema da pesquisa	14
1.2 Entre o desconforto, a dor e o prazer: o cuidado	15
2 PRIMEIRA SEÇÃO: ABORDAGENS TEÓRICO-METODOLÓGICAS	22
2.1 Cuidar? De quem? De quê? A ética que conduz o cuidado	22
2.2 Cuidado, experiência e vulnerabilidade na prevenção à infecção pelo HIV: algumas questões	30
2.3 Por que uma autoetnografia?	42
2.4 O encontro com o método da pesquisa	43
2.5 Os desafios de uma escrita situada: trilhando caminhos menos confortáveis .	50
2.6 Pílulas e injeções viajantes: do global ao local	56
2.7 A PrEP em diálogo com a Teoria do Ator-Rede (TAR)	63
2.8 Múltiplas ontologias e Política Ontológica	66
3 SEGUNDA SEÇÃO: PRELIMINARES	70
3.1 A aids e as políticas do (des)cuidado	70
3.2 O dispositivo da Aids: uma rede de materialidades e saberes em torno do HIV 76	
3.3 Você é <i>gay</i>, precisa se cuidar!	81
4 TERCEIRA SEÇÃO: A REDE EXPERIMENTAL-FÁRMACO-SEXUAL ... 87	
4.1 Como se faz um ensaio clínico?	87
4.2 Entre comprimidos e injeções: mentiras, negociações e segredos	99
4.3 Quem está no controle da minha prevenção?	105
4.4 Sexualidades vigiadas: capturar para regular?	112
4.5 A PrEP novamente em ação: (re)produzindo realidades	115
4.6 Sexo, prazer e conforto: cegado pela PrEP?	116
5 CONCLUSÕES PROVISÓRIAS: A PrEP EMANCIPANDO E REGULANDO 124	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128
MATERIAL ANALISADO	135
ANEXOS	138
Anexo 1	138

1 APRESENTAÇÃO

1.1 O encontro com o problema da pesquisa

A escrita consiste [...] em empreender uma tarefa graças a qual e ao final da qual poderei, para mim mesmo, encontrar alguma coisa que não tenha visto inicialmente (Michel FOUCAULT¹, 2016, p. 49).

Dou início a esta dissertação sem saber exatamente por onde começar a relatar a minha experiência. Tento relembrar a ordem cronológica dos fatos, mas essa é uma tarefa difícil. Talvez eu deva começar descrevendo o momento em que ingeri a primeira pílula oblonga, rígida, de cor azul. Ou, então, quando recebi a primeira dose injetável de uma substância, na minha nádega direita, na clínica onde foi realizada a pesquisa de um novo medicamento para prevenir a infecção pelo vírus causador da aids — o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), cuja sigla vem do inglês *Human Immunodeficiency Virus*. Em ambas as ocasiões, me disseram: “isso aqui pode ajudar a te prevenir do HIV”. Na hora, a minha reação foi de entusiasmo. Foi quando as coisas por aqui começaram a mudar, ou melhor, que o meu corpo e as minhas práticas sexuais foram modificados.

Eu estava sozinho no meu quarto, no primeiro apartamento que morei após me mudar para Porto Alegre, a capital do estado do Rio Grande do Sul (RS), quando ingeri o primeiro comprimido do que poderia ser uma droga medicinal, nada aconteceu. Foi como ingerir a cápsula de qualquer outro medicamento, a ingeri com a ajuda de um copo d’água, guardei o frasco na prateleira do meu guarda-roupa e continuei vivendo. Durante alguns meses, continuei ingerindo um comprimido diário. Algumas doses foram esquecidas, mesmo quando eu utilizava um despertador no meu celular, o que me ajudava a lembrar de que um comprimido precisava ser ingerido diariamente. Quanto às injeções, nas primeiras doses, a sensação corporal foi de dor no local da aplicação da substância e um pouco de febre algumas vezes. Também tive diarreia, mas que logo cessou. Eu não sabia qual das substâncias estava provocando esses efeitos. Enquanto isso, eu sentia certo ar de conforto e alívio nas minhas relações sexuais, pela possibilidade de me ver livre do risco de ser infectado pelo HIV. “Algo está te protegendo”, disse-me um profissional da área da saúde envolvido na pesquisa do medicamento, após a primeira injeção que recebi.

Por esse motivo, decidi começar o meu relato narrando o que aconteceu na minha primeira experiência sexual depois que entrei para um experimento desenvolvido para avaliar a eficácia e a segurança de um medicamento que previne a infecção pelo

¹ Esta dissertação coloca em prática a inclusão, na primeira entrada de citação ou paráfrase de cada autor e autora, o prenome completo. Objetiva-se, com essa postura, pensar a escrita enquanto prática discursiva feminista, partindo do pressuposto de que, ao mencionarmos apenas o sobrenome do autor ou da autora, corremos o risco de negligenciar o lugar social de onde partem os conceitos e as teorias.

HIV. Destacarei as sensações corporais e psicológicas que permearam minha experiência sexual e subjetividade ao utilizar uma tecnologia biomédica investida de inúmeras metafísicas, muitas delas controversas, para então, durante o decorrer desta dissertação, refletir sobre o tema do cuidado no campo da prevenção ao HIV.

1.2 Entre desconforto, dor e prazer: o cuidado

Vesti aquela que pensei ser a minha melhor roupa para ir a uma festa em uma casa noturna de Porto Alegre, era uma regata preta canelada com uma calça *jeans* e um tênis branco. Era o começo de 2019, meados de fevereiro, fazia muito calor naquela noite. Antes de sair de casa, eu decidi vestir a calça *jeans* mais folgada do meu guarda-roupa, pois estava com dificuldade para me vestir devido à dor que sentia na nádega direita e em parte da minha perna. Eu havia recebido a injeção da PrEP no dia anterior. Depois que terminei de me vestir, em frente ao espelho do meu quarto, passei uma base facial no tom da minha pele. Em seguida, peguei o meu celular e pedi um carro por um aplicativo (*app*) de transporte que permite a busca por motoristas baseada na localização. Fui sozinho à festa.

A casa noturna que fui aquela noite é muito conhecida por ser frequentada por um grande público de homens cisgêneros² *gays*. O lugar estava lotado e a festa muito divertida. Ah! “Malandra” era o nome da festa. E eu estava me sentindo realmente muito malandra naquela noite, dancei bastante e fiquei com alguns rapazes. Após alguns minutos na festa, eu havia ingerido algumas cervejas e alguns *drinks*, quando encontrei um garoto que me fez companhia durante o restante da festa. Ele era muito bonito e presumivelmente muito jovem. Começamos a dançar juntos e, enquanto dançamos, trocamos elogios e conversamos banalidades ao pé do ouvido. Falamos sobre nossas ocupações profissionais; os locais que gostamos de frequentar; o que gostamos de fazer, dentre outros assuntos. Após certo tempo conversando, trocamos beijos e amassos. Não foram apenas fluidos que trocamos, também trocamos os nossos contatos em um *app* de mensagens instantâneas e seguimos mutuamente as nossas contas em uma rede social. Em certo momento da festa, falamos sobre as posições sexuais que gostamos, enquanto isso, ele discretamente colocou a mão dentro da minha calça e começou a acariciar o meu pau. Estávamos explodindo de tesão.

Era quase o final da festa, quando o rapaz me convidou para ir para sua casa. Ele morava no centro da cidade, relativamente perto da casa noturna. Alguns minutos depois do convite, estávamos dentro de um carro que o rapaz pediu pelo *app* do celular,

² Conforme Jaqueline Gomes de Jesus (2012), o termo cisgênero ou sua abreviação “cis” diz respeito a pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi determinado ao nascerem.

em direção a sua casa. Tentávamos conter o nosso tesão no carro. Lembrei-me que ele havia mencionado que no sexo ele era versátil, mas que naquela noite ele “estava doido para ser fodido”. Imediatamente fiquei excitado. Enquanto ele segurava minha mão sobre as minhas pernas, esfregava o braço no meu pau. De repente, ele novamente colocou discretamente a mão no bolso da minha calça. Olhou-me sorratamente nos olhos, e começou a acariciar levemente o meu pau, até fazê-lo babar. No retrovisor interno do carro, de relance, os olhares do motorista denunciavam que poderíamos ser flagrados, mas, ao mesmo tempo, a iminência do flagrante parecia favorecer o nosso tesão. Eu quase gozei na mão do garoto, antes mesmo da viagem acabar. Antes de saltarmos do carro, ele retirou a mão de dentro da minha calça e lambeu os seus dedos lambuzados pela baba que escorreu do meu pau.

Quando chegamos à sala do apartamento do rapaz, estávamos praticamente nus. Nós desajeitadamente arrastamos os nossos corpos excitados pela sala e ele se jogou de joelhos em cima do sofá, de costas para mim, com o seu rabo empinado para cima. A penumbra de uma grande janela com persiana iluminava o corpo do garoto. O meu pau explodia na minha cueca que, naquele momento, estava toda lambuzada. Eu rapidamente tirei os sapatos do rapaz enquanto beijava o seu pescoço. Em seguida, arranquei abruptamente a sua calça *jeans* rasgada. Puxei a sua cueca para baixo, acho até que a rasguei. Depois disso, fiquei de joelhos no chão da sala e penetrei o seu rabo com a minha língua. Houve um momento em que ele mandou-me deitar no sofá. Eu obedeci. Então ele começou a me chupar. Fechei os olhos e ouvi o barulho do rapaz engasgando-se com o meu pau na sua boca.

Após alguns amassos e sexo oral no sofá, fomos para o quarto. Deitamo-nos na cama e eu virei o corpo do rapaz, para deslizar o meu pau dentro dele. Enchi a minha mão de cuspe e lubrifiquei o meu pau e seu cu. Logo depois, comecei a penetrá-lo. Enquanto eu metia, abri ainda mais o seu rabo e cuspi novamente bem no meio do seu cu para aumentar a lubrificação. Deu certo! Eu deslizava lentamente o meu pau dentro dele enquanto apertava e enchia de tapas a sua bunda. O rapaz gemia de um jeito descontroladamente excitante.

Não me lembro de quantas vezes gozamos naquela madrugada. Talvez fossem três ou quatro. Lembro-me que depois da nossa última gozada, o rapaz dormiu nos meus braços, não consegui me limpar depois disso, eu dormi encharcado pela sua porra e ele com a minha dentro dele. Por um bom tempo, eu considerei o que fiz naquele dia como algo muito louco! Aquilo tudo foi algo que eu nunca havia feito, até aquele momento.

Acordamos no início da tarde, era por volta das 13 horas, o dia estava muito quente. Assim que acordei, me levantei da cama e fui direto ao banheiro tomar banho.

Eu estava no chuveiro, quando fui surpreendido. De repente, o rapaz abriu o *box* de vidro e entrou para tomar banho comigo. Após conversarmos um pouco sobre a festa, ele começou a acariciar o meu pau, até deixa-lo duro novamente. Depois, ele levantou a sua perna direita e encaixou o seu pé em uma saboneteira de louça fixada na parede do banheiro. Dessa vez, fudemos em pé e quando estávamos para gozar ele me pediu para leitar o seu rabo novamente. Após algumas estocadas, nós dois explodimos de tesão e gozamos juntos.

Logo em seguida, eu disse para o rapaz: chega! Essa foi a nossa última vez hoje, estou exausto e ele me respondeu que estava tudo bem. Então, tomamos banho, secamos os nossos corpos e voltamos para a cama. Fui surpreendido novamente. “Não estamos nos cuidando!”, disse o rapaz com uma expressão de preocupação. Sem entender o que ele estava dizendo, perguntei: como assim? E ele prontamente me respondeu: “sim, nós não estamos nos cuidando. Você não usou camisinha”. Continuei sem entender aquela conversa. Pedi para ele me explicar o que realmente estava querendo me dizer. Afinal de contas, eu não havia forçado ele a fazer sexo sem preservativo comigo, foi algo consentido. Ele me disse saber que havia sido consentido, mas que, ao decidirmos não usar a camisinha, nós dois estávamos sendo irresponsáveis. Ele argumentou que “nós não estávamos cuidando um do outro” e seguiu nos culpabilizando pelo que fizemos. Quando ele terminou de falar, o silêncio tomou conta do quarto. Por alguns segundos eu não sabia o que dizer.

Eu disse ao rapaz que uso a PrEP e que regularmente (bimestralmente) faço exames para investigar se tenho alguma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), pois esse é um dos critérios para continuar recebendo a PrEP, no experimento em que eu participava como voluntário. Eu também lhe disse que o último exame que eu havia realizado, há cerca de dois meses do dia daquela situação, deu negativo para clamídia, gonorreia e sífilis, assim como para o HIV. Depois da minha confissão, o rapaz me contou que não usava PrEP e que preferia usar o preservativo em todas as relações sexuais casuais “já que a PrEP não previne a infecção por outras IST”. Todavia, o que nós dois havíamos acabado de fazer? Perguntei-lhe. E, mais uma vez, o silêncio tomou conta do quarto.

Aquela conversa me causou desconforto. Inicialmente, senti certa culpa. O rapaz também pareceu se sentir desconfortável. Não demorou muito para eu perguntar qual era o endereço onde estávamos. Ele me respondeu. Peguei o meu celular, abri o *app* no meu celular e verifiquei o valor da viagem do endereço da sua casa até a minha. Vi que não estava tão caro. Em seguida, enquanto vestia a minha roupa, solicitei um carro. Quando lhe disse que estava pronto para ir embora, o rapaz me respondeu que não

precisava descer comigo até a portaria do prédio para abrir o portão, pois bastava um clique no botão do interfone fixado na parede da cozinha para abri-lo. “Até mais” ele me disse ao abrir a porta do apartamento. Minutos depois, eu estava em um carro, voltando para minha casa. Foi quando vi que o rapaz já não estava mais na minha rede social, ele havia deixado de me seguir. Antes de chegar à minha casa, ainda no carro, voltei a sentir a dor na nádega direita e em parte da perna.

Infelizmente, eu não tive mais contato com o rapaz da festa. Fiquei decepcionado com sua atitude e não o procurei. Eu realmente gostei daquela noite com ele, ela poderia ter acontecido outras vezes. Depois do encontro com o rapaz, os meus encontros sexuais foram atravessados por certa ambivalência. Por um lado, eu estava me sentindo desinibido para realizar diferentes experiências sexuais, comecei a participar de surubas e *Barebacking*³. Também comecei a frequentar espaços destinados ao sexo deliberado entre homens, como saunas *gays*, *dark rooms*⁴ e o chamado banheiro⁵. Por outro lado, eu sentia certa preocupação. Eu deveria contar para os caras com quem transo que uso a PrEP? “Você quer usar o preservativo?” deveriam ser as palavras que antecedem o sexo? Além da PrEP, eu deveria utilizar o preservativo em todas as minhas relações sexuais? Isso seria uma maneira de cuidar de mim e dos outros? O cuidado, por essa lógica, se caracterizaria em antecipar para o outro quais são as tecnologias que utilizamos ou que utilizaremos no sexo. Por esse ângulo, o cuidado precisaria ser acompanhado de um tipo de confissão?

Foi a partir destes e de outros questionamentos que resolvi mudar o tema da minha pesquisa de mestrado. No momento da pesquisa, fui impulsionado em direção ao cuidado nas políticas de prevenção da infecção pelo HIV. Passei a me enveredar ao que seria o cuidado à saúde de homens cis que fazem sexo com homens cis. O que, de fato, é o cuidado? Como o cuidado é pensado nesse contexto? Cuidar? De quem? De quê? Como?

O cuidado, sob a perspectiva do rapaz do meu relato, teve como foco o preservativo. Como se a tecnologia biomédica tivesse, por si só, o poder de fazer com que o cuidado fosse colocado em prática. Todavia, não entendo esse argumento como

³ Segundo Troy Suarez e Jeffrey Miller (2001), o *Barebacking* é definido como o engajamento consciente e deliberado em práticas de sexo anal sem preservativo, conhecendo-se os riscos envolvidos.

⁴ Expressão que pode ser traduzida para o português como “quarto escuro”. É um espaço reservado de um local destinado para festas, com pouca ou nenhuma luminosidade, onde as pessoas que frequentam podem interagir sexualmente com uma ou mais pessoas.

⁵ Este é um termo empregado para designar espaços públicos ou coletivos utilizados para interações sexuais ocasionais e não comerciais entre homens cis. Tais interações geralmente ocorrem em banheiros públicos considerados “masculinos”. Durante a pesquisa de campo desta dissertação, foi bastante comum eu frequentar esses espaços. A maioria dos homens cis com quem eu me relacionei sexualmente nesses espaços afirmava ser heterossexual e casado. Os encontros geralmente ocorriam no banheiro de um dos supermercados de uma grande rede de Porto Alegre.

um modo de culpabilizar o comportamento do rapaz. Afinal de contas, homens cis *gays* são geralmente bombardeados desde muito cedo por políticas e pedagogias de prevenção que impõem essa lógica unívoca que, em vez de realmente cuidar, apenas cerceia os nossos comportamentos sexuais. Por outro lado, a partir da minha perspectiva, o cuidado foi centrado no uso da PrEP e na rotina de exames que preciso seguir para continuar utilizando a tecnologia biomédica. Diante disso, passei a me questionar: as práticas centradas na utilização de tecnologias biomédicas, no contexto da prevenção ao HIV, por si só, se trata do cuidado?

A presente dissertação é o resultado da pesquisa realizada durante o Mestrado Acadêmico no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional (PPGPSI) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Sustenta-se em uma pesquisa qualitativa exploratória que teve como objetivo principal refletir sobre o cuidado a partir das práticas clínicas e sexuais que envolvem a utilização da tecnologia biomédica usualmente conhecida como PrEP. A PrEP é considerada uma tecnologia biomédica pautada na utilização de medicamentos antirretrovirais (ARV) para prevenir pessoas que não vivem com o HIV da infecção pelo vírus. Tal tecnologia também pode ser entendida como o deslocamento dos ARV, do tratamento da infecção pelo HIV para a prevenção.

A proposição desta dissertação também é resultado das discussões do meu projeto de pesquisa de mestrado junto ao Núcleo de Pesquisa em Sexualidade e Relações de Gênero (NUPSEX) do Instituto de Psicologia (IP), ligado à UFRGS. Tais discussões foram orientadas por diferentes ferramentas teórico-metodológicas de análise, assim como por diferentes afetos compartilhados nas discussões dos textos que compõem essa dissertação. O NUPSEX é um núcleo de pesquisa constituído por ativistas, pesquisadoras e pesquisadores, professoras e professores e estudantes de diferentes áreas acadêmicas. O seu objetivo principal é produzir estudos e pesquisas que privilegiam a compreensão da forma como diferentes marcadores sociais de diferença se articulam a distintos objetos, tecnologias e modos de ser. Toma-se como preocupação fundamental uma ética e uma política guiadas pelo princípio do direito à liberdade e respeito à diversidade das formas de constituição humana.

Minha imersão no campo de pesquisa começou em um momento peculiar, foi durante a instauração da nova estrutura do Departamento responsável pela resposta à epidemia do HIV e aids, em meados de 2019. Nesse processo, uma das medidas tomadas pelo atual governo brasileiro (2018) foi a extinção do que era considerado o antigo Programa Nacional de DST/Aids, o Departamento de Vigilância, Prevenção e controle das IST, do HIV/aids e das Hepatites Virais (DIAHV) e o transferiu para um

mais amplo denominado Departamento de Doenças de Condições Crônicas e IST (DDCCI). Tal mudança foi vista por muitos ativistas e Organizações Não Governamentais (ONG) do campo do HIV e aids como um retrocesso na resposta brasileira à epidemia. Isso pelo fato de haver riscos relacionados à ausência de questões em comum entre as patologias abordadas pelos diferentes programas do novo departamento, além das disputas políticas em torno dos recursos ofertados.

Outro evento que constitui parte da pesquisa de campo desta dissertação situa-se no período de isolamento social decorrente das medidas adotadas para o achatamento da curva de infecções devido à pandemia da Covid-19, causada pelo Novo Coronavírus ou SARS-CoV-2.

A partir dos dados coletados na minha participação em um ensaio clínico de PrEP e das políticas que constituem as suas diferentes realidades, realizei reflexões sobre o cuidado no campo da prevenção ao HIV e à aids. Nesse processo, descrevo os modos como a tecnologia biomédica é performada em diferentes realidades, em especial o que dela é experimentado socialmente e suas repercussões no campo. Para isso, analiso algumas materialidades da profilaxia (apresentações, aspectos, especificidades, formas, leituras, texturas e versões) na tentativa de compreender os efeitos dos modos como são manipuladas/utilizadas nas práticas contingentes realizadas na rede traçada a partir de uma pesquisa clínica internacional, realizada em Porto Alegre.

Divido esta dissertação em quatro seções. Na primeira seção, apresento as ferramentas teórico-metodológicas que tornaram possível a produção desta dissertação. Por meio dos questionamentos que considero centrais para as condições de possibilidade da pesquisa, apresento uma discussão teórica sobre o conceito de cuidado a partir das perspectivas de autoras feministas da Teoria do Cuidado e os modos como as diferentes formas de cuidado moldaram as minhas práticas sexuais e subjetividade. Em seguida, realizo algumas reflexões sobre a autoetnografia, em especial sobre o que diz respeito às preocupações, limitações e potências que esta metodologia pode oferecer para se considerarem transformações nas teorias e práticas de cuidado utilizadas no campo da prevenção da infecção pelo HIV e da aids. Justifico minha aposta em uma “escrita situada” e os desafios da produção de conhecimento que defende uma objetividade científica corporificada, parcial e localizada. No final da primeira seção, demonstro a inscrição desta dissertação em referência aos conceitos e teorizações do antropólogo e sociólogo Bruno Latour (1994, 2001 e 2012), do sociólogo John Law (2007; 2008 e 2009) e da antropóloga, filósofa e professora Annemarie Mol (1999, 2002, 2008 e 2010). Os autores e a autora situam os seus trabalhos no campo chamado

Science, Technology and Society Studies (STS) e utilizam como abordagem científica a Teoria do Ator-Rede (TAR).

Na segunda seção, nomeada “Preliminares”, ao passo que apresento uma discussão conceitual sobre o dispositivo da aids, descrevo os modos como ele produz formas de (des)cuidado no campo de produção de saberes sobre o HIV e aids e justifico a escolha do tema da pesquisa. Também realizo aproximações entre a proposta foucaultiana de “dispositivo” e latouriana de “rede”, ao passo que descrevo os modos como alguns saberes sobre o HIV e a aids constituíram as minhas percepções sobre o cuidado no campo da prevenção ao HIV, minhas práticas sexuais e subjetividade como homem cis *gay*.

Na terceira seção, realizo a descrição do que nomeio inspirado pela TAR, de Rede Experimental-Fármaco-Sexual. Descrevo minha participação no ensaio clínico internacional da PrEP injetável, as práticas e os métodos nele utilizados, assim como os modos como as diferentes materialidades envolvidas no experimento me afetaram, descrevo as emoções, sensações e os sentimentos que tive com relação às práticas de cuidado utilizadas no ensaio.

Em seguida, na quarta e última seção, descrevo o que nomeio de conclusões provisórias sobre o cuidado a partir da PrEP. Demonstro que, ao se integrar a uma rede que articula diferentes materialidades e campos como o médico e o sexual, a PrEP injetável pode causar uma série de mudanças cruciais na esfera da sexualidade e saúde clínica dos sujeitos. Além de proteger da infecção pelo HIV, a PrEP é capaz de reconfigurar práticas sexuais e subjetividades. Mediada por outros elementos como teorias científicas e leituras moralistas do cuidado, a utilização da PrEP pode reforçar normas sexuais excludentes ao reproduzir certas leituras de sexo saudável. Desse modo, argumento a favor do cuidado para além do uso de medicamentos, por um cuidado que esteja atento aos processos sociais que vulnerabilizam sujeitos “marcados” pela diferença. O cuidado não se limita às paredes de uma clínica, onde se recebe cuidados médicos que, muitas vezes, apenas reproduzem modelos binários de gênero/sexo e modos “mais saudáveis” de fazer sexo. O cuidado não deve excluir as diferenças, ele não se resume em tornar alguém usuário regular de medicamentos. O cuidado é, portanto, uma questão social.

2 PRIMEIRA SEÇÃO: ABORDAGENS TEÓRICO-METODOLÓGICAS

2.1 Cuidar? De quem? De quê? A ética que conduz o cuidado

O cuidado se faz na escuta de certo “vazio” que circula entre frases, palavras, enunciados. Escuta do que não toma forma, mas se efetua; escuta do que repetimos sem explicações; escuta do que tem um tom sedutor e insuportável, ao mesmo tempo. Um cuidado que sabe que o discurso voltará a ser canto “sem palavras”, já que estas sempre lhe são infiéis e nos remetem ao fora, a outros modos de subjetivação que se efetuarão (Ricardo Pimentel MÉLLO, p. 110, 2018).

Foi a partir da experiência descrita na apresentação desta dissertação que surgiu o meu interesse pelo tema do cuidado no contexto das práticas de prevenção à infecção pelo HIV e à aids. Após ter vivido a experiência narrada, que ocorreu durante o processo inicial de produção do meu projeto de pesquisa, um pouco antes do início da pandemia da covid-19, uma pergunta passou a me causar certa angústia em ser respondida. O que é o cuidado na prevenção da infecção pelo HIV e da aids? Mas antes de iniciar as minhas reflexões sobre esse tema, preciso dizer que o que está em jogo não se trata de buscar um significado verdadeiro para o conceito, como se este pudesse ser desvendado. Interesse-me aqui mais pelos efeitos dos seus diferentes usos nesse campo. Preocupo-me, nesta dissertação, com o cuidado na especificidade da biomedicalização da prevenção, partindo das diferentes apresentações e manejos da PrEP.

Ilze Zirbel (2016), em sua tese de doutorado, apresenta algumas críticas feministas em relação à ética e à política da tradição moderna ocidental e os desdobramentos disso para pensar o cuidado. A autora descreve que diferentes autoras feministas têm apresentado formas de pensar sobre o conceito de cuidado. Algumas pensam o cuidado enquanto atividade, um tipo de trabalho ou um conjunto de práticas que envolvem relações humanas desiguais e pessoas interdependentes. Outras pensam o cuidado enquanto algo que não tem uma essência, mas que se produz na prática. Outras autoras pensam o cuidado enquanto afeto. Pensam o cuidado como central à vida humana, como uma característica definidora da humanidade. Outras acreditam no cuidado enquanto uma demanda não só de crianças, de idosos, ou de pessoas com deficiência, mas, em diferentes graus, de todas as pessoas.

Depois que conheci o trabalho de Zirbel (2016) — que voltarei a discutir logo em seguida, ainda nesta seção — novos desafios se impuseram na formulação do “problema” da pesquisa que originou esta dissertação. No contexto da prevenção ao HIV e à aids, comecei a pensar nos diferentes sentidos e práticas que envolvem o uso do conceito. Pensar o cuidado enquanto uma política pública. O cuidado enquanto uma atividade. Pensar o cuidado enquanto objeto, como um protocolo clínico ou uma

diretriz terapêutica, enquanto uma tecnologia de saúde utilizada no tratamento ou na prevenção da infecção, dentre outras possibilidades. A partir da elasticidade do conceito, novas perguntas se tornaram necessárias para guiar as análises da pesquisa. Qual tipo de cuidado escolher? Quais são as consequências da escolha de determinado tipo de cuidado? Qual “eu” é construído no tipo de cuidado que escolhemos? O que a PrEP pode nos ensinar sobre o cuidado? Pois bem, diante desses questionamentos iniciais, preciso descrever alguns dados que também me guiaram até as suas formulações.

Costumo dizer que divido minha vida sexual enquanto homem cis *gay* em dois momentos: um momento antes de usar a PrEP e outro depois de começar a usar a PrEP. Certamente, faço isso porque depois que comecei a utilizar a profilaxia tenho sentido certo alívio com relação à infecção pelo HIV, o que tem me possibilitado realizar diferentes experiências sexuais. Algumas experiências eu sempre desejei fazer, desde quando eu me entendo por gente, mas devido ao medo, ao sentimento de culpa por experiências anteriores, medo do constrangimento e/ou até mesmo de sofrer algum tipo de violência física, eu não fazia. Entretanto, ao passo que eu sentia certa liberdade sexual algumas coisas passaram despercebidas. Eu pensava: “Bom, eu tô fazendo a minha parte, estou usando a PrEP. Estou me cuidando, é sobre isso”. Enquanto isso, eu não me dei conta de que o acesso à tecnologia não parecia ser algo democrático, não era tão acessível pra quem queria ou sentia que precisava utilizar. Não me dei conta de que a própria utilização da tecnologia não era tão simples quanto parecia. Logo eu que, antes de viver em uma capital, morava em uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul, onde a PrEP não era uma realidade possível. Eu, que antes de morar na região sul do Brasil vivia na periferia de uma cidade do estado do Pará, uma das regiões do Brasil que mais sofre com a pobreza e a falta de serviços públicos⁶.

Eu conheci a PrEP por meio da divulgação da pesquisa clínica de um novo medicamento. Particpei do experimento como voluntário. A pesquisa oferecia um auxílio aos participantes e às participantes no valor de 50 reais. Eu utilizava o valor para pagar o transporte até a clínica onde a pesquisa era realizada, em um bairro um pouco distante do lugar onde eu morava. Com o que sobrava do auxílio, eu comprava alimentos, ou então comprava *tickets* para ter acesso às refeições do Restaurante Universitário (RU) da UFRGS. Naquela época, eu tinha como renda apenas o valor da bolsa do mestrado, então o auxílio me ajudou a participar da pesquisa. Sem ele, talvez fosse difícil continuar participando.

⁶ Os dados são do relatório “Síntese de Indicadores Sociais – Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2018”, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018).

Além disso, inicialmente, não me chamou a atenção o fato de ter visto, nas minhas visitas de rotina à clínica do ensaio, apenas um homem cis negro. Também não havia mulheres trans nem homens trans participando da pesquisa. Na verdade, homens trans nem foram recrutados ao ensaio. Quem sabe isso não tenha acontecido devido a certa leitura biológica do risco – sexo anal com penetração de um pênis - ou certamente devido à leitura normativa da diferença sexual (“homem” tem pênis e “mulher” tem vagina). Mas, por acaso homens trans não se relacionam sexualmente com homens que têm pênis? Não existe risco no sexo entre pessoas com vagina? Penso que sim, devem existir riscos e também que devem existir homens trans que preferem ser penetrados, assim como devem existir os que penetram (de outras maneiras), mas esta é uma questão que voltarei a abordar no capítulo em que apresento o ensaio clínico. Por hora, quero apenas deixar registrada a minha preocupação com o modo como agi no início da minha participação no ensaio. Bastava eu me cuidar? Bastava para quem? Para quê?

Conforme o Boletim Epidemiológico do HIV/Aids de 2021, no Brasil, no período de 2007 a junho de 2021, 39,4 % dos casos de infecção pelo HIV ocorreram entre pessoas que se autodeclararam brancas e 51,7% entre pessoas negras. O documento considera a categoria de pessoas negras como sendo constituída por pessoas pretas e pardas, com proporções de casos de infecção de 10,9 e 40,8, respectivamente (BRASIL, 2021). Entre os “homens”, 40,9% dos casos ocorreram em brancos e 50,3 em “homens” negros (pretos, 10,0% e pardos, 40,3%)⁷. O documento em questão pode ser considerado como a base para a promoção das políticas públicas que visam a tomada de decisões para o controle da epidemia no Brasil. Entretanto, também vale lembrar que o documento não menciona se os números de “homens” afetados pelo HIV se trata de homens cis ou trans. Certamente são cis, pois os formulários oficiais de notificação dos

⁷ Penso que nesse ponto é preciso realizar uma observação, até porque diz respeito a uma questão muito relevante para mim e que seria o tema da primeira proposta da pesquisa no mestrado. Estou me referindo à questão racial no Brasil. Para ser mais exato, estou me referindo à chamada mestiçagem. Ao pensar sobre essa questão, tenho partido das reflexões do trabalho de Marcio Goldman (2015), que propõe uma discussão crítica sobre o que ele chama de “relação afroindígena”. Em seu trabalho, o autor explora a possibilidade de pensar essa relação sem reduzi-la de antemão a uma questão identitária, ao mesmo tempo, ele não nega que a identidade possa ser uma dimensão desse fenômeno. Foi a partir do trabalho do autor, que pensei sobre minha autodeclaração racial de um modo diferente. Como já deu para perceber, não vivo com HIV. Por esse motivo, não faço parte das estatísticas do documento em questão. Entretanto, não vejo isso como impedimento para expressar como tenho pensado sobre os modos como a questão racial atravessa a questão do HIV e da aids. Por mais que eu me compreenda como pardo, devido ao meu registro de nascimento e outros fatores políticos, não me considero uma pessoa negra. Isso se dá por alguns motivos que vão desde o meu fenótipo até os costumes e tradições da minha família materna, assim como a do lado paterno. Do lado materno, tive bisavós indígenas e bisavôs negros. O lado do meu pai é a parte com o maior número de pessoas brancas. Por esse motivo, entendo que o lugar racial que ocupo é complexo e que não deve ser resumido a essa ou àquela cor/raça. Penso que mais importante e ético do que dizer “no Brasil, o HIV e a aids afeta mais pessoas de determinada raça/cor” seria considerar que, estatisticamente, pessoas não-brancas são as mais afetadas, mais do que pessoas brancas. Dessa forma, não reproduzimos o apagamento de outras identidades, como o documento epidemiológico faz.

casos de HIV e aids produzidos pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), que alimentam o Boletim, abordam sexo e gênero de forma binária, ou seja, masculino é igual a homem e feminino é igual à mulher. Desse modo, o Boletim Epidemiológico não considera as pessoas trans. O mesmo ocorre com as pessoas intersexo e com as pessoas que se identificam enquanto pardas mas que não se consideram negras. Além disso, os formulários apontam outras falhas no registro das informações, como a inexistência de um campo que permita identificar a orientação sexual das pessoas. O documento aponta apenas para o provável modo de transmissão, o que não se refere, necessariamente, à identidade sexual.

Antes de encontrar esses dados, ainda no ano de 2019, conheci o trabalho de Mélo (2018). O trabalho de Mélo (2018) foi um dos que inicialmente inspiraram o movimento crítico reflexivo deste trabalho, desde o momento em que esse outro objeto (o cuidado) surgiu como motivo de preocupação. No trabalho em questão, Mélo (2018) retoma um debate importante sobre o conceito de cuidado, em especial para o campo da saúde. Tendo como interlocutor e interlocutora principais o filósofo francês Michel Foucault e a filósofa holandesa Annemarie Mol, o autor relaciona o debate teórico do conceito de cuidado à ética e, dessa forma, às práticas de cuidado a quem faz uso compulsivo de drogas, tema de suas pesquisas e projetos acadêmicos e não acadêmicos. No trabalho em questão, o autor faz um movimento de entender o cuidado enquanto uma “ética do estranhamento”.

Ao descrever as atividades que realizou junto a um Núcleo de Estudos sobre Drogas (NUCED) de uma universidade, relacionadas a ensino, pesquisa e extensão, Mélo (2018) chama atenção para o que chama de cuidado à saúde de pessoas que fazem uso compulsivo de drogas. O autor discorre sobre a postura que adotou em diferentes espaços e momentos de sua trajetória nesse campo. Refere sobre o estranhamento que lhe gera um incômodo sempre que algo se torna tão familiar que parece não precisar mais de cuidado e advoga, portanto, que cuidar pressupõe estranhar, não se conformar com as coisas como dadas a priori.

Ainda sobre os estranhamentos de Mélo (2018), sua postura crítica está implicada em constatar que o que algumas pessoas chamam de cuidado se referia, na verdade, a práticas moralistas no cuidado. O autor alega que, no campo da saúde, entre profissionais e documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS), é corriqueira a utilização do conceito de cuidado atrelado a termos como “práticas de cuidado” ou “linhas de cuidado”. Entretanto, ao atuar em alguns serviços públicos, o que o autor percebeu foram práticas de cuidado que davam centralidade às drogas, como se elas tivessem, por si só, o poder de fazer com que alguém se tornasse “dependente”. O autor

aponta que tais práticas transformam sujeitos vivendo em realidades diferentes em consumidores homogêneos de drogas e que afirmações como “precisamos cuidar das pessoas que estão nas ruas, retirando-as do mundo das drogas” ou, ainda, termos como “dependentes químicos”, que costumava ouvir quando realizava atividades de extensão em serviços públicos de saúde, reforçam uma lógica centrada no sujeito e que desconsidera completamente a complexidade da rede social que cada indivíduo está inserido.

Desse modo, Mélo (2018) se preocupa com os diferentes usos do conceito de cuidado e com os efeitos desses usos no campo da saúde e na vida das pessoas que fazem uso compulsivo de drogas. Sua postura de estranhamento se justifica quando reconhece que cada sujeito é diferente do outro e que cada momento da nossa vida se trata de algo singular e múltiplo em suas nuances e na sua constituição. Desse modo, o autor demonstra que não sabemos cuidar de nós nem dos outros se, como profissionais da saúde, somos controlados por padrões de normalidade que nos atravessam, fazendo com que nossas ações sejam baseadas em códigos morais, deixando de cuidar para julgar. Estranhar, a partir das considerações de Mélo (2018), se torna um guia, um caminho, uma postura metodológica. Uma postura que, ao se manter sempre ativa e tensa, possibilita não nos habituarmos com as coisas “como elas são”, e assim, descuidar. Que tipo de cuidado devemos adotar em nossas práticas? Este é um questionamento que me atravessou quando li o trabalho do autor pela primeira vez.

Mélo (2018) também demonstra que sua postura de estranhamento é estratégica nas diferentes atividades que propõe, na medida em que possibilita estabelecer “controvérsias” em relação ao que estuda e pesquisa: os usos do conceito de cuidado. A postura teórico-metodológica do autor parte da proposição de Bruno Latour (2000) e da Teoria do Ator-Rede (TAR), teoria que utilizo nas análises da pesquisa desta dissertação e que apresentarei em uma das próximas seções.

As reflexões de Mélo (2018) sobre o conceito de cuidado também guiaram as minhas análises sobre os efeitos dos usos do conceito nas redes onde as práticas que envolvem a prevenção ao HIV acontecem em especial na utilização da PrEP. Tais redes vão desde as práticas realizadas em um experimento responsável por produzir uma nova versão de uma tecnologia biomédica, até as que ocorrem para além da clínica onde o experimento aconteceu. São redes nas quais os usos da tecnologia são expandidos, ganhando e produzindo novas realidades. Esta dissertação trata especialmente da rede que aqui denomino Rede-Experimental-Fármaco-Sexual, a qual eu dediquei um de seus capítulos para conceituá-la e problematizá-la.

Em um sentido próximo ao que Mélo (2018) propõe, Zirbel (2016) argumenta a favor de uma Teoria Político-feminista do Cuidado. Em sua tese de doutorado, a autora apresenta algumas críticas feministas elaboradas nos últimos trinta anos em relação à ética e à política da tradição moderna ocidental. Nesse percurso, Zirbel (2016) demonstra que diferentes autoras feministas têm apresentado perspectivas no campo de estudos da Teoria do Cuidado. Tais perspectivas, também colaboram para que a visão das relações de cuidado se transforme em uma questão política de estranhamento. Para Zirbel (2016), a conexão entre Ética do Cuidado e feminismo levou as discussões sobre o cuidado a um nível político mais amplo na medida em que expuseram os limites que as responsabilidades do cuidado impuseram sobre as mulheres e outros grupos sociais a existência de estruturas sociais injustas, conectando o privado ao público. Dessa forma, ressalta a autora, passou-se a discutir o cuidado como uma necessidade e uma responsabilidade que afeta e que deve ser exercida por todas as pessoas com condição para tal, ou seja, quem tem capacidade para cuidar é responsável pelo cuidado.

Nesse sentido, Eva Feder Kittay (1999), uma das autoras cujo trabalho constitui as análises de Zirbel (2016), colabora para esta dissertação quando sugere que o cuidado é uma relação em que todas as pessoas, de alguma forma ou grau, dependem. Conforme aponta Zirbel (2016), para Kittay (1999), todos e todas nós, em algum momento da nossa vida, enfrentamos pelo menos um período de dependência total e somos, pelo menos potencialmente dependentes. Para a autora, as pessoas envolvidas em atividades de cuidado, sejam elas aquelas que recebem o cuidado ou as que a ela nomeia de “trabalhadores da dependência” (quem oferta o cuidado), encontram-se em uma situação socialmente desfavorecida, cada uma delas com diferentes graus de dependência. Pessoas com dependência severa (recém-nascidos, crianças e pessoas com grave alteração neurocognitiva, por exemplo) representam o grupo social com a maior quantidade de dependências e menor grau de autonomia. Pessoas que cuidam, encontram-se em uma situação de “dependência secundária”, ou seja, a relação entre quem cuida e quem recebe o cuidado geralmente costuma estabelecer uma conexão que pode (e costuma) colocar em desvantagem a pessoa que cuida, acarretando-lhe um custo pessoal e profissional (KITTAI, 1999). Quanto mais severa a necessidade envolvida, mais vulneráveis as pessoas que se encontram atreladas a ela. Nesse sentido, a dependência é um aspecto fundamental da nossa vida, ela é inevitável. Conforme a autora, os graus de dependência podem ser: leve ou severo e podem envolver relações breves ou longas, sempre se fazendo presente ao longo da nossa vida.

O perfil do trabalhador e da trabalhadora da dependência traçado por Kittay (1999) não é o de alguém independente e autossuficiente que, por conta disso, pode

oferecer cuidados. A autora afirma que se trata de sujeitos “presos” por um dever moral do cuidado a outra pessoa vulnerável. Como exemplo disso, ela menciona o essencialismo que associa a mulher às funções maternas ou ao mito de que todas as mães são boas e bondosas, mesmo que não tenham as condições necessárias para isso.

A visão das relações de cuidado proposta por Kittay (1999), que se dá por meio da relação paradigmática entre o/a trabalhador/a da dependência e a pessoa dependente, transforma a questão do cuidado em uma questão política. O ponto central para as análises da autora é a dependência, entendida como inerente à vida humana ao invés de algo do qual podemos nos livrar. Uma importante questão a esse respeito está no fato de que essas dependências podem ser atenuadas ou agravadas por práticas moralistas e preconceitos culturais. Se pensarmos desse modo, a organização das sociedades poderia ser pensada de um modo diferente daquele traçado pelas teorias modernas contratualistas⁸.

Outra questão importante no trabalho de Zirbel (2016) para esta dissertação é a leitura que a autora faz da Teoria do cuidado de Juan Claire Tronto (1993). Conforme pontua Zirbel (2016), a partir de Tronto (1993), em nossa cultura liberal, a ideia de dependência é sempre compreendida como algo negativo e/ou ruim. Ainda de acordo com Tronto (1993), ensina-se a ideia de que somos seres autônomos (ou que devemos ir atrás de autonomia), livres e independentes quando, na verdade, somos dependentes de uma ampla gama de coisas, serviços e de outras pessoas para manutenção da nossa vida e funcionalidade.

Para atingir o objetivo proposto em seu trabalho — sendo ele demonstrar os modos como a política e a moral foram definidas no mundo moderno, de maneira a permitirem a “minimização” do sentido do cuidado — Tronto (1993) teve em vista desvincular o cuidado da ideia de que este está relacionado estritamente ao “ser mulher”. A autora enfaticamente rejeitou certa associação entre o cuidado e o que a autora chama de “moralidade feminina”. Por exemplo, a ideia de que todas as mulheres nasceram para ser mães, cuidar dos filhos e da casa, ou, ainda, a defesa de que tal moralidade é superior à moralidade “masculina”, postura que autoras da primeira geração de pensadoras da Ética do Cuidado defenderam. Zirbel (2016) argumenta que para Tronto tal associação sempre resultou na circunscrição das mulheres em um

⁸ Segundo Zirbel (2016), as teorias políticas contratualistas (políticas que visam criar uma base legítima para a ordem social) constituem o chamado modelo político-liberal moderno. Caracterizam-se pelas divisões de poder e de responsabilidades através da divisão hierárquica e binária entre os sexos (masculino e feminino) e pelo ponto de vista imparcial e abstrato. Nesse sentido, pontua a autora, diferenças físicas e comportamentais foram (e ainda são) utilizadas para defender organizações sociais injustas e para posicionar as mulheres dentro de uma esfera regulatória e reprodutora de limitações econômicas e políticas: a esfera doméstica e privada. Tais teorias seguem existindo e, além de mulheres, também subordinam outros grupos sociais aos homens como homens, ou como uma coletividade (fraternidade).

determinado lugar ou comportamento, geralmente destituído de poder político. Nesse sentido, Tronto (1993) também pontua que esse modelo moral do cuidado socialmente entendido enquanto “feminino” não foi adaptado a todas as categorias de mulheres, mas apenas em determinada classe social, racial e étnica que, ao que tudo indica, é o da mulher branca, cis, heterossexual e burguesa. Portanto, pontua a autora, esse modelo moral não é nada justo.

Em seguida, Zirbel (2016) esclarece que não se trata de negar a importância de determinado grupo de mulheres no desenvolvimento de saberes sobre o cuidado, mas de registrar que tal modelo moral propicia processos que vulnerabilizam a vida de quem cuida, além de reservar um lugar de menor reconhecimento ao cuidado. A autora também defende que é inaceitável a ideia de que a “natureza” tenha algo a ver com as relações e práticas de cuidado.

Ao se posicionar contrariamente à concentração exclusiva nas diferenças de gênero, no debate da Ética do Cuidado, Tronto (1987) advoga a favor de seguirmos em direção a uma teoria do cuidado abrangente, que aprofunde nossas temáticas sob uma perspectiva ético-política que observe a relação entre opressão, poder e cuidado. Uma vez que tal postura pode contribuir para reforçar uma visão essencialista. Tronto (1987) também sugere que devemos estranhar certas leituras do conceito de cuidado.

Para Zirbel (2016), portanto, os trabalhos de Tronto (1987, 1993) advogam pela substituição de uma ética ou moral feminina por algo mais amplo, que considere aspectos percebidos como importantes no mundo das mulheres tanto quanto no dos homens. Para Tronto (1993), pontua Zirbel (2016), o conceito de cuidado possuiria a capacidade de alcançar a formulação de uma ética mais ampla e uma moral mais abrangente, que considerem os aspectos percebidos como importantes diante da complexidade das sociedades. A autora pensa e aborda o cuidado como um conceito crítico revelador de situações de privilégio e desigualdades. Ela o aproxima, portanto, do tema da justiça. Juntamente com Berenice Fischer (1990, p. 103), Tronto define o cuidado como:

[...] uma atividade genérica que compreende tudo o que fazemos para manter, perpetuar e reparar nosso mundo, a fim de que possamos viver nele tão bem quanto possível. Este mundo compreende nossos corpos, nós mesmos e nosso meio ambiente, tudo o que tentamos manter interligado em uma complexa rede que dá suporte à vida.

Tentando resumir a posição de Tronto em relação ao cuidado, Zirbel (2016) argumenta que se trata de um processo, ou, ainda, “um conjunto de atividades mediante as quais agimos para organizar nosso mundo de sorte que possamos viver nele tão bem quanto possível” (TRONTO, 2009, p. 14). Tal processo incluiria dois movimentos. O primeiro deles diz respeito a uma atitude (de atenção, percepção, preocupação), que

implica um segundo movimento: o de perceber as necessidades, e, simultaneamente, uma tomada de decisões que leva à ação qualificada.

Uma das observações que pude fazer quanto a esta definição um tanto quanto abrangente do cuidado, é que a ideia do conceito definido dessa forma aparece como uma questão central para nossa existência, para a existência de todas as pessoas. Na medida em que as análises de Tronto (1993) permitem estranhar a ideia de uma essência feminina do cuidado, elas também põem em xeque qualquer tentativa de dar uma essência para o próprio conceito de cuidado, assim como ao de vulnerabilidade. Desse modo, o cuidado torna-se algo relacional e inerente à justiça. As relações de cuidado não podem ser simplesmente relacionadas a certas emoções, “virtudes”, papéis, deveres ou sentimentos morais, como empatia e benevolência. Elas não se restringem apenas às relações duais ou assimétricas, mas, de modo geral, à interdependência.

A partir das considerações de Zirbel (2016), esta dissertação argumenta que vulnerabilidade e dependência são aspectos inevitáveis e constantes da nossa condição humana, sobretudo na questão do HIV e da aids, visto que o vírus não escolhe quem vai infectar e que, no geral, as pessoas não desejam ser infectadas, elas não desejam viver com uma doença crônica, ainda mais uma que é tão cercada de estigmas e preconceito. Para Zirbel (2016), somos passíveis de sermos afetados por fatores “internos” e “externos”, assim como demandamos apoio constante de outras pessoas e coisas, podendo ser prejudicados ou beneficiados de maneiras mais intensas, ou menos intensas nessas relações. Por esse ângulo, o cuidado torna-se então a condição para o desenvolvimento e manutenção da vida, seja ela tomada a partir do que consideramos biológico ou social. Vistas sob essa ótica, todas as relações e práticas de cuidado podem ser políticas, tanto quanto éticas.

2.2 Cuidado, experiência e vulnerabilidade na prevenção à infecção pelo HIV: algumas questões

Nesta subseção, proponho um diálogo entre a Ética do Cuidado sugerida pelas autoras utilizadas no trabalho de Zirbel (2016)⁹ e duas questões que surgiram nas minhas análises sobre o cuidado a partir da PrEP. A primeira delas diz respeito ao que Peter Aggleton e Richard Parker (2015) chamam de biomedicalização da resposta à

⁹ É importante ressaltar que Zirbel (2016) não aborda em seu trabalho apenas os pensamentos das duas pensadoras utilizadas nesta dissertação. A autora considera que o campo de estudos da Ética do cuidado pode ser dividido em duas gerações de pensadoras. A primeira delas defende o cuidado como algo característico de uma moralidade feminina e, como já mencionei, até defendem a superioridade dessa moralidade em relação a uma moralidade “masculina”. Já a segunda geração enfatiza a vulnerabilidade, a dependência e as necessidades humanas como aspectos relevantes para a moralidade e a política. Tronto e Kittay são consideradas por Zirbel (2016) como as responsáveis pela mudança de discussão nesse campo, posicionando o cuidado em um campo político mais amplo.

epidemia, um processo marcado pela promessa de avanços biomédicos contra o HIV¹⁰ e pela permanência de vários desafios relacionados à política. A segunda questão, é sobre a ideia de priorização de determinados no que diz respeito ao acesso à PrEP, justificada pela política nacional pelas altas taxas de prevalência de HIV em alguns segmentos populacionais em relação à população geral. Tal priorização se desdobra na leitura de que determinadas práticas sexuais são inerentes a certas identidades, ou, ainda, que certos sujeitos não precisam ter acesso à tecnologia por serem menos afetados pela epidemia. Como mostrarei a seguir, preocupam-me os efeitos desses modos como o cuidado e a vulnerabilidade são pensados e materializados discursivamente nesse campo.

Segundo Aggleton e Parker (2015), o processo de biomedicalização da resposta à epidemia é marcado por um movimento otimista de um futuro sem HIV e AIDS, onde tecnologias biomédicas acabam ganhando centralidade. Os autores apontam que, historicamente, têm-se visto um impulso progressivo na chamada “ciência do HIV”. No entanto, eles também pontuam que, à medida que o mundo desfruta da promessa de avanços biomédicos contra o vírus, vários desafios permanecem. Desafios impostos por uma realidade de assimetrias no campo da saúde e que resultam em altas taxas de infecção e mortalidade.

Nesse processo, Aggleton e Parker (2015) chamam atenção para o movimento realizado por certa expertise localizada no campo de produção de saberes sobre o HIV e a aids. Tal movimento é caracterizado pela “retirada” da experiência dos sujeitos, usuários, consumidores e comunidades mais afetadas pela epidemia, colocando as tomadas de decisão nas mãos de um grupo cada vez mais restrito de especialistas (biomédicos, epidemiologistas, cientistas do comportamento). Conforme sugerem os autores, um dos efeitos desse “roubo” da experiência dos sujeitos se trata do não reconhecimento de que pessoas e comunidades afetadas também produzem conhecimento por meio da experiência. Aggleton e Parker (2015) alegam, portanto, que a democratização da ciência e o envolvimento de “leigos de fora” é tão importante quanto as contribuições dos especialistas científicos.

Aggleton e Parker (2015) também demonstram certa insatisfação com um cenário onde cada vez mais alguns atores importantes na produção de conhecimento

¹⁰ Os autores mencionam como exemplo de promessa, o caso da chamada Meta 90-90-90, lançada em 2010 pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). Trata-se de “uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS”. Conforme o documento que estabelece as diretrizes da promessa, estimava-se que, até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberiam que têm o vírus; que 90% de todas as pessoas com a infecção receberiam terapia antirretroviral sem interrupção; e que 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral teriam supressão viral. O documento também argumenta que, segundo modelos matemáticos, o alcance dessas metas permitiria o fim da epidemia até o ano de 2030.

sobre HIV/AIDS se tornam ausentes dos espaços de decisão. Os autores citam como exemplo as pessoas que vivem com HIV, professoras e professores, educadoras e educadores, agentes comunitários, assistentes sociais, sociólogas e sociólogos, antropólogas e antropólogos que cada vez mais são desconsiderados no processo de produção de conhecimento nesse campo. Seja devido ao alto custo da inscrição nos eventos, aos locais caros onde as conferências são realizadas, ou então porque os membros desses grupos provavelmente não serão convidados a falar em sessões importantes, a ausência desses atores é uma realidade cada vez mais presente. Os autores se preocupam bastante com essa questão ao demonstrarem, portanto, a existência de uma “remoção do social”, onde a produção de conhecimento se concentra na “ciência de intervenção comportamental”, na linguagem epidemiológica e biomédica e na expertise que representa as grandes empresas farmacêuticas.

Nesse sentido, Fernando Seffner e Richard Parker (2016), em editorial publicado pela Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA)¹¹, visam entender a atual situação da resposta brasileira à AIDS. No trabalho em questão, os autores definem o momento contemporâneo da epidemia, como marcado por um processo de neoliberalização. Conforme argumentam, a resposta brasileira é marcada por experiências políticas relevantes, mas também por estratégias de caráter neoliberal que “procuram desenhar o fim da AIDS em um futuro altamente medicalizado e com a transformação dos pacientes em consumidores homogêneos de remédios, minimizando os traços da diversidade cultural e política do país” (p. 26). Nesse sentido, Seffner e Parker (2016) expressam certa preocupação com a adoção de estratégias que geralmente enfatizam o aspecto biomédico do cuidado e acabam por considerar os indivíduos de forma homogênea, em detrimento dos elementos de ordem política, cultural e econômica que situam o Brasil como um país de enormes desigualdades.

Embora esta dissertação de certo modo partilhe da posição crítica dos três autores acima mencionados, procuro ao longo dela propor outras reflexões acerca das materialidades das próprias intervenções biomédicas, sobretudo da PrEP. Também procuro tensionar o modo como estamos acostumados a pensar sobre o “social” e o “natural”, de forma binária e indissociável, assim como pensamos a própria ideia de sujeito.

Ao apresentar parte das ideias de Aggleton e Parker (2015) e Parker e Seffner (2016), quero chamar atenção para a exclusão das experiências pessoais dos sujeitos

¹¹ A ABIA é uma Organização não Governamental (ONG), sem fins lucrativos, fundada no ano de 1987, pelo sociólogo Herbert de Souza junto a outros ativistas do combate à aids no Brasil. Destaca-se por uma atuação que prioriza a resposta à aids brasileira a partir de uma mobilização que agrega tanto especialistas e pesquisadores em HIV e aids quanto a sociedade civil.

envolvidos no cuidado no contexto do HIV e da aids. Tal apagamento não parece se tratar do sentido de cuidado proposto por esta dissertação, que parte das leituras dos trabalhos das autoras e do autor localizados nesse campo de estudos, o da Teoria do Cuidado, mencionados até aqui. As experiências de cada pessoa sexualmente ativa importam, é apenas por meio delas que conseguimos localizar as necessidades e as vulnerabilidades de cada pessoa, grupo ou coletivo no que diz respeito ao HIV e à aids. Como enfatizam Aggleton e Parker (2015, p. 1554): “o quando, o onde, o como, o por quem e o para quem uma ação ocorre realmente importam”. Dito isso, quero seguir descrevendo um dos problemas de pesquisa da dissertação, que mencionei acima.

Atualmente, as políticas públicas nacionais de combate à epidemia do HIV e aids no Brasil, quando materializadas em protocolos e diretrizes, têm se baseado em estudos que não são atuais para delinear o que chamam de populações e contextos sob risco aumentado para aquisição do HIV. Tal leitura do que seriam os grupos ou as pessoas com maior risco para serem infectados pelo HIV, sugere certa noção de vulnerabilidade. Um exemplo do que estou mencionando é o caso do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) nacional da PrEP oral (BRASIL, 2018). O PCDT utiliza os dados estatísticos da prevalência da infecção pelo HIV na população geral do Brasil calculados até o ano de 2012, ou seja, de dez anos antes da produção desta dissertação. O documento compara os dados da prevalência do HIV na população em geral com a prevalência do HIV nas populações de mulheres profissionais do sexo, pessoas que usam drogas, *gays* e outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH)¹² e pessoas trans. Os dados da prevalência do HIV nessas populações são de estudos que também não são atuais, sendo o mais atual deles de 2009.

Os protocolos clínicos atuais do HIV e da aids demonstram a prevalência da infecção pelo HIV em determinados grupos populacionais, o que, de certo modo, parece delinear o perfil das pessoas que seriam as mais vulneráveis ao HIV. Dessa forma, diante dos números epidemiológicos, construiu-se a ideia das chamadas populações-chave¹³ e/ou segmentos prioritários. Tal leitura, de certo modo parece subestimar que o HIV não escolhe cara, idade, etnia, raça, classe social, identidade, orientação e nem posição sexual. Não quero, com isso, dizer que a epidemia não afeta de formas diferentes os sujeitos dos grupos epidemiológicos. O que busco combater neste trabalho é a tentativa de essencializar algo que não diz respeito apenas à natureza, ou ao biológico.

¹² Em inglês utiliza-se a sigla MSM em referência ao termo *Men who have Sex with Men*.

¹³ Conforme o Sumário Executivo de Prevenção Combinada do HIV, populações-chave são segmentos populacionais que, muitas vezes, estão inseridos em contextos que aumentam suas vulnerabilidades e apresentam prevalência na infecção pelo HIV superior à média nacional, que é de 0,4% (BRASIL, 2017).

Na pesquisa de campo desta dissertação, foi muito comum observar generalizações a respeito dos grupos epidemiológicos afetados pelo HIV e pela aids. Deparei-me, por várias vezes, com pessoas que realmente acreditam na ideia de que certas práticas sexuais são inerentes a determinadas identidades sexuais. Seria essa uma leitura provocada pelo modo como as políticas públicas brasileiras apresentam esta questão? Para elucidar um pouco mais o que estou dizendo, contarei algo que aconteceu comigo quando comecei a me enveredar no campo de pesquisa desta dissertação, em 2019.

Certa vez, escutei de um colega meu, com quem trabalhei em um projeto voltado para a prevenção ao HIV e à aids em Porto Alegre, a seguinte frase: “Sou mais vulnerável ao HIV do que mulheres cis e homens cis heterossexuais porque sou *gay*, porque dou o cu, que é a principal via de transmissão do HIV. Por isso a gente tem que ter prioridade no acesso à PrEP”. Confesso que o que ele me disse me causou certa angústia. No momento em que ele falou isso, foi como se o café que eu tomava descesse queimando a minha garganta. O colega em questão também utiliza a PrEP, mas em sua versão oral de uso diário. Naquela ocasião, estávamos em uma cafeteria localizada no bairro Cidade Baixa (CB), em Porto Alegre. Fui ao encontro dele para revê-lo, para conversarmos sobre nossas vidas pessoais, matar a saudade e para transarmos logo depois do café. Nós acabamos conversando sobre nossas vidas acadêmicas, pesquisas e projetos. Naquela época, ele produzia uma pesquisa acadêmica no campo dos estudos sobre o HIV e a aids. Ele é de uma família de classe média de Porto Alegre e havia se mudado para um país da Europa, para realizar uma pós-graduação.

Ao ouvir o seu enunciado, eu não quis entrar em uma discussão sobre o modo como ele pensa essa questão. Nem quis tentar deslegitimar o modo como ele construiu a ideia de que vulnerabilidade está relacionada estritamente ao “biológico”. Confesso que senti vontade de lhe responder: “cale a sua boca, seu viadinho burguês”. No entanto, por mais que eu tenha certa liberdade para agir dessa forma com ele, preferi evitar entrar em uma discussão mais aprofundada. Eu não queria me estressar naquele momento, até porque eu já tive outras discussões com ele sobre esse assunto e que não acabaram de forma amistosa. Além disso, depois do café, eu queria ir logo para o seu apartamento para fodermos. Como já havíamos transado algumas vezes e o sexo foi muito bom, eu quis evitar um climão. Desse modo, apenas balancei a cabeça, em um sinal de que estava concordando com o que ele estava me dizendo. Após algumas horas de conversa também demos boas risadas, então nós saímos do café e fomos transar em seu apartamento.

Alguns dias depois do encontro com o meu colega, ao rabiscar aquilo que futuramente seria um texto da dissertação, me lembrei da conversa que tivemos no café. Comecei a me questionar se “ser” um homem cis *gay* passivo, por si só, é algo capaz de tornar alguém mais vulnerável ao HIV e quais os efeitos dessa racionalidade no acesso ao cuidado. Será que um homem cis *gay* passivo, branco, que vive no bairro Moinhos¹⁴, passa pelos mesmos processos de vulnerabilização que um homem cis *gay*, branco ou preto, que vive em uma comunidade da periferia de Porto Alegre? O acesso ao cuidado, à informação e às tecnologias de prevenção se dá do mesmo modo? Mulheres cis e homens trans não dão o cu? A prevenção, por meio de tecnologias profiláticas, pensada como uma prática de cuidado, deve ser mesmo resumida à ideia de priorização de certos grupos no acesso a determinadas tecnologias? Quais os efeitos desse modo de pensar o acesso ao cuidado? Para tentar me aproximar de algumas respostas para esses questionamentos, preciso contar outra experiência que vivi no campo de pesquisa desta dissertação.

Atuei em um projeto de pesquisa realizado por meio de uma parceria entre uma universidade local e a Secretaria de Saúde de Porto Alegre. O projeto ocorreu em alguns locais que oferecem serviços para pessoas que vivem com HIV, na região metropolitana e central da capital gaúcha. Atuei em um Serviço de Atenção Especializada (SAE) de uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre. O SAE é uma unidade ambulatorial voltada à atenção e ao cuidado integral das pessoas com IST/HIV/Aids, compõe a rede de Serviços de Atenção às IST/HIVAIDS, que também é composta pelos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), os Centros de Referência e Treinamento (CRT), a Assistência Domiciliar Terapêutica em Aids (ADT) e as Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) (BRASIL, 2013). Alguns SAEs também oferecem estratégias de prevenção, como a PrEP e a PEP.

Dentre as minhas funções no projeto de pesquisa, eu era responsável por oferecer acolhimento, por meio da escuta ativa das demandas dos usuários e das usuárias com o diagnóstico novo ou que estavam em abandono do tratamento com antirretrovirais. Eu também organizava os atendimentos às pessoas que recebiam o diagnóstico reagente para o HIV e outras IST depois que o projeto foi inserido no serviço e realizei a busca ativa dos usuários que estavam em abandono. Por meio de práticas que se articulavam, como as acima mencionadas e escuta ativa, agendamento de exames e consultas médicas, construção de linhas de cuidado por meio de outros

¹⁴ O bairro Moinhos de Vento está localizado na região central de Porto Alegre. É muito conhecido como um dos bairros mais “nobres” da cidade, sendo uma das regiões mais valorizadas tanto pelas instituições públicas quanto pela chamada elite da cidade e pelo mercado imobiliário.

serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), me dediquei a um trabalho de vinculação e retenção dos usuários e usuárias ao serviço de saúde.

No dia-a-dia do meu trabalho no SAE, observei a presença de um número bem maior de homens e mulheres cis que se declaravam heterossexuais e em acentuados processos de vulnerabilidade social com diagnóstico novo para HIV, ou que abandonaram o tratamento. Também havia muitos casos de mulheres cis, a maior parte delas, era de mulheres pretas ou pardas, algumas em condições de violência doméstica. No entanto, compreendo que o número menor de homens *gays* e mulheres trans no serviço pode não dizer muita coisa, assim como o contrário, pois a questão do acesso a um serviço que oferece cuidado em HIV e aids é algo muito complexo. Várias questões entram em jogo. Mas a questão que estou apresentando aqui, é que o que pude observar foi que o cuidado às pessoas cis e heterossexuais parecia ser materializado mais nas práticas do tratamento à infecção do que no das de prevenção. Não eram todos tinham acesso à PrEP. Nas poucas vezes que vi encaminhamentos para PrEP, foi para casais heterossexuais sorodiferentes, no caso das mulheres cis grávidas que tinham parceiros que vivem com HIV.

Não pretendo, com esses dados, criar ou reforçar qualquer tipo de hierarquia das vulnerabilidades. Entretanto, se autores e autoras que mencionarei adiante descrevem o que seria a mudança no perfil das pessoas afetadas pela epidemia, por que ainda não estamos tratando dessa questão de forma localizada e relacional? Por exemplo, Claudia Tartaglia Reis (2006) descreve o que seria a intensificação dos processos de interiorização e “pauperização” da epidemia. A autora argumenta que, dia após dia, a epidemia vem atingindo mais municípios, descentralizando-se das grandes áreas metropolitanas, atingindo fortemente as pessoas que vivem em comunidades mais pobres e menos assistidas pelos serviços de saúde. Daniela Soares Leite (2020), discorre sobre a heterossexualização da epidemia. Luciana Narciso da Silva Company, Daniela Murta Amaral e Roberta Nascimento de Oliveira Lemos dos Santos (2021), por sua vez, tratam sobre o que seria a feminização da epidemia e defendem ações de combate à infecção que contemplem diferenças de gênero e condições socioculturais de cada região. Não menos obstante, Luciane Santin, (2019) aborda sobre a juvenalização da epidemia, argumentando que é preciso pensar em estratégias de enfrentamento que reconheçam o contexto histórico, cultural e socioeconômico onde os jovens estão inseridos.

O que pretendo com esses apontamentos é trazer uma controvérsia para essa discussão: a leitura da vulnerabilidade à infecção pelo HIV como algo “biológico”, algo fixo e imutável, que se encerra em si mesmo e que pertence apenas a alguns sujeitos e

identidades sociais. Em vários momentos da minha participação no projeto de Vinculação e Retenção de pessoas que vivem com HIV, assim como na minha participação na pesquisa clínica da PrEP, me questionei sobre a inexistência de programas, pesquisas clínicas ou serviços públicos específicos de PrEP no Brasil, voltados para outras populações. Eu não via homens e mulheres cis que se declaram heterossexuais, ou homens trans, sendo alvo de projetos e campanhas que envolvem a PrEP. Seria esse um dos efeitos da noção de que certas populações são mais vulneráveis ao HIV do que outras? Será que essa percepção não estaria intensificando os processos sociais que vulnerabilizam quem, de certo modo, não tem sido considerado vulnerável, ou menos vulnerável? Afinal de contas, como devemos pensar sobre a vulnerabilidade no campo do HIV e aids?

Segundo Rafael Antônio Malagón Oviedo e Dina Czeresnia (2015), a vulnerabilidade, enquanto categoria política e social utilizada no campo da saúde pública, está presente desde o final da década de 1970. Sua incorporação nesse campo foi apresentada como alternativa analítica frente à problemática utilização do conceito de risco, que teve sua origem no campo da abordagem epidemiológica. O estudo do conceito de vulnerabilidade esteve associado à história da epidemia de HIV/AIDS, quando começaram a ser realizadas práticas de intervenção norteadas pelo enfoque na atenção integral dos sujeitos e nos movimentos sociais fundamentados nos Direitos Humanos (MALAGÓN-OVIEDO e CZERESNIA, 2015).

Como tenho sugerido até aqui, por meio do trabalho de Zirbel (2016) e sua leitura dos trabalhos de Kittay (1999) e Tronto (1993, 1995, 2005), a vulnerabilidade e a dependência humana podem ser um ponto central para pensarmos sobre o cuidado no campo do HIV e aids. Na medida em que as autoras conferem a esses dois conceitos um status ontológico, os definem como características humanas fundamentais compartilhadas por todas as pessoas e que nos tornam interdependentes ao longo da nossa existência. A posição das autoras não implica uma negação dos diferentes graus de dependência e dos processos sociais de vulnerabilização dos sujeitos, trata-se, portanto, de pensar uma rede de práticas que envolvem todos e todas, que envolvem processos complexos e localizados em contextos específicos.

Tendo isso em mente, e sabendo também que as autoras em questão não tratam do mesmo tema desta dissertação, isto é, elas não fazem suas análises sobre o cuidado a partir do tema do HIV e da aids, pergunto-me se devemos pensar sobre a vulnerabilidade e o cuidado de um modo diferente nesse campo. Sendo o cuidado uma questão que atravessa o tema do HIV e aids e se articula complexamente às categorias de classe, gênero, raça, sexualidade, idade, regionalização, dentre outras, o modo como

organizamos e realizamos práticas também pode produzir moralismos, dependências e vulnerabilidades. Se cada coletivo e cada sujeito é afetado de diferentes modos, seja devido às práticas sexuais que realizam ou aos diferentes processos que produzem subordinação e opressões, por que não pensamos o cuidado como algo relacional, como algo localizado, complexo e cheio de nuances?

Um dos primeiros trabalhos que conheci e que me auxiliou no processo de pensar sobre a vulnerabilidade e o cuidado, no campo do HIV e da aids, foi o trabalho de Diego Schaurich (2004). O trabalho do autor também foi o primeiro que li sobre a mudança nos principais conceitos utilizados nesse campo. Os conceitos em questão são: grupo de risco, comportamento de risco e vulnerabilidade. Schaurich (2004) realiza uma reflexão teórica acerca dos conceitos e apresenta o que considera ser um tipo de evolução conceitual a partir do surgimento da vulnerabilidade. Para o autor, o conceito de vulnerabilidade abrange a sociedade na sua totalidade, considerando aspectos individuais, coletivos e programáticos para uma maior ou menor chance de infecção pelo HIV. Nesse sentido, o autor discute o pouco avanço em políticas públicas no momento da utilização dos dois primeiros conceitos (grupo de risco e comportamento de risco) e a ideia da Aids como doença do outro¹⁵.

Ao abordar sobre o conceito de vulnerabilidade, a partir do trabalho de José Ricardo de Carvalho Ayres (1998), Schaurich (2004) descreve o que parece ser uma tentativa de ampliação do conceito. Conforme aponta o autor, Ayres (1998) considera a existência de três tipos de variantes da vulnerabilidade, a saber: vulnerabilidade individual, vulnerabilidade social e vulnerabilidade programática. Para Ayres (1998), embora essas divisões sejam abordadas e conceituadas separadamente, elas se encontram em um processo articulado e interdependente.

Segundo Gabriela Junqueira Calazans, Thiago Félix Pinheiro e Ayres (2018), o conceito de vulnerabilidade propõe uma renovação das formas de construção do diagnóstico de saúde. Para a autora e os autores, a leitura do conceito surge no sentido de ampliar a compreensão das necessidades de saúde, agregando, junto aos saberes

¹⁵ A Aids como doença do outro é um conceito utilizado por Daniela Riva Knauth (1997) para pontuar que a Aids é uma questão atravessada por relações sociais. Para a autora não são, no entanto, todas as relações que se veem ameaçadas, mas aquelas que podem ser associadas à imagem da doença, isto é, aquelas onde um dos termos da relação corresponde à ideia que se faz das pessoas potencialmente associadas à Aids. E, se a maioria das pessoas não se identifica nesta imagem da doença, é sempre ao outro que ela é atribuída. Knauth (1997, p. 301) afirma que “as categorias essenciais para pensar o outro se mantêm. A Aids continua a ser vista, até mesmo por aquelas pessoas diretamente atingidas pela doença, ao menos por uma parte delas, como uma doença de ‘grupo de risco’, uma doença que é consequência de comportamentos condenáveis e que, portanto, é de responsabilidade única e exclusivamente de seus portadores, que a procuraram”. Por fim, a autora prossegue afirmando que “continua a existir o outro e, mais especificamente, o outro associado a Aids”.

biomédicos e epidemiológicos, saberes do campo das ciências sociais e humanas, assim como os saberes considerados de ordem leiga e cotidiana. A partir do que Calazans e colegas (2018) consideram ser um diagnóstico ampliado, o conceito de cuidado, no que lhe concerne, está relacionado com a construção de práticas de saúde que considerem a autonomia das pessoas e seus saberes acerca da saúde e da vida.

Nesse sentido, Schaurich (2004) discorre sobre os três níveis de vulnerabilidade. Segundo o autor, a vulnerabilidade individual estaria diretamente relacionada ao grau de consciência e oportunidade de mudanças a que um indivíduo (por meio de seus comportamentos e/ou atitudes) apresenta maior possibilidade de ser infectado pelo HIV ou, ainda, de adoecer em decorrência da Aids. A vulnerabilidade social, no que lhe concerne, estaria relacionada a uma esfera mais coletiva, diria respeito ao nível de acesso que um indivíduo tem aos serviços considerados básicos (saúde, escola, informação, dentre outros), suas condições de bem-estar social. Por fim, a vulnerabilidade programática estaria relacionada às instituições, envolveria as ações e compromissos das esferas governamentais, como o financiamento e o desenvolvimento de ações e serviços destinados ao combate e/ou controle da epidemia da Aids. Para Schaurich (2004), portanto, o conceito de vulnerabilidade está diretamente relacionado ao “EU” do ser e ao entorno social em que está inserido e às ações governamentais que proporcionam prevenção, educação e assistência.

Em determinada parte do seu artigo, Schaurich (2004) também argumenta que ser vulnerável, em tempos de epidemia de Aids, exigiria lançar um olhar sobre si mesmo e vivenciar existencialmente a possibilidade de ser infectado pelo HIV. Nas palavras do autor, ser vulnerável:

“exige repensar e refletir acerca de atitudes, ações e comportamentos, não mais do outro, mas do próprio “eu”, como ser individual e ser de relação; ser vulnerável exige desvelar, revelar e despir-se de pré-conceitos, pré-julgamentos e pré-concepções a fim de melhor compreender a si e ao outro” (p. 123).

Ainda, conforme o autor, reconhecer-se vulnerável pressupõe um “encontrar a si”, um conhecer-se e saber de suas possibilidades e limites. Pressupõe um preocupar-se consigo e conscientizar-se, bem como encontrar e conhecer mutuamente o outro. Vislumbrar no outro “possibilidades em ser mais e limites em não-ser, o preocupar-se com o outro e o despertar, no outro, conscientização para ações e atitudes educativas e preventivas no contexto HIV/Aids” (p. 123).

Penso que a proposta do autor é encantadora. E eu não estou falando em um sentido pejorativo, pelo contrário. Seria muito interessante que dois ou mais desconhecidos pudessem se conhecer mutuamente e conversar aberta e francamente

sobre prevenção em uma sauna *gay*. Também seria muito interessante saber que homens que fazem pegação no Parque da Redenção, ou nos banheiros de alguns supermercados em Porto Alegre, despertam uns nos outros a conscientização para atitudes e comportamentos de prevenção. No entanto, diante das minhas experiências nesses espaços, é pouco provável, ou, até mesmo impensável, que isso aconteça.

Desse modo, o autor acaba reproduzindo a busca por um “eu” interior, um eu individualizado. A proposta de uma abordagem mais ampla do conceito de vulnerabilidade acaba sendo atropelada por certo reforço da ideia de autonomia e de individualização dos comportamentos e das atitudes das pessoas frente à complexidade que é inerente à epidemia do HIV e aids. Não que eu tenha algo contra a visão utópica do encontrar-se e “despir-se de preconceitos”, o que também me preocupa é a complexidade implicada nesse processo. E isso me faz acreditar que é mais interessante pensarmos em ações mais concretas, que garantam o meu acesso e o de quem mais precisar de cuidado em relação ao HIV e à aids.

Outro entrave no trabalho de Schaurich (2004) se apresenta na tentativa de compartimentar o social, algo que reforça as dicotomias comumente presentes nos binarismos, como social e natural, indivíduo e sociedade, público e privado, eu e o outro. Essa tentativa trata-se de algo que, como argumentei anteriormente, Zirbel (2016), Kittay (1995) e Tronto (1993, 1995, 2005), confrontam em seus trabalhos, por possuírem implicações negativas para o desenvolvimento da autonomia de sujeitos e dos grupos que se encontram em posições menos favorecidas. Tronto, inclusive, advoga a favor do que seria o elemento central para uma ética do cuidado: a consciência de que a rigidez dessas esferas separadas é ilusória e possui implicações de categorias como classe, gênero, sexualidade, geração, raça, etnia, dentre outras.

Desse modo, percebe-se que as análises feitas por Schaurich (2004) contêm brechas e limitações teóricas, algo que é compreensível. Afinal de contas, não vivemos mais no final da década dos anos 1990 nem nos primeiros anos da década de 2000. Diante da existência de tecnologias complexas como a PrEP, novas realidades e desafios se impõem. A partir da releitura de seu artigo, novas perguntas também se impõem. É possível pensar a vulnerabilidade para além de uma “marca” que uma pessoa carrega? Uma marca que precisa ser modificada? Seria possível pensar o cuidado para além do que se entende como “atitudes educativas e preventivas no contexto HIV/Aids”? Podemos pensar e propor o cuidado a partir de outras lógicas, que não sejam somente as que encontramos nos manuais e protocolos que impõem modos considerados mais saudáveis de se fazer sexo? Por que insistimos em leituras abstratas do cuidado? Por que continuamos falando de sexo sem falarmos de práticas sexuais?

Por que relegamos o erótico e o prazer ao privado? Cercear não é cuidar (MÉLLO, 2018).

Embora esta dissertação também reconheça certo progresso nos conceitos relacionados à epidemia do HIV e da aids, ela também considera o modo como Michel Foucault (2008) trata sobre as teorias. Para o autor, toda teoria é provisória, depende do momento e das condições de possibilidade de uma pesquisa. Elas não têm uma continuidade, como estamos acostumados a acreditar. Pelo contrário, elas possuem rupturas e limites, o que implica questões de procedimentos e problemas teóricos. Desse modo, todas as teorias e conceitos são passíveis de transformação. Por esse motivo, novas questões se impõem diante do quadro complexo da epidemia, em suas diferentes temporalidades e contextos.

Também se torna difícil refletir sobre as implicações do cuidado para análise do mundo social e político se resumirmos sua problemática a uma questão sentimental, como empatia, solidariedade ou virtude. Esta não é a postura que tomei nesta dissertação. Por esse motivo, penso que devo insistir na pergunta feita anteriormente. A vulnerabilidade e o cuidado podem ser debatidos de outros modos, onde o resultado não seja o impedimento da fluidez dos nossos desejos? Cercear não é cuidar: é apenas dominar. E cuidar, portanto, “é produzir potências, seja nas dores ou nos prazeres” (MÉLLO, 2018). Isso a pesquisa que deu origem a esta dissertação, como uma lâmina afiada, marcou em mim. E assim espero que ocorra a quem ler esta dissertação.

Comecei esta seção falando sobre estranhar. Sobre um incômodo gerado sempre que algo se torna tão familiar que parece não precisar mais de cuidado. Assim aconteceu comigo quando comecei a refletir sobre o conceito de vulnerabilidade para pensar o cuidado, no contexto da prevenção ao HIV e à aids.

Eu finalizo esta seção com perguntas, mais perguntas do que respostas. Desse modo, assim como nas palavras de Méllo (2018), eu estranho porque cada momento da nossa vida é singular. É desse modo que considero o cuidado na prevenção ao HIV e à aids. Pensar as identidades, os grupos epidemiológicos e as posições sociais que nos atravessam também exige estranhamentos. O cuidado e a vulnerabilidade não são elementos rígidos, nem possuem uma essência. Da mesma forma são as identidades. Hoje estou um homem cis, *gay*, que está adorando atuar como ativo nas práticas sexuais, mas isso (a minha posição sexual) é só uma preferência. Não sei do amanhã, a única certeza é que o cuidado (tanto o que recebo quanto o que dou) poderá não ser o mesmo de hoje.

Por fim, defendo que todas as atividades no campo do HIV e aids devem ser desempenhadas considerando-se as necessidades, as dependências, o contexto e o bem-

estar das pessoas afetadas pela epidemia. Defendo o cuidado como algo dinâmico, que deve considerar o quando, o onde e o com quem. Na próxima seção, ao argumentar a favor de uma abordagem situada da produção de conhecimento, justifico minha percepção sobre o cuidado. Persigo as propostas de Mélo (2018) e de Zirbel (2016), ao considerar as próprias limitações desta pesquisa. Espero que esse movimento consiga aproximar os leitores e as leitoras desta dissertação às práticas de cuidado no campo do HIV e aids. Que as análises e reflexões aqui realizadas sejam capazes de produzir aproximações e estranhamentos que nos conduzam a uma Ética do Cuidado mais abrangente.

2.3 Por que uma autoetnografia?

Onde devo me colocar? Quem sou eu no estudo? Estou utilizando o método mais apropriado para apresentar os dados que eu acredito serem os que eu melhor precisei para responder às questões desta pesquisa? Como cheguei a tal método? Como me tornei participante e pesquisador? (Claire SMITH, 2005, p. 68, tradução minha).

Dando continuidade a esta seção teórico-metodológica, nesse momento abordarei sobre os modos como se costurou a minha relação com a pesquisa dessa dissertação. Para isso, utilizo as perguntas realizadas por Smith (2005) em seu trabalho intitulado *Epistemological Intimacy: A Move to Autoethnography*, cuja tradução para o português significa “Intimidade epistemológica: um movimento para a autoetnografia”. No trabalho em questão, Smith produz uma reflexão sobre o dilema que enfrentou ao escolher o método que achou mais adequado para sua dissertação de mestrado.

Smith (2005) conta sua experiência após sofrer uma grave lesão cerebral em 1997, em um campeonato europeu de hipismo. Também narra sua trajetória na pesquisa acadêmica e como chegou ao método que considerou o mais adequado para a sua pesquisa, isto é, para a autoetnografia. Nesse percurso, Smith (2005) discute como se viu em uma posição de “*insider*” (termo cuja tradução do inglês pode ser “pessoa de dentro” ou “pessoa bem-informada”). Além de ser a estudante pesquisadora, a autora era da mesma cultura dos participantes do seu estudo (pessoas que sofreram ABI — sigla em inglês para *Acquired Brain Injury*, que, traduzido para o português, significa Lesão Cerebral Adquirida).

Começo esta seção com as perguntas de Smith (2005), porque são as mesmas que considereei quando comecei a delinear o percurso da presente dissertação. Quem sou eu neste estudo? Quando sou psicólogo? Quando sou pesquisador? Em qual momento desta pesquisa sou o usuário da PrEP? Afinal de contas, como e onde devo me colocar? Sem a pretensão de produzir respostas prontas para tais perguntas, apresento aqui

algumas reflexões teórico-metodológicas disparadas desde o começo da minha imersão no projeto de pesquisa do mestrado.

Apresentarei algumas reflexões sobre a autoetnografia, em especial no que diz respeito às preocupações, limitações e potências que esta metodologia pode oferecer para se considerarem transformações nas teorias e práticas de cuidado utilizadas no campo da prevenção da infecção pelo HIV e da aids. Tais teorias e práticas são utilizadas na chamada biomedicalização, centradas na divisão entre elementos humanos e não humanos e na separação entre o “natural” e o “social”. Campo em que, conforme argumentei anteriormente, conhecimentos e intervenções da área da biomedicina e da epidemiologia acabam ganhando uma centralidade.

Em seguida, justificarei a minha aposta em uma “escrita situada” (Donna Haraway, 1995), retornando a uma parte da minha trajetória acadêmica no curso de Psicologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Ao final desta seção, demonstro a inscrição desta dissertação em referência aos conceitos e teorizações da médica e filósofa holandesa Annemarie Mol (1999, 2002, 2008 e 2010), do antropólogo e sociólogo Bruno Latour (1994, 2001 e 2012) e do sociólogo John Law (2007; 2008 e 2009). Na presente composição, a PrEP é tratada articuladamente aos conceitos e abordagens aqui apresentados.

2.4 O encontro com o método da pesquisa

Ao considerar o processo de elaboração do meu projeto de pesquisa do mestrado, durante o ano de 2019, iniciei a escrita com algumas reflexões sobre as representações que homens *gays* faziam sobre a PrEP (na rede que delineei a partir da minha participação na pesquisa clínica de uma nova PrEP). Pude observar que os homens *cis gays* era o único grupo que aparecia nas discussões. Chamava-me atenção certas leituras sobre a profilaxia. As leituras se dividiam entre aqueles que defendiam a PrEP como um objeto capaz de reduzir a ansiedade relacionada à infecção pelo HIV, o que, segundo tais leituras, conseqüentemente possibilita o aumento do prazer. Tal leitura apontava para separação entre sexo e medo. E também havia os sujeitos que consideravam a PrEP como uma ameaça à saúde pública, pois, segundo eles, ela proporciona a chamada compensação de risco, isto é, quando o sujeito deixa de usar o preservativo porque usa a PrEP (Larissa Melo VILLELA, 2018).

Quando materializada no SUS, a PrEP é considerada como um dos elementos da política pública chamada Prevenção Combinada ao HIV. A Prevenção Combinada é representada pelo símbolo da mandala, que, no que lhe concerne, sugere a combinação de diferentes estratégias de prevenção (biomédicas, comportamentais e estruturais), pois

apresenta a ideia de movimento em relação às possibilidades que o sujeito tem para se prevenir. Nesse sentido, a política pública informa que se trata da “oferta não hierarquizada dos métodos preventivos e do papel das estratégias que reforçam a singularidade do indivíduo, sua autonomia e direito à escolha” (BRASIL, 2017).

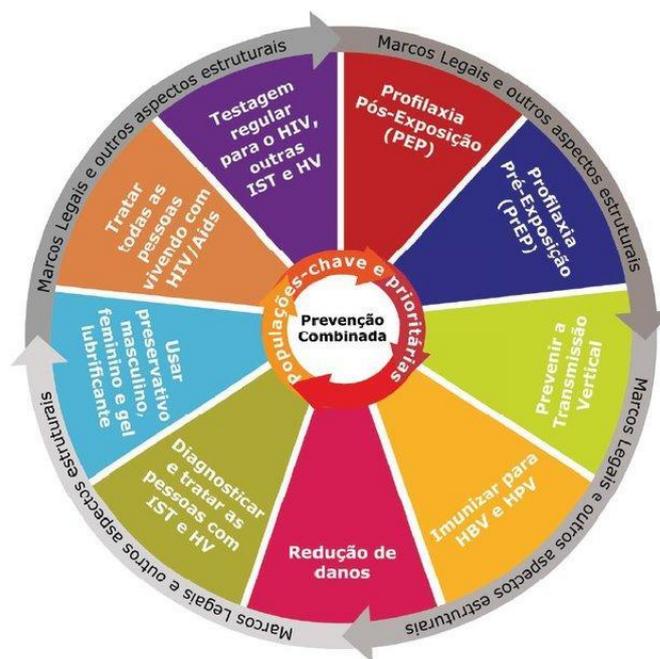


Figura 1. Mandala da Prevenção Combinada do HIV

Nesse sentido, a premissa dessa política pública é que se respeite a singularidade dos sujeitos, a autonomia e o direito à escolha pelo(s) método(s) que julgarem ser(em) o(s) melhor(es) para cada contexto e pessoa. No entanto, outras leituras coexistem com essa proposta. Existem os sujeitos que defendem que a Prevenção Combinada deve se limitar ao uso restrito de algumas estratégias de prevenção, como, por exemplo, usar o preservativo com a PrEP. Tal leitura é considerada por muitos sujeitos como a utilização correta da política pública. Geralmente, essa leitura é realizada quando se considera que a PrEP previne apenas o HIV. O que é de fato verdade, a PrEP não previne outras IST como gonorreia, sífilis e clamídia. No entanto, tal leitura é geralmente atravessada por discursos negativos sobre os sujeitos que preferem usar apenas a PrEP, ou que teriam deixado de usar o preservativo devido à PrEP.

Essa última leitura me causa certo desconforto. Incomoda-me porque ela dá centralidade ao preservativo, mas não só por isso. Na maior parte das vezes, ela é utilizada para colocar os sujeitos que não se adequam a ela em um lugar de aversão, descuidado e irresponsabilidade. Ainda, de acordo com tal leitura, o alívio em relação ao medo da infecção pelo HIV, causado pela PrEP, supostamente proporcionaria o desinteresse pelo sexo com preservativo. Uma série de condenações morais podem se

desenvolver a partir disso, colocando a efetividade da PrEP em questão e os sujeitos que não aderem a essa racionalidade preventiva em um lugar de ameaça à saúde pública.

Perdi as contas, no processo de inserção no campo da pesquisa, das vezes em que li e ouvi muitos homens *gays* afirmarem que a PrEP e a própria comunidade de homens *gays* seriam os responsáveis pelo aumento dos números de casos de infecção pelo HIV e outras IST. Algumas narrativas questionavam a eficácia da tecnologia, sugerindo que muitos homens *gays* a utilizam incorretamente, ou seja, ou eles tomam os comprimidos irregularmente, ou usam a PrEP sem o preservativo. Segundo essas narrativas, por esse motivo, muitos *gays* são infectados e, por culpa deles, o número de transmissões de HIV aumenta. Por causa disso, a efetividade da PrEP diminuiria, devido aos casos de resistência viral aos ARV. Nesse cenário, o cuidado parece ser algo destinado apenas para aqueles que utilizam a PrEP da forma considerada correta (o uso diário de um comprimido do medicamento concomitante ao uso do preservativo). Os sujeitos que não aderem a essa racionalidade são colocados em um lugar de abjeção.

Dito isso, para continuar descrevendo minha decisão de utilizar a autoetnografia como método de pesquisa, eu quero chamar atenção para outra questão que considero muito importante, e que, por algum motivo, passou despercebida nas minhas análises iniciais. Algo no processo analítico parecia gerar certo distanciamento em relação às minhas vivências enquanto homem cis *gay* (por vezes lido como objeto na produção de conhecimentos sobre HIV e aids) e usuário da profilaxia. Eu me sentia distante dos sujeitos que seriam os interlocutores da pesquisa, no sentido de que eu entraria no campo apenas para coletar os dados e interpretá-los — algo do imaginário do fazer da pesquisa que apagava minha posição enquanto usuário da PrEP e próprio sujeito da pesquisa.

Na elaboração do meu projeto de pesquisa, eu tinha como propósito realizar entrevistas informais com homens cis que participavam voluntariamente de um ensaio clínico da PrEP — as entrevistas seriam realizadas conforme John W. Creswell (1998), sugere — e observação participante, conforme Catherine Marshall e Gretchen B. Rossman (1999) e Barbara Tedlock (1991, 2000). A partir das entrevistas e observações, eu queria compreender quais eram as percepções dos participantes e como se davam as relações com os medicamentos fornecidos pelo ensaio clínico (porque utilizavam, como e com qual finalidade). A pergunta que guiava as minhas análises e leituras era: como o cuidado aparece nesse contexto? Eu pretendia ir até à clínica onde acontecia o ensaio clínico para realizar as entrevistas, depois faria as transcrições e, por fim, faria as análises dos dados para encontrar as respostas. Pronto!

Penso que essa primeira proposta da pesquisa é muito interessante. No entanto, devido às dificuldades institucionais, alguns recortes foram necessários, pois o acesso aos interlocutores levaria muito tempo, devido aos procedimentos burocráticos exigidos pelo experimento, por se tratar de um ensaio clínico internacional. Depois que desisti das entrevistas, decidi que realizaria uma etnografia documental. Eu não queria “aparecer” na escrita do trabalho, muito menos falar sobre as minhas práticas sexuais. Teimeei por certo tempo que isso não aconteceria. Confesso que, inicialmente, não compreendi que a PrEP não era o único objeto da pesquisa e que as experiências que tive com a tecnologia também importavam. Minha contribuição, em termos de insights, percepções, reflexões e sensações, poderiam ser parte integrante do estudo.

Entretanto, antes de continuar esta seção, preciso destacar que o que entendo como objeto de uma pesquisa não se trata de algo estático, inerte e pré-concebido. Pelo contrário, considero que todo objeto possui agência. Os objetos das nossas pesquisas acadêmicas são capazes de transformar as realidades e as práticas à nossa volta (este é um ponto que elaborei com mais profundidade em uma próxima seção).

Dando seguimento, depois que desisti das entrevistas com aqueles que seriam os interlocutores, comecei a acessar alguns documentos que tratam acerca da PrEP (artigos acadêmicos, protocolos, portarias, diretrizes e conteúdo da *internet*). Eu queria encontrar materiais que me auxiliassem no sentido de elaborar uma questão para a pesquisa e que de alguma forma respondessem às perguntas que me causavam ansiedade. Enquanto isso, alguns meses da minha participação no ensaio clínico se passavam. Eu sentia dores na minha nádega direita e no meu corpo após algumas injeções do medicamento estudado no ensaio. Houve vezes que tive febre. As minhas práticas sexuais estavam sendo modificadas pelo uso de uma substância injetável que os pesquisadores acreditavam ter potencial para me proteger de contrair o HIV. Isso tudo passou despercebido no primeiro momento da pesquisa.

Enquanto eu utilizava uma perspectiva, digamos, mais tradicional da pesquisa, em que eu estaria no papel “padrão de pesquisador”, eu ignorava as minhas experiências com a PrEP por completo. Experiências que, de certo modo, eu acreditava que não eram relevantes para a produção dos dados da pesquisa.

Até que, certo dia, após enviar um fragmento de um capítulo da pesquisa para avaliação da querida amiga e escritora, Sofia Favero, recebi o desafio de apostar em uma escrita “mais particular” e “menos dura”. Uma escrita que possibilitasse utilizar o campo da pesquisa de uma forma desapegada das supostas neutralidade e imparcialidade que costumamos observar nas rotinas de produção acadêmica. A aposta seria, então, em uma “escrita vivida”, ou seja, que diz de onde veio e mantém em

constante tensionamento a ideia de distanciamento entre quem pesquisa e quem (ou o que) é pesquisado (FAVERO, 2020).

Após ler o *e-mail* da Sofia, com as correções do meu texto, a imaginei na minha frente, como em um dos nossos passeios por parques e praças de Porto Alegre, me dizendo — com o deboche e a perspicácia que só ela tem — algo do tipo: “bicha, crie vergonha! Você usa a PrEP, o seu corpo é um dos lugares onde ela atua. Os efeitos da PrEP são sentidos, também, no seu corpo”. Logo em seguida, pensei que fazia muito sentido refletir sobre as questões políticas que atravessam o cuidado nas práticas performativas da PrEP partindo das experiências que eu estava tendo com a tecnologia, isto é, a partir da minha vida corporal, que não pode estar ausente da teorização (Judith BUTLER, 2019).

Todavia, após aceitar o desafio proposto por Sofia, continuei sentindo receio. Cheguei a pensar que, se existe potência em utilizar minha experiência pessoal como um recurso para produzir reflexões sobre as questões ético-políticas que atravessam o cuidado no campo do HIV e aids, também devem existir riscos. O desafio tornou-se, então, buscar produzir algo que fugisse de uma expectativa confessional, em que eu descreveria o objeto da pesquisa, minha rotina de utilização da PrEP, e depois me esqueceria das minhas posições enquanto pesquisador e psicólogo, engajado com a questão do cuidado nesse campo.

Para me desvencilhar do que seria próprio de uma confissão (utilizo a PrEP por isso ou por aquilo, e pronto), me aproximei de trabalhos acadêmicos que abordam os aspectos éticos e políticos da produção de uma pesquisa que privilegia o “escrever sobre si” e o privilégio da “escrita situada”. Alguns deles foram o de Favero (2020), que citei acima, e o de Donna Haraway (1995), uma filósofa e pesquisadora estadunidense, conhecida por suas contribuições em áreas de conhecimento como os estudos feministas e os da tecnociência. Abordo o trabalho de Haraway (1995) com mais profundidade na seção subsequente.

Nesse movimento de buscar escapar do convencional e de certa obviedade científica, também realizei a disciplina chamada *Corpo e materializações: formas, Tamanhos, Contornos e Arranjos Tecno-políticos*, uma das últimas disciplinas que cursei no mestrado. Na disciplina em questão, conheci vários trabalhos que achei muito interessantes para utilizar na minha pesquisa. Dentre eles, um dos quais mais me chamou atenção, foi o artigo de Fabiene Gama (2020). Em seu trabalho, a autora aborda o modo como ela conheceu a esclerose múltipla e como ela se tornou “doente crônica”.

Ao descrever a experiência com a esclerose múltipla, Gama (2020) analisa como os encontros com diversos “atores humanos e não humanos” a transformaram em uma

doente crônica. A autora lança mão de várias perguntas sobre o seu processo de adoecimento para nos apresentar uma possível leitura da autoetnografia como método científico. De acordo com Gama (2020), o seu trabalho é fruto da sua experiência particular, mas não apenas isso. Ele também é sobre o conteúdo da sua experiência pessoal que pode ser partilhado com outros atores (médicas, enfermeiras, técnicas, outras pessoas com esclerose múltipla, dentre outras) e que também é coproduzido com “atores não humanos” (seringas, máquinas, textos, imagens, instituições etc.).

Ao questionar como uma experiência pessoal (a de ser doente crônica) é experimentada por meio das estruturas que mediam a nossa sociedade, Gama (2020) apresenta reflexões para pensarmos sobre as imagens, os objetos, as palavras e até mesmo nossas próprias emoções e sensações como frutos de uma produção de conhecimento subjetivo e experimental, que deve negar “a separação entre racionalidades e emoções, dados e análises, Eu e o Outro” (p. 189). Tal postura, certamente vai contra a lógica iluminista, colonial e imperialista que reprova ou reprime uma produção de conhecimento atrelada à experiência (GAMA, apud Gustavo RAIMONDI, 2020). Desse modo, e de acordo com a autora, a autoetnografia pode ser considerada um método de pesquisa que exige múltiplas camadas de reflexividade, visto que a pessoa que pesquisa nunca existe isolada das experiências com outras pessoas e objetos. Por esse ângulo, a autoetnografia é sempre um relato de relações.

Alinhando-se aos pensamentos de Gama (2020), a presente dissertação sobre o tema do HIV e aids busca, a partir da minha experiência com comprimidos e injeções da PrEP, dialogar com outros saberes, objetos e outras vozes que também tratam desse tema. Desse modo, a pergunta da pesquisa se tornou então: como o cuidado é materializado, a partir da rede que constitui as minhas experiências com a PrEP?

Assim sendo, as histórias aqui relatadas são minhas, mas elas são frutos dos diálogos com atores humanos (médicos, enfermeiros, psicólogas, outros/as usuários/as da PrEP) e não humanos (comprimidos, injeções, diretrizes, manuais técnicos, portarias, protocolos, sumários) que tecem as redes de relações que tornam a PrEP uma realidade (ou várias) possível(is). Esta dissertação foi produzida a partir do reconhecimento de que as experiências aqui relatadas não são apenas minhas. Elas são efeito das relações com outros atores, cada um deles com suas perspectivas locais, portanto, parciais. Diante desses apontamentos, surge um novo questionamento: o que minha relação com a PrEP pode dizer sobre o que é experimentado socialmente no campo da prevenção à infecção pelo HIV?

Ao buscar responder os questionamentos feitos acima, o processo autoetnográfico implica atravessamentos complexos, dúvidas sobre quais experiências

devem ou não estar nesta dissertação. Certa vez, fui questionado se “eu me sentia confortável em expor-me tanto, em contar experiências tão pessoais”. E eu até entendo que esse questionamento tenha sido feito a partir de certa preocupação comigo e com os efeitos dos julgamentos morais que eu poderia ser alvo por ter produzido um trabalho que fala abertamente sobre sexo. Se existe uma coisa que se pode admitir é que sexo, enquanto prática é um tema que ainda é tabu nas produções acadêmicas. Todavia, compreendo que as experiências aqui narradas não são tão pessoais assim. Elas são o efeito de diálogos com vários atores relevantes, dentre os quais os saberes da biomedicina e seus aparatos tecnológicos que, há bastante tempo, vêm moldando a minha sexualidade e práticas sexuais. Portanto, argumento que as experiências relatadas nesta dissertação não são apenas minhas. Elas são o efeito das trocas que tive com diferentes atores, parceiros sexuais, tecnologias, profissionais da saúde, instituições. Cada um deles com suas perspectivas sobre o cuidado, prevenção e sexo.

Desse modo, compreendo a autoetnografia como um gênero-método que implica grandes desafios, talvez por isso mesmo ela tenha sido fundamental para o processo de produção desta dissertação. Carolyn Ellis e Arthur Bochner (2000) consideram a autoetnografia como “um gênero autobiográfico de escrita e pesquisa que apresenta múltiplos níveis de consciência, conectando o pessoal ao cultural”, em que a “ação concreta, diálogo, emoção, corporeidade, espiritualidade e autoconsciência são trazidas, aparecendo como histórias relacionais e institucionais afetadas pela história, estrutura social e cultura”. Ainda, segundo Ellis e Bochner (2000) e Smith (2005), a autoetnografia é um gênero acadêmico que, de certo modo, favorece o(a) pesquisador(a), pois sugere um lugar de *insider* completo por ser uma pessoa “nativa”. Isto é, um gênero que privilegia a posição de quem produz a pesquisa, pois propõe uma localização em que o acesso a certos tipos de conhecimento é facilitado, na medida em que sua identidade social é pensada a partir de uma estrutura social.

Neste sentido, o potencial da estratégia autoetnográfica em pensar o cuidado na prevenção da infecção pelo HIV e da aids, está localizado, principalmente, nos diálogos entre os diferentes protagonismos (presentes ou constrangidos), nas práticas sexuais, nos artigos científicos, nos manuais e protocolos sobre prevenção e tratamento que orientam as práticas de cuidado. A autoetnografia, como uma proposta que procura “reconhecer que a presença dos pontos de vista de quem pesquisa pode favorecer a captação de experiências não acessíveis desde outra perspectiva” (Adrián SCRIBANO e Angélica de SENA, 2009) (tradução minha), tornou possível a produção desta dissertação.

Para Smith (2005), a autoetnografia é, assim, uma estratégia experiencial que se caracteriza em uma possibilidade de incorporar a voz do pesquisador e realizar uma leitura atenta de múltiplas vozes, enriquecendo e adicionando credibilidade à pesquisa.

O maior desafio que enfrentei no processo de produção desta dissertação foi decidir quais experiências eu deveria narrar e como eu deveria incorporá-las à pesquisa acadêmica. Um dos objetivos tornou-se buscar uma ética capaz de fazer com que o uso estratégico das minhas experiências e dos meus privilégios (ter acesso à PrEP, à universidade pública) dialogue com outras realidades possíveis, com a finalidade de transformar as práticas moralistas que cerceiam desejos e “normalizam” práticas. O caminho possível foi encontrado por meio dos trabalhos de autores e autoras que apresentam críticas ao modelo de objetividade científica que defende a imparcialidade e neutralidade por parte de quem produz a pesquisa. Modelo este que, ao privilegiar certa racionalidade, desqualifica outros saberes, assim como os afetos, emoções e as sensações do pesquisador e/ou de seus interlocutores. Citei alguns desses trabalhos anteriormente. Na próxima seção, me deterei às contribuições de Haraway (1995) e sua noção de saberes localizados.

2.5 Os desafios de uma escrita situada: trilhando caminhos menos confortáveis

Foi no mestrado que conheci alguns dos trabalhos de Haraway (1995, 2009, 2014). Para ser mais exato, foi por meio da discussão do artigo de Ronald João Jacques Arendt e Marcia Oliveira Moraes (2016), em uma das disciplinas obrigatórias. No trabalho em questão, Arendt e Moraes (2016), descrevem o que os autores consideram ser “projeto ético” de Haraway e indicam as consequências de tal projeto para a pesquisa em psicologia social. A autora e o autor exploram a potência do pensamento de Haraway a partir de alguns dos seus principais conceitos. Os conceitos são: a sua abordagem do conhecimento como prática situada; o seu resgate da visão para um projeto feminista; a perspectiva da intrarelacionalidade; e, por fim, a importância da narrativa das histórias com os outros e a postura sensível, mas não inocente, do pesquisador e/ou da pesquisadora frente ao mundo.

Arendt e Moraes (2016) começam o artigo citando uma afirmação da filósofa Vinciane Despret sobre Haraway:

Entre um vegetariano e um caçador, ela [Haraway] aceitaria concordar com os dois, que são contraditórios. É algo esquivo no sentido de Deleuze & Guattari, isto e isto e isto, sem a indiferença que eles imputam ao esquivo. É algo terreno, impessoal, local; com Haraway, trata-se de nunca interpretar e de resistir à tentação de resolver conflitos e verdades contraditórias de existir; há que aceitar e coexistir com as necessárias polêmicas. (DESPRET, 2015)

Essa citação faz parte das anotações de Moraes e Arendt, coletadas nas conferências de Despret em um seminário realizado em 2015. O seminário foi dedicado à obra de Haraway. Sobre essa afirmação de Despret, Arendt e Moraes (2016) pontuam que a autora toca em alguns dos principais temas explorados por Haraway. O primeiro deles é não interpretar o caçador ou o vegetariano, não os julgar a partir de um critério superior a eles, o que daria fim ao conflito e evitaria a controvérsia. O segundo tema, trata-se de “aceitar” a coexistência controversa de ambos, como um modo de resistir à tentação de resolver suas verdades contraditórias. Por fim, a autora e o autor pontuam que, para Haraway, ambos — caçadores e vegetarianos — coexistem no mundo, cada um deles argumentando a partir de suas referências locais, materiais, terrenas e, conseqüentemente, parciais. “Locais enquanto situados, materiais e terrenos no sentido de algo visto daqui e não do alto e de longe” (p. 13).

Logo em seguida, Arendt e Moraes (2016) descrevem as diferenças entre ética e moral, a partir de uma aula dada por Gilles Deleuze (1980), cujo tema é a ética em Spinoza. A autora e o autor discorrem que, para Deleuze, a moral se trata de dar uma essência para os seres, dar um valor, um fim a ser atingido. Já na ética, não existe nada disso. Para o autor, a ética lida com os existentes em sua singularidade. Na ética você não julga e nem atribui a algo valores transcendentais. Por esse ângulo, argumentam Arendt e Moraes (2016), a ética se aproxima da ciência prática das maneiras de ser.

Nesse sentido, o artigo em questão defende que o propósito de Haraway é ampliar o projeto ético delineado por Deleuze. Para Arendt e Moraes (2016), ao concordar com a existência do caçador e do vegetariano, Haraway não procura classificá-los por suas “essências” — o caçador é isso e o vegetariano aquilo. Sua postura seria mais a de investigar os modos como eles vivem juntos e as condições necessárias para sua coexistência. Haraway questionaria: “como é possível que existam vegetarianos e caçadores no mundo? O que, em sua singularidade, cada um deles consegue fazer? Como coexistir com suas verdades contraditórias e polêmicas?” (p. 15).

Para Arendt e Moraes (2016), portanto, a partir dos questionamentos harawayanos, é possível realizar um movimento no sentido de ampliar a noção de ética, pois Haraway defende que não são apenas os humanos que são “pequenos pacotes de poder”. Para ela, as diferentes realidades não humanas, isto é, as situações, os objetos, as coisas, também são capazes de modificar o mundo em nossa volta. Por esse motivo, ao invés de nos preocuparmos com a essência dos sujeitos ou das coisas, mesmo que não seja evidente que haja nelas uma essência, a ética em Haraway se interessa pelos sujeitos e pelas coisas em sua capacidade e singularidade. Diferente da moral, na ética você não julga. Você não atribui nada que você realiza a valores. Dessa forma, deve-se

então perguntar: como isto é possível? Do que isso é capaz? O que isso pode fazer? Você busca as condições de existência envolvidas, não os valores transcendentais.

Entretanto, para Arendt e Moraes (2016), alguns desafios emergem dessa postura. Como atuar em meio ao diferente? Como estabelecer uma aliança entre condições heterogêneas no coletivo? Como criar outras possibilidades de ação e relação? Como incentivar (ou não) outras potências de viver? Segundo o autor e a autora, isso não se trata tanto de querer. O Projeto Ético de Haraway possibilita toda uma investigação sobre o que existe, sobre o que humanos e não humanos podem e têm, e sobre as possibilidades que uma situação parcial oferece.

Nesse sentido, Haraway sugere outro modo para pensarmos sobre os objetos das nossas pesquisas acadêmicas. Ela defende a produção do conhecimento como prática situada. Haraway (1995) defende a produção de uma doutrina de objetividade científica que é corporificada. Em outras palavras, a autora aposta em uma objetividade que tome os saberes como localizados, específicos, particulares, e, portanto, abordados a partir de uma perspectiva parcial e não “universal” ou “neutra”. Portanto, a autora se recusa a utilizar a teoria da objetividade que promete superioridade científica. Uma teoria de poderes inocentes que, quer representar, teorizar e agir sobre o mundo em termos de sistemas globais. Como se fosse possível escrever de um lugar que tudo vê e que seja imparcial. Isso não faz parte do repertório intelectual de Haraway.

Então, Arendt e Moraes (2016) se questionam: “o que conta como objetividade a partir das nossas práticas de pesquisas?”. Em seguida, eles mesmos argumentam com o que seria a provável resposta de Haraway. Para ela, a resposta para essa pergunta é dada localmente por um conhecimento que não apaga as suas marcas, mas que se afirma como conhecimento objetivo “na justa e na exata medida em que é local, situado, mediado” (p. 17). Situado, então, significa que o olhar neutro, desengajado e sem intenções, é impossível. Todo ponto de vista é uma política de posicionamentos.

Mas o que isso tudo quer dizer? Bom, para responder a essa questão, persigo o argumento de Haraway (2014), quando sugere que narrar e/ou contar histórias é um movimento muito potente, no sentido de redesenhar as fronteiras que definem a objetividade científica, isto é, que definem o que conta como objetividade no mundo em que vivemos. Narrar histórias é algo potente porque pode situar as nossas pesquisas e porque “ao historiar, mudamos as histórias” (HARAWAY, 2014).

Para uma reflexão aprimorada da noção de saberes localizados, quero contar um pouco da minha trajetória acadêmica no curso de Psicologia. Comecei a compreender um pouco mais o pensamento de Haraway, depois que me lembrei de uma parte da minha graduação.

Na minha graduação em psicologia, havia certa noção que sugeria neutralidade e imparcialidade como características fundamentais da produção dos trabalhos acadêmicos e das práticas de alguns grupos de pesquisa que participei. Perdi as contas das vezes que produzi trabalhos acadêmicos em que não foi exigido um posicionamento ético-político com relação aos temas e aos objetos abordados. Quem escrevia? Por quê? De onde? Para quem? Como o conhecimento poderia ser colocado em prática no contexto em que ele era proposto? Essas são perguntas que não fui instigado a fazer. Também havia certa cobrança que exigia que eu não “aparecesse” na escrita, a não ser na parte da identificação do trabalho. Além disso, boa parte das abordagens, teorias e técnicas psicológicas eram bastante influenciadas por um paradigma individualizante, medicalizante e patologizante que atribui centralidade ao humano e/ou às psicopatologias.

No meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), realizei, por meio de um ensaio teórico, uma problematização do conceito de identidade de gênero. Também realizei algumas reflexões sobre como o conceito foi atravessado pelas questões de raça e sexualidade, na clínica psicológica que eu coloquei em prática, nos estágios finais. Para isso, compartilhei como dados da pesquisa, algumas das minhas primeiras experiências nesse campo e as repercussões de ser um psicólogo *gay* e/ou um *gay* psicólogo que havia começado a se aproximar das discussões sobre as relações de gênero, raça e sexualidade nas práticas da clínica psi.

Os dados da pesquisa foram coletados em um estágio específico do curso, cujo campo de atuação foi uma moradia estudantil — a Casa do Estudante Universitário (CEU) — da UFPel. Na escrita do referido trabalho, pude ter uma experiência um pouco mais desapegada da tradicional objetividade científica que, além de neutralidade e imparcialidade, também me sugeria certo lugar de superioridade intelectual frente aos interlocutores e/ou interlocutoras da pesquisa.

Confesso que, antes de começar a produzir o TCC, eu não queria utilizar as primeiras experiências que tive na clínica como dados da pesquisa. Por certo tempo, senti receio de que surgissem repercussões negativas a respeito do meu trabalho. Foi um grande desafio para mim, compartilhar algo que, num primeiro momento, eu entendia como particular e sigiloso. Afinal de contas, não era comum encontrar trabalhos acadêmicos onde os autores e/ou as autoras apontam o lugar social que ocupam. Que contam quem são, de onde vieram, o porquê de pesquisarem sobre o tema que escolheram. Muito menos havia uma preocupação em se mencionar as diferentes identidades que atravessam o lugar do pesquisador ou da pesquisadora. Tal postura parecia ser bastante desconfortável. Outro ponto interessante, é que a maioria dos

artigos e materiais utilizados nas disciplinas da graduação eram narrados em terceira pessoa. Dessa forma, acreditava-se que a pesquisa teria mais credibilidade, pois o autor e/ou a autora “não participava dos fatos”, apenas observava e os interpretava.

Acredito que eu tenha insistido que não descreveria a minha experiência na clínica, no meu TCC, porque eu acreditava que uma “escrita vivida” (FAVERO, 2020) parecia ser um movimento que ia contra o que o rigor acadêmico exigia: que uma pesquisa de respeito não deve ser pessoal. E, desobedecer a essa narrativa, era algo muito arriscado. O que ainda parece ser. No entanto, algumas perguntas me faziam questionar a objetividade científica que circulava na minha graduação. Anunciar o lugar social que se ocupa, no momento da pesquisa, pode ser algo relevante? Existe responsabilidade em produzir uma pesquisa a partir das próprias experiências? Qual a relevância de se anunciar o contexto (espacial, geográfico e político) de onde se produz conhecimento? Faz sentido pensarmos sobre a repercussão de “ser quem somos” em uma pesquisa acadêmica? Será que, se nos preocuparmos com isso, podemos sugerir os limites e as condições de possibilidade de uma pesquisa? Preocupar-nos com todas essas questões, é uma forma de cuidado?

Bom, se as respostas para essas perguntas são sim, deve-se considerar que o que produzi no meu TCC, assim como o que produzi nesta dissertação, não se trata de uma simples confissão. No caso desta pesquisa, não se trata apenas de descrever a minha rotina de utilização de comprimidos e injeções para prevenir a infecção pelo HIV. A escrita localizada e parcial também implica pensar o social e o político. Trata-se, portanto, de produzir cuidado. Produz-se cuidado ao entender os limites de uma pesquisa. Produz-se cuidado ao considerar as outras realidades que coexistem com a de quem escreve.

No mestrado, depois que decidi fazer pesquisa sobre o tema HIV e aids, passei por algo parecido ao dilema que eu vivi no meu TCC. No entanto, dessa vez, foi mais desafiador que na graduação, pois, segundo algumas leituras, as práticas sexuais do pesquisador só dizem respeito a ele mesmo. Trata-se de algo pessoal demais para se expor.

Na produção da pesquisa desta dissertação, fui alertado por um colega de classe: “como tu vais falar sobre a PrEP sem falar sobre sexo e diversidade sexual?”. Fiquei sem saber o que lhe responder. Com o passar dos dias e da minha imersão nos protocolos, manuais e artigos sobre HIV e aids, a pergunta teimava em aparecer. Eu deveria reproduzir o que a maioria dos trabalhos acadêmicos, manuais e protocolos sobre prevenção fazem? Por exemplo, ao abordar sobre sexo, o Sumário Executivo da política da Prevenção Combinada menciona a palavra sexo apenas uma vez no item:

“trabalhadoras do sexo” (BRASIL, 2017). Trata-se, portanto, de um manual sobre prevenção sexual que não aborda sobre sexo. Eu deveria produzir uma pesquisa sobre sexo e prevenção que não falaria sobre sexo e diversidade sexual? Essa foi uma das perguntas que mais me atormentou. Acredito que passei pelo risco de produzir uma pesquisa desse tipo. Todavia, essa não é a postura adotada neste trabalho.

Aqui a proposição harawayana é tomada na radicalidade da sua não inocência. Por que não inocência? Bom, justamente, porque o que está em jogo nesta dissertação trata-se da organização do mundo em que vivemos, é a definição do que importa e do com o quê se importar em termos de cuidado no campo do HIV e aids. A perspectiva harawayana do conhecimento como prática situada me possibilitou essa postura. Uma postura que é ética, pois, na medida em que propõe reflexões sobre como as diferentes formas de cuidado têm sido pensadas e materializadas e os seus efeitos nos contextos das práticas de prevenção ao HIV/aids, reafirma a sua parcialidade e objetividade.

Com sua abordagem do conhecimento como prática situada, Haraway (1995) também me auxiliou na produção dos primeiros questionamentos da pesquisa. Como o cuidado é atuado no contexto de prevenção da infecção pelo HIV? O que minha experiência com a PrEP pode sugerir sobre uma ética para o cuidado? Como conviver com um objeto complexo, com uma tecnologia considerada avançada em termos de cuidado, mas que muitas vezes, de acordo com o modo como é manejada, exclui alguns sujeitos do cuidado? Como podemos colocar o cuidado em prática em um campo tão cheio de controvérsias como o campo da prevenção ao HIV?

Antes de finalizar esta seção, preciso mencionar que esta pesquisa não entende uma controvérsia como algo necessariamente negativo. Latour (2012), outro autor que eu utilizo nesta dissertação, tem em seus escritos postura próxima a de Haraway quando propõe que o ponto de partida para qualquer pesquisa é “alimentar” incertezas e controvérsias. Desse modo, ao adotar mais essa postura teórico-metodológica, defendida por Haraway, considero relevantes todas as posições possíveis em relação à PrEP, assim como as dos demais elementos que entram em cena com ela. Todas as posições dos agentes humanos e não humanos são úteis para pensar os problemas desta pesquisa.

Esta dissertação defende um posicionamento que favorece a contestação, a desconstrução, as conexões em rede e a esperança na transformação dos sistemas de conhecimento. As nossas perspectivas sobre o mundo e sobre os elementos que nele atuam só serão transformadas se apostarmos em uma produção de conhecimento engajada em um posicionamento localizado, que compreende os seus limites. Tal doutrina pode transformar os modos como o conhecimento científico tem sido produzido historicamente (HARAWAY, 1995).

Dessa forma, o modo como me interesse pelo tema HIV e aids está implicado, também, nos meus estudos sobre o pensamento e sobre a postura ética de Haraway. Depois que decidi refletir sobre o cuidado na prevenção ao HIV e à aids, a partir das minhas experiências sexuais utilizando a PrEP, o desafio se tornou o “como fazer?”. Foi por meio dos trabalhos de Haraway (1995, 2009) que alguns “nós” foram sendo (des)feitos, dando um sentido para esta dissertação. Permito-me, portanto, anunciar que, ao contar a minha história com a PrEP — sendo local, mas que também é “global”, pois se constituiu a partir dos manuais internacionais sobre prevenção, das traduções de diretrizes para políticas públicas brasileiras etc. — pretendo borrar os limites rígidos entre pesquisador e objeto da pesquisa, pois, não sei informar onde acaba um e onde começa o outro.

2.6 Pílulas e injeções viajantes: do global ao local

Como mencionei anteriormente, conheci a PrEP por meio das práticas de uma pesquisa clínica que envolveu a produção de um medicamento para prevenção da infecção pelo HIV nas relações sexuais. Tratou-se do ensaio clínico da chamada “PrEP injetável”. Era quase final de 2018 quando entrei para o experimento. Algo importante a mencionar sobre o fármaco avaliado no ensaio é que, antes de ser objeto de estudo na prevenção, ele foi utilizado como medicamento, no tratamento da infecção. “Não se trata da PrEP que todo mundo conhece, é uma PrEP que dura mais”, foi o que me explicou um profissional da área da saúde envolvido na pesquisa da PrEP, na minha primeira visita à clínica onde o experimento foi realizado, em Porto Alegre. O profissional da saúde estava se referindo ao medicamento chamado *truvada*, sendo a combinação das moléculas dos ARV de nome fumarato de tenofovir desoproxila e entricitabina que recebem a sigla em inglês TDF/FTC, respectivamente.

Ainda conforme a explicação do profissional de saúde, “a PrEP que todo mundo conhece” é baseada na ingestão diária de uma pílula do *truvada*, um comprimido na cor azul que contém 300 mg de TDF e 200 mg de FTC. A combinação dos ARV começa a proteger uma pessoa nas relações sexuais conforme o tecido corporal (mucosa genital e/ou retal). Por exemplo, no sexo anal, o medicamento começa a proteger a partir do sétimo dia de uso. Já para quem tem vagina e a utiliza nas relações sexuais, o efeito protetor demora um pouco mais para acontecer, algo em torno de vinte dias. “Mas é preciso usar direitinho”, explicou o profissional. É preciso seguir utilizando o medicamento diariamente para que o seu efeito protetor continue ativo, “tudo depende da adesão, da pessoa usar todos os dias”, afirmou.

A explicação do profissional de saúde sobre a PrEP me chamou bastante atenção por dois motivos. Em primeiro lugar, porque nem todo mundo parecia conhecer a profilaxia. Eu mesmo, não fazia ideia do que ela se tratava. Em segundo lugar, porque passou a impressão que a PrEP não se trata de um objeto único. E de fato, ela não é. Depois que entrei para o ensaio, descobri que, além do regime de uso diário do truvada, existe outro modo de usar a tecnologia biomédica. Na verdade, trata-se de outra versão da profilaxia. Ela é a chamada “PrEP sob demanda” ou “PrEP 2+1+1”. A PrEP sob demanda é um regime que consiste na utilização de dois comprimidos de TDF/FTC entre 2 e 24 horas antes da prática sexual, um comprimido 24 horas depois e outro 48 horas mais tarde.

A PrEP sob demanda foi recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2019. Após a recomendação do órgão internacional, alguns países passaram a ofertá-la. No Brasil, um dos meios de acesso à PrEP sob demanda foi por meio do estudo “Combina!”, um estudo realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) em parceria com o MS e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Alexandre GRANJEIRO et al., 2015). Além disso, na minha participação em um grupo privado do *Facebook* sobre a PrEP, encontrei relatos de alguns homens cis *gays* que utilizavam a PrEP sob demanda por conta própria. Segundo as narrativas, eles compravam o truvada pela *internet*, em farmácias que não exigem receita médica. Já outros confessavam que só compravam com receita médica e que faziam o acompanhamento clínico com médico particular.

A explicação do profissional de saúde sobre a PrEP, pode ser compreendida de diferentes modos e também pode sustentar diferentes leituras. Uma delas está relacionada aos grupos para quem a profilaxia deve ser indicada. Ao ser articulada à leitura epidemiológica que aponta que a epidemia de HIV/aids é concentrada em alguns segmentos populacionais no Brasil — as populações que respondem pela maioria de casos de infecção, sendo eles os HSH e mulheres trans — pode conduzir à noção de que a tecnologia é exclusiva para determinados sujeitos. Um dos efeitos dessa leitura, é a exclusão ou a criação de barreiras no acesso dos sujeitos de outros grupos populacionais à tecnologia.

Atualmente no Brasil, considera-se, de modo geral, que a versão oficial da PrEP é aquela apresentada na política pública de saúde. Nesse caso, no uso diário de um comprimido do truvada ou dos seus medicamentos genéricos. Antes de se tornar uma política pública, o medicamento foi ofertado no país por meio de ensaios clínicos e estudos demonstrativos. O primeiro ensaio clínico que investigou a eficácia e a segurança do truvada no Brasil foi o experimento chamado *Pre-Exposure Prophylaxis*

Initiative (iPrEx), um importante projeto transnacional (Robert GRANT M., 2010). O ensaio em questão recrutou apenas sujeitos dos grupos de HSH e mulheres trans.

Enquanto os primeiros experimentos da PrEP ocorriam no Brasil, com a participação dos sujeitos dos dois segmentos epidemiológicos acima mencionados, a tecnologia também foi avaliada em outros países em pesquisas internacionais. Foram objetos desses experimentos os grupos epidemiológicos de “homens” e “mulheres” heterossexuais, casais heterossexuais sorodiscordantes, *gays* e outros HSH, mulheres trans, profissionais do sexo e pessoas que usam drogas. Vale destacar que, para a linguagem epidemiológica, as categorias “homens” e “mulheres” heterossexuais são pessoas cis e endossexo¹⁶.

Quando entrei para a pesquisa da PrEP, o SUS já havia iniciado o processo de implementação do truvada junto à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC)¹⁷, no final de 2017. Logo em seguida, no início de 2018, a versão oral passou a ser ofertada e distribuída em alguns serviços de saúde. As populações designadas como prioridade para PrEP foram: *gays* e outros HSH, pessoas trans, profissionais do sexo e “parcerias sorodiscordantes”.



Figura 2. O truvada. Imagem retirada do site Agência Brasil.

Conheci essas versões da PrEP assim que entrei para o ensaio clínico. Como mencionei anteriormente, antes de participar da pesquisa, eu não fazia ideia do que era a PrEP. Eu morava em Pelotas, no interior do RS. Naquela época, a tecnologia era

¹⁶ Os termos cisgênero e endossexo foram desenvolvidos por ativistas, pesquisadores e pesquisadoras trans e intersexo, tendo como uma das finalidades estabelecer que corpos tidos como padrão dentro de uma “normalidade” também sejam marcados. Segundo Guilherme Calixto Vicente (2020), o termo endossexo faz referência às pessoas que nasceram com características sexuais, sistema reprodutor, anatomia genital e carga genética cromossômica e hormonal que se enquadram nas definições de feminino e masculino.

¹⁷ A Portaria n.º 21, de 25 de maio de 2017, assinada pelo então Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, torna pública a decisão de incorporação da PrEP ao SUS (BRASIL, 2017a).

ofertada e distribuída apenas em algumas capitais por meio dos ensaios clínicos e estudos demonstrativos e da política pública. Mesmo trabalhando em um SAE, no último estágio da minha graduação em psicologia, entre meados de 2017 e 2018, a PrEP era algo distante da minha realidade. Na verdade, eu sabia pouco sobre a utilização de ARV. O pouco que eu sabia, se concentrava no contexto do tratamento da infecção pelo HIV. ARV para prevenção da infecção pelo HIV não foi um tema abordado nas disciplinas da graduação nem nas práticas do estágio.

Nesse ponto da dissertação, penso que é importante destacar a diferença entre os dois tipos de experimentos biomédicos acima mencionados. Em um ensaio clínico — também chamado de pesquisa clínica e/ou estudo clínico — geralmente ainda não existem evidências científicas acerca da eficácia e da segurança da PrEP em humanos¹⁸. O seu público-alvo costuma ser, de certo modo, limitado. Para que os estudos de demonstração sejam realizados é necessário que existam evidências comprovadas cientificamente. Os estudos de demonstração servem para avaliar os efeitos da tecnologia em contextos populacionais mais amplos. No decorrer desta dissertação, utilizo o termo “experimento” de modo análogo a ensaios clínicos e estudos demonstrativos.

Os estudos de Felipe Cavalcanti Ferrari (2016, 2019) sobre a PrEP tiveram importância fundamental na produção desta dissertação. No primeiro trabalho de Ferrari (2016), o autor produz uma narrativa acerca da emergência da PrEP. Ao longo do seu trabalho, ele explora os modos como a PrEP surgiu, demonstrando as maneiras como foram produzidas as evidências que “estabilizaram” a tecnologia como uma intervenção biomédica eficaz para prevenção em uma determinada configuração da economia política da saúde global.

Conforme argumenta Ferrari (2016), o comprimido da PrEP, estabilizado pela ciência biomédica, ganhou outros contornos no campo que utilizou para realizar as suas análises. O campo em questão foi constituído pelos materiais etnográficos de origem documental acerca da PrEP. Trata-se de notícias de grande circulação, publicações ativistas, documentários, publicações da OMS e artigos científicos vinculados aos

¹⁸ Existem controvérsias sobre essa explicação. De modo geral, ensaios clínicos têm o objetivo de avaliar a eficácia e a segurança dos medicamentos. Antes disso, as drogas precisam ser testadas em laboratórios, geralmente em animais como camundongos ou ratos. Por mais que as evidências desses experimentos apontem certa eficácia, ou seja, que pode ser que funcione em humanos, segundo a ciência biomédica, isso não quer dizer necessariamente que funcionam. No entanto, é sabido da utilização do *truvada* de modo *off-label*, sobretudo por “homens” *gays* não infectados que estariam recebendo os medicamentos de médicos ou de amigos doentes, nos Estados Unidos, antes mesmo de serem aprovados pela agência reguladora de medicamentos (AGÊNCIA ESTADO, 2006). Ou seja, em algum momento da história, a droga farmacêutica foi utilizada sem seguir as indicações homologadas para o fármaco e sem passar pelo crivo científico que a torna uma “realidade”.

ensaios clínicos da PrEP. Conforme argumenta Ferrari (2016), a pílula “universal” da PrEP foi atravessada por uma discussão moral acerca da sexualidade; pelas dificuldades de sua implementação em um campo da saúde global marcado por desigualdades; e por uma política de identidades que se desenhou a partir da exclusão de algumas categorias epidemiológicas por parte das recomendações de instituições globais.

Em sua dissertação de mestrado, Ferrari (2019) argumenta que o modo como a PrEP foi incorporada ao SUS foi bastante nutrido pelos resultados dos seus estudos experimentais divulgados em revistas científicas e discutidos nos protocolos de órgãos mundiais de saúde. Tais resultados foram responsáveis por delinear os segmentos populacionais considerados prioritários para o uso da tecnologia. Os seguimentos populacionais com indicação para PrEP são: *gays* e outros HSH, pessoas trans, profissionais do sexo e “parcerias sorodiscordantes”. Como já foi mencionado, essas populações são consideradas pela política pública brasileira sob maior risco de adquirir o HIV, por esse motivo, elas têm prioridade no acesso à tecnologia (BRASIL, 2018).

As evidências que tornaram a PrEP uma política pública de saúde foram mobilizadas a partir do que seria o sucesso e/ou o fracasso dos resultados dos seus experimentos (FERRARI, 2019). Mas o que isso quer dizer? Bom, conforme pontua o autor, por sucesso, entenda-se: foi possível estabelecer uma correlação entre adesão e eficácia, mostrando que a tecnologia funciona. Por fracasso, é preciso “entender que essa correlação não foi possível de ser estabelecida, tornando a análise da eficácia impraticável” (p. 43).

Conforme as análises produzidas por Ferrari (2019), os experimentos que avaliaram a eficácia da PrEP teriam sido um sucesso quando realizados em sujeitos das populações HSH (mulheres trans são geralmente incluídas nesta categoria pelos experimentos) e casais heterossexuais sorodiscordantes. Um exemplo disso, são os ensaios clínicos de tipo duplo cego vinculados ao iPrEx, mencionado anteriormente. O iPrEx foi um projeto transnacional realizado entre julho de 2007 e dezembro de 2009 envolvendo, África do Sul, Tailândia, Peru, Equador, Brasil e EUA. Ele é considerado um dos ensaios mais importantes para a estabilização da eficácia e segurança da PrEP. Conforme a descrição do artigo intitulado *Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men* — cuja tradução para o português é “Quimioprofilaxia pré-exposição para prevenção do HIV em homens que fazem sexo com homens” —, o iPrEx foi realizado com uma população de “2.499 homens, entre os quais 29 mulheres transexuais, não infectadas, e com idades entre 18 e 67 anos, que tiveram relações homossexuais regulares” (GRANT et al., 2010). No Brasil, uma das poucas notícias sobre o experimento, o descreveu como uma pesquisa que “cadastrou

cerca de 200 voluntários homossexuais para determinar se o truvada pode prevenir a contaminação pelo HIV” (Fabiana CIMIERI, 2008).

No caso dos experimentos realizados em “mulheres” heterossexuais, eles foram um fracasso. Segundo Ferrari (2019) a maior parte deles foi realizada no continente africano. Ainda conforme o autor, alguns artigos com os resultados desses estudos apontam que o medicamento não foi eficaz porque as participantes não teriam utilizado conforme prescrição médica. Desse modo, seria possível considerar que os experimentos não deram certo em função das suas participantes não aderirem ao regime diário de drogas antirretrovirais. Por que as participantes não utilizaram o truvada da forma correta? Bom, essa é uma questão que pode envolver diversos fatores, pontua Ferrari (2019).

Um dado importante dos resultados desses experimentos é que, embora reconheçam que outros fatores possam ter entrado em jogo, eles não abordam questões bastante relevantes para pensar o cuidado com essa população. Questões como a presença de alta carga viral e as desigualdades de gênero, raça e sexualidade, no contexto onde foram realizados são muito relevantes, tendo sido ignoradas. Desigualdades de gênero e sexualidade envolvem o pressuposto de um comportamento sexual específico para homens e mulheres. Como exemplo disso, Ferrari (2019) menciona o FEM-PrEP, um conjunto de ensaios realizados em 2.120 mulheres no Quênia, África do Sul e Tanzânia. Tais ensaios foram cancelados, devido ao grande número de infecções nas participantes.

Esse é só um dos exemplos da maneira pela qual a eficácia do truvada foi estabelecida, apontados por Ferrari (2016). É um dado muito importante para esta dissertação, na medida em que sofre apropriações e ressignificações de diferentes atores engajados no campo do cuidado em HIV/aids no Brasil.

No que diz respeito à prevenção, o sexo anal ganha centralidade em muitas das discussões sobre a PrEP, encontradas na rede delineada nesta dissertação. Uma leitura recorrente sobre a tecnologia é a noção que associa o sexo anal quase que exclusivamente às práticas sexuais de homens cis *gays* e de mulheres trans e travestis. Tal leitura ignora que o sexo anal é algo muito comum nas práticas heterossexuais.

Foi a partir da explicação do profissional de saúde do ensaio da PrEP injetável, sobre a versão mais tradicional da tecnologia, que começaram a surgir os meus primeiros estranhamentos acerca da PrEP. A explicação do profissional de saúde, é baseada no Protocolo Clínico brasileiro da PrEP que é baseado em evidências biomédicas e epidemiológicas de instituições globais. O protocolo dá uma centralidade ao sexo como penetração do pênis no ânus e na vagina, consideradas as principais via de

transmissão do HIV. No entanto, como eu estava entrando para um ensaio internacional que recrutava apenas homens cis e mulheres trans que fazem sexo com “homens”¹⁹ comecei a me questionar por que mulheres cis, homens trans e pessoas intersexo²⁰, não foram recrutados para o ensaio. Eu também me questionava se existiam outros experimentos para essas populações no Brasil. E, ao encontrar as respostas para essas perguntas, descobri que não, que não existiam ensaios para avaliar a utilização da PrEP injetável nessas populações.

Outro dado importante na explicação do profissional da saúde é que a PrEP não se trata de um objeto com uma única realidade. Pelo contrário, ela tem diferentes versões. Todavia, essas diferentes versões não se tratam de diferentes perspectivas sobre um único objeto. Trata-se de diferentes PrEPs. Além da tecnologia não ser uma novidade naquela época, no Brasil, a versão que estava sendo produzida no ensaio clínico da PrEP injetável era apenas mais uma entre diferentes apresentações. A única novidade era o modo como ela estava sendo materializada, ou seja, a sua apresentação e regime. O público-alvo da estratégia de cuidado continuava sendo o mesmo dos experimentos anteriores.

Dessa leitura do cuidado, a partir das explicações do profissional de saúde, ou seja, da ideia de priorização de algumas populações, surgiram alguns questionamentos na pesquisa. Quais são os efeitos dessa forma como o cuidado é pensado e materializado? A PrEP não funciona em todas as pessoas? Qual é a intenção em destinar a estratégia apenas para alguns sujeitos? O que está em jogo? Não que seja o objetivo desta dissertação responder todos esses questionamentos, mas procuro localizá-los por considerar que a autoetnografia que apresento pode acabar explorando pistas interessantes nessa direção, considerando a discussão sobre o cuidado nesse campo.

Deixo para descrever com mais detalhes os modos como conheci as diferentes versões da PrEP em uma próxima seção. Na referida seção, também descrevo a minha participação no ensaio internacional da PrEP injetável. Ao apresentar esta breve introdução sobre o modo como conheci a PrEP, sobre o modo como a tecnologia viajou até o ensaio clínico em Porto Alegre, ou melhor, o modo como foi incorporada às minhas práticas sexuais, busco articular o objeto desta dissertação aos conceitos e abordagens nela utilizados. Os apresentarei a partir desse momento.

¹⁹ No ensaio clínico da PrEP injetável, a categoria “homem” ganhava um sentido universal e era utilizada para se referir a pessoas com pênis.

²⁰ Consoante à definição da Organização das Nações Unidas (ONU), por meio da Campanha *Free & Equal* (Livres e Iguais), pessoas intersexo são aquelas que nascem com características sexuais (genética, anatomia sexual e/ou órgãos reprodutivos e genitais) que não se enquadram nas típicas definições de corpos masculinos ou femininos, ditadas por parâmetros biomédicos.

Dessa forma, nesta parte da seção teórico-metodológica da dissertação, demonstro sua inscrição em referência aos conceitos e teorizações de Mol (1999, 2002, 2008 e 2010); Latour (1994, 2001 e 2012) e Law (2007; 2008 e 2009). Segundo Moraes e Arendt (2013), Mol, Latour e Law, se tratam de uma pesquisadora e dois pesquisadores situados no campo chamado *Science, Technology and Society Studies* (STS) — cuja tradução para o português significa Estudos de Ciência, Tecnologia e Sociedades (CTS).

2.7 A PrEP em diálogo com a Teoria do Ator-Rede (TAR)

Para iniciar esta seção, retomo as contribuições de Moraes e Arendt (2013). Segundo o autor e a autora, os estudos CTS se referem a um campo de produção de conhecimento que considera que as três áreas que lhe dão nome, isto é, ciência, tecnologia e sociedade, “não são domínios separados e desarticulados, mas antes, são coproduzidos e entrelaçados através de associações heterogêneas que articulam humanos e não humanos” (p. 314). Desse modo, para as pesquisadoras e pesquisadores dos estudos CTS, aquilo que chamamos de “social” ou de “natural” não é considerado como algo dado ou pré-definido, mas como efeito de arranjos realizados em múltiplas associações entre elementos díspares (MORAES e ARENDT, 2013).

Uma abordagem utilizada no campo dos estudos CTS é chamada de Teoria do Ator-Rede (TAR) — cuja tradução vem do inglês *Actor Network Theory*, que recebe o acrônimo de ANT. No inglês, o acrônimo ANT também significa formiga. Segundo Latour (2012), a Teoria do Ator-Rede utiliza o significado da formiga devido ao seu particular caráter metodológico que visa priorizar até mesmo os menores “veículos” e vínculos, ou seja, aqueles elementos e conexões que muitas vezes são consideradas insignificantes em uma pesquisa acadêmico-científica. Na presente dissertação, decidi utilizar o acrônimo TAR como na tradução para o português, para uma melhor compreensão do termo e da proposta dessa abordagem. Acredito que essa postura de “abrasileirar” o termo que dá nome a abordagem não interfere na sua proposição. O seu sentido continua o mesmo, pois, o que pretendo aqui, é traçar uma rede de associações da PrEP.

Utilizo a TAR como mais uma ferramenta teórico-metodológica para esta dissertação porque ela oferece um modo diferente de fazer pesquisa. Ela contribui positivamente para a ética que tenho proposto e que considero fundamental para pensar a minha relação com este trabalho e com os objetos nele analisados. A TAR me proporciona um modo diferente de compreender as realidades produzidas no contexto de produção, configuração e reformulação da PrEP, uma tecnologia considerada

estabilizada por muitos especialistas em saúde, no quesito eficácia e segurança na prevenção do HIV.

A TAR contribui para esta pesquisa na medida em que se refere aos objetos científicos não apenas como instrumentos empiricamente verificáveis, ou como o simples efeito das práticas científicas. Para a TAR, os objetos de nossas pesquisas são o efeito de articulações complexas, muitas vezes precárias, e envolvem elementos das mais diversas ordens. Dentre suas preocupações, está o fato de que tais objetos também têm agência, isto é, eles também produzem realidades. Nesses processos, a noção de rede é afirmada como uma “ontologia de geometria variável”, o que exige que todos os itens envolvidos nas práticas de produção de uma pesquisa sejam levados em conta (MORAES e ARENDT, 2013). Todos os elementos precisam ser considerados. Nenhum deles pode ser considerado mais especial ou menos especial que os outros, ou sobreposto, ou excluído.

Antes de continuar a descrição do trabalho de Moraes e Arendt (2013) e suas contribuições para esta dissertação, quero descrever o que seria a proposta mais tradicional da TAR. Tal proposta, diz respeito às contribuições de Latour (1994, 2001, 2012).

Ao propor a TAR como uma abordagem científica, Latour (1994) nomeia de “rede sociotécnica” o método processual no qual diversos agentes de ordens heterogêneas se organizam de forma articulada, na produção e difusão de conhecimento sobre um fato/artefato científico. Estas redes são assim designadas por reunirem “pedaços” e “peças” do que é considerado social, natural e técnico. Tais pedaços e peças se articulam por meio de processos de purificação e tradução²¹, gerando outros produtos igualmente heterogêneos. Nesse processo, não há separação entre cultura e sociedade, tecnologia e natureza.

Ao propor a TAR como abordagem, Latour (1994) aposta em uma crítica às chamadas ciências modernas que difundiram binarismos e grandes divisões que constituem o pensamento ocidental que sustentam a divisão entre elementos humanos e não humanos, tais como: natureza e cultura, sujeito e objeto, corpo e mente. Latour (2001) utiliza o termo actante (atuante) ou “ator” para pontuar que os estudos da TAR não tomam como ponto de partida as entidades que já constituem o mundo, mas antes, para dar ênfase à natureza complexa e controversa do que seja, para um “ator”, chegar à existência. Para o autor, o segredo é definir um ator com base naquilo que ele pode

²¹ Conforme explica Ferrari (2019), no sentido proposto por Latour (1994), o processo de purificação é, juntamente com o processo de tradução, parte de uma operação dupla do chamado projeto de ciência moderna. Por purificação, argumenta o autor, compreende-se a tarefa de isolar um objeto das mediações e controvérsias que possibilitam sua existência; por tradução, entende-se o movimento através do qual uma entidade purificada “é traída”, misturando-se a outras associações e sendo transformada por elas.

fazer, seja ele humano ou não humano. Nesse ponto, Latour se aproxima bastante da proposta de Haraway, apresentada anteriormente.

Desta maneira, interesse-me mais em saber o que a PrEP consegue fazer quando é conectada a outros elementos, como, por exemplo, à noção de que certos sujeitos são mais vulneráveis ao HIV do que outros, assim como os efeitos dessas relações nas práticas do cuidado. Nesta dissertação, utilizo o termo “ator”, ou, quando necessário, “atriz” para me referir à PrEP com o mesmo sentido utilizado por Latour (2001).

Além de Latour, outro autor do campo dos estudos CTS que propõe uma definição para a TAR é Law (2007). Em seu artigo de título *Actor Network Theory and Material Semiotics*, Law (2007) considera a TAR como uma série de ferramentas material-semióticas de pesquisa e análise que tratam tudo nos mundos natural e social como efeitos continuamente gerados das redes de relações dentro das quais estão localizados. Ainda de acordo com o autor, a TAR assume que nada tem realidade ou forma fora da atuação dessas relações. Seus estudos exploram e caracterizam as redes e as práticas que carregam essas relações.

A partir das contribuições de Law (2007), a TAR pode ser considerada não necessariamente como uma teoria, mas como um conjunto de procedimentos permanentemente sensíveis e atentos às complexidades das redes de relações; ao que nelas é produzido; aquilo sobre o que nelas interferem. Desse modo, a TAR se preocupa em explorar, descrever e acompanhar a atuação de relações material e discursivamente heterogêneas que produzem ou reconfiguram todos os tipos de atores envolvidos em uma relação.

De modo geral, pode-se dizer que a proposta da TAR tem sido explorar como a lógica das configurações na produção científica poderia levar a uma relativa estabilidade dos objetos. Como um objeto chega a ser “o que é”? Quais conexões tornaram possível a existência de determinado objeto? Esses são questionamentos que provavelmente uma pesquisa inspirada no pensamento latouriano faria.

No momento inicial da pesquisa, me interessei em propor uma discussão sobre como a PrEP chegou a “ser o que é”. No entanto, já existiam trabalhos muito interessantes nesse sentido, como os já citados trabalhos de Ferrari (2016, 2019) e os de Adriana Petryna (2009, 2011). No caso dos trabalhos de Petryna (2009, 2011), a autora investiga os diferentes sentidos atribuídos aos ensaios clínicos da PrEP em contextos de experimentalidade. Se esta dissertação se inspirasse apenas na proposta latouriana, ela poderia ter partido de questionamentos como o que fiz acima. Ela se preocuparia com aquilo precisou acontecer para “estabilizar” a tecnologia biomédica em questão. Quais associações/conexões relacionadas às categorias de gênero, sexualidades e raça

ocorreram? No entanto, esta pesquisa não trata apenas disso. Não que essas perguntas não sejam importantes, muito pelo contrário. O que pretendo aqui é desestabilizar a PrEP e problematizá-la, no que tange às categorias acima mencionadas.

Nesse sentido, retorno às contribuições de Moraes e Arendt (2013). Para o autor e a autora, os trabalhos de Mol (2002, 2008 e 2010) e de Law (2007 e 2009) têm sugerido novas preocupações para a TAR. Tais preocupações não desconsideram a proposta mais tradicional da teoria, até porque elas também recusam dicotomias e binarismos e desestabilizam as divisões modernas e a superioridade humana em relação aos não humanos. Todavia, a grande diferença é que não se trata mais de apenas acompanhar os objetos e observar como eles se estabilizam em determinadas redes. Trata-se também de compreender os processos de construção de realidades que são sempre complexos, precários, contínuos e abertos. A partir dessa apropriação da TAR, o foco central passou a ser não apenas a descrição da construção de redes, mas também a compreensão da maneira como as realidades foram produzidas; como os objetos foram colocados em ação e “desestabilizados” ao serem reposicionados através de práticas “performativas” (MORAES e ARENDT, 2013).

2.8 Múltiplas ontologias e Política Ontológica

Dando seguimento à breve caracterização do campo dos estudos da TAR, quero justificar a utilização nesta dissertação da noção de materialidades. O conceito de materialidades é derivado do trabalho de Mol (2002). A utilização desse termo é estratégica, na medida em que coloca em primeiro plano os eventos e as práticas que fazem um objeto existir. Ao propor esse conceito, Mol (2002) destaca o seu interesse pelas múltiplas formas como um objeto é colocado em ação em diferentes práticas e pelo delineamento relacional do humano e do não humano.

Além de dar uma atenção especial para as práticas que criam realidades, os trabalhos de Mol consideram que as materialidades também têm agência, isto é, não são apenas os atores humanos e suas práticas que produzem diferenças, realidades e transformações, atores não humanos também o fazem. Nesse sentido, uma contribuição dessa repaginação da TAR é a proposição de novas formas de intervir nas nossas pesquisas, ou seja, uma nova política de intervenção. Destacarei a seguir algumas das contribuições de Mol para esse “novo” modo de fazer pesquisa. Contribuições que são importantes para as análises desta investigação.

Os trabalhos de Mol (1999, 2002, 2008, 2018) seguem a chamada “fase performativa” da TAR. Essa é uma fase que se caracteriza pela inserção do caráter performativo das práticas. Trata-se, portanto, de uma “virada para a prática”. Novas

preocupações emergem para lidar com aquilo que não é mais “estável”, que é passageiro, distribuído, aberto, complexo, múltiplo. Por esse motivo, novas estratégias teórico-metodológicas são propostas para lidarmos com os nossos objetos de pesquisa.

Mol (1999, 2002, 2008, 2018), se interessa em problematizar os modos de conhecer e de intervir nas ciências. Ela utiliza o termo *enact* para dizer que nenhum objeto existe sem estar articulado às práticas que o produzem e o fazem existir. Em inglês, *enact* aponta para dois sentidos diferentes: encenar/representar um papel e/ou fazer algo existir. Mol (2008) defende que é apenas na prática, só no fazendo (*doing*), que compreendemos as articulações que atravessam os objetos das nossas pesquisas.

Em uma entrevista realizada para Denise Martin, Mary Jane Spink e Pedro Paulo Gomes Pereira (2018), Mol é questionada sobre o uso do termo "*enact*", em seus trabalhos. O termo possui relação com a teoria da performatividade de Judith Butler (2020). Butler (2020), utiliza a metáfora da performatividade para argumentar que, assim como a sexualidade, o gênero é produzido discursivamente. A autora apresenta o gênero como uma categoria de análise, como um efeito performativo experimentado pelos indivíduos por meio da cultura. Sobre essa relação, Mol argumenta que não há muita diferença entre o modo como ela utiliza o *to enact* ou *enacting* e a maneira como Butler utiliza *performance* para escrever sobre o que se entende como realidade.

De acordo com Mol, o *enacting* “não tem nada a ver com causar, nem fazer, pois essas são palavras que enfatizam o passado (onde as 'causas' estavam localizadas ou quando o 'fazer' aconteceu) e estabilizam o resultado, o presente” (p. 297). Para Mol, o ponto fundamental da utilização dos termos *performance* e *enacting* é que a realidade e o presente estão e permanecem instáveis. Há o aqui e o agora, onde o “*doing*” acontece, mas ele não é explicado pelo que aconteceu antes. Existem padrões e rotinas, mas sempre há a possibilidade para surpresas. Nesta dissertação, utilizo a tradução do termo *enacting* como “performar” que, no que lhe concerne, ganha o mesmo sentido de “fazendo existir”. Também utilizo o termo em suas variações, como performatividade e performativo.

Em seu trabalho de título *Ontological Politics: a word and some questions*²², Mol (1999) defende que existem diferentes versões de uma doença. A doença abordada no trabalho em questão é a anemia. A autora realiza suas análises a partir do questionamento: “o que é a anemia?”. Para ela, essa pergunta não tem uma resposta única ou estabilizada. Não existe algo estável que possamos chamar de anemia, mas

²² O artigo em questão foi traduzido para o português em 2007 por João Arriscado Nunes e Ricardo Roque para o livro “Objetos impuros: experiências em estudos sociais da ciência”. A tradução para o português do título do artigo é “Política ontológica: algumas ideias e várias perguntas”.

sim, formas diferentes de performa-la. Em seguida, Mol (1999) descreve as diferentes versões da doença da seguinte maneira: no consultório, a anemia é encenada como um conjunto de sintomas visíveis. Esta é a sua performance clínica. Nas rotinas laboratoriais, a anemia equivale a um baixo nível de hemoglobina no sangue da pessoa. Esta é, então, uma forma laboratorial de performa-la. Por fim, a autora descreve uma terceira forma: o método patofisiológico, que implica em investigar os níveis de hemoglobina suficientes ou não para transportar corretamente oxigênio pelo corpo e verificar se o indivíduo está acima ou abaixo destes níveis.

Desse modo, Mol (1999) argumenta que não se trata de mostrar quais são as distintas perspectivas sobre uma doença única, ou seja, não se trata de descrever apenas os múltiplos pontos de observação sobre a doença — o que pode ser caracterizado como perspectivismo. Se assim fosse, ela teria descrito um único objeto e diferentes olhares que a ele se dirigiam. A autora defende, portanto, que a própria doença, a anemia, é múltipla. Sua realidade se multiplica de acordo como ela é performada (atuada, manejada), nos diferentes contextos das práticas locais de um hospital da Holanda.

Ao descrever as maneiras como a anemia é performada, Mol (1999) descreve, também, como se articulam pacientes, médicos, enfermeiros, tecnologias biomédicas, substâncias químicas, entre outros atores, no espaço físico do hospital. A autora também considera as práticas realizadas para além do espaço hospitalar, no cotidiano dos pacientes envolvidos no tratamento. Dessa forma, ela busca compreender como as três performances da anemia se relacionam no contexto hospitalar e no cotidiano dos pacientes. Isso de certo modo se complica, pois diferentes disputas e elementos entram nas diferentes redes onde a doença é performada.

Ocorre que, cada realidade da doença performada no contexto hospitalar, disparava uma rede de relações diferentes. Mol (1999) chama atenção para o fato de que fora do hospital as coisas não funcionam, necessariamente, da forma como essas três performances da anemia acontecem no hospital. Nas práticas corriqueiras, as pessoas podem não ter sintomas clínicos da anemia, no entanto, os seus níveis de hemoglobina podem parecer desviantes caso sejam medidos. Surge, então, uma multiplicidade de mundos e atores que podem ou não se relacionar entre si. Segundo a autora, essas três formas da anemia têm coexistido já há muito tempo. O problema que ela enfrentou durante o processo de construção da sua pesquisa no hospital é que, por mais que essas três versões existam e se correlacionem na maior parte das vezes, o sentido usado para construir o diagnóstico da doença permanece unívoco. E a autora argumenta que é isso que precisamos combater.

Em relação a essa questão, Mol (1999) aponta como estratégia aquilo que ela nomeou de “política ontológica”. Para a autora, desenvolve-se aí uma nova política de intervenção, que não compreende a realidade como fixa, mas sim como construída no momento em que interagimos com ela. Ao utilizar a expressão “políticas ontológicas”, no plural, a autora se refere ao termo ontologia como as condições de possibilidades nas quais vivemos, e política, que combinada ao termo ontologia, sugere que “as condições de possibilidade não são dadas a priori” (p. 75). Ou seja, as realidades não são conhecidas de antemão, não antecedem nossas práticas, mas são moldadas continuamente por elas. Mol (1999) oferece pistas sobre os modos como devemos intervir na produção das nossas pesquisas e também sobre o modo como nos posicionamos frente à construção da realidade, seja ela material ou discursiva. A autora argumenta que toda “realidade” é efeito, é performada, e que aquilo que se encontra “estabilizado” (e conta como verdade), é sempre fruto de negociações, trabalho e práticas”.

Desse modo, a partir da perspectiva da autora em questão, esta dissertação propõe reflexões sobre os modos como o cuidado é atuado na prevenção ao HIV, encarando e descrevendo os modos como a PrEP é performada nos contextos das práticas encontradas em uma rede específica. Em outras palavras, descreve os modos como a tecnologia é manejada por diferentes atores, assim como os processos que tornam algumas versões dela “mais verdadeiras” e alguns usos mais corretos do que outros. Também descreve os modos como as subjetividades são produzidas nesses processos. O que tais processos podem nos ensinar sobre o cuidado no campo do HIV e aids? Esse é um dos questionamentos fundamentais para as análises desta dissertação.

Por fim, a partir das contribuições de Mol (1999, 2002, 2008 e 2010) e da TAR, assume-se, nesta pesquisa, o interesse em não tratar a PrEP como um objeto qualquer, um objeto inerte, fixo, único ou com uma essência a priori. A PrEP é uma tecnologia que carrega e produz complexidades e controvérsias a respeito de questões como adesão, oferta, efeitos colaterais de curto e longo prazo, produção de sujeitos, práticas sexuais, autonomia e estigmas. Trato do mesmo modo os demais atores envolvidos em suas materialidades. Neste trabalho a PrEP é tratada como um objeto múltiplo, aberto e inacabado, que carrega possibilidades de criação e afetação que se apresentam na medida em que ela é colocada em prática. Todos os atores envolvidos na produção de realidades da tecnologia são considerados para refletir sobre o cuidado. O próprio processo de construção desta autoetnografia também deve ser considerado como constituinte do plano de possibilidades da abordagem do “Ator-Rede PrEP”.

3 SEGUNDA SEÇÃO: PRELIMINARES

3.1 A aids e as políticas do (des)cuidado

Muito antes que muitos brasileiros tenham tido qualquer contato direto com a doença já circulavam concepções dela que tomaram formas complexas e frequentemente contraditórias. Essas concepções basearam-se amplamente nas imagens e representações da AIDS, dos doentes, ou daqueles que estariam em maior risco de contraí-la, produzidas e reproduzidas pelos meios de comunicação e daí entendidas e desenvolvidas nos discursos da vida do dia-a-dia (Herbert DANIEL e Richard PARKER, p. 17, 2018).

É comum, em um trabalho acadêmico, responder à pergunta acerca da escolha do tema da pesquisa logo no seu início. Por que faço pesquisa sobre o tema HIV e aids? Mas como deu para perceber fiz um pouco diferente disso. Senti a necessidade e a urgência de iniciar por outros caminhos. E, antes de tentar justificar a escolha do tema, preciso explicar algo antes. Talvez você já deve ter achado estranho e por esse motivo preciso justificar porque utilizo nesta dissertação o termo “aids”, em letras minúsculas. Utilizo o termo dessa forma, inspirado pelo trabalho de Larissa Pelúcio e Richard Miskolci (2009), que retomo ao longo desta dissertação. Ao utilizarem esse modo de escrita do termo, a autora e o autor argumentam que se trata de uma perspectiva crítica ao histórico pânico moral em torno do HIV e da aids e das políticas de sexualidade. Todavia, ao utilizar o termo dessa maneira, não tenho como intenção desconsiderar o problema público de saúde que caracteriza a epidemia, um problema público que tem perdido muito do seu sentido político.

Desse modo, busco tencionar a visão dominante sobre a sexualidade, seus proclamados riscos e formas desejadas, contrapondo-lhe um discurso que também considero contra-hegemônico (PELÚCIO e MISKOLCI, 2009). Enquanto isso, considero a multiplicidade de condições de possibilidade que constituem a sexualidade humana e me posiciono contra a regulação e o disciplinamento das sexualidades e práticas sexuais que escapam do que é considerado “normal”. Tal controle e normalização funcionam por meio de políticas públicas de prevenção ao HIV, que se materializam em protocolos, diretrizes e tecnologias, uma vez que impõem modos considerados mais saudáveis que outros e que desconsideram a singularidade de cada sujeito. Como não existe uma uniformidade na maneira de grafar o termo aids, e em respeito às formas escolhidas pelos por cada autor e autora utilizados, nas citações reproduzidas nesta dissertação, respeitarei as formas utilizadas.

Em alguns momentos desta dissertação, também utilizo os termos HIV/aids e/ou HIV e aids. Como a ciência biomédica já tratou de resolver essa questão, o HIV e a aids não são a mesma coisa. Por mais que tenham relação, os termos não são sinônimos um

do outro. Segundo a ciência biomédica, o HIV é o vírus causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (“SIDA” na sigla em português, e *aids*, sendo a sigla em inglês para *Acquired Immunodeficiency Syndrome*).

O HIV é uma partícula esférica que mede de 100 a 120 nanômetros (nm), o que no sistema métrico equivale a um bilionésimo de metro, ou seja, o vírus é invisível a olho nu. Ele pertence ao gênero *Lentivirus* e à família *Retroviridae* e apresenta em sua composição um núcleo com duas “fitas” de ácido ribonucleico (RNA), uma molécula responsável pela síntese de proteínas das células do nosso corpo, revestidas por algumas camadas de proteína, ácidos e um tipo de “envelope” (ICTV, 2017). Existem dois tipos do vírus do HIV, o HIV-1 e o HIV-2, cada um deles com diferentes grupos e subtipos, sendo o primeiro tipo o mais prevalente no Brasil (Agência Brasil, 2019). Embora pareça fácil fazer uma descrição da composição do vírus, o modo como ele funciona e as ferramentas que ele utiliza para se replicar no nosso organismo é algo complexo, mas esse não é o objetivo deste trabalho. Sobre essa questão, trabalhos como o de Jorge Andrade, Nelson Tomás e Sara Lourenço (2003) e o Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças (BRASIL, 2016) ajudam na compreensão de uma perspectiva imunológica da infecção.

A *aids*, por sua vez, refere-se ao conjunto de sinais e sintomas decorrentes de uma deficiência das defesas imunitárias do organismo, causada no quadro complexo do processo de infecção pelo HIV. Portanto, clinicamente, a *aids* é considerada o agravamento da infecção pelo HIV, caracterizado pelo comprometimento do sistema imunológico do sujeito infectado, permitindo o surgimento de infecções oportunistas (IO) provocadas por bactérias, fungos, protozoários, neoplasias (um tipo de tumor) e outros vírus. Conforme o Protocolo Clínico para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos (BRASIL, 2018), o aparecimento de IO e neoplasias é definidor da *aids*. Ainda, conforme o protocolo, se a pessoa não iniciar o tratamento, inevitavelmente ela morre.

A apresentação dos termos e dos seus respectivos significados também é estratégica, na medida em que se reconhece serem apenas alguns dos sentidos atribuídos a ambos os artefatos científicos. Essa dissertação não desconsidera os sentidos que diferentes atores atribuem ao HIV e à *aids*. Todavia, não desconsiderá-los não significa que concordo ou que acredito neles todos, mas que compreendo ser preciso levá-los em conta, visto que eles produzem diferentes realidades.

Posto isso, retornarei à questão que insiste em ser respondida, referente ao tema desta pesquisa. Penso que seja muito fácil respondê-la: realizo pesquisa sobre HIV e *aids* porque é um tema que há muito tempo desperta diferentes efeitos em mim! Efeitos estes que se manifestaram e que ainda se manifestam de diferentes modos, no meu

corpo, na minha sexualidade e subjetividade. Ainda hoje, consigo perceber e sentir os efeitos dos discursos sobre o HIV e a aids no meu corpo. Na tentativa de dar um pouco mais de materialidade para o que estou me referindo, preciso resgatar algumas das experiências que vivi com relação ao HIV e à aids, antes de descrever como cheguei até a PrEP. Talvez elas apontem para algumas pistas no sentido do que esta dissertação propõe.

Mas antes de começar, preciso dizer que o que pretendo com os relatos apresentados nesta dissertação não se trata da simples descrição das experiências que vivi com relação ao HIV e à aids. Assim como no trabalho de Daniel (1989), muito mais do que fazer um depoimento, os meus relatos têm uma finalidade muito prática. Além de responderem às questões que têm me causado certa ansiedade, espero que eles possam oferecer contribuições para refletirmos sobre uma ética capaz de nos conduzir a uma forma de cuidado mais abrangente no campo da prevenção. Um cuidado que não se resume à leitura biológica da infecção ou ao uso de tecnologias biomédicas, mas que entenda como diferentes questões atravessam a infecção pelo vírus HIV. Além disso, argumento a favor de uma mudança radical nas práticas moralistas que permeiam esse campo e defendo a necessidade urgente de uma ética guiada pela responsabilidade recíproca e pelo respeito às diversidades corporais, de gênero, raciais e sexuais.

Comprimidos e injeções, preservativos, testes rápidos e outras tecnologias preventivas, tão centrais à rede de cuidados médicos, não devem ser pensados como elementos estáveis, “purificados”, mas como processos relacionais que dependem dos diversos elementos que constituem as redes necessárias para sua efetivação. Parafraseando Danziger (1996), não há dúvidas que o cuidado, em suas diferentes formas, deve ser providenciado para os sujeitos afetados pela epidemia. Talvez o melhor caminho para promovê-lo seja modificando os termos do debate, de uma visão individualista para uma visão coletiva, que não ignore a singularidade de cada pessoa. Isso é o que este trabalho propõe.

Bom, vamos lá. É muito difícil localizar o momento exato onde os discursos, as imagens e representações do HIV e da aids começaram a produzir efeitos em mim. Penso que tenha sido desde muito cedo. A minha única certeza a respeito disso, é que essa relação não começou de modo tão óbvio. Talvez ela tenha começado no momento da escolha do meu enxoval de bebê, repleto de roupas na cor azul. Azul foi a cor escolhida para anunciar que minha mãe daria à luz a um menino. Um menino que ela e os meus tios maternos queriam que fosse heterossexual, que se casaria com uma moça de família e que teria filhos também heterossexuais. Ou eu poderia começar esta seção, afirmando que minha relação com esta pesquisa começou a partir das minhas primeiras

experiências sexuais com meninos. Todavia, resolvi descrever essa relação de um modo mais óbvio. A partir da “descoberta” da minha sexualidade como homem cis *gay*.

Considero que comecei a sair do armário aos vinte e dois anos, era o final de 2006. Ainda hoje, enquanto escrevo este capítulo, consigo lembrar o momento exato em que um antigo vizinho contou para minha avó materna que havia me visto em uma festa de GLS²³ — acrônimo de *Gays Lésbicas e Simpatizantes* —, em Marabá, uma cidade do interior do estado do Pará. Marabá é a cidade onde nasci e vivi até os meus dezessete anos. Nasci no dia 3 de outubro de 1985, no Hospital Municipal, onde me atribuíram o sexo masculino por eu ter nascido com um pênis. Também vivi em Marabá entre os anos de 2006 e 2012, após ter morado em uma pequena cidade do interior. Além de contar para minha vó que me viu na festa, o rapaz também contou que me viu beijando alguns rapazes.

Por conta disso, uma avalanche de conflitos familiares começou. Diante dos conflitos, eu precisei ir embora de casa. Fui morar em Pelotas, no interior do RS, para me casar com um rapaz. Antes disso, como mencionei acima, eu já havia saído de casa uma vez. O motivo de sair de casa pela primeira vez foi porque parei de frequentar a igreja. Ah! Acabei me esquecendo de mencionar esse detalhe: quase toda a minha família frequenta igrejas de tradição evangélica.

Diante do flagrante do meu vizinho, eu até poderia dizer que fui arrancado do armário. No entanto, não sei se devo considerar dessa maneira, pois, naquela época, muitas pessoas da cidade já sabiam que eu gostava de me relacionar com outros rapazes. Portanto, isso já não era mais um segredo, mas eu pensava o contrário. Eu não me identificava publicamente como *gay*, não me compreendia e nem queria ser reconhecido dessa maneira. Naquele primeiro momento, eu tive muito medo de “me assumir”. Na verdade, penso que eu tinha medo mesmo era dos efeitos de ter que assumir isso publicamente. Além disso, desde muito cedo fui chamado de bicha, bichinha, “viado” e/ou “viadinho”, de forma pejorativa. Sofri agressões físicas por causa disso, inclusive. E isso provavelmente aconteceu porque durante toda minha infância e no início da adolescência, tive trejeitos considerados femininos. Eu gostava de brincadeiras consideradas de meninas e sempre preferia a companhia delas. Eu era alvo de piadas e violências constantemente por causa disso.

Fui inserido em uma igreja de tradição evangélica quando era criança, eu tinha por volta dos oito anos, era o ano da copa de 1994. Parei de frequentar a igreja, quando completei dezoito. Aos dezoito anos, eu não concordava mais com muitas das coisas que ouvia na igreja. Nessa mesma época, consegui o meu primeiro emprego com

²³ A sigla GLS foi utilizada na década de 1990 e início dos anos 2000 no Brasil para definir espaços, produtos e serviços locais destinados ao público LGBTQIA +.

carteira assinada e, conseqüentemente, certa independência financeira. Considero que foi a partir desse momento que as imagens e representações do HIV e da aids começaram a produzir efeitos mais óbvios em mim. E justamente por conta disso, de algum modo, eu acreditava que me manter no armário seria uma forma de escapar desses efeitos. Pois é, o armário tem dessas. Ele se constitui por um conjunto de normas nem sempre explícitas, mas que tornam os espaços públicos sinônimo de heterossexualidade. Enquanto as pessoas do mesmo gênero/sexo têm os seus desejos enxotados para o privado (MISKOLCI, 2009).

Lembro-me que foi na igreja onde aprendi a associar a homossexualidade à aids, como causa e efeito. Também aprendi que certas posições e práticas sexuais eram erradas, enquanto outras eram consideradas corretas e aceitáveis. O sexo anal era intrinsecamente associado à homossexualidade e era proibido nas relações heterossexuais. Aliás, o sexo era uma prática considerada só para depois do casamento. Perdi as contas das vezes em que ouvi, na igreja, que *gays* são pessoas promíscuas, pecadoras, e que sua intenção é acabar com o modelo de família compreendido pela igreja como o correto: heterossexual, monogâmico e para fins de reprodução.

“A aids é uma doença de *gays*”, dizia a maioria das pessoas que frequentava a igreja, nas sessões abertas ao público. Isso foi dito diversas vezes. Conforme essas narrativas, a aids era o preço que um “homem” pagaria (ou que deveria pagar) caso escolhesse levar uma vida de pecado. Um exemplo disto que estou falando, ocorreu no caso da pastora e líder do grupo musical Diante do Trono, Ana Paula Valadão que, em um culto transmitido pela Igreja Batista da Lagoinha de Belo Horizonte, Minas Gerais — MG, em 2016, mencionou que “as relações homoafetivas não são normais, a aids está aí para mostrar que a união sexual entre dois homens causa uma enfermidade que leva à morte”.

Decidi citar o exemplo dessa cantora, porque as músicas e as ministrações do grupo musical que lidera faziam parte dos eventos da igreja que eu frequentava. O discurso de Valadão era geralmente reproduzido sendo associado à supervalorização da representação de uma masculinidade alinhada à heterossexualidade e à monogamia, reforçada por códigos normativos de reconhecimento visual, como usar calça social, paletó, gravata, e outras roupas consideradas “roupas de homem temente a deus”.

Na minha adolescência, no ensino médio da escola, conheci o conceito de grupo de risco. Este é um termo utilizado pelos campos da epidemiologia e da medicina até os dias atuais para se referir a certos grupos de indivíduos caracterizados como mais propensos à infecção pelo HIV. O conceito foi elaborado nos Estados Unidos em 1982, no mesmo ano da “descoberta” do HIV, foi reconhecido a partir do “5H”: hemofílicos,

homossexuais, haitianos, heroinômanos e hookers (Kenneth Rochel de Camargo Júnior, 1994). A esses grupos se aproximou a produção de uma representação social do doente, “a do aidético, sujeito infectado pelo vírus, cujo corpo oferece perigo e deve ser midiaticizado” (Rosana de Lima SOARES, 2001).

Algumas décadas depois, o conceito de grupo de risco, no campo do HIV/aids, foi caindo em desuso. O conceito foi reformulado, pois algumas de suas leituras provocam estigmas, preconceito e discriminação contra os sujeitos considerados de segmentos populacionais estatisticamente mais afetados pela epidemia. Lembro-me que na escola, também havia a noção de que a aids afeta apenas pessoas homossexuais, e nessa caixa eram incluídas mulheres trans e *gays*. O uso do termo grupo de risco reforçava essa ideia.

Um exemplo do que Soares (2001) aponta em seu trabalho, é a matéria de capa de uma edição de 1989 da revista *Veja*. Trata-se de uma matéria sobre Agenor de Miranda Araújo Neto, o Cazuzu. Na época, o cantor estava doente em decorrência da aids. A matéria em questão recebeu o título “Cazuzu — uma vítima da Aids agoniza em praça pública”. Na capa da revista, havia uma foto do cantor que, na época, estava pesando cerca de quarenta quilos. Apesar da edição da revista ter sido lançada quando eu tinha apenas quatro anos, alguns efeitos daquela matéria ainda eram sentidos, mesmo após onze anos da sua publicação.

Foi no ano de 2000 que conheci a matéria sobre Cazuzu. Naquela época, no contexto em que eu vivia ter HIV era o mesmo que ter aids. E ter aids, era compreendido como uma sentença de morte. Mesmo com o surgimento de tratamentos eficazes com a *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART)²⁴ — cuja tradução para o português é Terapia Antirretroviral Altamente Potente — em 1995, a aids ainda era compreendida como sinônimo de morte. Quando vi a revista pela primeira vez, senti certa angústia e não consegui ler toda a matéria. Eu desejava outros homens. O discurso implícito na matéria dizia que a condição em que o cantor estava era o destino de qualquer homem cis *gay*.

Antes de conhecer todas essas representações sobre a aids, eu havia me relacionado sexualmente com alguns garotos. A maioria das vezes, em segredo. Talvez, por conta disso, não havia sentimentos de culpa e medo. Foi depois que aprendi a entender o desejo sexual entre homens de maneira homofóbica e sorofóbica²⁵, que essas

²⁴ Conforme José Manuel Sanches e colegas (2003), a HAART se trata da combinação de três ou mais ARV, potencializando a inibição viral e a melhora do quadro clínico das pessoas que vivem com HIV.

²⁵ Segundo Evandro Alves Barbosa Filho e Ana Cristina de Souza Vieira (2020, p. 135), a sorofobia pode ser entendida como “o conjunto de crenças irracionais, discriminatórias e medos infundados sobre o HIV/Aids que resultam em episódios de violência institucional, física, psicológica e políticas”. Ainda

emoções se tornaram frequentes nas minhas práticas sexuais com outros homens. Culpa, medo e vergonha são sentimentos que acompanharam minhas experiências sexuais até pouco tempo atrás. Diante de tudo isso, posso dizer que minha escolha pelo tema do HIV e aids está implicada na minha própria existência como homem cis *gay*, na minha relação com o vírus e com a aids, ou com o que falavam deles. As leituras, materialidades e diferentes representações da aids tiveram um caráter decisório na produção da minha sexualidade e subjetividade, provocaram inúmeras violências no meu corpo e na minha identidade política.

3.2 O dispositivo da Aids: uma rede de materialidades e saberes em torno do HIV

O dispositivo da AIDS não parece dirigir-se (pelo menos da ótica progressista) tanto à extirpação dos atos homossexuais, mas à redistribuição e controle dos corpos perversos (Néstor PERLONGHER, p. 76, 1987).

No Brasil, o campo de produção de conhecimento sobre o HIV e a aids pode ser compreendido como as respostas coletivas produzidas articuladamente entre sociedade civil, governo e universidade (Richard PARKER, 1997; Cristina CÂMARA, 2002). Desde as primeiras notificações de casos de sarcoma de kaposi e de pneumonia provocada pelo fungo *pneumocystis carinii*, em homens jovens homossexuais – considerados os primeiros casos de aids nos Estados Unidos (EUA), no final da década de 1970 – é evidente o grande esforço coletivo na produção de saberes nesse campo. Seja na tentativa inicial de produzir uma associação entre a aids e a ideia de um “câncer *gay*”; nas disputas em torno da etiologia da aids, que acabaram alcançando a “descoberta” do HIV; ou nas controvérsias envolvendo o tratamento e a prevenção, a partir da utilização dos ARV, o caráter coletivo da produção de saberes sobre os objetos desse campo não pode ser negado.

De acordo com Foucault (2010), o saber é uma forma de poder. O autor argumenta que o saber especializado sobre o que é “normal” ou “anormal” é a principal forma de poder nas sociedades modernas. Nesse sentido, Pelúcio e Miskolci (2009), inspirados pelo trabalho foucaultiano, problematizam a visão contemporânea dominante sobre a sexualidade constituída desde o surgimento da epidemia do HIV-aids, contrapondo-lhe o que chamam “discursos contra-hegemônicos”. Por saber hegemônico no campo do HIV/aids este trabalho entende o que Ewald François (1995) argumenta, como certa racionalidade que, ao ser tomada como figura de poder, funciona como um

segundo o autor e a autora, a sorofobia acontece não apenas contra as pessoas que vivem com HIV/Aids, mas também contra grupos sociais considerados em contextos de vulnerabilidade à epidemia.

mecanismo de exclusão e dominação, na medida em que produz verdades totalizantes, vistas como universais, eternas, permanentes e ahistóricas.

Pelúcio e Miskolci (2009) argumentam que, desde o começo da década de 1980, com a emergência da aids, é possível observarmos profundas mudanças nos modos como a sexualidade tem sido pensada e também materializada. Diferentes comportamentos têm surgido, em uma clara ênfase epidemiológica e nos saberes e tecnologias da área da biomedicina, permitindo o reforço do que seria considerado “normal”, verdadeiro ou saudável sobre a sexualidade.

Nos espaços de discussão sobre prevenção, que também constituíram o campo desta pesquisa, observei pedagogias sexuais que sofrem forte influência de alguns saberes produzidos pela biomedicina, epidemiologia e por certa ciência do comportamento sexual. Apesar de não entender esse movimento como algo negativo, certas generalizações a respeito das estatísticas epidemiológicas, das tecnologias biomédicas e os sentidos que elas ganham, assim como os efeitos que têm produzido no campo da experiência subjetiva, me causam certa preocupação.

Por esse ângulo, é possível uma aproximação da ideia da sexualidade como um dispositivo histórico (FOUCAULT, 1988). Segundo Foucault, as sexualidades são constituídas por sistemas complexos de comunicação e reprodução da vida, construtos históricos, artefatos sociais que podem ser aprendidos. Ao propor a sexualidade como um dispositivo, Foucault (1988) argumenta no sentido de que ela pode ser pensada como uma invenção social, na medida em que é constituída através da história a partir de múltiplos discursos sobre o sexo. Discursos que moldam, instituem saberes e constroem verdades. Desse modo, os modos como os sujeitos pensam, praticam, materializam e exercem o sexo como prática e a sexualidade não são os mesmos de antes da epidemia do HIV/aids, sendo moldados pelo dispositivo da sexualidade (PELÚCIO e MISKOLCI, 2009).

Em uma entrevista dada em 1979, Foucault discorre sobre a noção de dispositivo como “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, filantrópicas e morais” (p. 244). Em suma, Foucault (1979) sugere que, o dito, ou seja, o discursivo, assim como o não dito (artefatos, objetos, práticas) são elementos do dispositivo. Nesse sentido, o autor conceitua o dispositivo como a rede que se pode estabelecer entre diferentes elementos, que respondem sempre a urgências históricas e que tem uma função estratégica dominante que permite justificar ou mascarar certas práticas e saberes como verdadeiros (FOUCAULT, 1979).

Para Foucault (2008) “jogos de verdade” constituem a rede discursiva acerca dos objetos científicos e das coisas. Como discurso, este trabalho entende conforme o autor aponta em seu trabalho, como:

Um conjunto de enunciados, na medida em que se apoiem na mesma formação discursiva; ele não forma uma unidade retórica ou formal, indefinidamente repetível e cujo aparecimento ou utilização poderíamos assinalar (e explicar, se for o caso) na história; é constituído de um número limitado de enunciados para os quais podemos definir um conjunto de condições de existência. O discurso, assim entendido, não é uma forma ideal e intemporal que teria, além do mais, uma história; o problema não consiste em saber como e por que ele pôde emergir e tomar corpo num determinado ponto do tempo; é, de parte a parte, histórico - fragmento de história, unidade e descontinuidade na própria história, que coloca o problema de seus próprios limites, de seus cortes, de suas transformações, dos modos específicos de sua temporalidade, e não de seu surgimento abrupto em meio às complicitades do tempo. (FOUCAULT, 2008, p. 132-133)

Perderíamos de vista os elementos humanos e não humanos que constituem o campo de produção de saberes sobre o HIV e a aids, sendo alguns deles, boletins epidemiológicos e guias de recomendações, manuais, portarias, protocolos, resoluções, sumários executivos, tecnologias biomédicas, retrovírus, operadores de saúde, pessoas que vivem com HIV, sujeitos de grupos epidemiológicos, pessoas que usam antirretrovirais, ativistas, dentre outros. Pode não parecer, mas todos esses elementos se mantêm em constante processo de articulação e tensão, na produção de “verdades” sobre o HIV/aids e as sexualidades.

Latour (1994), ao se referir ao caráter articulatório desses diversos agentes na produção de conhecimento, deu o nome de *Actor Network Theory* (ANT), um acrônimo que recebe o significado de formiga. Para o autor, os pesquisadores e as pesquisadoras que assumem a postura da ANT devem mover-se por redes condutoras pelas quais humanos e não humanos se associam, escapando da tentação de “pegar carona” em interpretações generalizantes sobre os fatos/artefatos científicos. Ainda, ao se referir ao caráter articulatório dos diversos agentes na produção e difusão de conhecimentos, Latour (1994) chama esse método processual de rede sociotécnica.

Desse modo, o presente trabalho assume tal postura defendida por Latour (1994), na medida em que, ao seguir suas orientações, não propõe a priorização de um objeto desta investigação sobre os outros, mas a articulação dos mesmos frente a uma possível compreensão das formas como se conectam ou como são conectados. A recomendação de Latour é que, como pesquisador/a, é preciso seguir os “atores” em rede. Por esse motivo, ele utiliza a metáfora da formiga. Deixo para apresentar essa abordagem de forma mais aprofundada na seção teórico-metodológica deste trabalho.

Ao apresentar tais conceitos, busco realizar aproximações entre as propostas foucaultianas e latourianas, autores que foram fundamentais para a construção desta

dissertação. Os dois autores, cada um à sua maneira, propõem a desnaturalização da produção do conhecimento na chamada modernidade. Foucault (2010) argumenta que as formas de racionalidade presentes na produção do saber, nas modalidades de governo e nas técnicas de poder, não esgotam a razão, pois outras formas de racionalidade emergem e se constituem. Latour (1994), por sua vez e de forma parecida, com a formulação do conceito chamado “híbridos”, nos mostra que, ao invés de uma razão “purificada”, ou seja, livre dos elementos e das controvérsias que a constitui, o que se tem é a mistura de humanos e não humanos. Desse modo, Latour (1994) questiona as bases epistemológicas advindas da tradição científica moderna, problematizando a centralidade dada ao ser humano como foco e origem do conhecimento.

Entre as contribuições de Foucault e Latour, também é possível demarcar a produção de um tensionamento entre ciência e política, pois os autores articulam a produção do conhecimento à produção de modos de vida. Eles utilizam estratégias diferentes – de um lado Latour nos apresenta o estudo da ciência em ação, do outro, Foucault expõe uma arqueogenealogia dos saberes. Ao serem articulados, os pensamentos dos autores convergem para um objetivo comum que pode ser lido como a problematização da objetividade científica que se baseia numa suposta neutralidade e no universalismo dos discursos hegemônicos que buscam “estabilizar” os objetos científicos e as coisas. No caso desta pesquisa, a articulação dos pensamentos dos autores é útil para a problematização dos discursos universalizantes sobre o HIV e a aids, o sexo e as sexualidades e o cuidado.

Desse modo, as contribuições teóricas dos autores foram fundamentais no meu processo de reflexão sobre os modos como diferentes elementos — “entidades” que produzem efeitos na constituição de uma rede de associações, humanos e não humanos — têm se articulado na produção de saberes sobre esses temas. Para além de constituírem as redes discursivo-materiais traçadas nesta pesquisa, considera-se que tais elementos atuam na produção de subjetividades, corpos, práticas e identidades sexuais e do cuidado. Toma-se, portanto, a PrEP e os demais elementos apresentados na presente investigação como elementos que integram redes. Uma dessas redes é o dispositivo da aids.

No Brasil, um dos principais trabalhos que trazem à tona a noção de dispositivo para refletir sobre as práticas discursivas acerca da aids e os modos como elas têm produzido subjetividades, é o trabalho do antropólogo e poeta argentino Néstor Osvaldo Perlongher (1985, 1987). Ao recorrer às contribuições de Foucault, o autor faz notar, em seu breve texto “O que é AIDS”, que a aids deve ser lida como um dispositivo justamente por ser capaz de produzir formas específicas de subjetividade de acordo com

estratégias políticas e determinadas urgências históricas. Ainda, de acordo com o autor, em seu texto anterior de título “Disciplinar os poros e as paixões” (PERLONGHER, 1985, p. 35), foi nos anos iniciais da epidemia que “a aids excedeu o sofrimento privado das suas vítimas para se converter num dispositivo de moralização que busca reordenar os corpos e suas paixões”.

No contexto em que viveu, Perlongher (1985) demonstrou bastante preocupação com certa resposta disfarçada de “combate à AIDS”, através da qual se buscava estabelecer uma nova ordem sexual, na qual a homossexualidade pudesse ser tolerada ao preço da sua disciplina e autocontrole. Conforme o autor observa, o dispositivo da aids não parece propor a eliminação dos atos homossexuais, mas sim uma redistribuição e controle dos “corpos perversos” (PERLONGHER, 1987, p. 76). Por “corpos perversos” entende-se sujeitos que são dissidentes da lógica hegemônica da monogamia, da heterossexualidade e/ou da cisgeneridade. Pensando por esse ângulo, de quais modos a PrEP é atuada? Quais os sentidos a tecnologia ganha nessa “maquinaria”? Ela pode ser lida como veículo para subversão das lógicas normativas sobre o sexo e as sexualidades? Ou ela tem servido para reproduzir essas mesmas lógicas? Esses são alguns dos questionamentos que me causaram certa angústia e receio durante a produção desta dissertação.

Seguindo a linha de pensamento de Perlongher, Pelúcio e Miskolci (2009) argumentam que a epidemia de HIV-aids permitiu o reforço da norma heterossexual, na medida em que a heterossexualidade serviu como modelo para a patologização das sexualidades que dela divergem. Ao tratarem do discurso preventivo no campo do HIV/aids como o componente principal do dispositivo da aids, a autora e o autor o circunscreve não apenas à prevenção da aids, mas como um conjunto de normas, parâmetros e diretrizes que atravessam a visão médica, pautando condutas para as pessoas evitarem agravos à saúde. Esta dissertação busca tensionar os diferentes discursos que atuam nos modos como diferentes tecnologias biomédicas são manejadas e como elas têm produzido o cuidado, corpos e subjetividades.

Desse modo, ao fazer uma leitura da aids como um dispositivo, ou seja, como uma rede que aglomera atores de ordem heterogênea e temporalidades que operam na produção de sensações e afetos, saberes e sujeitos, foi possível chegar ao que considero ser o “veículo” que me conduziu nas análises desta dissertação, o ponto de partida para esta pesquisa: os ARV utilizados na prevenção. Trato aqui mais especificamente do caso dos ARV materializados como PrEP.

Ao pensar a PrEP como ponto de partida para as análises deste trabalho, não pretendo tratá-la com priorização, mas sim como um ator não humano, um elemento do

dispositivo que deve ser levado em conta. A sua materialidade importa! As diferentes formas como tal tecnologia é materializada dizem algo sobre o cuidado no contexto da prevenção, a produção dos saberes hegemônicos, os jogos de poder que produzem corpos e sujeitos. A profilaxia também parece apontar para estratégias de subversão das lógicas normativas referentes à sexualidade.

Antes de passar para a próxima seção, preciso mencionar que a PrEP não será tratada como panaceia. Por mais que eu considere as narrativas que a veem como um avanço da ciência biomédica, não a considero como ponto de chegada para um momento mais feliz da história da aids. A proposta do presente trabalho é problematizar os modos como essa tecnologia tem sido pensada/utilizada, as controvérsias envolvidas, as perguntas que não têm sido feitas sobre ela, ou que não têm sido respondidas, para então, a partir das performatividades da tecnologia, refletir sobre o cuidado no contexto da prevenção. Esta pesquisa privilegia a produção de questionamentos críticos, e, por que não, de incertezas sobre a tecnologia. Tal postura de estranhamento é estratégica, na medida em que me gerou incômodo quando observei que, enquanto usuário da profilaxia, algo sobre ela me fazia achá-la tão familiar que nada mais precisava de cuidado. Ou seja, defendo que cuidar pressupõe estranhar, não se conformar com as coisas como dadas à priori.

3.3 Você é *gay*, precisa se cuidar!

Considero que o processo de me compreender como um homem *gay* começou quando eu tinha vinte e um anos, em 2006. Antes disso, eu sentia atração sexual por homens, mas me relacionava apenas com mulheres e me considerava heterossexual. No período em que me compreendi como hétero, usar o preservativo não foi uma questão com que me preocupei, nas minhas práticas sexuais. Eu não carregava preservativos na minha carteira ou no bolso da calça, como fazia quando passei a me compreender como *gay*. Também não fazia parte da minha rotina fazer testagem para o HIV. Quando eu me relacionava sexualmente com mulheres, a minha única preocupação era que as minhas parceiras precisavam utilizar a pílula anticoncepcional para evitar uma gravidez indesejada.

Antes de continuar descrevendo minhas experiências frente ao gerenciamento do risco de infecção pelo HIV, preciso dizer que o que está em jogo nessa dissertação não se trata de uma tentativa de dar centralidade às intervenções biomédicas. Penso que para um cuidado efetivo e responsável na prevenção e no tratamento do HIV e da aids a oferta dessas tecnologias é fundamental para a manutenção da vida e para a garantia de direitos humanos. No entanto, também considero que Testes Rápidos (TR) para o HIV,

ARV, preservativos e outras estratégias consideradas biomédicas, tão centrais à rede de cuidados médicos, não devem ser pensadas como entidades purificadas de controvérsias ou isoladas de questões políticas e de questões complexas, como as relacionadas às questões de classe, gênero, sexualidade e raça.

O que busco tornar relevante nos meus relatos é que apenas depois que passei a me compreender como *gay* que práticas consideradas como “sexo seguro” passaram a ser uma questão. E tal concepção tem se pautado em um constante diálogo com a produção de conhecimentos biomédicos. Outro ponto que procuro considerar, diz respeito aos deslocamentos entre materialidade e representação, no processo em que minhas práticas sexuais passaram a ser mediadas por tecnologias do campo da epidemiologia e da biomedicina, como buscarei descrever a seguir.

Era uma tarde de verão, quase final de 2016. Fazia bastante calor em Pelotas, interior do Rio Grande do Sul – RS. Eu havia acabado de almoçar. Estava saindo do Restaurante Universitário da UFPel, no centro da cidade, quando recebi a ligação de um amigo. Ele estava aflito. Com a voz trêmula, me contou que o teste de HIV que havia feito deu resultado positivo. Ele também me disse que ligou para me contar que “sabia de quem pegou o HIV”. Segundo ele, havia sido de um rapaz que eu já havia me relacionado sexualmente algumas vezes. Depois de me contar isso, ele seguiu falando sobre o tratamento que iria começar naquele mesmo dia. Explicou-me brevemente sobre os “coquetéis para o HIV”. Mas eu não consegui continuar prestando atenção ao que ele dizia. Só me lembro de lhe dizer que eu precisava ir fazer o teste. Em seguida, desliguei a ligação.

Enquanto meu amigo me contava sobre sua suspeita, lembrei que eu havia feito sexo sem preservativo com o rapaz mencionado na ligação. No mesmo momento, entrei em desespero. Por um instante, fiquei sem saber o que fazer. Bastante nervoso, liguei para uma amiga. Contei para ela que eu estava com muito medo de estar com HIV e que precisava da companhia dela para ir até uma unidade de saúde para realizar o teste. Alguns minutos após a ligação, estávamos na sala de espera de um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) que ficava próximo ao restaurante em que eu havia acabado de almoçar.

No CTA, depois de passar pelo atendimento inicial, precisei responder algumas perguntas sobre as minhas práticas sexuais, feitas por uma profissional de saúde. Antes de começar as perguntas a profissional se apresentou, disse o seu nome e que era uma das enfermeiras do serviço. Ela me perguntou o motivo de ir fazer o teste. Eu estava bastante nervoso. Contei-lhe que fiz sexo sem preservativo com um rapaz que eu não sabia qual era a sua sorologia para o HIV, mas que haviam me dito que ele era

soropositivo. Em seguida, ela me perguntou se sou *gay* e eu lhe disse que sim. Depois de responder as perguntas, a enfermeira me pediu para esperar, pois iria começar a coleta do sangue para os testes.

Depois de alguns minutos, a enfermeira começou a organizar os equipamentos em uma pequena mesa. Perguntei-lhe se a minha amiga poderia me acompanhar durante a coleta do sangue e ela me respondeu que não. Em seguida, ela começou o procedimento. Para realizar os testes, foi necessário coletar um pouco mais que uma gota de sangue através de um procedimento chamado punção da polpa digital, um tipo de agulha que pode ser dada no dedo indicador, médio ou anelar. A enfermeira me pediu para escolher o dedo de uma das mãos. Escolhi o anelar da mão direita. Lembro-me que as minhas mãos tremiam bastante. O procedimento foi rápido e indolor. Ele foi realizado com o auxílio de um instrumento chamado lanceta e a amostra de sangue foi aspirada em um tubo de plástico descartável. Depois, as amostras do sangue foram diluídas em algumas soluções, em pequenos suportes, para investigar se havia nele anticorpos do HIV, hepatites B e C e sífilis.

Após realizar a coleta do sangue, a enfermeira me explicou como seria feita a interpretação dos testes. Em seguida, ela me pediu para retornar à sala de espera para aguardar até que os resultados saíssem. Então retornei para a sala e fiquei aguardando ser chamado. Lembro-me que havia dois rapazes sentados próximos de mim, do meu lado esquerdo. Eles também aguardavam os resultados dos testes que haviam realizado. Conversavam discretamente, demonstrando certa apreensão. Sentada do meu lado direito, segurando uma das minhas mãos, estava a minha amiga.

A cena que descrevo a seguir denunciava o meu nervosismo. Eu pressionava o dedo polegar da minha mão esquerda contra as minhas bochechas enquanto mordía a parte interna delas. Reajo dessa maneira quando estou em alguma situação estressante. Embora eu tenha feito a coleta de sangue para investigar três IST, naquele momento o único resultado que me preocupava era o do teste de HIV.

Como citado anteriormente, passei a me testar para HIV depois que me compreendi como *gay*. Mas, na verdade, isso raramente acontecia. Até o dia da experiência que estou narrando, eu havia feito no máximo três testagens para o HIV e outras IST. Eu sempre me sentia desconfortável nos serviços. Achava que era um momento hostil, onde julgamentos morais costumavam ocorrer. Também sentia muito receio de ser visto nesse tipo de serviço de saúde por alguma pessoa conhecida. Era muito comum ouvir comentários depreciativos sobre as pessoas que costumam frequentar unidades de saúde que oferecem esse tipo de serviço.

Não demorou muito tempo entre a coleta do sangue e a revelação dos resultados dos testes, foi algo em torno de trinta minutos. Mas pareceram horas. Logo depois que os dois rapazes que estavam ao meu lado foram embora, sussurrei no ouvido de minha amiga que a enfermeira deixou para chamar o nome de quem deu positivo para o HIV por último, só podia ser esse o motivo de tanta demora. Com um leve sorriso no canto da boca, minha amiga retrucou: “acalme-se, dará tudo certo”. Em seguida, ela apertou a minha mão. Naquele momento, as paredes internas das minhas bochechas estavam sangrando de tanto que eu mordia.

Logo depois, a enfermeira anunciou o meu nome, enquanto segurava os laudos dos testes. No mesmo instante, soltei a mão da minha amiga. Levantei-me rapidamente da cadeira e fui em direção à enfermeira. Ao me aproximar dela, repeti o meu nome e ela confirmou, balançando a cabeça que sim. Ela me pediu para entrar na sala onde a coleta de sangue havia sido realizada. Ao entrar, dei alguns passos até o centro da sala e fiquei parado, em pé. “Sente-se”, ela disse. Eu respondi que não, não era preciso. Por alguns segundos, fiquei inerte. Eu só conseguia olhar para o laudo dos testes nas mãos da enfermeira. De repente, ela já estava do outro lado de uma mesa. Foi quando ela percebeu o meu nervosismo e me perguntou se eu estava bem. Respondi-lhe que sim. Ela pediu então para eu me aproximar da mesa, pois naquele momento ela queria mostrar os instrumentos dos testes para fazer a interpretação dos resultados.

Eu me aproximei, mas, no fundo, no fundo, eu queria correr para bem longe dali. Eu estava com muito medo do resultado do teste de HIV dar positivo. A minha atenção, que estava no laudo com os resultados, foi para os dispositivos dos testes (pequenas placas de plástico com cavidades onde as amostras do meu sangue e as soluções com os reagentes foram misturados, com pequenas telas de leitura dos resultados). Como eu nunca havia feito teste rápido para o HIV, sempre realizei coleta de laboratório, o dispositivo do teste era um objeto estranho. Olhei para eles em cima da mesa e pensei que a enfermeira os havia colocado propositalmente devido ao resultado positivo. Então a enfermeira começou a explicar os resultados. Ela me disse: “ok, Uelquer. Vamos lá”. Em seguida, ela franziu a testa, olhou para os resultados e continuou: “bom, sífilis deu não reagente, hepatite B e hepatite C também. O HIV também deu negativo. Parabéns deu tudo negativo”. Dei um longo suspiro depois disso e com as mãos sobre o meu peito, eu sussurrei: graças a deus! Automaticamente, pensei: nunca mais transo sem camisinha!

Ao perceber o meu alívio com os resultados negativos, a enfermeira me falou que “agora é só você se cuidar né. Você é gay, mocinho, precisa se cuidar pra não passar por tudo isso de novo. Tem que usar a camisinha, viu? Ah! É bom você voltar

aqui depois de 30 dias pra fazer outro teste, por causa da janela imunológica”. Ao se referir à janela imunológica, a enfermeira quis dizer sobre o intervalo de tempo entre o começo da infecção pelo vírus e a identificação de um marcador do HIV (antígeno, anticorpo ou genoma viral) pelos testes laboratoriais. Conforme o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em adultos e crianças (BRASIL, 2017), esse período pode variar, dependendo da reação do organismo de cada pessoa frente à infecção e do tipo de teste realizado.

No momento do atendimento, não me dei conta do moralismo da profissional de saúde. Eu precisava me cuidar porque sou *gay*? Não me lembro de ter escutado isso quando era hétero. Também não me dei conta de que eu não estava sendo bem acolhido pelo serviço. Se no primeiro momento do atendimento, eu estava nervoso demais para estranhar o que estava acontecendo ali, no final dele, eu estava saltando de felicidade com o resultado negativo e queria apenas me ver bem longe dali. Acabei nem prestando atenção ao que a enfermeira me disse no final. O que mais me importou naquele momento, foi o resultado negativo materializado em um traço colorido no dispositivo de teste rápido chamado “controle”. Um TR possui as letras T e C, referenciando, respectivamente, “teste” e “controle”, na janela de leitura. Caso a coloração atinja apenas a linha de controle, o resultado é negativo. Se ela atingir as duas linhas, o resultado é interpretado como positivo. Depois que os resultados saíram, eu senti como se tivesse recebido uma nova oportunidade. Peguei o laudo com os resultados e saí bem faceiro do CTA com minha amiga.

Na saída do CTA, ao irmos para o ponto de ônibus, falei para minha amiga que a partir daquele momento eu iria me cuidar mais, que não iria mais fazer sexo sem preservativo. Quanto a isso, ela me disse: “Mas você não gosta de fazer sexo sem a camisinha?”. E eu lhe respondi que sim. Na maior parte das vezes prefiro dessa maneira, mas que depende do contexto. S continuou: “bom, então você vai deixar de fazer algo que gosta e que te faz bem por medo? Será que não existem outras maneiras de você pensar sobre essa questão?”. Então ficamos em silêncio. Eu não sabia o que responder. Foi quando percebi que o ônibus que passava pelo bairro onde eu morava estava se aproximando do ponto de parada. Despedi-me, dei-lhe um beijo no rosto, e disse que depois continuaríamos a conversa.

Não tenho como intenção, com esse relato, produzir uma narrativa de caça às bruxas aos profissionais de saúde dessa área do cuidado, longe disso. Descrevo essa experiência, para lançar alguns questionamentos que penso serem perguntas norteadoras, que funcionam como veículos de condução para a produção dessa dissertação. Como assim, eu precisava me cuidar? Eu não estava me cuidando? Não

usar o preservativo é ser descuidado? Ou eu não estava me cuidando por que transei com alguém que eu não sabia qual era a sorologia para o HIV? Não me julgaram dessa maneira quando transava com mulheres sem o preservativo. Afinal de contas, o que me levou a pensar que por me relacionar sexualmente com homens eu precisava de cuidado (associado apenas ao uso de tecnologias biomédicas), mas quando me compreendia como hétero essa nunca foi uma questão?

Depois da experiência naquele CTA, por certo tempo minhas práticas sexuais continuaram sendo atravessadas pelo medo. Senti-me culpado, na maior parte das vezes em que fiz sexo anal com outros homens sem usar o preservativo. E, mesmo quando utilizava o preservativo, ficava receoso, pois ouvia relatos de que eles poderiam romper durante o sexo. Depois que passaram os trinta dias, eu não retornei ao serviço de testagem, como a enfermeira havia orientado. Até que, se passaram dois anos, conheci a PrEP, no final de 2018. Novas materialidades e sentidos foram incorporadas ao contexto da prevenção à infecção pelo HIV. A divisão entre sexo e medo começou a ser uma realidade.

4 TERCEIRA SEÇÃO: A REDE EXPERIMENTAL-FÁRMACO-SEXUAL

4.1 Como se faz um ensaio clínico?

Nesta seção, realizo a descrição do que nomeio inspirado na TAR, de Rede Experimental-Fármaco-Sexual. Descrevo a minha participação no ensaio clínico internacional da PrEP injetável realizado em Porto Alegre, as práticas e os métodos nele utilizados. Tal caminho é constituído por uma rede medicamente mediada no acesso ao cuidado como prevenção à infecção pelo HIV. Ao descrever o contexto específico de uma pesquisa clínica, destaco o acesso à tecnologia biomédica, mediado pelos enunciados biomédicos e epidemiológicos, considerando alguns efeitos no meu corpo, subjetividade e práticas sexuais. Nesse percurso, a partir das diferentes performances da PrEP e do tensionamento de diferentes atores dessa rede, sigo propondo reflexões acerca do cuidado nas práticas realizadas no contexto da prevenção à infecção pelo HIV.

Posso dizer que a minha relação com a PrEP começou quando avistei dois cartazes em uma parede do Instituto de Psicologia (IP), no Campus da Saúde da UFRGS. Era um dos meus primeiros dias de aula no mestrado, quase no final de 2018. Eu havia acabado de me mudar para Porto Alegre. Lembro-me até hoje do conteúdo dos cartazes que, com certo tom de promessa, tratava acerca de uma nova estratégia de prevenção ao HIV/AIDS. Tal promessa me despertou bastante interesse, pois sugeria certa autonomia e o fim do medo de contrair o HIV nas minhas práticas sexuais.

Em um dos cartazes, havia a imagem de um corpo masculino sarado e nu. O corpo parecia ser de um rapaz. Ele cobria o seu órgão genital com as duas mãos. Na parte da região genital, havia uma espécie de portinhola que foi arrancada, ou então que havia se desprendido do cartaz. Alguém a pegou e colocou entre o cartaz e a parede. O conteúdo escrito na portinhola dizia “Você no controle da sua prevenção” e embaixo da frase havia um *link* para acessar uma página na *internet*²⁶. No canto inferior do cartaz, do lado direito, havia a sigla POAPrEP em letras grandes. Fiquei sabendo, dias depois, que a sigla significa Porto Alegre e Profilaxia Pré-Exposição, respectivamente. Embaixo da sigla, havia outra frase: “Uma nova estratégia de prevenção ao HIV/AIDS”.

No segundo cartaz, não havia imagens. Havia a sigla POAPrEP acompanhada das frases: “Por uma proteção de longa duração” e “Para *gays*, HSHs e trans”. No cartaz, tinha um número de telefone. Em cima do número de telefone, novamente tinha a frase “Você no controle da sua prevenção”. Dessa vez, ela estava acompanhada de outra frase: “Mande um *whats* pra gente e fique por dentro”.

²⁶ O *link* era o <http://www.poaprep.org.>, ele direcionava para o site da pesquisa.

Depois que li o conteúdo dos cartazes, fiquei empolgado para saber do que se tratava. Naquela ocasião, eu estava acompanhado de uma amiga e um colega, ambos estudavam comigo. A minha amiga que é uma mulher trans e o meu colega, um homem bissexual, também ficaram interessados em saber mais sobre aquela proposta. “Mande uma mensagem para eles”, me disse a minha amiga. Ela estava eufórica. Logo em seguida, enquanto entrávamos no elevador em direção à sala de aula, enviei uma mensagem para o *whats* do número de telefone que estava no cartaz. Na mensagem, eu falei que estava interessado em saber do que aquilo se tratava. Alguém me respondeu que se tratava da pesquisa de um novo medicamento e que para receber mais informações era só agendar uma visita. Então eu agendei uma visita à clínica do ensaio e informei que levaria uma amiga e um colega que também estavam interessados. Até aquele momento, eu nunca tinha ouvido falar sobre a PrEP, pelo menos não por esse nome.



Figura 3. Cartaz do ensaio clínico da PrEP injetável exposto no Instituto de Psicologia da UFRGS.

Os dois cartazes tratavam de uma campanha de recrutamento para o ensaio clínico internacional chamado HPTN 083. Em Porto Alegre, a campanha recebeu o nome de POAPrEP. Ela envolveu a pesquisa clínica de um fármaco candidato à PrEP, o fármaco se chama cabotegravir (CAB). O CAB foi desenvolvido pela empresa farmacêutica estadunidense ViiV *Healthcare Company*. Conforme Chasity D. Andrews e colegas (2017), o CAB é uma droga que inibe a ação da enzima viral do HIV chamada integrase e impede a integração do DNA viral no genoma do indivíduo, assim como a duplicação em cadeia do HIV. Segundo o resultado de um ensaio inicial com o fármaco,

ele teve atividade anti-HIV potente e protegeu macacos de uma ampla gama de tipos de exposição ao HIV em ensaios clínicos, além de ter sido seguro.

Nos resultados do estudo ECLAIR, apresentados no artigo de Martin Markowitz e colegas (2017), apesar da alta incidência de reações leves e moderadas no local da injeção, o CAB foi bem tolerado pelos participantes. Além disso, dos 127 participantes que receberam o CAB, apenas um deles foi infectado pelo HIV. O sujeito de pesquisa²⁷ foi infectado quando a concentração da droga no seu organismo já estava muito baixa, algo cerca de vinte e quatro semanas após a última dose. Desse modo, a partir do resultado do ensaio, os pesquisadores concluíram que apoiavam uma investigação mais aprofundada do CAB como PrEP.

Em janeiro de 2021, o CAB foi aprovado como medicamento pela agência reguladora de saúde dos EUA, a *Food and Drug Administration* (FDA), para ser utilizado no tratamento da infecção pelo vírus HIV, combinado com outro ARV de nome rilpivirina em uma formulação injetável que recebe o nome comercial de cabenuva. Junto à versão injetável, a FDA também aprovou o medicamento de nome vocabria, uma combinação do CAB e da rilpivirina em comprimidos de uso oral. A combinação em comprimidos é utilizada antes do início do tratamento com o cabenuva para avaliar se os fármacos serão bem tolerados pelo organismo das pessoas antes de mudarem para a formulação injetável de liberação prolongada (FDA, 2021). Um dado importante para esta dissertação é que essas informações sobre o CAB não foram ditas quando comecei a participar do ensaio em Porto Alegre. Esses são dados etnográficos que encontrei no percurso da pesquisa.

O HPTN 083 foi um ensaio clínico internacional que avaliou a segurança e a eficácia do CAB injetável em comparação com TDF/FTC diariamente por via oral para PrEP (Raphael J. Landovitz et al., 2021). O ensaio foi liderado pela *HIV Prevention Trials Network* (HPTN). A HPTN é uma rede colaborativa mundial de ensaios clínicos que reúne investigadores, especialistas em bioética e outros parceiros, com a finalidade de desenvolver e testar a segurança e a eficácia de intervenções destinadas à prevenção da transmissão da infecção pelo HIV e do tratamento da aids. A sede da organização fica em Durham, no estado da Carolina do Norte, nos EUA. O ensaio clínico recebeu o patrocínio regulatório da Divisão de AIDS (*Division of AIDS — DAIDS*) do Instituto Nacional de Alergias e Doenças Infecciosas (*National Institute of Allergies and Infectious Diseases — NIAID*), um órgão do Departamento de Saúde e Serviços

²⁷ No decorrer desta dissertação, utilizei o termo “sujeito de pesquisa” para me referir às pessoas que participaram do experimento de forma voluntária, nas quais os medicamentos foram administrados. A utilização desse termo é inspirada nos trabalhos da antropóloga Adriana Petryna (2009; 2011).

Humanos dos EUA, que pertence aos Institutos Nacionais de Saúde (*National Institutes of Health* — NIH) que, por sua vez, é uma agência governamental de pesquisa médica.

Os medicamentos e os placebos administrados nos sujeitos de pesquisa que participaram do ensaio foram fornecidos por empresas farmacêuticas estadunidenses. Vale lembrar que, na pesquisa clínica de um medicamento, um placebo é um objeto que parece com um medicamento “real”, isto é, que contém o fármaco ativo. Além disso, o placebo também tem o mesmo gosto do medicamento. A combinação das moléculas de TDF e FTC, materializada no medicamento truvada, foi fornecida pela *Gilead Sciences, Inc.* Já o CAB, foi fornecido pela ViiV Healthcare. A ViiV Healthcare também forneceu financiamento adicional ao ensaio, contribuiu para a construção do seu desenho e foi responsável pelo acompanhamento clínico dos participantes.

O HPTN 083 foi um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) comparativo de fase 2b/3, multicêntrico, duplo-cego, duplo-simulado, de não inferioridade. Penso que é necessário explicar o significado de cada uma dessas características experimentais, farei isso logo em seguida. Foram recrutadas para participarem do ensaio pessoas das populações-chave: *gays* e outros HSH cisgêneros e mulheres trans. Para participarem da pesquisa, os sujeitos desses segmentos epidemiológicos precisavam ser HIV negativo e fazerem sexo com homens que têm pênis. Conforme o artigo com os resultados do ensaio, o recrutamento dos sujeitos pertencentes a esses seguimentos, ou seja, *gays* e outros HSH e mulheres trans são populações consideradas em alto risco para HIV (LANDOVITZ et al., 2021). O processo de recrutamento ocorreu entre os meses de dezembro de 2016 e março de 2020. Foram inscritos um total de 4.566 participantes em 43 serviços de saúde na África do Sul, Argentina, Brasil, EUA, Peru, Tailândia e Vietnã.

Em Porto Alegre, o POAPrEP foi realizado com a colaboração do Instituto de Pesquisa em AIDS do Estado do Rio Grande do Sul (IPARGS) e do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). No total, 220 pessoas ingressaram como voluntárias na pesquisa realizada na capital do estado (POAPrEP, 2019).²⁸ Até a conclusão desta dissertação, o ensaio ainda não havia sido concluído.

Conforme as Diretrizes para boas Práticas Clínicas (DPC) para ensaios de produtos farmacêuticos — um documento desenvolvido pela OMS com a finalidade de estabelecer padrões aplicáveis globalmente para a condução de pesquisas biomédicas em seres humanos — um ensaio clínico em humanos é uma investigação voltada para avaliar a segurança e a eficácia de uma intervenção biomédica, nos parâmetros de

²⁸ Informação retirada do *site* de recrutamento da campanha no dia 4 de agosto de 2020, em www.poaprep.org. Depois que concluí o presente capítulo, em junho de 2021, o *site* da campanha não estava mais disponível na *internet*.

toxicidade, potência, absorção, distribuição e dosagem. Nos parâmetros de segurança, um ensaio clínico é responsável por investigar as reações adversas do uso de determinada intervenção (WHO, 1995). O DPC é um documento muito utilizado na produção de experimentos em humanos, ele foi editado em 1995 pela OMS durante a Conferência Internacional sobre Harmonização de Requisitos Técnicos para Registro de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano (*International Conference for Harmonization of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use* — ICH).

Outro documento que ganha bastante importância no contexto dos experimentos que envolvem testes de intervenções biomédicas em humanos é a Declaração de Helsinque (2013). Conforme Maria Sharmila A. Sousa, Mirian A. G. Franco e João Massud Filho (2012), a Declaração de Helsinque é considerada o principal documento normativo sobre esse tipo de pesquisa. Trata-se de um documento formulado pela Associação Médica Mundial — que, em inglês é *World Medical Association* — (WMA). A finalidade dessa associação é instruir os profissionais de medicina e outros envolvidos nesse tipo de experimento por meio de princípios éticos que priorizem os interesses dos sujeitos de pesquisa. A WMA já realizou várias revisões do documento para buscar dar conta dos desafios éticos que novas intervenções e doenças impõem em relação à pesquisa com seres humanos.

Segundo a Declaração de Helsinque, em sua última versão, o principal objetivo dos experimentos que envolvem testes de intervenções biomédicas em humanos é:

"compreender as causas, o desenvolvimento e os efeitos das doenças e melhorar as intervenções preventivas, diagnósticas e terapêuticas (métodos, procedimentos e tratamentos). Mesmo as melhores intervenções atuais devem ser avaliadas continuamente por meio de pesquisas quanto à sua segurança, eficácia, eficiência, acessibilidade e qualidade". (WMA, 2013)

Nesse contexto, os ensaios clínicos ocorrem majoritariamente no processo de desenvolvimento de novos medicamentos (*ClinicalTrials.gov*, 2007). Tais experimentos são tipicamente descritos por fases que, geralmente, são divididas em quatro. Na primeira fase se avalia a tolerância (a dosagem de medicamentos experimentais) e a segurança do fármaco (os efeitos colaterais toxicológicos) em um grupo restrito de voluntários sadios. Na fase II, um número restrito de voluntários ainda é recrutado para avaliar a eficácia do fármaco e aprofundar análises sobre sua segurança. Na fase III, o fármaco avaliado é administrado em grandes grupos de pessoas para confirmar sua eficácia, observar seus efeitos colaterais, compará-los a outras intervenções e reunir dados sobre seu uso. Nessa fase, esses experimentos ocorrem em diferentes partes do mundo sendo coordenados por múltiplos centros de pesquisa. Nos estudos de fase IV, o

medicamento já foi aprovado clinicamente. Nessa fase, ele é acompanhado após a sua entrada no mercado (*Clinicaltrials.gov*, 2007).

Uma das características do HPTN 083 é que ele foi um ensaio de fase 2b/3. O que isto quer dizer? Bom, em uma das minhas visitas à clínica da pesquisa, perguntei a um dos pesquisadores locais o que significa esse termo. Segundo a explicação do pesquisador, a segunda fase desse tipo de experimento pode ser dividida em duas etapas. Na primeira etapa, chamada 2a, o foco é uma segunda testagem da dosagem do fármaco. Enquanto que na segunda etapa, chamada 2b, o objetivo é testar a eficácia da substância candidata a medicamento com a dosagem final. No caso do HPTN 083, no Brasil, ele ocorreu como um ensaio de fase 3. No entanto, alguns centros específicos nos EUA foram selecionados para fazerem testes diferenciados de fase 2b, que aconteceram simultaneamente com a fase 3. Sobre essa estratégia, alguns críticos da PrEP, argumentam que se trata de um modo de “apressar” a aprovação de um medicamento, mas essa é uma questão que discutirei em uma próxima seção.

As pesquisas clínicas de novos medicamentos podem ser caracterizadas por tipos ou “desenhos”. A ideia de desenho, nesse tipo de experimento, envolve a identificação da abordagem metodológica utilizada para responder a uma determinada questão ou para avaliar diferenças entre intervenções experimentais e intervenções padronizadas. Uma intervenção biomédica padronizada é aquela com eficácia reconhecida e já estabelecida no mercado. Esse processo implica a definição de algumas características do experimento, como, por exemplo: o grupo populacional e a amostra a ser estudada; o tempo de realização da pesquisa; a existência ou não de intervenção direta sobre o “problema” da pesquisa; dentre outras. Os exemplos de desenhos frequentemente encontrados são: ensaios clínicos, estudos de coorte, estudos de caso e controle, e estudos transversais.

O HPTN 083 foi um ensaio clínico que utilizou os modelos experimentais de randomização comparativa, duplo-cego e de não inferioridade. Segundo Valdir Ferreira Pinto (2010), um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) comparativo procura avaliar a eficácia de um candidato a medicamento e compará-lo a outro já estabelecido, ou a um grupo que recebeu um placebo no lugar da intervenção “verdadeira”. Nesse modelo experimental, os sujeitos de pesquisa são sorteados e incluídos aleatoriamente em dois ou mais grupos, geralmente chamados de braço experimental e não experimental ou de controle.

O método randomizado é uma estratégia muito utilizada em ensaios clínicos. Segundo Maurício Gomes Pereira (1995), o método é geralmente considerado pelas agências reguladoras de saúde e pela comunidade científica como o “padrão ouro”, ou

seja, como modelo de referência para testar a eficácia e a segurança de novos medicamentos. Em seu trabalho, Pereira (1995) argumenta que a justificativa para isso seria que o método randomizado produziria “evidências mais diretas e inequívocas no sentido de esclarecer uma relação de causa-efeito entre dois eventos” (p. 290).

Ainda de acordo com Pereira (1995), o método randomizado é eficaz porque minimiza o chamado “viés de seleção”. Por exemplo, o sorteio aleatório pode evitar a inclusão dos participantes em grupos escolhidos pelos pesquisadores ou que os próprios sujeitos de pesquisa escolham a intervenção que mais lhe convém, o que pode interferir na confiabilidade de um experimento. No método em questão, a probabilidade do sujeito de pesquisa receber o medicamento que já foi confirmado que funciona para determinada questão médica, ou o medicamento que está sob investigação, é decidida apenas pelo acaso.

Desse modo, alguns pesquisadores e especialistas no assunto ainda defendem que atualmente o método randomizado se trata do melhor delineamento experimental para avaliar questões relacionadas a tratamento e prevenção. Albert R. Josen e Jeff Stryker (1993), por exemplo, defendem que o método randomizado oferece vantagens consideráveis na avaliação de novos medicamentos e outras tecnologias biomédicas. Primeiro, porque a variabilidade entre os sujeitos seria, em média, distribuída igualmente, o que também reduziria o viés de seleção. Ainda segundo os autores, a segunda vantagem que os ensaios clínicos randomizados oferecem, é que eles são geralmente realizados em uma base “duplo-cega” que se apresenta como um mecanismo para reduzir o “viés do investigador”. Ou seja, nem os especialistas, pesquisadores e profissionais envolvidos no estudo nem os sujeitos de pesquisa sabem em qual grupo um determinado sujeito está.

No entanto, por mais que essa visão seja unânime no contexto das pesquisas clínicas, alguns atores veem essa questão de uma forma mais crítica. João Guilherme Biehl (2011), um antropólogo e professor de antropologia médica da Universidade de Princeton, nos EUA, é um desses atores. Conforme Biehl (2011) argumenta em seu estudo etnográfico sobre as repercussões da resposta terapêutica brasileira ao HIV/AIDS nos âmbitos de governo, mercados, sistema de saúde e vida pessoal, métodos como o randomizado, assim como outras intervenções biomédicas utilizadas no campo da prevenção e tratamento do HIV, têm sido pensadas e utilizadas como “balas mágicas”. Esse é um termo que se refere à entrega de intervenções biomédicas dirigidas a uma questão específica sem o reconhecimento de fatores societários, políticos e econômicos que influenciam a saúde, na busca de evidência científica, e como “‘chaves’ para

desvendar os mistérios de saúde e desenvolvimento” (p. 268). A esse processo, o autor deu o nome de pharmaceuticalização.

Em seu trabalho, Biehl (2011) descreve como a constituição de uma política de resposta ao HIV/AIDS no Brasil é marcada pelo processo de pharmaceuticalização, onde pessoas são enquadradas em modelos preconcebidos, sendo entendidas apenas como fonte de problemas. Além disso, as iniciativas são cada vez mais dominadas por intervenções cientificamente fundamentadas, que giram em torno de ensaios randomizados, controlados, modelos estatísticos e custo-efetividade. Problemas e questões que antes não eram necessariamente previstas e que agora precisam ser tratados de forma urgente foram transformados em novo capital político e farmacêutico.

Ainda, de acordo com Biehl (2011), o efeito desse processo é o desperdício do conhecimento experiencial e subjetivo das populações humanas que constituem os objetos de estudo. Conhecimento esse “que é rapidamente desqualificado por patrocinadores de soluções técnicas em busca de resultados rápidos” (p. 268). Nesse sentido, o autor lança alguns questionamentos para pensarmos sobre o cuidado produzido no campo biomédico aliado ao epidemiológico. O que está além do biopoder? Questiona o autor, ao utilizar as formulações de biopoder de Michel Foucault (1988; 2008). Como resposta, o autor descreve a experiência de um paciente que vive com HIV em um abrigo comunitário para doentes de AIDS em Salvador, no estado da Bahia. Biehl (2011) conta que, ao atravessarem mundos de riscos e escassez, limitados sem serem totalmente sobredeterminados, os sujeitos vulnerabilizados pelos vários processos que atravessam o adoecimento em decorrência da AIDS

Criam pequenos e passageiros espaços, através e além de classificações e aparatos de governança e controle, nos quais podem desempenhar um tipo de bricolagem de vida com as escolhas e os materiais limitados que têm à sua disposição (inclusive de serem sujeitos de direitos e de receberem tratamentos farmacêuticos disponibilizados por atores estatais e não estatais). (p. 272)

Nesse ponto, farei uma breve pausa nas problematizações sobre os aparatos técnico-científicos e retornarei à descrição do HPTN 083. Mas, é apenas uma pausa.

O HPTN 083 foi dividido em três etapas. Na primeira etapa, os participantes foram sorteados e alocados em dois grupos chamados “grupo A” e “grupo B”. Esses grupos podem ser chamados de “braços do estudo”. Os sujeitos do grupo A receberam comprimido ativo de CAB (aquele que contém o medicamento “real”) e comprimidos de placebo de truvada, ou seja, o que não continha o medicamento ativo, diariamente durante cinco semanas. Enquanto isso, os sujeitos do grupo B recebiam comprimido ativo de TDF/FTC e comprimidos de placebo de CAB pelo mesmo período. A administração apenas de comprimidos no primeiro momento do estudo é feita com a

finalidade de verificar a tolerância ao medicamento experimental antes de receber a primeira injeção. “É mais fácil para evitar complicações utilizando comprimido. Caso uma reação grave ocorra com o participante, basta interromper o uso do medicamento”, me disse certa vez um pesquisador do estudo.

A segunda etapa do ensaio foi dividida em dois momentos. No primeiro momento, foi administrada a primeira injeção de CAB ativo nas pessoas do grupo A seguida de uma segunda injeção depois de um mês enquanto tomavam um comprimido de placebo diariamente. No grupo B foi administrada uma injeção de placebo (uma substância chamada Intralipid, que geralmente é utilizada como “veículo” quando a nutrição da pessoa precisa ser administrada de forma intravenosa), enquanto as pessoas desse grupo tomavam comprimido com as substâncias ativas de TDF/FTC. No segundo momento, a injeção com CAB foi administrada a cada dois meses e um comprimido de placebo de TDF/FTC diário por até três anos e meio, dependendo de quando o/a voluntário/a entrou para o ensaio. Nessa etapa, o grupo B continuou recebendo injeções de placebo e comprimidos ativos de TDF/FTC. Na terceira e última etapa, todas as pessoas recebem comprimido ativo de TDF/FTC todos os dias por cerca de um ano e depois serão encaminhadas para serviços públicos locais de prevenção do HIV (HPTN 083, 2018).

De forma geral, o grupo A recebeu o CAB ativo em comprimidos e injeções (uma injeção de 600 mg da substância intramuscular, no músculo glúteo) e o grupo B, recebeu o truvada ativo (TDF/FTC) em comprimido e uma injeção de placebo também no glúteo. Na conclusão desta dissertação, o ensaio estava em sua terceira e última etapa. Conforme a explicação de um dos pesquisadores do experimento “a emenda já havia sido aprovada e o ensaio estava apenas se organizando para começar a ofertar o truvada e liberar os participantes para rede pública de saúde”.

Conforme mencionado acima, um ECR utiliza a “ocultação” como uma de suas estratégias básicas. Trata-se de um modo de manter por certo tempo em segredo qual intervenção eu estava recebendo. Esse tipo de estratégia é chamado método duplo-cego, ou ensaio clínico em dupla ocultação.

Assim que começou o HPTN 083, nem os pesquisadores e nem a equipe técnica do ensaio, nem as pessoas voluntárias, sabiam em qual grupo cada participante estava. No começo do ensaio, eu não sabia se estava utilizando o CAB ou TDF/FTC. No entanto, um dos atores envolvidos no experimento sabia dessa informação. Um Comitê de Segurança e Monitoramento de Dados (*Data and Safety Monitoring Board – DSMB*) dos EUA foi contratado pela HPTN para cuidar dessa questão. Conforme as diretrizes do NIH (2018), os membros de um DSMB não podem ter envolvimento direto na

condução de um ensaio clínico. Isso deve acontecer para evitar conflito de interesses e para que o experimento gere resultados confiáveis.

No momento em que fui informado por um pesquisador local que o HPTN 083 utiliza o método duplo-cego, e recebi uma explicação mais geral de como funciona esse método, ainda na minha primeira visita à clínica, senti certo estranhamento. Fiquei receoso e bastante inseguro sobre a minha participação. Afinal de contas, a campanha do ensaio havia me sugerido autonomia, era para eu estar “no controle da minha prevenção”. Mas como isso seria possível, se eu nem sequer poderia saber qual substância iria receber?

Não sei dizer, por qual motivo não tive coragem, no momento da entrevista de seleção, de questionar os pesquisadores do ensaio a respeito desse modo de fazer pesquisa. Hoje penso que o máximo que poderia acontecer seria algum pesquisador me dizer que eu não era obrigado a participar do experimento. A verdade é que eu sentia que precisava de alguns cuidados com minha saúde sexual e o estudo estava disposto a me oferecer, dentro de algumas condições, mas estava.

Nesse sentido, algo que também considero importante para a presente análise é que, mesmo diante dos possíveis riscos, como os efeitos colaterais dos medicamentos administrados e até mesmo uma infecção pelo HIV, pareceu bem mais relevante o fato de ter à minha disposição um conjunto de estratégias para o cuidado da minha saúde clínica e sexual. Eu realizava testagem para HIV e outras IST periodicamente; tinha consultas com médicos e médicas infectologistas; acesso a medicamentos para dor e outras IST; exames laboratoriais; dentre outros serviços. E tudo isso acontecia sem eu ser interpelado por comentários moralistas e preconceituosos por parte da equipe de profissionais do ensaio. Isso era algo que eu não queria passar novamente.

Certa vez, em uma conversa com um rapaz que é médico e participou do ensaio como sujeito de pesquisa no ensaio da PrEP injetável, falamos sobre algumas práticas realizadas no experimento. Aproveitei para lhe contar sobre as inseguranças e o medo que eu continuava sentindo diante dos modos como as práticas da pesquisa reformulavam as minhas práticas sexuais. Contei-lhe que eu ainda sentia medo de contrair o HIV, principalmente quando era o passivo. Depois que lhe contei isso, ele me disse que não sentia medo, pois o ensaio oferecia bastante suporte caso uma infecção ocorresse. Em seguida, ele disse que era quase impossível algum participante ser infectado pelo HIV, pois, o ensaio era de fase 3, portanto, as fases 1 e 2 já haviam ocorrido.

O rapaz continuou com sua explicação sobre o experimento. Ele me contou que o experimento se tratou de um estudo de não inferioridade. Eu não sabia do que se

tratava o método de não inferioridade e os pesquisadores do ensaio não haviam explicado sobre ele na apresentação. Também procurei no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do ensaio, mas não encontrei a sua descrição. Na verdade, ele nem foi citado no documento. O TCLE apenas mencionava que uma descrição completa do ensaio clínico estaria disponível no *site* da *ClinicalTrials.gov*. Apesar do TCLE mencionar que o principal objetivo do estudo é tentar descobrir se o CAB “é tão seguro e se funciona tão bem quanto o truvada para prevenção”, o que de certo modo sugere que o medicamento poderia funcionar de alguma forma, o documento também mencionava que os pesquisadores ainda não sabiam se o medicamento funcionava e era por isso que eles estavam conduzindo o estudo.

Mas voltando às explicações do rapaz, ele me disse que “estudos de novos medicamentos para HIV não podem comparar medicamentos a um placebo, devido a alguns princípios éticos. Segundo o rapaz, isso sugeria que o CAB funcionava e que eles (os pesquisadores) só não sabiam o quanto, se o CAB funcionava mais, ou menos que o truvada”. Então, eu lhe disse que isso tudo fazia muito sentido. Ao final da conversa com o rapaz, pedi que ele me sugerisse algum material para eu conhecer um pouco mais sobre o modelo de não inferioridade.

Os estudos clínicos relacionados ao tratamento do HIV e da aids têm sido alvo de diversos questionamentos éticos ao longo do tempo. Os aspectos éticos do uso de placebo nesse tipo de experimento, por exemplo, é uma questão amplamente discutida (Peter Lurie e Sidney M. Wolfe, 1997; Mário Scheffer, 2000; Maria Auxiliadora Oliveira, Elizabeth Moreira dos Santos e José Manoel Carvalho Mello, 2001). Contudo, conforme Flávia Moreira Soares (2019), as possíveis questões éticas que a implementação da PrEP pode suscitar ainda é uma dimensão ainda pouco explorada.

Depois da conversa com o meu colega de ensaio, conheci o trabalho de Valdair Pinto (2010). Pinto é um ex-professor de bioestatística da Faculdade de Medicina da Universidade do Triângulo Mineiro (UFTM), ex-diretor médico internacional da *Pfizer Inc* e consultor em Medicina Farmacêutica. Em seu trabalho, por meio de uma revisão dos principais elementos que diferenciam os estudos de não-inferioridade dos estudos tradicionais, Pinto (2010) propõe uma discussão sobre os fatores que precisam ser considerados para garantir a validade científica do modelo de não-inferioridade. Conforme o autor argumenta, tais estudos são modelos experimentais que visam determinar se uma intervenção não é menos eficaz que outra já estabelecida e considerada como controle. O autor também pontua que esse tipo de método tem uma crescente utilização e que ele “é de grande importância no estudo de tratamentos onde o uso de placebo é inviável e controles ativos são necessários” (p. 146).

De acordo com Pinto (2010), o modelo de não-inferioridade é baseado em cálculos estatísticos e é muito aplicado em oncologia, na cardiologia preventiva e na avaliação de anti-infectivos. No entanto, a própria definição desse modelo experimental implica que a tecnologia avaliada pode ser inferior ao controle e isso é o suficiente para produção de questionamentos éticos sobre esse modelo. Nesse sentido, ao mencionar o trabalho de Silvio Garattini e Vittorio Bertele (2007), que têm como proposta uma objeção ética radical aos estudos de não-inferioridade, a ponto dos autores sugerirem o banimento do modelo experimental, Pinto (2010) aponta que essa não parece ser a opinião da comunidade científica.

Em seu trabalho de título *“Non-inferiority trials are unethical because they disregard patients' interests”*, Garattini e Bertele (2007) apontam que o modelo experimental de não inferioridade geralmente é aceito pelas autoridades reguladoras para aprovação de novos medicamentos mesmo que a FDA tenha levantado algumas preocupações sobre o modelo. Ao argumentarem que a comunidade científica deve proibir a execução de tal método, os autores alertam para o fato de que o seu uso implica a intenção de não tentar provar qualquer valor adicional de novos medicamentos quando, na verdade, o objetivo declarado pelos estudos seria expandir as opções de tratamento para pacientes com baixa tolerância, ou nenhuma resposta a produtos disponíveis. Desse modo, o método abriria margem para “armadilhas metodológicas” e para a interpretação inadequada dos dados da pesquisa. Os autores ainda argumentam que, por mais que existam exceções, eles não conseguiram identificar uma situação em que os pacientes possam ser justificadamente inscritos em um estudo que não lhes traga nenhuma vantagem.

Ante o exposto, novos questionamentos me causam estranhamentos. Por qual motivo o HPTN 083 não citou o método de não inferioridade no seu termo de consentimento? Por que o método não foi explicado na entrevista de seleção dos participantes? A oferta de determinado tipo de cuidado seria um modo de barganhar com os riscos? Qual o sentido de recomendar o uso de preservativos aos participantes do ensaio se o que estava em jogo era a eficácia do CAB? Como o ensaio saberia qual é a eficácia do CAB se os participantes utilizassem o preservativo nas relações sexuais? Várias vezes, ouvi que a PrEP protege apenas do HIV e que é necessário usar o preservativo para evitar outras IST. No entanto, se eu utilizasse o preservativo em todas as minhas relações sexuais, como o ensaio saberia qual foi a eficácia do fármaco no meu organismo?

Não que seja o propósito desta dissertação, através de tantos questionamentos, buscar invalidar o experimento ou os métodos nele utilizados. Essas são algumas das

perguntas que fiz nas minhas consultas médicas e conversas com pesquisadores do ensaio, mas que não foram respondidas. O que também estou tentando mostrar é que o processo de investigação de um novo medicamento se trata de algo muito complexo e que os objetos da pesquisa não podem ser tratados como meros objetos empiricamente verificáveis. Múltiplas materialidades estão em questão.

Esta dissertação também se preocupa com os efeitos dos modos como esse tipo de experimento negocia o cuidado com os sujeitos de pesquisa. Omissões e segredos, em um experimento que envolve uma questão tão complexa e desafiadora como o HIV e a aids, não parecem ser os modos mais confortáveis para os sujeitos de pesquisa. Para demonstrar o meu sentimento inicial com relação ao experimento da PrEP injetável, utilizarei um dos memes da *internet* da cantora, dançarina, *youtuber* e *webcelebridade* brasileira, a Inês Brasil: “O que você está fazendo? Um jogo comigo, garota?”.

4.2 Entre comprimidos e injeções: mentiras, negociações e segredos

Na minha primeira visita à clínica do ensaio, a minha amiga e o meu colega, citados anteriormente na cena do elevador, no IP, me acompanharam. A visita em questão se tratou de um tipo de processo seletivo. Ela foi nomeada pelo ensaio de visita de triagem. Naquele dia, minha amiga, meu colega e eu, chegamos juntos ao local da pesquisa que ficava localizado na sede do IPARGS, em Porto Alegre. Assim que nos aproximamos do endereço, não foi difícil localizar a clínica do ensaio. Na fachada do prédio do instituto, junto ao nome da campanha de recrutamento, era possível visualizar o seu *slogan* em letras garrafais: “Você no controle da sua prevenção”. Junto do *slogan*, havia as siglas de uma série de instituições organizadoras do empreendimento experimental.

Durante a primeira visita à clínica do ensaio, foi feita a apresentação do experimento, onde os objetivos, os critérios de inclusão e exclusão dos participantes, os financiadores, os métodos e os fármacos utilizados foram apresentados para um grupo de pessoas em uma pequena sala, na recepção da clínica. Cerca de dez candidatos estavam presentes naquele dia. Conforme a apresentação de um pesquisador, o objetivo principal do ensaio era investigar se o CAB em sua forma injetável funcionava e se era seguro para ser utilizado como PrEP em *gays* e outros HSH cis e “mulheres transexuais” (HPTN 083, 2018). Os seus objetivos secundários foram: comparar o regime com o CAB injetável ao de PrEP oral (truvada) em um comprimido diário e investigar o comportamento sexual dos usuários, assim como o uso de álcool e drogas e a aceitabilidade aos comprimidos e às injeções. A investigação foi feita por meio de

questionários *on-line* e entrevistas presenciais. Naquele dia, fomos informados que o CAB tinha certo potencial para prevenção, mas não era certeza se ele iria funcionar.

A maioria das pessoas que se candidataram a voluntárias para o ensaio naquele dia, era de homens cis. Como mencionei anteriormente, o ensaio não recrutou homens trans. Tive a impressão de que quase todos os homens que ali estavam eram *gays*. A única mulher trans, era a minha amiga. Na verdade, ela se considera uma travesti. Sobre esse dado, minha amiga me contou alguns dias depois da nossa primeira visita que não se sentiu confortável em ser a única ali. Contou-me que se sentiu constrangida em ser colocada no meio de vários homens cis. Por esse motivo, em um primeiro momento, ela acabou desistindo de tentar entrar para o ensaio. Alguns meses depois, ao encontrá-la em uma das aulas do mestrado, ela me contou que, devido ela sentir certa preocupação com a sua saúde sexual, ela acabou mudando de ideia e decidiu entrar para o experimento.

Outro dado importante sobre o recrutamento de voluntários para o ensaio é que, para participar dele não bastava apenas se apresentar de forma espontânea. Para me tornar elegível, eu precisava atender algumas exigências. A primeira exigência, foi a respeito da minha identidade de gênero e do meu órgão genital. Eu precisava ser um homem cis. Além disso, nas minhas práticas sexuais, eu tinha que me relacionar sexualmente com homens cis, como ativo ou passivo. A segunda exigência, foi que eu precisava estar em alto risco de ser infectado pelo HIV. O risco foi quantificado por meio de um questionário na *web* chamado *Sex Pro*, um formulário produzido pela *Bridge HIV*, uma organização que opera como uma unidade de ensaios clínicos no Departamento de Saúde Pública de São Francisco (EUA), afiliada à Universidade da Califórnia (UC). Trata-se de uma ferramenta baseada na *Web* que fornece uma pontuação que indica a promoção da saúde sexual de uma pessoa. Ela é validada para prever o risco de infecção pelo HIV em um período de seis meses com base em comportamentos sexuais, redes sexuais, uso de substâncias ilícitas, histórico de IST, raça ou grupo étnico (somente nos EUA) e idade. As perguntas do questionário davam centralidade às práticas com penetração anal por um pênis e sugeria certa associação entre as práticas sexuais de homens cis e mulheres trans.

Para responder o *Sex Pro*, recebi um *tablet* com a página do questionário aberta. Comecei selecionando o local onde eu vivo e as opções eram: América do Norte ou América do Sul. Logo depois, preenchi alguns campos com o mês e o ano do meu nascimento. E, em seguida, respondi algumas perguntas. A primeira pergunta foi com quantos homens ou mulheres trans eu fiz sexo anal nos últimos três meses. Para responder essa pergunta, tive que preencher três campos: o primeiro com a quantidade

de pessoas com quem transei e que eu não sabia com certeza o *status* do HIV; o segundo com o número de pessoas que eu sabia terem HIV negativo; e o terceiro com o número de pessoas que tinham HIV positivo. A segunda pergunta foi quantas vezes eu fiz sexo anal com pessoas com HIV positivo ou desconhecido, sendo eu o ativo e a frequência das vezes que usei o preservativo nessas relações (entre 0, 50 e 100%). Logo depois, veio a terceira pergunta: quantas vezes eu fiz sexo anal sendo o passivo com pessoas positivas para o HIV ou com sorologia desconhecida. A quarta pergunta foi se utilizei *poppers*, cocaína, crack ou metanfetamina, nos últimos três meses. Por fim, a quinta e última pergunta foi se tive alguma IST no mesmo período de tempo. Todas as respostas do questionário foram convertidas em uma pontuação que indicou em que medida eu estava me protegendo contra o HIV.

Enquanto eu respondia o questionário, lembrei-me que depois que me mudei para Porto Alegre usei o preservativo em quase todas as minhas relações sexuais, mesmo não gostando muito de usar. Mas mesmo usando o preservativo, eu continuava sentindo medo de contrair o HIV. Eu sempre ouvia falar em ocasiões onde o preservativo rompeu, ou em casos onde amigos meus relataram sobre situações em que alguns dos seus parceiros sexuais retiravam o preservativo no momento da penetração. Lembrei-me do caso de um amigo que me contou que certa vez tentou acessar a PrEP pelo SUS, mas teve o seu pedido negado. Ele me disse que seu acesso foi negado porque ele contou ao profissional de saúde do serviço que ele sempre usava o preservativo nas relações sexuais. No entanto, depois disso, ele acabou sendo infectado por um dos seus parceiros sexuais que retirou o preservativo durante a penetração sem o seu consentimento.

Desse modo, eu acreditei que para conseguir participar do ensaio eu precisava mentir sobre as minhas práticas sexuais. E foi isso que eu fiz. Respondi que eu não usava o preservativo nas minhas práticas sexuais, tanto como ativo quanto passivo. Por esse motivo, o resultado do questionário foi uma pontuação muito baixa. A pontuação no questionário podia variar entre 1 e 20. Uma pontuação alta significava alto nível de proteção. Entretanto, embora uma pontuação “perfeita” (20) não fosse a garantia de proteção total contra o HIV, ela poderia indicar que eu estava fazendo muito para me manter protegido.

A minha pontuação final foi 01. Segundo as interpretações das respostas, eu não estava me protegendo, pois não utilizava o preservativo e, além disso, eu tive vários parceiros sexuais, mas eu não menti sobre essa segunda questão. Na verdade, depois que mudei para Porto Alegre, o meu número de parceiros sexuais casuais aumentou consideravelmente. Talvez, justamente por isso, eu entendia que não estava livre do

risco de ser infectado, mesmo usando a camisinha. De qualquer modo, eu acreditava que precisava ter o comportamento de risco que era a combinação entre ter vários homens cis (ou mulheres trans) como parceiros/as sexuais e não utilizar o preservativo, ou utilizá-lo poucas vezes.

Pronto! Naquele momento, parecia que o meu acesso aos medicamentos para prevenção estava garantido. No entanto, para a minha decepção, ainda não estava. Em seguida, precisei passar por uma bateria de exames, dentre eles o físico, depois conversei com um enfermeiro sobre prevenção ao HIV. Depois da conversa, ele me ofereceu alguns preservativos. Confesso que eu fiquei sem entender o que ele queria que eu fizesse com os preservativos. Afinal, a pesquisa não era sobre saber se o CAB funcionava? Como eles iriam saber se ele funcionava se eu usasse a camisinha em todas as relações sexuais? Na verdade, se eu usasse a camisinha, não era nem pra eu estar lá. Mas eu não fiz essas perguntas ao enfermeiro, apenas aceitei os preservativos e os coloquei na minha mochila, onde ficaram esquecidos por um bom tempo.

Depois disso, realizei um eletrocardiograma (ECG). No final da bateria de exames, coletaram cerca de 50ml do meu sangue (cerca de 3-4 colheres de sopa) para fazer o teste de HIV, testes para hepatites B e C, para verificar a saúde do meu fígado, dos meus rins e o estado geral da minha saúde e para armazenamento para testes futuros relacionados à pesquisa. No momento da coleta de sangue, fiquei bastante nervoso, como era de costume acontecer todas as vezes que eu realizava o teste de HIV. Naquela ocasião, fazia cerca de dois anos que eu não fazia o teste. Nesse período, eu fiz sexo sem o preservativo algumas vezes. Nunca usei o preservativo no sexo oral. Por isso, eu estava com muito medo do teste dar positivo para HIV. Depois da coleta, fui liberado. Disseram-me que assim que saíssem os resultados eles iriam entrar em contato comigo. Fui para minha casa e aguardei o ensaio entrar em contato comigo.

Algum tempo depois da coleta, algo em torno 45 dias, fui convocado por mensagem via *whats* para ir à clínica do ensaio para me informarem os resultados dos testes. Novamente fiquei ansioso. No dia da visita, fui informado que o resultado do teste de HIV deu negativo e que os outros exames foram interpretados como “normais”. Senti-me aliviado e muito feliz com a notícia. Finalmente, eu poderia entrar oficialmente para o experimento. Eu sentia que tudo parecia estar dando certo. A minha visita de inclusão ao ensaio foi agendada. Na visita em questão, participei do sorteio que decidi em qual dos dois grupos da pesquisa eu ficaria.

O dia 23 de outubro de 2018, foi um dia marcante para mim por diferentes motivos. Primeiro, porque foi o dia em que comecei a ingerir diariamente dois comprimidos para me prevenir da infecção pelo HIV. Foi a partir daí que as coisas

começaram a mudar. Comecei a realizar exames com certa rotina e as minhas práticas sexuais começaram a ser modificadas (penso, inclusive, que mudaram para melhor). No entanto, no decorrer do ensaio, fui interpelado por pessoas com visões moralistas sobre o HIV e a aids que questionavam a minha participação no experimento. “Parece loucura tu participar de algo que mais parece uma roleta russa do que com pesquisa séria”, “como você confia em um medicamento se nem sabem ainda se ele funciona? E se tu pegar HIV? Daí ferrou. Por que tu não usas a camisinha? Tu não precisa passar por isso”. Essas foram as perguntas que um rapaz me fez durante um encontro casual, após eu lhe dizer que eu participava do ensaio clínico.

Depois de algum tempo participando do ensaio, passei a me questionar sobre os sentidos de autonomia e cuidado propostos pelo experimento. Se a autonomia diz respeito a ter o poder de decisão sobre os riscos que se quer correr em nome do que quer que seja (altruísmo, em nome da ciência ou simplesmente por querer sentir prazer sem medo), por esse ângulo a promessa do ensaio parecia fazer sentido. Diante do que parecia ser a única alternativa para o meu acesso ao cuidado, que envolvia certas mentiras, omissões e segredos, eu assumi os riscos, mesmo não me dando conta exatamente de quais eram eles. Alguns dos riscos foram apontados no TCLE, mas quem é que lê um contrato na íntegra quando adquire um produto/serviço? (risos).

Antes de concluir esta dissertação, o HPTN 083 havia me informado para qual grupo fui randomizado. Eu estava no grupo A. Comecei ingerindo os comprimidos de CAB ativo e do placebo de TDF/FTC, depois recebi injeções do CAB a cada dois meses enquanto ingeria um comprimido diário do placebo. No momento da conclusão desta dissertação, eu não estava mais ingerindo o comprimido diário. Isso ocorreu porque em maio de 2020, após uma revisão dos dados do estudo, o DSMB contratado pela HPTN concluiu que o regime com o CAB evitou com segurança e eficácia a infecção pelo HIV nas populações da pesquisa. Com isso, o DSMB recomendou interromper a comparação cega e a divulgação dos resultados.

O HPTN 083 lançou um comunicado à imprensa no dia 7 de julho de 2020 e em agosto do mesmo ano os participantes do ensaio em Porto Alegre foram oficialmente informados em uma visita. A essa prática é dado o nome de “quebra do duplo-cego”. O ensaio informou por meio de uma nota à imprensa que o CAB demonstrou superioridade em comparação ao TDF/FTC para PrEP. Um total de 52 infecções por HIV ocorreram durante o experimento. Treze delas ocorreram no grupo A e 39 no grupo B. Desse modo, a taxa de risco nos braços do CAB em comparação ao TDF/FTC foi de 0,34, correspondendo a uma redução de 66% nas infecções por HIV incidentes em

participantes do estudo que receberam CAB em comparação com TDF/FTC (HPTN, 2020).

Nesse tipo de pesquisa, a avaliação da eficácia e da segurança do fármaco avaliado é baseada na diferença entre o número de soroconverções em cada um dos grupos randomizados e na ocorrência e no grau dos eventos adversos dos medicamentos administrados. Ou seja, as respostas para as perguntas dos pesquisadores do ensaio são encontradas a partir da diferença entre o número de infecções pelo HIV nos dois grupos do ensaio e no surgimento e/ou no grau dos efeitos colaterais dos medicamentos no organismo dos participantes.

Até a conclusão desta dissertação, eu não fui infectado pelo HIV. Tive diarreia, náusea, febre e dor no local da injeção após as aplicações das primeiras doses do CAB. Depois de um ano utilizando o fármaco, percebi que meu cabelo estava caindo. E eu me lembro de ter avisado isso algumas vezes aos médicos do ensaio. As respostas que recebia eram unânimes: não era um efeito colateral do medicamento, pois não havia evidências científicas que comprovem isso. Certa vez, ao ouvir essa resposta, perguntei ao médico se eu não poderia ser uma evidência. Em seguida, demos boas gargalhadas no consultório e ele acabou não respondendo a minha pergunta.

Um dos efeitos colaterais que o experimento considerava ser provável de acontecer era a alteração dos níveis de creatinina. A creatinina é uma substância presente no sangue. Ela é produzida pelos músculos e eliminada pelos rins. A análise do nível dessa substância no sangue é geralmente feita para avaliar se existe algum tipo de alteração nos rins, principalmente quando o nível está muito aumentado, o que pode significar que os rins não estão conseguindo eliminar a substância, causando o seu acúmulo no sangue. Em alguns períodos da minha participação no ensaio, o nível de creatinina no meu organismo ultrapassou o valor considerado normal. Essas alterações causavam certa preocupação na equipe médica do experimento, pois um nível elevado dessa substância no sangue pode ter relação com problemas renais. No entanto, os médicos e as médicas que me atenderam não sabiam se essa alteração estava sendo provocada pelo medicamento. Até porque, as alterações poderiam estar relacionadas ao fato de que sou praticante de musculação.

Atividades musculares elevadas somadas à utilização de suplementos com a finalidade de aumentar a massa muscular, também estão relacionadas à alteração dos níveis de creatinina no sangue. Desse modo, em alguns momentos do ensaio, alguns médicos recomendaram que eu parasse de utilizar por um tempo os suplementos. Algumas vezes fiz isso e os níveis da substância caíram. No entanto, em outros momentos, mesmo com a interrupção da ingestão de suplementos, os níveis da

substância voltaram a aumentar. Essa sempre foi uma questão discutida nas minhas consultas médicas. E essa atenção médica redobrada me deixava mais confortável e confiante para continuar usando o CAB.

4.3 Quem estava no controle da minha prevenção?



Figura 4. Slogan da campanha publicitária do ensaio da PrEP injetável em Porto Alegre.

Após quase dois anos da minha inclusão no ensaio da PrEP injetável, em uma das minhas visitas à clínica do experimento, percebi que as informações da campanha POAPrEP haviam sido retiradas da fachada do prédio onde a pesquisa foi realizada, dando lugar às informações do IPARCS. Isso pode ter acontecido porque o recrutamento dos sujeitos de pesquisa havia acabado, o que sugere que o processo que estabilizou a PrEP injetável como eficaz e segura para a prevenção começava a se concretizar. Diferentes materialidades entravam e saíam de cena²⁹.

Nos anos iniciais em que participei do ensaio, fui afetado por diferentes emoções, sensações e sentimentos com relação às práticas utilizadas. A incerteza inicial sobre qual fármaco eu estava recebendo me afetou significativamente. Eu tinha medo de estar recebendo o CAB e ele não funcionar para me prevenir. O fato da eficácia do fármaco ser mantida em suspense acentuou a minha apreensão. Desse modo, continuei sentindo medo de contrair o HIV nas minhas relações sexuais. Além disso, na segunda etapa do experimento, senti fortes dores após algumas doses das injeções e também tive

²⁹ Um dado interessante sobre o HPTN 083 em Porto Alegre, é que mesmo antes da confirmação da eficácia e segurança do CAB serem confirmadas, o fármaco já era considerado uma PrEP pelo ensaio local, assim como por outros ensaios do fármaco realizados pelo país. Todavia, isso não foi problematizado nas práticas do experimento. Como exemplo do que estou falando, encontra-se no canal do ensaio no *YouTube* um vídeo de apresentação inicial, postado em maio de 2019, em que o medicamento é tratado como PrEP. O link para acesso ao vídeo é <https://www.youtube.com/watch?v=g88Ka0pKK_c> (acesso em: 05/02/2021).

febre. Mas, apesar disso, eu também sentia certo conforto em ter a minha saúde clínica e sexual monitoradas constantemente.

Conforme mencionei anteriormente, antes do HPTN 083 ocorrer, o CAB já havia sido testado em pequenos grupos para avaliar a eficácia e a segurança na prevenção à infecção pelo HIV. Os resultados apresentados em artigos científicos, apontam que ele já funcionava, mas essa informação não foi dita quando entrei para o ensaio. Além disso, eu havia acabado de me mudar para Porto Alegre. A única renda que eu tinha era a bolsa do mestrado que mal dava para pagar as minhas despesas fixas com moradia, alimentação e transporte. Naquele contexto, eu acreditava que não conseguiria ter acesso ao tipo de cuidado que tive no ensaio de outros modos. Diante de tudo isso, confesso que eu nem cheguei a fazer uma avaliação sobre os riscos que eu poderia correr no experimento. O ensaio pareceu oferecer mais benefícios do que riscos. Todavia, diante do suspense que envolvia a eficácia do CAB, comecei a me questionar se eu realmente estava no controle da minha prevenção. Eu também passei a me questionar a quem interessava esse suspense e por quê. Por que não informaram que o CAB já havia passado por alguns testes e que funcionou como PrEP? Quais foram os sentidos atribuídos ao experimento pelos outros atores envolvidos?

Como demonstrei até aqui, para mim o HPTN 083 foi a chance que tive de ter acesso à assistência médica para minha saúde sexual. No início da minha participação no ensaio, algo me tornava apenas mais um consumidor de medicamentos. Eu ia até à clínica, coletava sangue, pegava os frascos dos comprimidos, recebia as injeções e depois retornava para a minha vida no cotidiano. Por mais que surgissem algumas dúvidas e/ou estranhamentos acerca das estratégias utilizadas na pesquisa, elas não pareciam ser mais relevantes do que o meu acesso ao cuidado. Após conhecer os trabalhos da antropóloga Adriana Petryna (2009, 2011) tive um olhar mais crítico acerca das práticas dos experimentos como o ensaio da PrEP injetável. Mas preciso dizer que esta dissertação não trata de defender uma postura contrária a esse tipo de artefato científico. Preocupo-me mesmo é com os modos como ele é colocado em prática, assim como com os efeitos desses processos.

Conforme argumenta Petryna (2009, 2011), para atender as necessidades de produção de evidências científicas e conciliar os interesses dos usuários dos resultados de um experimento, diferentes estratégias podem ser adotadas em pesquisas clínicas envolvendo seres humanos. Eu descrevi algumas delas na seção anterior. É no registro de cada uma dessas estratégias, ou do experimento como um todo, que diferentes sentidos são atribuídos pelos atores envolvidos (PETRYNA, 2009, 2011).

O caráter de expatriação (transferência entre países) e de terceirização (parcerias entre organizações governamentais e não governamentais, filantrópicas e industriais) de ensaios clínicos inaugura aquilo que Petryna (2009, 2011) chama de experimentalidade. Trata-se de um conceito que descreve os modos pelos quais os ensaios clínicos em seres humanos ganham centralidade na economia política da saúde global. Para a autora, portanto, é no registro da experimentalidade que um ensaio clínico pode ganhar diferentes sentidos para cada um dos atores que compõem a rede que torna possível a sua efetivação.

Se, por um lado, os participantes de um ensaio clínico vivendo em regiões com um sistema de saúde precarizado, podem encarar a presença desse tipo de experimento como uma forma de ter acesso à saúde. Por outro lado, existe também o risco da expatriação e da terceirização possibilitarem o que Petryna (2009, 2011) chama de variabilidade ética. Isso quer dizer que o que é considerado ético ou não, dependerá do local onde o experimento é realizado. Dessa forma, para a autora, seja na prática clínica ou no campo da experimentação, onde vidas podem ser colocadas em jogo em muitas partes conturbadas do mundo, os critérios para avaliar as diferenças entre intervenções biomédicas experimentais e padronizadas vão sendo reformulados constantemente. Isso pode ocorrer justamente porque não existe “um único padrão, lei, regulação ou mecanismo de supervisão capaz de acompanhar a diversidade de contextos nos quais a experimentação ocorre” (PETRYNA, 2011, p. 128).

No HPTN 083, além do acesso ao método de prevenção, eu também tive acesso a um conjunto de serviços e outras tecnologias biomédicas para a manutenção da minha saúde clínica e sexual. Realizei testagem para HIV e outras IST periodicamente, tive acesso a alguns medicamentos para dor e para IST, exames laboratoriais, vacina para a Covid-19 e atendimento médico e psicológico. Além disso, os participantes do ensaio recebiam alimentação nas visitas ao local, auxílio no valor de cinquenta reais em cada uma das visitas e, ocasionalmente, o ensaio oferecia presentes personalizados como agendas, pulseiras, relógios, copos térmicos, etc. Devido a tudo isso, eu gostei muito de ter participado do experimento. E, por mais que todos esses serviços pareçam ser pouca coisa, para mim era o suficiente para manter a minha saúde sexual.



Figura 5. Caneca térmica personalizada que recebi durante uma visita à clínica do ensaio, no dia 13/12/2021.

Dando continuidade às contribuições de Petryna (2009, 2011), os seus trabalhos me provocaram no sentido de questionar o que estava em jogo no HPTN 083. Uma multiplicidade de atores foi mobilizada para realizar o experimento. Dentre eles, estão as empresas terceirizadas para realizar o recrutamento, organizações para administrar os locais da pesquisa, companhias para explorar dados sobre pacientes, comitês de ética de instituições comerciais e públicas, voluntários e voluntárias. Cada um desses atores atribui diferentes sentidos ao experimento e às materialidades nele performadas. No entanto, durante o ensaio, nada se falava sobre a maioria desses atores e sobre seus interesses e objetivos no experimento. Quais foram os sentidos atribuídos pela *ViiV Healthcare*? O que os pesquisadores que aderiram à pesquisa em Porto Alegre acharam do experimento? O que realmente estava em jogo? Não que seja o objetivo desta pesquisa responder a todos esses questionamentos, até porque esse não é o propósito desta dissertação. Busco localizá-los por considerar que a autoetnografia que apresento pode acabar explorando pistas interessantes nessa direção, considerando os modos como o cuidado é atuado nesse contexto. Dessa forma, ao criticar as práticas da pesquisa clínica na produção de evidência científica de um medicamento, tenho em vista reconsiderar as noções de ética, cuidado e responsabilidade nas práticas direcionadas ao cuidado em HIV e aids.

Um ator bastante importante para o experimento, mas que raramente aparecia no ensaio, foi a farmacêutica *ViiV Healthcare*. A *ViiV Healthcare* foi criada em 2009 a

partir de uma *joint venture* entre a *GlaxoSmithKline* (GSK) e a *Pfizer*, formando uma companhia global dedicada exclusivamente a tratamentos para o HIV. A GSK e a *Pfizer* são duas farmacêuticas multinacionais que lideram o mercado farmacêutico. Em 2012, a japonesa *Shionogi* completou a sociedade e se juntou às duas. *Joint venture* — que traduzido para o português significa união de risco — é um tipo de empreendimento conjunto entre duas ou mais empresas já existentes. Um dos objetivos desse tipo de empreendimento é realizar uma atividade econômica em comum por um determinado período. Atualmente, o portfólio da *ViiV Healthcare* conta com 16 medicamentos para o HIV e a empresa é pioneira no tratamento de longa duração para o HIV³⁰.

Noah Higgins-Dunn (2021), jornalista da revista *Fiercepharma*, uma revista eletrônica *on-line* que faz a cobertura do setor farmacêutico mundial, sugere uma pista para nossa reflexão sobre os possíveis interesses da *ViiV Healthcare* no experimento. Segundo Higgins-Dunn (2021), a farmacêutica tem utilizado como produto básico do seu portfólio de medicamentos para o HIV o ARV chamado dolutegravir. O dolutegravir é um inibidor de integrase (INI) — uma enzima do HIV — utilizado na prevenção e no tratamento da infecção pelo HIV. Na prevenção, ele é utilizado como Profilaxia Pós-Exposição (PEP). O dolutegravir é um fármaco encontrado em quatro dos produtos para HIV mais vendidos pela empresa que, em 2020, arrecadou cerca de US \$6 milhões (cerca de R\$ 33 milhões) com as vendas dos produtos, correspondendo a pouco mais de um quarto das vendas farmacêuticas totais da empresa. Contudo, com a perda de patente do medicamento chegando em 2027, a comercialização dos injetáveis de ação prolongada estaria no centro das atenções da empresa, mais do que a dos comprimidos diários que já não são mais considerados como inovação (HIGGINS-DUNN, 2021).

Em outra matéria da *Fiercepharma*, o jornalista Angus Liu (2021) descreve certo movimento da *ViiV Healthcare* dentro do que parece ser uma corrida pela liderança global do mercado do HIV via patentes de medicamentos. De acordo com Liu (2021), a empresa tem sentido grande ameaça depois do anúncio da colaboração entre a líder do mercado farmacêutico *Gilead Sciences* e a *Merck & Co.* para a produção de medicamentos para HIV de ação ultra longa. Enquanto a *ViiV Healthcare* inova com medicamentos para prevenção que duram até dois meses no organismo, a *Gilead* tem relatado dados encorajadores para medicamentos que podem ser administrados a cada seis meses. Já a *Merck* tem testado um fármaco para PrEP como implante oral que pode durar por mais de um ano no organismo. Diante do que parece ser uma corrida pelo monopólio, a *ViiV Healthcare* pagou em 2021 à *Halozyne Therapeutics*, uma empresa

³⁰ Disponível em: <<https://viivhealthcare.com/about-viiiv/>> (acesso em 30/08/2021).

estadunidense de biotecnologia, \$40 milhões (cerca de R\$ 224 milhões) adiantados para ganhar direitos exclusivos para a tecnologia Enhance. A Enhance é uma tecnologia que permite, por meio da quebra de uma barreira da pele, que grandes quantidades de um medicamento sejam injetadas no espaço subcutâneo, fazendo com que a substância ative mais tempo ao ser lentamente liberada no organismo. A tecnologia Enhance tem sido utilizada com sucesso em vários medicamentos, alguns deles para o tratamento do câncer³¹.

No cenário brasileiro, alguns atores importantes no ativismo do HIV/Aids combatem o monopólio de empresas farmacêuticas sobre as vendas de medicamentos³². É o caso do Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual (GTPI), um coletivo de 19 organizações da sociedade civil que atua pelo acesso a medicamentos e pela valorização do SUS. O GTPI teve participação importante no processo de pressão pública para recusa junto ao Instituto Nacional de Propriedade Intelectual (INPI) do pedido de exame de patente do dolutegravir pela *ViiV Healthcare* (ABIA, 2018). Também entraram com subsídios ao exame a Anvisa, que alegou falta de novidade na substância, e a farmacêutica brasileira Blanver que, além de falta de novidade, também alegou falta de atividade inventiva.

Um dos requisitos para se patentear um medicamento é a presença de atividade inventiva, ou seja, para continuar com a patente do dolutegravir a *ViiV Healthcare* precisaria comprovar que o medicamento se trata de uma inovação. O argumento mobilizado pelo GTPI, pela Anvisa e pela Blanver é que o uso terapêutico do dolutegravir não constitui, de fato, uma inovação biomédica. Com isso, no dia 10 de maio de 2018 o INPI emitiu o parecer contrário ao pedido de patente, possibilitando a comercialização de medicamentos genéricos.

Dois anos depois, em 2020, o Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos), uma unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), obteve, por meio de uma parceria com a *ViiV Healthcare* e a GSK, o registro do genérico do medicamento dolutegravir. A aprovação junto a Anvisa se deu pela resolução nº 3972, publicada em 5 de outubro do mesmo ano. No entanto, para se adequar às características de qualidade do medicamento, a transferência de tecnologia foi dividida em quatro fases e a previsão é que esse processo se estenda até o ano de

³¹ Disponível no site da empresa *Halozyne Therapeutics*, uma empresa norte-americana de biotecnologia proprietária da tecnologia Enhance. Link para o acesso: <<https://halozyne.com/enhance/>>.

³² A ABIA é um desses atores. A associação teve atuação fundamental na quebra da patente do truvada, produzido pela gigante farmacêutica *Gilead Sciences*. Com a quebra da patente foi possível a produção da “PrEP genérica”, conseqüentemente mais barata aos cofres públicos, garantindo um acesso mais amplo às populações (ABIA, 2018).

2025 (OLIVEIRA, 2020). Ou seja, apenas dois anos antes da patente da *ViiV Healthcare* sobre o dolutegravir expirar.

Assim sendo, parece ser possível a aproximação dos interesses da *ViiV Healthcare* com o CAB injetável e com o HPTN 083. Todavia, como mencionado anteriormente, esta dissertação se preocupa mais com as perguntas que podem ser feitas sobre essa questão, pois foram perguntas que me mobilizaram no sentido de produzir esta dissertação. Uma nova pergunta insiste em dar as caras. Se a *ViiV Healthcare* agiu dessa forma com o dolutegravir, ARV considerado de “primeira linha” e necessário para a manutenção da vida de milhares de pessoas afetadas pelo HIV, ela fará diferente com injeções de longa duração para prevenção ao HIV, consideradas inovação? A *ViiV Healthcare* manterá o monopólio sobre o dolutegravir até 2025, prejudicando os ajustes nos preços do medicamento que se dariam por meio da oferta de medicamentos genéricos a um preço mais barato, justo e acessível.

Até a patente sobre o dolutegravir acabar, outros ensaios clínicos serão realizados para avaliar novas tecnologias biomédicas. Como no caso do fármaco chamado Lenacapavir³³, um medicamento experimental subcutâneo que pode durar cerca de seis meses no organismo. O fármaco começará a ser avaliado para prevenir e tratar a infecção pelo HIV no Brasil ainda em 2022 e novas populações serão incluídas no experimento, como homens trans e pessoas não-binárias. Assistiremos à inclusão de novos sujeitos que utilizarão um novo medicamento experimental por um tempo, cerca de cinco anos, para depois serem encaminhados para o SUS. Enquanto isso, empresas farmacêuticas lucram com inovações biomédicas avançadas, porém muito caras aos cofres públicos. Mais caras ainda para aquelas pessoas que lutam cotidianamente para se manterem vivas.

Essa combinação de medicina mercantil, leis e direitos humanos pode levar a um reducionismo conceitual e prático do cuidado e da assistência à saúde como sendo equivalentes ao provimento de medicamentos (PETRYNA, 2009). A pharmaceuticalização da saúde pública levanta questões fundamentais sobre prioridades em saúde pública e seus financiamentos, e o papel da equidade no direito humano à saúde (BIEHL apud PETRYNA, 2009, p. 150).

³³ O Lenacapavir, desenvolvido pela *Gilead Sciences*, está na fase 2/3 de desenvolvimento para o tratamento do HIV e na fase 3 de desenvolvimento para a prevenção do HIV. Disponível no link: <<https://clinicalinfo.hiv.gov/en/drugs/lenacapavir>> (acesso em: 24/08/2022)..

4.4 Sexualidades vigiadas: capturar para regular?

No decorrer desta dissertação, demonstrei o meu estranhamento relacionado ao fato de não existirem ensaios clínicos e/ou estudo demonstrativos de PrEP para as populações de pessoas cis heterossexuais (casais heterossexuais e mulheres cis heterossexuais), homens trans e pessoas intersexo no Brasil. Encontrei dados na *internet* sobre a epidemia que parecem tornar a noção de populações-chave uma justificativa no mínimo frágil para o combate à epidemia do HIV e da aids. Um dos materiais encontrados informa que em 2019, o RS ocupou o segundo lugar no ranking de casos de Aids no Brasil com 31,8 casos a cada 100 mil habitantes. Apesar da taxa de detecção de aids no estado apresentar tendência de queda nos últimos dez anos, no ano de 2019 Porto Alegre apresentou um valor superior ao dobro da taxa geral do estado e 3,3 vezes maior que a taxa do país que é de 17,8 pessoas/100 mil habitantes. Além disso, o RS vive uma epidemia generalizada de aids, ou seja, a aids tem afetado sujeitos de diferentes populações (AGÊNCIA AIDS, 2019).

Em 2019, o maior coeficiente de mortalidade tendo o HIV/aids como causa básica entre as capitais dos estados brasileiros foi observado na capital do RS (22,0 óbitos/100 mil habitantes), um número cinco vezes maior que o nacional. Além do mais, o RS vem registrando altos números de casos de transmissão vertical do HIV, quando ocorre a infecção pelo HIV da mãe para o bebê, ou do pai para o bebê no caso dos homens trans que engravidam, durante a gestação, parto, ou durante a amamentação (AGÊNCIA AIDS, 2020).

No percurso final da pesquisa de campo, conheci a matéria de Jéssica Paula (2020), produzida para a Agência de Notícias da Aids. Segundo a matéria, ativistas e especialistas do campo do HIV e aids têm problematizado a ausência de mulheres cisgêneras nas pesquisas e campanhas sobre a PrEP. Isso é o que aponta Jenice Pizão, membra do Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP), ao ser entrevistada por Paula (2020). Conforme as palavras de Jenice:

Olha que interessante, mesmo nos Estados Unidos, veja a pesquisa e observe que a maioria das mulheres desconheciam a PrEP. Imagine no Brasil, onde nós não estamos incluídas no hall da população vulnerável ao HIV. Os responsáveis pelos programas de PrEP no estado de São Paulo afirmam que é porque as mulheres cis não aparecem de forma crescente. Ué, vão esperar que a gente apareça e que a gente apareça e que a gente se infecte cada vez mais para depois falarem “opa, vamos oferecer a PrEP para mulheres cis!” Não é um absurdo? E não é só mulher heterossexual não, porque mulheres lésbicas também não são consideradas vulneráveis.

Diante desses dados, e da inexistência de experimentos da PrEP com os sujeitos acima mencionados, uma pergunta me acompanhou durante todo o processo da pesquisa

de campo. Novamente, ela insiste em reaparecer. Por que apenas *gays* e outros HSH e mulheres trans são os grupos epidemiológicos recrutados para esse tipo de experimento?

Para além da leitura binária do sexo enquanto órgão genital, os documentos brasileiros da PrEP entendem o sexo enquanto uma materialialidade fixa e imutável. Ou seja, é o órgão sexual associado a identidades específicas que definirá o que é ou não o risco. Desse modo, além de excluírem os corpos desviantes das estatísticas oficiais, os documentos acabam por associar as práticas de risco a tais identidades. Uma vez que ânus e pênis não definem a construção e a produção das práticas sexuais e que a discussão centrada nesses dois órgãos exclui sujeitos com vagina e intersexo, qual é o motivo da insistência nos corpos de homens cis que transam com homens cis e mulheres trans? Por acaso, mulheres cis não dão o cu? Homens trans não transam? Pessoas intersexo não existem? Ao realizar esses questionamentos, não estou defendendo o banimento dos experimentos que envolvem os grupos epidemiológicos de *gays* e outros HSH e mulheres trans. Estou a alertar sobre os efeitos dos modos como o cuidado tem sido pensado nesse campo.

Para lidar com esses questionamentos, retorno às análises de Pelúcio e Miskolci (2009) em seu trabalho etnográfico que analisa alguns dados sobre travestis que se prostituem e homens que se relacionam em segredo com outros homens. No trabalho em questão, a autora e o autor destacam como a saúde pública brasileira, por meio da forma como lidou inicialmente com a epidemia, lançou as bases para um conjunto de políticas que resultam no controle e na normalização das relações afetivas e sexuais conforme padrões heteronormativos.

Pelúcio e Miskolci (2009) chamam de modelo oficial preventivo para o HIV/aids o conjunto de práticas e teorias adotadas pelo extinto Programa Nacional de Aids que foi atualmente transformado em uma “pasta” do DDCCI, dividindo espaço com outras doenças. Segundo a autora e o autor, o modelo brasileiro se baseia em discursos formulados por órgãos internacionais que sofreram transformações ao serem instituídos no país. Mas, isso não significa dizer que o modelo rompeu com os parâmetros formulados internacionalmente, já que ele utiliza como base da política categorias de viés universalizante, como risco, vulnerabilidade e protagonismo, efetivando-se em campanhas que impõem mudança de comportamento e práticas disciplinadoras.

A partir de uma etnografia na cidade de São Paulo, Pelúcio e Miskolci (2009) procuram compreender, por meio da perspectiva dos sujeitos de sua pesquisa, como essas práticas disciplinadoras criaram assujeitamentos, resistências e ressignificações no campo do erotismo não normativo. A autora e o autor retomam o modo como as autoridades brasileiras reagiram ao surgimento da epidemia de HIV-aids construindo a

doença como sexualmente transmissível e encorajando a crença em um antagonismo entre o desejo sexual e a ordem social. Isso ocorreu pela seleção do homoerotismo como uma grande ameaça à saúde pública, apontam a autora e o autor. Nesse sentido, o surgimento das identidades epidemiológicas possibilitou que, por meio de uma série de procedimentos e práticas discursivas, se regulem comportamentos, constituindo, dessa forma, novas subjetividades marcadas pela busca da adequação aos padrões de identidade socialmente impostos (ORTEGA apud PELÚCIO e MISKOLCI, 2009, p. 04). A própria busca insistente por determinar uma origem para a aids revela muito sobre essa questão. Uma questão que se repete em tempos do surgimento de um novo vírus o qual foi nomeado *Monkeypox*, onde homens que transam com outros homens são convocados pela OMS a reduzirem o número de parceiros sexuais para reduzir o número de transmissões da “varíola do macaco” (Bethânia NUNES, 2022).

Conforme Pelúcio e Miskolci (2009), na era da aids, elaborou-se um discurso mais eficiente de responsabilização do sujeito, este pode se autorregular em prol da sua saúde, ou ser culpabilizado caso falhe. O advento da epidemia de aids, argumentam a autora e o autor, provocou a elaboração de uma completa estratégia de cuidados e responsabilidades individuais, exigindo o protagonismo político dos sujeitos diante da doença. A questão, então, não estaria tanto no fato de ser *gay*, HSH, ou mulher trans, desde que o sujeito coloque em prática a autoconsciência de querer ser saudável. Em outras palavras, a sociedade até toleraria o fato de eu ser um homem cis *gay*, mas desde que “eu cuide da minha saúde” e que apresente um comportamento associado ao modelo tradicional heterossexual: monogâmico, reprodutivo, familiar e privado. Enquanto isso, aos sujeitos que se adequam a essa norma é atribuída uma inerente normalidade que os exime do mesmo grau de pressão e demanda em relação às suas práticas sexuais. O modelo preventivo se caracteriza, portanto, pela seletividade no que diz respeito à aplicação de meios de regulação e controle dos comportamentos (PELÚCIO e MISKOLCI, 2009).

É exatamente isso que ocorre com os interlocutores e interlocutoras da pesquisa de campo de Pelúcio e Miskolci (2009). Os dados etnográficos explorados em seu artigo mostram que o discurso preventivo é bem sucedido em moldar como *gays* e outros HSH e mulheres trans e travestis compreendem seus desejos e experimentam sua sexualidade, o que não significa que todos e todas tenham uma postura acrítica diante de tanto julgamento e cobrança para serem saudáveis. Todavia, as práticas sexuais e afetivas desses dois grupos, onde o sexo anal ganha centralidade, continua sendo alvo de regulação e disciplinamento.

É diante da complexa rede que constitui o modelo preventivo brasileiro que emergem formas de resistência a algumas das suas estratégias. As interlocutoras de Pelúcio e Miskolci (2009), não cansam de dizer que se cuidam. Trata-se de um cuidado que pouca relação tem com aquele imposto pelo modelo preventivo brasileiro. Um cuidado que se apresenta de forma mais ampla e que vai desde o cuidado com o próprio corpo até as estratégias para lidar com os sujeitos pelos quais elas consideram que podem correr mais risco de serem infectadas pelo HIV. Algo similar se dá entre os interlocutores da pesquisa que, em segredo, procuram relações com outros homens na *internet*. Por mais que os discursos nem sempre se enquadrem nas suas práticas, na maior parte das vezes, eles parecem negociar os limites da segurança e do risco com o parceiro de forma a maximizar o prazer.

Desse modo, o trabalho de Pelúcio e Miskolci (2009) foi fundamental para considerar esse outro modo como os atores e suas materialidades se organizam na rede que aqui chamo de Experimental-Fármaco-Sexual. As considerações da autora e do autor também foram úteis no sentido de compreender como o cuidado tem sido pensado nesse campo. Auxiliaram-me no sentido de compreender como essa rede se constitui, assim como os modos como as práticas nela realizadas produzem subjetividades. A partir das práticas de uma pesquisa clínica internacional a rede ganha novos contornos e atores. Todavia, ao serem encampadas ao nível nacional e regional, algumas práticas não se modificam. Elas continuam buscando regular os afetos e as práticas sexuais que não se adéquam aos padrões heteronormativos, por meio da ideia de risco, de vulnerabilidade e de condutas consideradas mais saudáveis.

4.5 A PrEP novamente em ação: (re)produzindo realidades

Nas análises desta subseção, parto de mais um dos questionamentos que, por certo tempo, insistiu em dar as caras, desde o momento em que a minha rotina foi modificada pelo uso do CAB, administrado em injeções intramusculares bimestralmente em uma das minhas nádegas. Eis a questão: além de proteger da infecção pelo HIV, o que mais PrEP permite fazer? Essa até pode parecer uma pergunta óbvia e provavelmente, é. Entretanto, minha intenção é tentar fugir da obviedade. Mas, antes de tudo, preciso mencionar que esta parte da dissertação foi escrita após a PrEP injetável ser estabilizada, isto é, depois que foi declarado que ela funciona e que sua utilização é segura para proteger da infecção pelo HIV.

Outra questão importante, é que compreendo que a PrEP não produz realidade sozinha. Bloquear a replicação do HIV é apenas uma das realidades possíveis, mas para isso é necessário de alguém ou de algo para manipulá-la. Por esse motivo penso que

seguir a substância e descrever as minhas experiências com a profilaxia é um recurso metodológico para orientar as minhas análises, pois elas me levaram ao encontro de outros elementos importantes para a problematização que ora faço. Sendo assim, tenho proposto escapar de uma expectativa confessional, onde eu partiria de uma perspectiva individualizante, apresentaria as respostas para os meus questionamentos como usuário sobre a PrEP e esqueceria das minhas posições como pesquisador e próprio objeto da pesquisa. Por esse motivo, não aspiro encontrar respostas definitivas para a pergunta acima feita.

Neste seguimento de implicação, exponho algumas trilhas que percorri ao utilizar novas perguntas norteadoras como veículos de condução. Desse modo, “saber o que a PrEP faz” deve cumprir dupla função. Se por um lado, esse questionamento pode ser útil para demarcar o modo pelo qual estou implicado com esta pesquisa. Por outro lado, ele também me auxiliou no processo de reflexão dos desafios políticos que envolvem a produção de intervenções biomédicas utilizadas para prevenção da transmissão e do tratamento da infecção pelo HIV.

4.6 Sexo, prazer e conforto: cegado pela PrEP?

Há uma beleza e um prazer inegável em foder no pelo³⁴ e me render aos meus desejos mais censurados. Também tem sido bastante confortável não ter que me preocupar se esqueci de ingerir comprimidos de PrEP no dia anterior. No entanto, para mim, é muito atual compreender a PrEP como um objeto que não diz respeito apenas ao meu bem-estar ou prazer sexual. Ela não é apenas sobre a simples ingestão de um comprimido diário ou sobre receber injeções a cada dois meses para me prevenir. Outras questões têm se apresentado. Receber injeções bimestrais para me prevenir do HIV exige um conjunto de cuidados que colocam em questão minha saúde clínica, assim como outros fatores políticos mais amplos.

No começo do ensaio da PrEP injetável, quando recebi as doses de um placebo e de outra substância que eu não sabia se era o fármaco que estava sendo avaliado ou o truvada, eu estava ingerindo comprimidos e recebendo doses injetáveis de moléculas que carregam diferentes sentidos e significados para mim. Como mencionei anteriormente, eu continuava sentindo bastante medo da infecção pelo HIV, devido à possibilidade de estar no grupo que recebia a substância que estava sendo avaliada, pois, mesmo tendo certo potencial para prevenção, o ensaio não me garantiu que ela funcionava. E, mesmo que eu estivesse no grupo do truvada, talvez ainda assim sentiria certo receio, pois mesmo sendo altamente eficaz ele poderia causar alguns efeitos indesejáveis no meu corpo.

³⁴ Gíria utilizada para se referir ao sexo sem preservativo.

Todavia, simultaneamente, eu me sentia mais confortável em participar do experimento, pois minha saúde clínica e sexual era monitorada continuamente. Sempre que acontecia algum evento ou resultado imprevisto, eram necessárias uma ou mais visitas e procedimentos adicionais. Geralmente, ocorriam alterações nos exames relacionados ao fígado e aos meus rins. Algumas vezes, contrai IST como clamídia e gonorreia. Mas não vejo isso como efeito de usar a PrEP, pois antes mesmo de usá-la eu já havia contraído IST outras vezes. No entanto, diante dessas adversidades, havia um conjunto de cuidados à minha disposição.

Esse modo mais amplo de compreender a PrEP — como a oferta de um conjunto de estratégias de cuidado à saúde — me proporcionou certo bem-estar em relação à minha saúde clínica e sexual e à tensão que eu sentia antes, durante ou depois do sexo. Até o momento em que escrevi esta seção tive três anos para considerar os efeitos da PrEP na minha forma de pensar, no meu corpo social e na minha relação com a infecção pelo HIV. Para compreender de forma mais ampla esse caráter performativo da PrEP e os modos como o seu uso teve influência no meu modo de compreender o cuidado no campo do HIV e a aids, descrevo a seguir uma das primeiras experiências sexuais que tive após entrar para o ensaio da PrEP injetável.

Considero minha mudança para Porto Alegre como um divisor de águas no que diz respeito às minhas práticas sexuais e aos modos como exerço minha sexualidade. Até aquele momento, ou seja, até meados de agosto de 2018, eu não havia morado numa capital, nem em uma cidade com proporções demográficas como as de Porto Alegre. Inicialmente, morar na capital do estado do RS me proporcionou ter muitos parceiros sexuais. Então o sexo casual fez parte da minha rotina de maneira mais intensa. Foi nesse momento que, motivado por alguns amigos, pelo medo e pela tensão que sentia todas às vezes que fazia sexo com penetração anal e sexo oral sem preservativo ou que recebia o diagnóstico de alguma IST, resolvi aderir ao regime da PrEP.

Ocupar a posição de passivo no sexo sempre me causou medo, mais do que ser ativo ou fazer sexo oral. Sempre ouvi falar que é mais arriscado contrair o HIV sendo passivo. Também ouvi várias vezes, de profissionais de saúde, amigos e parceiros sexuais, que o risco de infecção é menor no sexo oral. Diziam-me que o risco só era alto caso houvesse ferimento na gengiva ou em outra parte interna da boca. Como tenho o hábito de morder as partes internas das minhas bochechas sempre que me sinto nervoso ou ansioso — o que deixa muitas vezes ferimentos leves — e como só faço sexo oral sem preservativo, por muito tempo tive medo de ser infectado pelo HIV dessa maneira. Eu também sentia medo de contrair outras IST no sexo oral.

Assim que me mudei para Porto Alegre, conheci a maioria dos caras com os quais tive relações sexuais por meio de aplicativos de busca de parceiros geolocalizados

e salas de bate-papo na *internet*. A maioria dos caras que conheci nos *apps*, se declarava *gay*. Nas salas de bate-papo na *internet*, grande parte se declarava heterossexual. Dos homens que se declararam héteros, muitos diziam serem casados ou que tinham namoradas. Confessavam-me, ainda, que costumavam manter relações extraconjugais escondidas das suas parceiras. Os caras heterossexuais eram os que mais gostavam de fuder no pelo. Os *gays* geralmente reproduziam o discurso do sexo seguro, o do sexo com preservativo. Depois que entrei para o regime da PrEP, conversei sobre prevenção com muitos dos meus parceiros. Para muitos deles, contei que uso PrEP. A maioria dos parceiros *gays* conhecia a profilaxia. Já entre os heterossexuais a PrEP era uma novidade. Muitos deles ficaram espantados com o fato de existir uma tecnologia que impede o vírus de se instalar no organismo, inclusive.

Falar explicitamente sobre saúde sexual e prevenção com meus parceiros sexuais, honestamente e sem julgamentos morais, nem sempre foi uma realidade para mim. Pelo menos, até o momento em que tornei público por meio das minhas redes sociais que uso a PrEP e que faço pesquisa sobre HIV e aids. Há cerca de aproximadamente três anos antes da finalização desta dissertação. Foi nessa época, que transei com o primeiro rapaz com o qual fiz questão de dizer que uso a profilaxia. O conheci por meio de um *app*.

Eram os meus primeiros meses na capital. Devido ao mestrado, eu passava muito tempo fora de casa, quase todos os dias. Certa noite, após um dia cheio de atividades acadêmicas, resolvi reinstalar um dos *app* de busca de parceiros geolocalizados que havia excluído do meu *smartphone*. O *app* funciona como um tipo de rede social que, além de apresentar os usuários, também mostra de onde estão falando. Nos perfis do aplicativo, podem ser disponibilizadas publicamente informações sobre os usuários, como nome, idade, altura, peso, etnia, porte físico, posição sexual (ativo, passivo, versátil etc.), “tribos” (urso, malhado, discreto, *nerd*, etc.), *status* do relacionamento, gênero, dentre outras.

Após baixar o *app* no *smartphone*, precisei inserir um *e-mail*. Depois, aceitei os termos de serviço e as políticas de privacidade, necessárias para criar o perfil. Em seguida, eu permiti que o *app* acessasse a minha localização. Feito isso, o próximo passo foi realizar um cadastro com alguns dados e inserir uma ou mais fotos (eu poderia não inserir se não quisesse). Resolvi utilizar uma foto em que eu estava em uma praia. Depois disso, apareceu uma grade com cerca de cem perfis de usuários que estavam próximos de mim. Os perfis dos usuários eram exibidos na parte superior do *app*. Eu poderia continuar com a edição do meu perfil para incluir outras informações, mas, ao invés disso, preferi verificar logo os caras que estavam disponíveis por perto. Era só iniciar uma conversa ou enviar um “*tap*” (um ícone fixado no perfil dos usuários que, ao ser clicado, demonstra que se teve interesse no perfil acessado). Eu estava sedenta por um sexo.

Interessei-me pelos perfis de alguns usuários do *app*. Em poucos minutos, voltei a minha atenção para um perfil que usava o pseudônimo “Um cara aí”. Segundo a descrição do perfil, se tratava de um homem cis de 32 anos, mestiço e solteiro. Em sua foto do perfil, ele não exibia o rosto (a maioria dos perfis que estavam *on-line*, não exibia), apenas um corpo masculino vestindo uma bermuda, uma camiseta regata e usava tênis. Ele estava em uma academia de musculação. O “Um cara aí” se descrevia como um ativo dominador que estava a fim de fuder sem enrolação. Algo que me chamou bastante atenção no seu perfil, foi o ícone que indicava o seu status sorológico para HIV. Eu nem sabia que era possível disponibilizar essa informação. No início do cadastro, o preenchimento desse ícone não é disponibilizado, apenas depois do perfil ser aprovado e se o usuário tiver interesse em completar as informações. Como eu não havia feito isso, fui surpreendido ao ler o *status* “negativo, usando PrEP”. Fiquei entusiasmado com a informação e logo lhe mandei uma mensagem no *chat* privado e iniciamos uma conversa.

Depois que iniciamos a conversa, o rapaz me pediu para lhe enviar uma foto. Mandei-lhe algumas. Nas fotos, eu estava usando roupas e mostrava o meu rosto. Em seguida, eu pedi para ele me mandar também. Ele enviou algumas fotos em que estava sem roupas, na frente de um espelho, exibindo o seu abdômen sarado completamente suado. Nas fotos que enviou, ele estava de pau duro. Depois disso, eu pedi para ele me mandar fotos mostrando o rosto. Ele me enviou algumas. E eu o achei um gato! Mandei-lhe algumas fotos em que eu estava pelado e ele me pediu para lhe mandar uma em que eu mostrasse a minha bunda. Enviei uma em que estou completamente nu, de quatro, em cima de uma cama. Após receber a foto, ele me disse que gostou do que viu e me perguntou se eu tinha um local para nos encontrarmos. Eu respondi que sim.

Ele me disse que queria ser ativo e eu estava a fim de ser versátil. Então, começamos a negociar os papéis e as posições que queríamos realizar. Ele foi incisivo. “Quero muito te comer”, chegou a repetir isso algumas vezes. Então, pensei comigo mesmo: bom, quem sabe ele chega aqui em casa e cai de quatro pra eu meter nele! Logo depois, falei para ele ir para minha casa. Cerca de meia hora depois, “um cara aí” estava no meu quarto, em cima da minha cama, completamente pelado.

Penso que, quando marco um encontro sexual, eu selo um compromisso com outrem. Tal compromisso é realizado mediante a apresentação de contratos pré-estabelecidos. No entanto, geralmente os termos costumam ser modificados no decorrer do encontro, sempre com o consentimento de ambos os envolvidos. Ao lhe enviar a foto da minha bunda, demonstrei estar interessado em ser passivo e o rapaz foi assertivo ao afirmar que queria ser ativo, mas que poderia fazer sexo oral em mim. Apesar de querer ser versátil no encontro daquela noite, fazia dois dias que eu havia recebido a injeção do CAB na minha nádega direita. Por esse motivo, eu ainda sentia dor e desconforto no

local da aplicação e um dia antes tive um pouco de febre. Então, eu estava inseguro se iria rolar mesmo de ser passivo, mas não comentei sobre isso.

No final da conversa pelo *app*, perguntei ao rapaz se ele usava mesmo a PrEP e ele respondeu que sim. Contei-lhe que também uso, mas não entramos em detalhes. Eu acabei me esquecendo de avisar que não poderia haver qualquer tipo de fricção na minha nádega direita, devido à dor que eu ainda estava sentindo.

Aquela era uma noite de clima agradável em Porto Alegre, não estava nem quente nem frio. Era um pouco tarde, quase no final da noite. “Um cara aí” não demorou muito para chegar ao prédio onde eu morava. Logo em seguida, precisei descer ao portão de entrada do prédio para recebê-lo. Vesti-me propositalmente apenas com uma calça de moletom e sem cueca. Ao encontrá-lo, antes de abrir o portão, ele me cumprimentou. “E aí?”. Sua voz era grossa e um pouco rouca. Achei-o mais interessante pessoalmente do que pelas fotos que havia me mandado. Então lhe respondi: beleza, e tu? E ele me respondeu “tudo tranquilo”. Cumprimentamo-nos com um forte aperto de mãos e, em seguida, perguntei se ele queria subir. Ele respondeu que sim, eu fechei o portão e partimos para o apartamento.

Enquanto subíamos as escadas, conversamos sobre coisas banais. Eu estava nervoso, pois estava sozinho em casa naquela noite. Naquela época, eu dividia o apartamento com uma amiga que viajou para sua cidade natal no interior para visitar a família. A voz do “um cara aí” me excitava. Logo comecei a imaginar ele na minha cama, pelado, eu de quatro e ele me fodendo. Fiquei de pau duro e o medo foi dando lugar para o tesão. Abri a porta do apartamento e entramos. Atravessamos o corredor que dá acesso ao quarto, quando de repente, fui surpreendido.

Ele estava atrás de mim E me puxou bruscamente pela calça e encaixou o seu pau duro entre as minhas nádegas. Senti um pouco de dor, mas o tesão me fez suportá-la. Naquele momento, fomos à loucura. Nós desajeitadamente arrastamos os nossos corpos excitados para a cama, onde ele me colocou sentado, colocou o seu pau que estava duro que nem uma pedra para fora da calça e me puxou pelos cabelos, lubrificou o pau com a baba que escorria e eu comecei a chupá-lo. Ele atolou o pau inteiro na minha boca. E eu mamava com muita pressa enquanto o seu saco grande e completamente liso estalava na minha garganta. Cheguei até a engasgar, como se não tivesse muito tempo para aproveitar aquele momento. Com a mistura feita com o meu cuspe e o dele, ele lubrificava a cabeça do seu pau macio, circuncidado, grosso e reto. Após engasgar algumas vezes, ele retirou o pau da minha boca. Empurrou-me deitado na cama, arrancou minha calça e me virou de bruços. Pensei: agora ele desliza o pau dentro de mim.

Se em um primeiro momento do encontro, eu estava nervoso demais para me lembrar de avisar ao rapaz que eu estava sentindo dor em uma das minhas nádegas, naquele momento, eu estava tão excitado que ignorei completamente a dor. Após ele arrancar a minha calça, abriu vagarosamente a minha bunda, passou a língua e cuspiu bem no meu cu. Depois ele cuspiu na sua mão e lubrificou ainda mais o seu pau. Iria começar a me penetrar quando, de repente, descarregou um tapa muito forte na minha nádega direita, enquanto dizia: “agora eu vou te foder, sua putinha!”. E eu imediatamente comecei a gritar: Para! Para! Para! Virei-me, segurei firme em um de seus braços e lhe pedi para sair de cima de mim. Ele rapidamente atendeu o meu pedido e, em um gesto de cuidado, acariciou o meu rosto, me olhou com certo olhar de ternura e depois me disse: “fica calmo. Estamos bem, usamos PrEP. Estamos limpos”.

O que ele quis dizer? O que estava bem? Estávamos bem? O que ele quis dizer com “limpos”? Confesso que são perguntas que eu poderia ter feito ao rapaz naquela noite, mas não fiz. Eu não me dei conta da gravidade que aquelas palavras poderiam carregar. Naquela noite, eu me preocupei apenas com a forte dor que senti depois do tapa. Enquanto eu contorcía o meu corpo sobre a cama, o quarto ficou em silêncio. Alguns segundos se passaram e, então, ele me pediu desculpas e disse que se eu quisesse a gente poderia continuar com o preservativo. Disse-me, ainda, que agiu da maneira errada, que agiu impulsivamente. Aceitei as suas desculpas, mas lhe disse que o motivo para lhe interromper não foi porque ele iria meter sem a camisinha. O fiz parar devido ao tapa que deu na minha nádega.

Acabei tendo que lhe explicar que eu recebia injeções de um candidato à PrEP. Que participava de um ensaio clínico e havia recebido uma injeção na nádega direita, há poucos dias. Disse-lhe, também, confesso que com receio, que eu não tinha certeza se estava protegido do HIV. Mas ele não se importou. Após lhe contar boa parte do que eu sabia sobre o ensaio e sobre o fármaco que estava sendo avaliado, o rapaz tornou a me dizer que estava tudo bem. Disse-me, ainda: “eu uso o comprimido (ele se referiu ao truvada), e os comprimidos funcionam. Nada de ruim vai acontecer”.

Acontece que, eu não senti nenhum desconforto com a fala do rapaz. E isso ainda hoje me constrange. Trata-se de uma fala individualista sobre o cuidado, sem falar que foi asquerosamente sorofóbica. Eu não discordei do rapaz. Pelo contrário, eu até lhe disse que estava tudo certo e que eu concordava com ele. Pensei que ele estava agindo corretamente, que estava se cuidando. Alguns minutos depois da nossa conversa, a dor na minha nádega havia aliviado, então reiniciamos o sexo. Dessa vez, de uma forma mais cuidadosa. Quando terminarmos, nós nos limpamos. Ele rapidamente vestiu as suas roupas. Disse-me que precisava ir embora, pois trabalhava no outro dia cedo. Então, vesti minha roupa e o acompanhei até o portão do prédio. Ele atravessou a rua, entrou em um carro e foi embora.

Algum tempo depois dessa experiência, conheci algumas obras de teóricas feministas que complexificam o conceito de performatividade. Uma delas é a Butler e o conceito de performatividade de gênero (1990). A outra é a Mol com o *to enact* (atuar, instituir, ocasionar, 1999; 2018). A partir da leitura dos trabalhos das autoras, fui atentando para os distintos modos como as diferentes versões da PrEP foram colocadas em ação, manipuladas nas práticas mais diversas.

Se, num primeiro momento, a PrEP me pareceu ser um objeto mediador de certa autonomia e cidadania sexual³⁵, enquanto me proporciona conforto e segurança diante das minhas escolhas, como não usar camisinha e ter quantos parceiros sexuais quisesse; num segundo ela era um objeto utilizado para promoção de práticas preconceituosas e discriminatórias. Ainda é muito comum observar pessoas que são contra a PrEP, pois, segundo tais narrativas, a profilaxia seria utilizada para ser promíscuo ou para ser “depósito” e transmissor de IST. Ademais, conforme a fala de “um cara aí”, se os que usam a profilaxia são “os limpos” quais seriam os sujeitos “sujos”? E, por que “sujos”? Quem vive com HIV está sujo?

Tem-se como pressuposto, no Brasil, assim como globalmente, que o amplo campo de saberes e práticas sobre o HIV e a aids (científicos ou “leigos”) é um campo onde as categorias gênero, sexualidade, classe, raça e outros marcadores se articulam complexamente. Constantes disputas simbólicas e políticas são realizadas em torno dessas articulações. De acordo com Pelúcio e Miskolci (2009) o discurso preventivo brasileiro não se circunscreve somente à prevenção do HIV-aids, “trata-se de um conjunto de normas, parâmetros e diretrizes que permeiam a visão médica, pautando condutas para os indivíduos evitarem agravos à saúde” (p. 125).

Pelúcio e Miskolci (2009) discorrem que a prevenção é o elemento mais discutido e, simultaneamente, o menos estruturado das políticas de HIV-aids no Brasil, justamente porque é apropriado e ressignificado por diferentes atores e segmentos sociais. É exatamente essa plasticidade que torna eficaz no sentido de instituir novas e vigiadas maneiras de lidar com a sexualidade. Nesse sentido, não tenho como intenção condenar a atitude de “um cara aí”, mas sim compreender de onde vem essa percepção de que usar a PrEP torna alguém “mais limpo” que os outros.

Para uma análise da experiência acima descrita, apresento as considerações realizadas por Paul B. Preciado (2018; 2020). O autor discute que o circuito “sexo-capital” incorpora, distribui e reorganiza corpos, desejos, tecnologias digitais, fármacos,

³⁵ Ao utilizar o conceito de cidadania sexual me refiro ao que João Manuel de Oliveira (2013) argumenta ser uma cidadania marcada pela questão da sexualidade e pela reivindicação de direitos e responsabilidades que historicamente são negadas a alguns sujeitos em função da heterossexualização da figura do “bom cidadão”.

dentre outros, como elementos que integram a fase contemporânea do capitalismo. O regime de poder que ele nomeia de regime farmacopornográfico seria esse momento contemporâneo centrado numa biopolítica tecnológica onde os fármacos possuem papel fundamental na produção de corpos, desejos e subjetividades. Preciado (2018) parte da sua experiência pessoal com a testosterona para questionar os fundamentos de um sistema que exclui e transforma em doença as condições (corpos, existências, formas de pensar, etc.) que diferem da heterossexualidade normativa.

Preciado (2020) trata a PrEP (o truvada) como um “preservativo químico” para argumentar que, assim como a pílula anticoncepcional, o advento da PrEP marcou a passagem de uma sexualidade controlada por dispositivos disciplinares “duros” e externalizados — preservativos, arquiteturas segregadas e de confinamento, cintos de castidade, instituições religiosas, etc. — para uma sexualidade mediada por dispositivos farmacopornográficos. Ou seja, por tecnologias “leves”, biomoleculares, que, ao se conjugarem com tecnologias digitais e representações normativas que circulam pelas redes sociais e pelas mídias, passaram a constituir as subjetividades sexuais dos indivíduos. Para Preciado (2020), a PrEP não se trata de um simples medicamento. Assim como a pílula anticoncepcional, ela é uma máquina social que (co)produz corpos, novas formas de relacionamento, desejo e afeto, reconfigurando a esfera da sexualidade. Ainda, segundo o autor:

A sociedade contemporânea é habitada por subjetividades toxicopornográficas que se definem pela substância que abastece seu metabolismo, pelas próteses cibernéticas e vários tipos de desejos farmacopornográficos que orientam as ações dos sujeitos e por meio dos quais eles se transformam em agentes (p.38).

Por esse ângulo, apesar de considerar a PrEP injetável uma estratégia fundamental para prevenção, penso que uma reflexão crítica sobre o regime descrito por Preciado (2020), mediado pelo capitalismo neoliberal, permitiria uma apropriação subversiva da PrEP.

Faz-se necessário, portanto, localizar os regimes de poder que cercam as performatividades da PrEP e produzem uma servidão molecular que preserva uma ficção de liberdade enquanto reafirma uma posição sexopolítica normativa, do “limpo” em oposição ao que é “sujo”. Preocupam-me, portanto, as velhas práticas e representações sobre o HIV e a aids que continuam sendo reproduzidas quando a PrEP é colocada em ação.

5 CONCLUSÕES PROVISÓRIAS: A PrEP EMANCIPANDO E REGULANDO

Nas políticas do cuidado e das sexualidades, a PrEP parece ser inocente. Mas, o que quero dizer com isso? Bom, antes de responder essa pergunta, preciso mencionar que a afirmação se baseia nas concepções de Daniel (2018) sobre o HIV e a aids. De acordo com Daniel (2019, p. 29), a Aids deve ser considerada, afinal, “apenas uma epidemia: uma infecção virótica que se espalha no mundo certamente em consequência de um desequilíbrio ecológico produzido pela civilização industrial”. Essa visão da epidemia do HIV e da Aids é uma generalidade que não apavora ninguém, apenas preocupa, e permitiria até discutirmos com tranquilidade as medidas eficazes para promover um cuidado mais abrangente nesse campo.

Ainda, conforme Daniel (2018), o HIV não pode ser responsabilizado pelo pânico moral que, além de discriminar também mata. O HIV também não pode ser responsabilizado pela leitura moralista que tenta fazer dele uma gloriosa arma da justiça divina. Apesar dos títulos que historicamente o HIV recebe, ele é inocente. Ele não tem código de ética e não é ele quem briga para ganhar fortunas com ensaios, comprimidos, injeções e tratamentos. Nem mesmo acredita em um deus vingativo, e não é sua função castigar os pecadores. O interesse do HIV é o glóbulo branco, e tendo linfócito T³⁶ ele fica mais forte, pouco se importando com as atividades sexuais dos sujeitos (DANIEL, 2018).

É do mesmo modo com a PrEP. Ela não pode ser responsabilizada pelo pânico moral em torno do HIV e da aids, assim como das políticas do cuidado e das sexualidades. A PrEP não pode ser responsabilizada pela leitura moral das sexualidades dissidentes! Não é ela quem divide o sexo, enquanto característica corporal, de forma binária. Não é ela quem briga por fortunas com os seus testes. Ela precisa ser defendida contra as calúnias de seus detratores. Ela não fez nenhuma opção política. O negócio da PrEP é tecido da mucosa genital e retal, plasma sanguíneo e inibição de enzimas virais. Assim como o vírus, a PrEP não tem código de ética e é infâmia dizer que tem preferência por pecadores, promíscuos e degenerados. Portanto, no jogo do cuidado, a PrEP é inocente.

Ao se integrar a uma rede que articula diferentes campos como o médico e o sexual, a PrEP injetável causou uma série de mudanças cruciais na esfera da minha sexualidade e saúde clínica. A PrEP tem me protegido do HIV e reconfigurou as minhas práticas sexuais. Todavia, preocupa-me certa lógica de ordem neoliberal, pautada numa ontologia individualizante, que, de certo modo, me fez pensar que apenas me prevenir

³⁶ O HIV liga-se a um elemento da membrana dessa célula, o CD4, penetrando no seu interior para se multiplicar. Com isso, o sistema imune vai perdendo a capacidade de responder adequadamente, tornando o corpo mais vulnerável às doenças.

da infecção pelo HIV era o que importava. Que bastava eu me preocupar comigo mesmo e com minha saúde. Bastaria eu me cuidar, para estar no controle da minha prevenção. O rapaz da experiência que descrevi na seção anterior pareceu ter essa mesma percepção. Homens *gays* historicamente têm sido ensinados a agir e pensar desse modo.

Dessa forma, apesar da PrEP ter modificado de forma positiva a preocupação com minha saúde sexual, assim como minhas práticas sexuais, ela também mediou, juntamente com outros artefatos e teorias científicas, a reprodução de normas sexuais excludentes. As situações que vivi inicialmente com a PrEP, revelam o que hoje penso serem os constrangimentos que a sujeição a um modelo de cuidado individualista impõe.

Nesse sentido, novamente as contribuições de Aggleton e Parker (2015) são de grande valia para as considerações finais desta dissertação. Ao voltarem sua atenção para a materialização das promessas otimistas de um mundo sem HIV e aids, os autores advertem sobre os efeitos de um conjunto de práticas, métodos e técnicas que dominam as políticas e os programas de HIV/Aids nos últimos anos. Do que se tratam tais práticas? Os autores se referem aos diferentes tipos de intervenções (biomédicas, comportamentais e estruturais) matizadas por diretrizes e protocolos técnicos “rígidos” que reproduzem o paradigma individual do cuidado em saúde. Tal paradigma reforça a crença de que existem aspectos “essenciais” do comportamento humano que permanecem constantes, independente do contexto em que tais intervenções são aplicadas. Independente de quando, onde, como, em quem e por quem essas intervenções são aplicadas.

Seguindo as perspectivas dos autores, tenho me questionado sobre como fui ensinado a pensar sobre e utilizar a PrEP. Em um primeiro momento, estive preocupado apenas com a minha prevenção. Ao final da pesquisa, me questionei várias vezes se essa forma de compreender a prevenção dá conta da complexidade que envolve o cuidado em HIV e aids. E a resposta só pode ser negativa.

Eu havia me tornado um mero consumidor de antirretrovirais? Um matador do meu próprio tesão? Não é que sentir prazer se trate de algo negativo. Faço tais perguntas, porque eu realmente não me dei conta do quanto essa percepção individualizada invisibiliza opressões e violências. Penso que o problema diz respeito ao fato de, inicialmente, eu querer me livrar da tensão e do medo que pairava sobre minhas práticas sexuais, acima de tudo. Mas, não penso que o desejo de liberdade sexual se trata de algo ilegítimo, pelo contrário. A PrEP me possibilitou certa cidadania sexual e isso, sem dúvida alguma, é muito importante. Todavia, isso quer dizer que não

precisamos nos importar com o acesso de outros sujeitos ao cuidado biomédico? Precisamos continuar reproduzindo o discurso do sexo saudável? E as pessoas que ainda morrem em decorrência da aids devido aos processos de estigmatização e discriminação?

No decorrer da pesquisa que originou esta dissertação, as autoras feministas da Teoria do Cuidado (KITTAI, 1999; TRONTO, 1993 e ZIRBEL, 2016) me auxiliaram a perceber o cuidado para além do uso de medicamentos para me prevenir da infecção pelo HIV. O cuidado não se limita às paredes de uma clínica, onde se recebem cuidados médicos que, muitas vezes, podem até servir para reprodução de modelos binários de gênero e modos mais saudáveis de fazer sexo que excluem os sujeitos que não se conformam a eles. O cuidado torna-se, portanto, uma questão social.

Para Zirbel (2016), o lugar da pessoa dependente é socialmente visto como algo negativo. Pessoas que vivem com HIV são dependentes de antirretrovirais. Eu não vivo com HIV, mas estou dependente de antirretrovirais. Assim deveria acontecer com todas as pessoas que se percebem como vulneráveis ao HIV. Ter a consciência de que se é vulnerável e, portanto, dependente, não deveria ser considerado algo negativo. No entanto, penso que também é necessário pensar sobre os lugares sociais que nos encontramos e que facilitam o nosso acesso ao cuidado. Assim como precisamos refletir sobre as “desvantagens” que nos impedem de acessar o cuidado, também precisamos refletir sobre as condições e posições que facilitam o acesso ao cuidado. Aí se aloca o princípio de justiça, fundamental aos estudos sobre cuidado.

Kittay (1999), por sua vez, como citado na primeira seção desta dissertação, argumenta que o cuidado é uma relação em que todas as pessoas, em algum grau, dependem. Desse modo, devemos reconhecê-lo enquanto um bem fundamental, enquanto um direito de todas aquelas pessoas que precisam. Como consequência, o princípio da responsabilidade social pelo cuidado se apresenta na noção de que cada um pode cuidar e receber cuidado, conforme sua capacidade e necessidade, com o apoio também das instituições sociais para que todos fossem atendidos adequadamente (KITTAI, 1999).

Por fim, a PrEP provocou em mim muitas mudanças. Muitas delas foram boas e positivas. Outras nem tanto. Mas ela não foi a única responsável por isso. As abordagens teórico-metodológicas utilizadas nesta dissertação mediaram a produção de um cuidado atento às questões de corporalidades, classe, gênero, sexualidade e raça. Dei-me conta de que o meu grito de liberdade sexual, que encontrava ecos na minha participação no ensaio e nas minhas práticas sexuais, de certo modo ignorava o caráter político da PrEP. E isso me leva a finalizar esta dissertação com um questionamento

final. Não irei questionar a eficácia da PrEP injetável para prevenção. Ela impede a replicação viral. No entanto, algumas teorias e práticas a ela associadas, que não consideram a diversidade da sexualidade humana e suas articulações a outros elementos precisam ser tensionadas. Elas não são eficazes no cuidado. O estigma marca alguns corpos como abjetos e, assim como a aids, ele também mata. Cercear não é cuidar! (Méllo, 2018). Dessa forma, termino esta dissertação com a pergunta: o advento de uma tecnologia considerada por muitos como revolucionária tem sido o bastante para pôr fim a uma epidemia que recentemente completou quarenta anos?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGGLETON, Peter; PARKER, Richard. Moving beyond biomedicalization in the HIV response: implications for community involvement and community leadership among men who have sex with men and transgender people. **American Journal of Public Health**, v. 105, nº. 8, p. 1552-1558, 2015.
- ANDRADE, Jorge; TOMÁS, Nelson; LOURENÇO, Sara, **HIV: perspectiva imunológica**. Évora, 2003.
- ARENDDT, Ronald João Jacques; MORAES, Marcia Oliveira. O projeto ético de Donna Haraway: alguns efeitos para a pesquisa em psicologia social. **Pesquisas e Práticas Psicossociais** 11(1), São João del Rei, Janeiro a junho de 2016.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho. Mesquita. Vulnerabilidade dos Jovens ao HIV/Aids: a escola e a construção de uma resposta social. In: SILVA, Luiz Heron A. (Org.). **A Escola Cidadã no Contexto da Globalização**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
- BARBOSA FILHO, Evandro Alves; VIEIRA, Ana Cristina de Souza. A expansão da sorofobia no discurso político brasileiro. **Argum**, Vitória, v. 13, n. 3, p. 134-147, set./dez. de 2021.
- BIEHL, João Guilherme. Antropologia no campo da saúde global. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v.17, n. 35, Junho, 2011.
- BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão de identidade**. 19ª ed. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020.
- BUTLER, Judith. **Corpos que importam: os limites discursivos do sexo**. Tradução de Veronica Daminelli e Daniel Yago Françoli. – São Paulo: n-1 edições; Crocodilo Edições, 2019.
- CALAZANS, Gabriela Junqueira; PINHEIRO, Thiago Félix; AYRES, José Ricardo de Mesquita. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad** - Revista Latino-americana/ n. 29 - ago., p. 263-293, 2018.
- CÂMARA, Cristina. Articulações entre governo e sociedade civil: um diferencial na resposta brasileira à AIDS. **Impulso** (Piracicaba); 32: p. 57-67. 2002.
- CAMARGO Júnior, Kenneth de. Aids e a Aids das ciências. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, I (1): 35-60, julho – outubro, 1994.
- CAMPANY, Luciana Narciso da Silva; AMARAL, Daniela Murta; SANTOS, Roberta Nascimento de Oliveira Lemos dos. HIV/aids no Brasil: feminização da epidemia em análise. Brasília: **Revista Bioética**, vol. 29, n. 02, 2021.
- CRESWELL, John W. Qualitative inquiry and research design: Choosing among traditions. **Thousand Oaks**, CA: Sage. 1998.
- DANIEL, Herbert. **Vida antes da morte**. Rio de Janeiro: ABIA, 2018.

DANIEL, Herbert; PARKER, Richard. **AIDS: A terceira epidemia. Ensaios e tentativas**. Rio de Janeiro: ABIA, 2018.

DANZIGER, Renée. An epidemic like any other? Rights and responsibilities in HIV prevention. **British Medical Journal**, 27 de abril, 1996.

ELLIS, Carolyn; BOCHNER, Arthur. Autoethnography, personal narrative, reflexivity: Researcher as subject. In: DENZIN NORMAN; LINCOLN, Y. (Ed.). **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks, CA: Sage, p. 733 – 768, 2000.

EWALD, François. Foucault: analytique de l'exclusion. **Magazine Littéraire**, 334, 22-24, 1995.

FAVERO, Sofia. Pesquisando a dor do outro: os efeitos políticos de uma escrita situada. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, 15(3), São João del-Rei, julho-setembro de 2020.

FERRARI, Felipe Cavalcanti. **A emergência da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP): uma narrativa sobre diferentes engajamentos com a produção do saber científico na prevenção ao HIV**. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Bacharelado em Ciências Sociais, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

FERRARI, Felipe Cavalcanti. **Perseguindo uma inovadora promessa em tempos de retrocesso: o debate público sobre HIV/AIDS em Porto Alegre e a emergência da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

FISHER, Berenice; TRONTO, Joan C. Toward a Feminist Theory of Care. In: ABEL, E. K. e NELSON, M. (Eds). **Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives**. Albany: State University of New York Press, p. 35-62, 1990.

FOUCAULT, Michael. Sobre a história da sexualidade. In: _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, p. 243-277, 1979.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: A vontade de Saber**, tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. – 13ª ed. – Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, Michael. **A Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense, 7ª edição, 2008.

FOUCAULT, Michael. **Segurança, Território, População: Curso dado no Collège de France (1977-1978)**. Tradução de Eduardo Brandão. Ed Martins Fontes, São Paulo, 2008.

FOUCAULT, Michel. **O Governo de si e dos outros (1982-1983)**; São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michael. **O belo perigo**. Tradução de Fernando Scheibe. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.

GAMA, Fabiene. A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla. **Anuário Antropológico**, v. 45, n. 2, p. 188-208 (maio-agosto), 2020.

GRANGEIRO, Alexandre, et al. Pre-exposure and postexposure prophylaxes and the combination HIV prevention methods (The Combine! Study): protocol for a pragmatic clinical trial at public healthcare clinics in Brazil. **BMJ Open**, 2015.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu (5)**, Campinas-SP, Núcleo de Estudos de Gênero - Pagu/Unicamp, p.7-41, 1995.

HARAWAY, Donna. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. **Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano**. Organização e tradução Tomaz Tadeu – 2. ed. – Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

HARAWAY, Donna. **Videoconferência. Colóquio Internacional Os Mil Nomes de Gaia: Do Antropoceno à Idade da Terra**. Casa de Rui Barbosa, Rio de Janeiro, setembro de 2014. Disponível em: <<https://osmilnomesdegaia.eco.br/entrevistas/>> (acesso em: 12/08/2020).

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Identidade de gênero e políticas de afirmação identitária**. In: ABEH. Congresso Internacional de Estudos sobre a Diversidade Sexual e de Gênero. Salvador, 2012.

JOSEN, Albert R; STRYKER, Jeff. **The social impact of AIDS in the United States**. National Academy Press. 1993.

KITTAY, Eva Feder. **Love's Labor: Essays on Women, Equality, and Dependency**. New York: Routledge, 1999.

KNAUTH, Daniela Riva. O Vírus Procurado e o Vírus Adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da Aids. **Estudos Feministas**, n. 2, ano 5, Florianópolis, 1997.

LATOUR, Bruno. **Jamais fomos modernos**. Rio de Janeiro, Ed. 34. 1994.

LATOUR, Bruno. **A Esperança de Pandora**. Bauru, SP: EDUSC. 2001.

LATOUR, Bruno. **Reagregando o social: uma introdução a Teoria Ator-Rede**. Salvador: EDUFBA; São Paulo: EDUSCA. 2012.

LAW, John. Actor-Network Theory and Material Semiotics, in B. S. Turner (ed.). **The New Blackwell Companion to Social Theory**, Oxford: Blackwell, 2007.

LAW, John. On Sociology and STS. **The Sociological Review**, 56(4), p. 623-649, 2008.

LAW, John. **Collateral Realities**. 2009. Acesso em 22 de fevereiro de 2022. Disponível em: <<http://heterogeneities.net/publications/Law2009CollateralRealities.pdf>> (acesso em: 12/08/2021).

- LEITE, Daniela Soares. A AIDS no Brasil: mudanças no perfil da epidemia e perspectivas. Curitiba: **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 8, p. 57382-57395, 2020.
- MALAGÓN-OVIEDO; CZERESNIA. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface** (Botucatu), vol.19(53), p. 237-249, 2015.
- MARSHALL, Catherine; ROSSMAN, Gretchen B. **Designing qualitative research** (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage. 1999.
- MARTIN, Denise; SPINK, Mary Jane e PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Corpos múltiplos, ontologias políticas e a lógica do cuidado: uma entrevista com Annemarie Mol. **Interface** (Botucatu. Online), v. 22, p. 295-305, 2018.
- MÉLLO, Ricardo Pimentel. **Cuidar? De quem? De quê? A ética que nos conduz**. 1. ed. - Curitiba: Appris, 191 p., 2018.
- MISKOLCI, Richard. O armário ampliado - Notas sobre sociabilidade homoerótica na era da internet. **Revista Gênero**, Niterói, v. 9, n. 2, p. 171-190, 1. sem, 2009.
- MISKOLCI, Richard; PELÚCIO, Larissa. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. **Sexualidad, Salud y Sociedad** - Revista Latinoamericana, Núm. 1 – p. 125-157. 2009.
- MOL, Annemarie. *Ontological Politics: a Word and Some Questions in John Law and John Hassard, Actor Network Theory and After*, Oxford and Keele: **Blackwell and the Sociological Review**, 1999.
- MOL, Annemarie. **The body multiple: Ontology in medical practice**. Duke University Press, 2002.
- MOL, Annemarie. **The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice**. London: Routledge, 2008.
- MOL, Annemarie; MOSER, Ingunn; POLS, Jeannette. Care: putting practice into theory. In: **Care in Practice: On Tinkering in Clinics, Homes and Farms**, Annemarie Mol, Ingunn Moser, Jeannette Pols (eds.). Bielefeld: transcript Verlag, p. 07-26, 2011.
- MORAES, Marcia Oliveira; ARENDT, Ronald João Jacques. Contribuições das investigações de Annemarie Mol para a Psicologia Social. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 313-321, 2013.
- OLIVEIRA, João Manuel de. Cidadania sexual sob suspeita: uma meditação sobre as fundações homonormativas e neoliberais. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, 2013.
- OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; MELLO, José Manoel Carvalho. Aids, ativismo e regulação de ensaios clínicos no Brasil: o Protocolo 028. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(4), p. 863 – 875, 2001.
- PARKER, Richard. Introdução. In: **Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil**. Parker, Richard, organizador. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA, p. 7-15. 1997.

PELÚCIO, Larissa; MISKOLCI, Richard. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. **Sexualidad, Salud y Sociedad** - Revista Latino-americana, n. 1, p. 125-157, 2009.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia, Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1995.

PERLONGHER, Néstor. Disciplinar os poros e as paixões. In: **Lua nova**: Revista de Cultura e Política, vol. 2, nº 3, São Paulo – SP, dezembro de 1985.

PERLONGHER, Néstor. **O que é AIDS**. 2ª edição. São Paulo: Brasiliense, 1987.

PETRYNA, Adriana. **When experiments travel: clinical trials and the global search for human subjects**. Princeton: Princeton University Press, 2009.

PETRYNA, Adriana. Experimentalidade: ciência, capital e poder no mundo dos ensaios clínicos. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 17, n. 35, p. 127-160, 2011.

PINTO, Valdair Ferreira. Estudos clínicos de não-inferioridade: fundamentos e controvérsias. **J. Vasc. Bras**. Vol. 9, nº 3, 2010.

POLIDORO, Maurício. KRAUS, Bruno. MISKOLCI, Richard e CANAVESE, Daniel. O panorama atual da estratégia da profilaxia pré-exposição (PrEP) no Brasil e os caminhos possíveis para busca da equidade em saúde. **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis – SC, v.11, n.1. 2020.

PRECIADO, Paul B. **Testo Junkie: Sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica**; tradução Maria Paula Gurgel Ribeiro. – 1ª ed. – n1-edições, 2018.

PRECIADO, Paul B. **Um apartamento em Urano: crônicas da travessia/Preservativos químicos**; tradução Eliana Aguiar; prefácio Virginie Despendes. – 1 ed. – Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

REIS, Cláudia Tartaglia. **A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata – MG: uma análise espacial**. Dissertação de Mestrado. Programa de Mestrado e Doutorado em Saúde Pública. Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

SANTIN, Luciane. **HIV/AIDS na juventude: algumas questões para debate**. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Serviço Social, da Universidade de Caxias do Sul, 2019.

SCHAURICH, Diego. Dos Grupos de Risco à Vulnerabilidade: Reflexões em Tempos de HIV/Aids. **Revista Contexto & Saúde**. Editora Unijuí, ano 03, n. 06, p. 115-127, 2004.

SCRIBANO, Adrián; SENA, Angélica de. Construcción de conocimiento en latinoamérica: algunas reflexiones desde la auto-etnografía como estrategia de investigación. Cinta de moebio: **Revista de Epistemología de Ciencias Sociales**, Santiago, n. 34, p. 1 – 15, março de 2009.

SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à Aids. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR

DE AIDS (Org.). **Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. Rio de Janeiro: ABIA. 2016.

SCHEFFER, Mário. Tecnologia, aids e ética em pesquisa. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, 6 (1), p. 173 – 176, 2000.

SMITH, Claire. Epistemological intimacy: A move to autoethnography. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 4, n. 2, Junho 2005.

SOARES, Flávia Moreira. **Bioética e Profilaxia Pré Exposição (PrEP) na Prevenção da Infecção pelo HIV em adolescentes: uma revisão integrativa da literatura**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

SOARES, Rosana de Lima. **Imagens veladas: aids, imprensa e linguagem**. São Paulo: Annablume, 2001.

SOUSA, Maria Sharmila A., FRANCO, Mirian A. G. e FILHO, João Massud. A nova declaração de Helsinque e o uso de placebo em estudos clínicos no Brasil: a polêmica continua. **Revista de Medicina** (São Paulo), julho-setembro; 91 (3), p. 178-188, 2012.

SUAREZ, Troy; MILLER, Jeffrey. “Negotiating Risks in Context: A Perspective on Unprotected Anal Intercourse and Barebacking among Men Who Have Sex with Men – Where do We Go from Here?” **Archives of Sexual Behavior**, v. 30, n. 3, p. 287-300, 2001.

TEDLOCK, Barbara. From participant observation to the observation of participation: The emergence of narrative ethnography. **Journal of Anthropological Research** 17 (1), 69-94, 1991.

TEDLOCK, Barbara. Ethnography and ethnographic representation. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks, CA: Sage, p. 455-486, 2000.

TRONTO, Joan C. Beyond Gender Difference to a Theory of Care. **Signs**, vol. 12, nº 4, Within and Without: Women, Gender, and Theory, Summer, p. 644-663, 1987.

TRONTO, Joan C. **Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care**. New York: Routledge, 1993.

TRONTO, Joan C. Women and Caring: Or, What Can Feminists Learn From Caring? In: JAGGAR, A. e BORDO, S. (Eds.). **Gender/Body/ Knowledge Feminists Reconstructions of Being and Knowing**. New Brunswick: Rutgers University Press, 1989, p. 172-187. Reeditado em HELD, V. (Ed.) **Justice and Care: Essential Readings in Feminist Ethics**. Boulder: Westview Press, p. 101-116, 1995.

TRONTO, Joan C. Beyond Gender Difference to a Theory of Care. **Signs**, vol. 12, nº 4, Within and Without: Women, Gender, and Theory, Summer, 1987, p. 644-663. Publicado em LAUGIER, S. & PAPERMAN, P. (Dir.). **Le souci des autres. Éthique et politique du care**, Paris: éd. de l'EHESS, p. 25-49, 2005.

VICENTE, Guilherme Calixto. **Direitos sexuais e reprodutivos de homens trans, boycegas e não-binários: uma luta por reconhecimento e redistribuição de saúde**

pública no Brasil. Trabalho de Conclusão de Curso - Escola de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, 2020.

VILLELA, Larissa Melo. **Percepções sobre o uso da profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) e possível compensação de risco entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transexuais (TRANS) potencialmente elegíveis para o uso de PrEP no estudo PrEP Brasil.** Dissertação [Mestrado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas] - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2018.

ZIRBEL, Ilze. **Uma teoria político-feminista do cuidado.** Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Universidade Federal de Santa Catarina. 2016.

MATERIAL ANALISADO

ABIA. **Truvada Livre!** Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA). Boletim ABIA nº 63 / Outubro 2018.

ABIA. Parecer do INPI diz não à patente do dolutegravir. **Site da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA)**. Maio de 2018. Disponível em: <<https://abiaids.org.br/parecer-do-inpi-diz-nao-patente-do-dolutegravir/31500>> (acesso em 30/08/21).

AGÊNCIA AIDS. **RS vive epidemia generalizada de aids e lidera estatísticas de mortalidade pela doença no país**. 2019. Disponível em: <<https://agenciaaids.com.br/noticia/rs-vive-epidemia-generalizada-de-aids-e-lidera-estatisticas-de-mortalidade-pela-doenca-no-pais/>> (acesso em: 20/07/2020).

AGÊNCIA BRASIL. **Pesquisa detalha distribuição dos subtipos do HIV no Brasil**. Agência Brasil, 2019. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-09/pesquisa-detalha-distribuicao-dos-subtipos-do-hiv-no-brasil>> (acesso em: 27/06/2021).

AGÊNCIA ESTADO. **Medicamentos contra aids mostram promessa de prevenção**. 2006. Estado de São Paulo. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,medicamentos-contr-aids-mostrar-promessa-deprevencao,20060330p62336>> (acesso em: 29/06/2021).

ANDREWS, Chasity D. Cabotegravir long acting injection protects macaques against intravenous challenge with SIVmac251. **AIDS**: Vol. 31 - Edição 4, p. 461-467, 2017.

BRASIL. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças** – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Prevenção Combinada do HIV**. Sumário Executivo/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Portaria nº 21, de 25 de maio de 2017. Torna pública a decisão de incorporar o tenofovir associado à entricitabina (TDF/FTC 300/200mg) como profilaxia pré-exposição (PrEP) para populações sob maior risco de adquirir o vírus da imunodeficiência humana (HIV), no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial**, Brasília, DF, Seção 1, p. 73, 29 maio, 2017a.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente

Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, Brasília: Ministério da Sa 2018.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. Número Especial, Brasília, dezembro de 2021.

CIMIARI, Fabiana. **Voluntários testam drogas anti-aids**. 2008. Estado de São Paulo. Disponível em: <[ClinicalTrials.gov. U.S. **National Institutes of Health**, 2007. Disponível em: <<http://clinicaltrials.gov/ct/info/whatis#phases>> \(acesso em: 02/12/2020\).](https://emails.estadao.com.br/noticias/geral,voluntarios-testam-droga-anti-aids,226564#:~:text=A%20Fundac%C3%A7%C3%A3o%20Oswaldo%20Cruz%20iniciou,prevenir%20a%20contamina%C3%A7%C3%A3o%20pelo%20HIV.> (acesso em 13/08/2021).</p>
</div>
<div data-bbox=)

FDA. **FDA Approves First Injectable Treatment for HIV Pre-Exposure Prevention**. U.S. Food & Drug Administration. 2021. Disponível em: <<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-injectable-treatment-hiv-pre-exposure-prevention>> (acesso em: 21/11/2021).

GARATTINI, Silvio; BERTELE, Vittorio. Non-inferiority trials are unethical because they disregard patients' interests. **Lancet**; 370: p. 1875 – 1877, 2007.

GRANT, Robert. M., et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. **N Engl J Med**. 363, 2587 – 2599, 2010.

HIGGINS-DUNN, Noah. 8. Dolutegravir. Special Reports, **Fiercepharma**. Disponível em:<<https://www.fiercepharma.com/special-report/dolutegravir-top-15-blockbuster-patent-expirations-coming-decade>> (acesso em 07/12/2021).

HPTN. **HPTN 083 Study Demonstrates Superiority of Cabotegravir for the Prevention of HIV**. HIV Prevention Trials Network, Press Releases, 2020. Disponível em:<<https://www.hptn.org/news-and-events/press-releases/hptn-083-study-demonstrates-superiority-cabotegravir-prevention-hiv>> (acesso em: 20/11/2020).

HPTN 083. **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do HPTN 083**. Adaptado para o Hospital Nossa Senhora da Conceição. Grupo Hospitalar Conceição, 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2018.

ICTV (*International Committee on Taxonomy of Viruses*). Virus Taxonomy: The Classification and Nomenclature of Viruses. **The Online (10th) Report of the ICTV**, 2017. Disponível em: <https://talk.ictvonline.org/ictv-reports/ictv_online_report/> (acesso em: 27/06/2021).

LANDOVITZ, Raphael J., et al. Safety, tolerability, and pharmacokinetics of long-acting injectable cabotegravir in low-risk HIV-uninfected individuals: HPTN 083, phase 2a randomized controlled trial. **Journal Plos Medicine**. 2018.

LANDOVITZ, Raphael J. et al. Cabotegravir for HIV Prevention in Cisgender Men and Transgender Women. **The New England Journal of Medicine**. 2021.

LIU, Angus. GSK's ViiV, under threat from Gilead-Merck collab, eyes 'ultra-long-acting' HIV drugs with Halozyme deal. Drug Delivery. **Fierce Pharma**. Disponível em: <<https://www.fiercepharma.com/drug-delivery/gsk-s-viiv-under-threat-from-gilead-merck-collab-eyes-ultra-long-acting-hiv-drugs>> (acesso em: 27/12/2021).

LURIE, Peter; WOLFE, Sidney. M. Unethical trials of interventions to reduce perinatal transmission of the human immunodeficiency virus in developing countries. **New England Journal of Medicine**, v. 337, n. 12, p. 853 – 856. 1997.

MARKOWITZ, Martin et al. Safety and tolerability of long-acting cabotegravir injections in HIV-uninfected men (ECLAIR): a multicentre, double-blind, randomized, placebo-controlled, phase 2a trial. **The Lancet HIV**, vol. 4, issue 8, p. 331-340, 2017.

NIH. **Data and Safety Monitoring Board (DSMB) Guidelines**. National Institutes of Health, 2018. Disponível em: <<https://www.nidcr.nih.gov/research/human-subjects-research/toolkit-and-education-materials/interventional-studies/data-and-safety-monitoring-board-guidelines#i-roles-and-responsibilities>> (acesso em 09/11/2021).

NUNES, Bethânia. **Varíola dos macacos: OMS recomenda reduzir número de parceiros sexuais**. Metrôpoles, 2022.

OLIVEIRA, Viviane. Fiocruz obtém registro de mais um antirretroviral. **Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)**. 2020. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/fiocruz-obtem-registro-de-mais-um-antirretroviral>> (acesso em: 16/12/2020).

PAULA, Jéssica. **Ativistas e especialistas pedem que mulheres sejam incluídas em pesquisas e campanhas sobre PrEP**. Agência de Notícias da Aids. Disponível em: <<https://agenciaaids.com.br/noticia/ativistas-e-especialistas-pedem-que-mulheres-sejam-incluidas-em-pesquisas-e-campanhas-sobre-prep/>> (acesso em: 09/10/2020).

SANCHES, José Manuel et al. Impact of highly active antiretroviral therapy on the morbidity and mortality in Spanish human immunodeficiency virus-infected children. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, oct;22 (10), p. 863-867, 2003.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Chegando a zero: estratégia 2011–2015**. 2010.

WHO. **Guidelines for Good Clinical Practice (GCP) for Trials on Pharmaceutical Products**. Geneva, Switzerland; 1995.

WMA. **Declaration of Helsinki**. World Medical Association, 2013. Disponível em: <<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>> (acesso em 23/12/2020).

ANEXOS

Anexo 1

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO AIDS (Pacientes com 13 anos ou mais)				
Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual			
	2 Agravado/doença AIDS		Código (CID10) B 24	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Infância 2 - Adolescência 3 - Juventude 4 - Adulto	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-4º Trimestre 5-Não 6- Não se aplica	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Pará 5-Indígena 9- Ignorado
14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-8ª série completa do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Ensino superior incompleto 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica		15 Número do Cartão SUS		
16 Nome da mãe		17 UF		
Dados de Residência	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	30 País (se residente fora do Brasil)			
Dados Complementares do Caso				
Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação			
	Provável modo de transmissão			
	32 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 9 - Ignorado		33 Sexual 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado	
	34 Sanguínea 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Uso de drogas injetáveis Tratamento/hemotransfusão para hemofilia	
	35 Data da transfusão/acidente		36 UF	
Dados do Laboratório	37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente		Código (IBGE)	
	38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente			
	39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica			
40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV 1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 9 - Ignorado				
Teste de triagem		Teste confirmatório		
Data da coleta		Data da coleta		
Teste rápido 1		Teste rápido 2		
Teste rápido 3		Data da coleta		