



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Diego Diz Ferreira

Entre o risco e o prazer: uma cartografia dos afetos de homens gays cisgêneros
usuários da profilaxia pré exposição ao hiv (PrEP)

Florianópolis
2023

Diego Diz Ferreira

**Entre o risco e o prazer: uma cartografia dos afetos de homens gays cisgêneros
usuários da profilaxia pré exposição ao hiv (PrEP)**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Doutorado em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Marta Verdi, Dra.
Co-orientador: Prof. Carlos Garcia Severo Junior, Dr.

Florianópolis

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Diz Ferreira , Diego

Entre o risco e o prazer: : uma cartografia dos afetos de homens gays cisgêneros usuários da profilaxia pré exposição ao hiv (PrEP) / Diego Diz Ferreira ; orientadora, Marta Verdi, coorientador, Carlos Garcia Severo Junior, 2023.

286 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Sexualidade . 3. Políticas de subjetivação . 4. Profilaxia Pré exposição ao hiv (PrEP) . 5. Risco. I. Verdi, Marta . II. Garcia Severo Junior, Carlos . III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

Diego Diz Ferreira

**Entre o risco e o prazer: uma cartografia dos afetos de homens gays
cisgênerosusuários da profilaxia pré exposição ao hiv (PrEP)**

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 20 de dezembro
de2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Marta Verdi Dra.

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Profa. María Fernanda Vásquez Valencia Dra.

Instituição: Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Prof. Rodrigo Otavio Moretti-Pires Dr.

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Prof. Fernando Hellmann Dr.

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Profa. Helena Moraes Cortes Dra.

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado
adequado para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva



Coordenação do Programa de Pós-Graduação



Prof.(a) Marta Verdi, Dra.

Orientadora

Florianópolis,

2024.

*A memória de meu amado pai, por toda força que me deu quando iniciei
essa trajetória e por continuar me inspirando onde quer que esteja.*

AGRADECIMENTOS

A todos os amigos e professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que desde as minhas primeiras aulas no doutorado co-participaram da escrita desta tese. Alguns sugerindo autores, outros traçando os caminhos da cartografia, e outros tantos ouvindo as ansiedades, anseios, medos e alegrias da montanha-russa que é a pós-graduação.

Agradeço à minha querida orientadora, Marta, que não apenas contribuiu para esta tese, mas também me formou como profissional, sensibilizando-me a cada troca, a cada orientação e aos cafés compartilhados pelo olhar ético, humano e amoroso.

Ao meu querido coorientador, Carlos, que generosamente contribuiu com sua leitura atenta de todo o material.

A todos aqueles que foram entrevistados na composição desse mapa móvel, que dedicaram seu tempo para pensar e refletir comigo sobre suas experiências, muitos deles contribuindo posteriormente na análise do material produzido, trazendo novas camadas de significados e sendo além de informantes, também co-autores participativos na busca de analisadores na discussão do texto final.

Aos profissionais do ambulatório PrEP da policlínica de Florianópolis, que contribuíram divulgando esta pesquisa para os usuários do serviço e não menos importante, pelo tratamento de excelência que recebi como usuário PrEP nos cinco anos dessa cartografia.

Ao meu amor, Daniel, que além de me apoiar no último ano da escrita deste texto, suportando as ausências, contribuiu significativamente com o texto, questionando-me, criticando e acolhendo minhas dúvidas, sempre disponível para pensar as problemáticas desse percurso.

À minha amada mãe e tia (Filha) pela maternagem e colo que foram fundamentais nos últimos anos dessa trajetória.

Em especial, agradeço ao homem que mais amei nesta vida, meu pai amado, que infelizmente não pôde realizar um grande sonho seu: ver seu filho se tornar doutor. É em sua memória que encontrei as forças para a escrita desta tese, foi por seu exemplo que pude me apaixonar pela docência e decidir que seria esse o meu caminho profissional.

RESUMO

Esta pesquisa cartográfica, realizada entre 2018 e 2022, objetivou mapear e acompanhar os fluxos desejantes agenciados a partir dos “novos” modos de vivenciar práticas sexuais mediadas pela Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP). A pesquisa foi conduzida a partir da escuta de relatos de homens gays cisgêneros usuários da PrEP que se reconhecem como “*barebackers*” e/ou que praticam o sexo anal com outros homens sem uso de preservativos na maioria de suas relações sexuais, e também daqueles não identificados com essa prática que permanecem utilizando o preservativo em conjunto com a profilaxia. O recorte temporal abrange a primeira onda de oferta da PrEP no SUS, momento caracterizado por uma política de acesso à tecnologia preventiva que prioriza determinados grupos identificados como “população-chave”. O contexto de oferta é analisado pelo enquadre das estilizações do erotismo, do desejo e das técnicas de si produzidas no complexo terreno do dispositivo da sexualidade, dando destaque às atualizações do dispositivo da aids na era do regime farmacopornográfico. Ao identificar as forças macro e micropolíticas que produzem a adesão à PrEP e os efeitos discursivos destas nas experiências dos usuários, foi possível localizar não apenas corpos e subjetividades ajustáveis às formas dominantes, mediados pelo discurso do risco, mas também movimentos anárquicos à razão biopolítica que produzem “brechas para apropriações subversivas das normas. A estrutura das narrativas dos colaboradores sobre a adesão à PrEP parte de duas ancoragens distintas: a primeira, associando a prevenção do hiv a noções virtuosas e a uma auto responsabilidade diante da infecção, alinhando-se ao discurso da saúde; e uma segunda representação que associa a PrEP como maximizadora do prazer ao proporcionar o sexo *bareback*, historicamente contraposto ao discurso da saúde, como uma prática de risco a ser controlada. A interação entre essas duas abordagens - um dilema entre “santa” e “puta” - é mapeada como figura cartografada síntese da produção de subjetividade, explicitando como os usuários usam esse par discursivo de maneira instrumental/utilitária; como artefato identitário; e como uma estratégia de transgressão (“devir puta”), ressignificando o aspecto pejorativo do termo, estilizando modelos de biosociabilidades e redefinindo o significado do que é ser um *barebacker* em PrEP. Identificou-se três afetos/agenciamentos produtores da adesão: 1 - para(noa) de contágio causal, 2- para(noa) de contágio ambivalente, 3- para(noa) de contágio identitária epidemiológica. Tais agenciamentos vinculados à adesão à profilaxia são compreendidos como produções desejantes construídas no entrecruzamento dos dispositivos do risco, da aids e da sexualidade. Nas narrativas escutadas, observou-se uma presente preocupação com a infecção por outras infecções sexualmente transmissíveis, explicitando que entre os usuários da PrEP permanece ativa a gestão pessoal do risco. Foi presente nas narrativas a visão da PrEP como propulsora de sentimentos de uma maior liberdade, autonomia, segurança e ampliação do prazer sexual, por mitigar o medo da infecção, ao passo que marcadores de estigmatização do usuário que poderiam afetar a experiência positiva da adesão permanecem ativos, como: a ideia de antirretrovirais como uma medicação perigosa; a associação entre uso de PrEP e promiscuidade; e a possibilidade de um usuário PrEP ser “confundido” como uma pessoa vivendo com hiv em tratamento, por usar a mesma classe de fármacos e frequentar o mesmo equipamento de saúde, moduladores estes da adesão que indissociavelmente vinculam-se a marcadores da sorofobia.

Palavras-chave: Profilaxia Pré Exposição ao HIV; Práticas Sexuais; Risco; Políticas de Subjetivação; HIV.

ABSTRACT

This cartographic research, conducted between 2018 and 2022, aimed to map and monitor the desiring flows engendered by "new" ways of experiencing sexual practices mediated by Pre-Exposure Prophylaxis for HIV (PrEP). The study was carried out listening the narratives of cisgender gay men who are PrEP users, identifying as "barebackers" and/or engaging in anal sex with other men without using condoms in the majority of their sexual encounters. The research also included those not associated with this practice who continue to use condoms alongside with PrEP.

The temporal scope of research grasps the initial phase of PrEP availability in the public health system, characterized by a preventive technology access policy prioritizing specific groups identified as "key populations". The offering context is analyzed through the framework of stylizations of eroticism, desire, and self-techniques produced in the complex terrain of the sexuality apparatus, with emphasis on updates to the AIDS apparatus, in the era of the pharmacopornographic regime. By identifying the macro and micropolitical forces shaping PrEP adherence and the discursive effects on users' experiences, the research located not only bodies and subjectivities conforming to dominant forms, mediated by the discourse of risk but also anarchic movements against biopolitical reasoning that create "openings for subversive appropriations of norms." The narrative structure of contributors regarding PrEP adherence revolves around two distinct anchors: the first associates HIV prevention with virtuous notions and self-responsibility in the face of infection, aligning with the discourse of health; the second representation associates PrEP with the maximization of pleasure by enabling bareback sex, historically opposed to health discourse as a risk to be controlled. The interaction between two approaches - a dilemma between the "saint" and "whore" archetypes - is mapped as a cartographed synthesis of subjectivity production, illustrating how individuals use this discursive pair instrumentally/utilitarianly, as an identity artifact, and as a transgressive strategy ("becoming a whore"), redefining the pejorative aspect of the term, stylizing biosociability models and redefining the meaning of being a PrEP barebacker. Three affect/agencement producers of adherence were identified: 1) para(noia) of causal contagion, 2) para(noia) of ambivalent contagion, 3) para(noia) of identity epidemiological contagion. These agencements linked to prophylaxis adherence are understood as desiring constructions built at the intersection of risk, AIDS, and sexuality devices. In the narratives heard, a present concern with infection by other sexually transmitted infections was observed, indicating that risk management remains active among PrEP users. The view of PrEP as a promoter of feelings of greater freedom, autonomy, security, and increased sexual pleasure was present. However, stigmatization markers of users remain active, such as the idea of antiretrovirals as dangerous medication, the association between PrEP use and promiscuity, and the possibility of a PrEP user being "confused" as a person living with HIV in treatment, due to the use of the same class of drugs and attendance at the same health facilities, modulators of adherence indissociably linked to markers of serophobia.

Keywords: Pre-Exposure Prophylaxis for HIV; Sexual Practices; Risk; Subjectivation Policies; HIV.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Mandala da Prevenção Combinada **Erro! Indicador não definido.**
- Figura 2 - Indicação de PrEP por segmento populacional**Erro! Indicador não definido.**
- Figura 3 - Propagandas para recrutamento de participantes do PrEP Brasil **Erro! Indicador não definido.**
- Figura 4 - PrEP em matéria de capa na revista ÉPOCA**Erro! Indicador não definido.**
- Figura 5 - "*Truvada whore*" (biscate do Truvada) 49
- Figura 6 - "*Psychogeography*" **Erro! Indicador não definido.**
- Figura 7 - Publicidade da clínica médica l'Actuel divulgando a PrEP**Erro! Indicador não definido.**
- Figura 8 - Comparativo de probabilidade de infecção ao hiv por tipo de exposição **Erro! Indicador não definido.**
- Figura 9 - Sexopolítica heterossexual e suas ficções somáticas**Erro! Indicador não definido.**
- Figura 10 - Venus Envy **Erro! Indicador não definido.**
- Figura 11 - Forming and Fragmenting **Erro! Indicador não definido.**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrom
ARV	Antirretrovirais
AVAC	Global Advocacy for HIV Prevention
BB	<i>Barebacking</i>
CRT-SP	Centro de Referência e Treinamento em DST e AIDS
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do hiv/aids e das Hepatites Virais
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EPICENE S	Epícenos: Núcleo de Estudos em Gênero e Saúde
FDA	Food and Drug Administration
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Fiotec	Fundação de Apoio à Fiocruz
GRI	Gay Related Immundeficiency
HIV	Vírus Da Imunodeficiência Humana
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais e demais
NUPEBIS C	Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PPGICH	Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição ao HIV
RJ	Rio de Janeiro
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
USP	Universidade de São Paulo
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS	20
1.1.1 Objetivo geral	20
1.1.2 Objetivos Específicos	20
2. MARCO CONTEXTUAL	21
2.1 DISCURSOS PREVENTIVOS DO HIV/AIDS NO BRASIL	22
2.2 DISCURSO DA PREVENÇÃO COMBINADA: PREP PARA QUEM?	30
2.3 DISCURSOS EM CENA: A CONSTRUÇÃO DA EFICÁCIA DA PREP, IMPLEMENTAÇÃO, EFEITOS E SEUS ATORES	36
2.4 DISCURSO NORMATIVO NA PRESCRIÇÃO DA PREP E O DESEJO DOS SUJEITOS	45
3. POLÍTICAS DE SUBJETIVAÇÃO: CONTROLE, LIBERDADE E RESISTÊNCIAS ..	53
3.1 DOS DILEMAS AOS PROBLEMAS: AUTONOMIA OU VULNERAÇÃO MORAL?	54
3.2 POLÍTICAS DE SUBJETIVAÇÃO E SUAS LINHAS	59
3.3 O CAMPO DA BIOPOLÍTICA: O ESTRATO DAS LINHAS DURAS	65
3.4 A RAZÃO GOVERNA(MENTAL): ABRINDO ESPAÇOS PARA AS LINHAS MALEÁVEIS	69
3.5 CAMINHOS DA RESISTÊNCIA: A EMERGÊNCIA DE LINHAS DE FUGA	73
4. ENTRE O RISCO E O PRAZER: DISPOSITIVOS DE SUBJETIVAÇÃO EM SEXUALIDADES TRANS-VIADAS	77
4.1 DISPOSITIVOS DE SEGURANÇA: RISCO E SUBJETIVAÇÃO	78
4.2 A INTERIORIZAÇÃO DA LINGUAGEM DOS RISCOS	81
4.3 SEXOPOLÍTICA: DIS(POSITIVOS) EM SEXUALIDADES TRANS-VIADAS	87
5. TRAJETÓRIAS DO BIOPODER: DA MEDICALIZAÇÃO AO CAPITALISMO FARMACOPORNOGRÁFICO	98
5.1 MEDICALIZAÇÃO E PRODUÇÃO DE BIOSOCIABILIDADES	98
5.2 CAPITALISMO FARMACOPORNOGRAFICO: ENTRE O DESEJO E O PODER	109
6. MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO	118
6.1 FUNDAMENTOS DA CARTOGRAFIA	118
6.2 CARTOGRAFIA QUEER	122
6.2 PERCURSO METODOLÓGICO: INVENÇÃO DE PROCEDIMENTOS E COLHEITA DE NARRATIVAS	124
6.3 CARTOGRAFIA VIRTUAL NO GRUPO DE SOCIABILIDADE FÓRUN PREP	129

6.4 FORMULÁRIO DE SONDAAGEM E ENTREVISTAS CARTOGRÁFICAS EM PROFUNDIDADE COM HOMENS GAYS CIS USUÁRIOS DA PREP	130
6.5 POLÍTICA DE NARRATIVIDADE COLABORATIVA E ANÁLISE POR REDUNDÂNCIA E DESMONTAGEM	137
6.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	140
7.RESULTADOS	141
7.1 ARTIGO 1: FICÇÕES IDENTITÁRIAS NAS (SEXO)POLÍTICAS DA PREP: A PUTA <i>BAREBACKER</i> E A SANTA MEDICADA	142
7.2 ARTIGO 2: POLÍTICAS DE SUBJETIVAÇÃO NA ADESÃO A PROFILAXIA PRÉ EXPOSIÇÃO AO HIV (PREP): A GESTÃO DO RISCO-PRAZER POR HOMENS GAYS CISGÊNERO	189
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	236
REFERÊNCIAS	239
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	256
ANEXO B – FORMULÁRIO E RESPOSTAS DA PESQUISA	258
ANEXO C – ROTEIRO SEMI ESTRUTURADO ENTREVISTA COM USUÁRIOS PREP	278

1. INTRODUÇÃO

No momento histórico em que esta pesquisa foi desenhada e desenvolvida, vivíamos um contexto político e moral no mínimo conturbado – para sermos amenos na adjetivação deste período. A ameaça ao regime democrático e aos direitos da comunidade LGBTQIA+ pela extrema direita, constituíram o ambiente dessa trajetória, contexto que nos angustiava, mas também nos impelia para a busca atenta e reflexionada de temas e valores caros a nós. Seguindo a perspectiva de que precisamos avançar, mesmo em clima no qual o retrocesso e o conservadorismo se capilarizam nas políticas e na vida pública, afetando vidas e ameaçando o direito à saúde. A resistência se faz mais que necessária e nutridos por esse espírito de luta e resistência que este texto foi construído.

Se pudermos escolher um bom exemplo para pensar as resistências que se fazem necessárias, podemos encontrá-las no percurso de enfrentamento social à epidemia de hiv/aids¹ no Brasil. As políticas de hiv/aids foram construídas coletivamente no país, tecendo uma história na qual distintos segmentos sociais, como movimentos sociais, pessoas (con)vivendo com hiv/aids, trabalhadores/as da saúde, ativistas e defensores/as dos Direitos Humanos e dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, trabalharam de forma convergente e mobilizada. As ações coletivas que se articularam desde a década de 1980, fizeram do país referência internacional na condução de estratégias criativas e efetivas no enfrentamento da epidemia. Todavia, não vivemos do passado. Atualmente, outras demandas se impõem e novas estratégias de enfrentamento à epidemia podem fornecer diferentes horizontes de atenção e cuidado à população.

Nos anos recentes, assistimos ao que alguns autores chamam de *terceira fase da epidemia de hiv/aids* (Adamy; Casimiro; Benzaken, 2018), na qual os novos casos voltam a se concentrar nos grupos de homens gays e de mulheres trans, como ocorria no início da epidemia nos anos 1980. É nesse contexto que se inicia a

¹ Optamos ao longo do texto desta tese grafar com letra minúscula a referência ao hiv e a aids, seguindo autores como Miskolci e Pelúcio (2009), e a perspectiva de Castilho (1997 *apud* Silva 1999) ao defender que nomes de doenças, por serem substantivos comuns, devam ser grafados com letras minúsculas. Quanto ao uso dos termos de forma conjunta, separados por barra (hiv/aids) apesar de ser criticada em alguns contextos por manter a associação direta entre termos, optamos em manter o grafismo nas argumentações que implicam a necessidade da associação para a construção da argumentação do medicamento Truvada, produzido pelo laboratório Gilead, passam a ser oferecidos via SUS como estratégia preventiva para a infecção pelo hiv (Brasil, 2017a).

discussão sobre a Profilaxia Pré Exposição ao hiv, a PrEP, nosso recorte temático desta tese.

Indicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 2012 a populações mais expostas à infecção, como gays, homens que fazem sexo com homens, população trans e trabalhadores do sexo (WHO, 2012), a PrEP baseia-se no uso de medicamento antirretroviral, sozinho ou associado a outros, por pessoas não infectadas que compõem os segmentos populacionais mencionados. No Brasil, seu uso é regulamentado pela portaria *Portaria nº 21*, de maio de 2017, que estabelece que o antirretroviral tenofovir associado à emtricitabina, como compostos integrantes (Brasil, 2017b).

Apesar de ser a PrEP um importante objeto de estudo, nosso interesse se pautou por pensar as políticas de subjetivação e seus agenciamentos em usuários dessa profilaxia biomédica, sendo esse o objeto selecionado para iniciarmos nosso percurso.

Embora a expressão *política de subjetivação* possa parecer abstrata uma vez que o termo varia de acordo com os autores que se apropriam do conceito, seu uso neste trabalho parte de uma conceituação pontual. Ao discutirmos tais políticas de subjetivação estamos pensando sobre os processos nos quais o sujeito se constitui, o movimento subjetivo moldado no registro social, ou, se preferirmos utilizarmos os termos de Foucault (2009;1989) e Deleuze (1992), trata-se de pensar a constituição das subjetividades, os processos de subjetivação, a partir da análise dos *dispositivos* e *agenciamentos* envolvidos. Dessa forma, o uso do termo ao longo desse trabalho apresenta-se como uma importante ancoragem teórico analítica.

Não temos a pretensão de analisar a subjetividade dos participantes desta pesquisa (homens gays usuários da PrEP), mas sim cartografar como os mais variados *dispositivos* e *agenciamentos* podem constituir o processo de escolha pelo uso desse recurso preventivo biomédico e como essa estratégia de saúde pode agenciar diferentes enunciados sobre risco, corpo, prazer, práticas sexuais, saúde, dentre outros.

Dessa forma, ao analisarmos as políticas de subjetivação em homens gays usuários da PrEP, não visamos tecer uma análise psicológica de indivíduos (focalizada nos sentimentos, ideias, valores), mas sim, pensar como tais elementos se articulam como componentes de subjetivação entremeados por discursos, práticas, saberes e relações de poder. Ou seja, estamos falando nesta tese de *afetos*

(*bio*)políticos (Safatle, 2015) que modulam processos de subjetivação. Se faz interessante enfatizar que ao nos referirmos a políticas de subjetivação estamos tencionando dois termos que tradicionalmente são tidos como antagônicos: política como a esfera do público; e subjetivação/subjetividade como a esfera do privado/individual. Ao articular os dois termos, se busca, sobretudo, enfatizar a dimensão política, pública e histórica das subjetividades.

Assim, nosso campo de análise se circunscreve no âmbito das micropolíticas, partindo da premissa de que a compreensão dos afetos é também uma análise política e ética.

As micropolíticas dos afetos são nosso material de trabalho. Os afetos - ou os afectos, como diriam Deleuze e Guattari (1997), referem-se à experiência da afecção, do afetar-se e ser afetado. Nesse sentido, não se trata de uma dimensão individual e/ou privada, mas de experiências que emergem e se produzem nas imbricações de dispositivos de saber-poder e agenciam modos de se conduzir e se pensar. Para mapear esse campo de produção afe(c)tiva, usaremos o método da cartografia que, além de ser fundamento metodológico, é também recurso analítico. Compreender um objeto multifacetado e de várias camadas, como é o caso das políticas de subjetivação, requer um campo teórico igualmente rico e ampliado. Neste percurso, visitaremos áreas como a Biopolítica, Bioética, Estudos de Gênero, Sexualidades e Estudos da Subjetividade (com ênfase em autores/as pós-estruturalistas como Foucault, Deleuze, Guattari e Preciado).

Antes de avançarmos, iniciaremos pela compreensão de que uma tese, ao ser formulada, enuncia na ordem simbólica um dizer categórico; esse, embora ocupe um lugar importante na política discursiva acadêmica, dificilmente sobrevive a um tempo histórico. Raras são as teses que sobrevivem a *Cronos*, as que vencem se tornam atemporais. Esse não é o caso. Ao pensar na relação do humano com as novas tecnologias biológicas que adentram ao corpo num ritmo vertiginoso, como é o caso de nossa temática, a incerteza diante do *cyborgue* que já somos e que se radicaliza, nos adverte cautela. A PrEP analisada aqui é, dentre muitas, mais um dispositivo que nos é implantado, não porque nos obrigam, mas porque desejamos, como ocorre com toda boa tecnologia do biopoder. Uma tecnologia da sexualidade que se situa entre dois significantes estruturantes: o medo e o prazer.

As questões discutidas nesta tese resistirão a *Cronos* enquanto existir esses dois significantes operando ao redor do hiv/aids. Enquanto existir o medo e a

promessa de um gozo pleno e maximizado o recurso da PrEP se tornará atual. O que não implica dizer que mudanças em sua forma e ação não serão notadas.

Neste momento, estamos falando de um fármaco que deve ser ministrado diariamente via oral, todavia, pesquisas estudando o uso do recurso por administração injetável (intramuscular e subcutânea) são conduzidas a todo vapor, como a busca de recursos via implantes, adesivos e vacinas, sugerindo-nos que se o fim do hiv/aids não está perto, ao menos estaria controlado pelas tecnologias dos antirretrovirais. Esperança essa que deve ser encarada com prudência, afinal, tal equação não é apenas composta pela ciência e suas descobertas. No campo do poder, o afeto da esperança nem sempre é a melhor saída. São essas implicações que discutiremos detalhadamente ao longo deste texto.

Cabe ainda pontuarmos que a tecitura de uma tese ao ser desenvolvida custa investimentos públicos para sua concepção e escrita, sobretudo em tempos em que a recessão econômica e a criminalização do espaço universitário se tornam tão presentes, a justificativa de pesquisa é mais que etapa formal da redação do texto, é imperativo moral. Quais seriam então as justificativas para analisarmos as políticas de subjetivação que são produzidas a partir do uso da PrEP? Vejamos algumas delas, o que nos permitirá também compreender melhor o que estamos chamando por políticas de subjetivação.

O primeiro aspecto a justificar nossa escolha por tal recorte é a ampliação da reflexão crítica. Foi possível constatar por buscas exploratórias que a literatura nacional sobre o tema já avançou desde 2017, quando formalmente a PrEP foi introduzida, no entanto, ainda é reduzida a discussão nas ciências humanas e sociais em saúde, sobretudo, quando articulamos o tema ao contexto de oferta via SUS para pensarmos as políticas de subjetivação.

O reconhecimento de dinâmicas da micropolítica, oportunizado pelos objetivos desta pesquisa, possibilita que novos redesenhos para se pensar a oferta de PrEP via SUS sejam problematizados. A PrEP, por ser um recurso recente no mundo, e não diferente no Brasil, carece que seus efeitos no tecido social sejam melhor investigados. No início do desenho de pesquisa a cobertura média de PrEP via SUS era estimada entre oito mil pessoas pertencentes ao grupo de gays, transexuais, casais sorodiscordantes e profissionais do sexo (Brasil, 2019). Atualmente, segundo o painel PrEP, temos 59.471 usuários e 725 serviços de dispensação de PrEP em todo território nacional (Brasil, 2023).

Um número que apesar de significativo, ainda é reduzido, devendo a perspectiva qualitativa de investigação problematizar as potencialidades e os desafios a serem enfrentados, sobretudo ao pensarmos que a tendência nos próximos anos é a expansão da oferta em todo país. Assim, o mapeamento dos efeitos psicossociais do recurso se torna fundamental. Estudos nesse sentido estão sendo conduzidos, como abordaremos no *Marco Contextual* deste documento, todavia, compreendemos que a metodologia escolhida nesta pesquisa se diferencia dos estudos em andamento, o que pode possibilitar novos olhares para o fenômeno como processo social.

Um segundo eixo que se desdobra a partir das pontuações acima é a necessidade dessa nova oferta preventiva ser pensada a partir de uma perspectiva Bioética Crítica. E aqui merece ser destacado o direcionamento populacional para o qual a PrEP foi idealizada como recurso e política de prevenção. Seu espaço social de intervenção é direcionado a uma sexualidade trans-viada. Explicaremos no percurso teórico o porquê empregamos tal termo. Por ora, basta compreendermos que não estamos falando de uma tecnologia preventiva que foi ofertada a todos os cidadãos brasileiros nos anos iniciais de sua implementação, mas sim a algumas populações específicas².

Seu lócus de ação foi um campo marcado pela sujeição, pelo *controle dos corpos perversos* (Foucault, 2009) e pela *ficção (somato)política heterossexual* (Preciado, 2018), que transforma o corpo masculino num agente ativo valorizado e o feminino em depósito passivo de fluidos e afetos, sendo a contravenção de tal norma penalizada, e os dispositivos biopolíticos agentes do *status quo*³.

É nítido, ao examinarmos a trajetória histórica de validação da eficácia da PrEP, que essa, desde sua origem, foi testada a partir de uma *política de identidades abjetas*, de vidas que importam menos que outras (Butler, 2004). Sua eficácia foi e é testada e construída a partir do corpo do negro africano, do homem gay, de homens

² No momento que esse texto foi redigido, assim como a realização da pesquisa de campo, a Portaria SCTIE/MS Nº 90, de 25 de agosto de 2022 não estava vigente, assim o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV preconiza o uso apenas para a população chave (homens gays, profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homem (HSH); mulheres trans e casais sorodivergentes).

³ Trabalhemos esse aporte teórico nos capítulos subsequentes, por ora, importante destacar que a indicação de PrEP para população cis heterossexual (não enquadrada como profissional do sexo) só ocorre em agosto de 2022, sendo que os estudos de eficácia/viabilidade do recurso e os primeiros cinco anos de oferta via SUS foi restrita à população chave.

e mulheres que oferecem serviços sexuais, daqueles e daquelas que não se identificam com o gênero designado ao nascimento. Quando não esteve focalizada nesse grupo, o fez em populações de alto grau de vulneração como usuários de drogas injetáveis na Tailândia, apontando que a garantia de eficácia do fármaco é forjada num contexto de política global desigual, com normativas bioéticas pautadas no que Petryna (2011) chama de *experimentalidade de variabilidade ética*. Tal lógica é regulada pela perspectiva de um biopoder que a definição do que é ético ou não, depende do território e para quem o recurso é ofertado. Fatos que nos conduzem a pensar estarmos diante de uma clássica tecnologia do biopoder, fazendo da reflexão bioética não apenas discurso de denúncia, mas recurso operativo frente ao biopoder global.

Isso implica ser fundamental problematizar o aspecto das linguagens empregadas, os direcionamentos escolhidos, apontando para o delineamento da política e seu impacto no campo cultural, explicitando que a patologização e medicalização de grupos identitários pode produzir efeitos iatrogênicos no âmbito psíquico, cultural e social. A oferta de PrEP para grupos específicos sob o guarda-chuva do termo "População Chave", além de revigorar os vícios associados ao termo *grupo de risco*, produtor de estigma, acaba por excluir da política outros grupos possivelmente em situação de vulnerabilidade que poderiam se beneficiar do recurso, como mulheres cisgêneras em situação de violência.

Importante pontuar também que não se questiona aqui a metodologia epidemiológica que legitimou o desenho da oferta do recurso, mas sim sua política de narratividade - ou seja, os efeitos discursivos, políticos e ideológicos que se atualizam quando falamos em "populações chave". Tais políticas de narratividade, no nosso entender, devem ser aprimoradas. As críticas ao recurso não são conclusões, são apenas pontos de partida. Veremos nas próximas páginas que ao falar de PrEP as visões maniqueístas são as mais comuns. Queremos neste percurso nos afastar delas. Utilizaremos os dilemas maniqueístas apenas como estratégia para fazer avançar o pensamento e não para se filiar a um dos polos.

Como último aspecto a ser pontuado sobre as fragilidades e lacunas do campo, está o fato de ainda não serem bem conhecidas as motivações que levam os sujeitos a procurarem o recurso no SUS. É sabido que adesão a PrEP está relacionada com a maior autopercepção de risco de infecção pelo hiv (Grinsztejn, 2016). Todavia, a forma como a demanda é produzida e sua relação com a construção

social do risco de infecção ainda não foi totalmente explicitada. Elucidar as dinâmicas e forças envolvidas no desejo do usuário pelo fármaco e sua aderência ao recurso é um desafio para a pesquisa qualitativa e para as ciências sociais aplicadas à saúde.

Como veremos ao discutirmos os critérios indicativos de PrEP, o desejo pelo uso é na realidade o que fará o sujeito obter o preventivo via SUS. Se o teste rápido for negativo para o hiv, na primeira consulta o sujeito já sai de posse do preventivo, de acordo com o modelo de fluxo preconizado (Brasil, 2018; 2022). O desejo pela adesão é, na realidade, o principal critério de indicação. Percebe-se assim que o elemento decisório da prescrição não é estruturado a partir da percepção de risco dos profissionais da saúde, mas sim pela autopercepção de risco do sujeito. Afetos e racionalidade agenciados por um contexto cultural digno de observação acurada. Nesse sentido, não se trata de questionar a autonomia do usuário em suas escolhas, mas não se pode negligenciar a perspectiva de que a construção da ideia de risco, além de epidemiológica, é também moral, cultural e política, lógica que vale também para o desejo. Existe uma anterioridade que deve ser investigada, na qual os discursos institucionais e comerciais desempenham um grande papel.

A autopercepção do risco de infecção está intimamente ligada à PrEP, sobretudo a decisão de fazer uso dela. Em termos teóricos a construção de como se estabelece essa autopercepção do risco deve ser aprofundada na literatura nacional sobre o tema. Tal apontamento nos leva a expor uma justificativa que embora seja de cunho pessoal, deve ser explicitada, uma vez que está intimamente articulada com as perguntas de pesquisa e com o lugar de fala do pesquisador.

Ao estudar um recurso preventivo que foi desde os estudos clínicos de eficácia voltados para a comunidade LGBT, em especial para os homossexuais masculinos, posiciono-me nesta investigação como um *pesquisador viado*. Assumir essa política de narratividade significa demarcar que o recurso da PrEP se relaciona com minha sexualidade trans-viada e, assim, escolho ao longo da pesquisa fazer uso do recurso profilático, intimidade e envolvimento necessários ao se propor fazer uma cartografia psicossocial de afetos. Mas não justifiquemos a decisão de fazer uso do fármaco apenas por questões metodológicas, afinal, a racionalização nunca dá conta das artimanhas do desejo.

Para além de conseguir captar os agenciamentos que produzem o desejo pelo fármaco e as mudanças que esse produz na esfera dos comportamentos, afetos e valores, a decisão particular de uso nasce de um incômodo, de um desconforto. Será

que estou em risco? Quais as chances que tenho de me infectar? Seria prudente optar por esse recurso? As dúvidas atualizam medos antigos e a escolha foi tomada. Depois de quatro anos usando PrEP as perguntas são outras: por que me sinto compelido a tomar diariamente um antirretroviral como prevenção? Esse desejo é meu? Ou desejo de um *Outro* que me disse logo na adolescência: "viado morre de aids". Angústias e perguntas que nos conduzem para as problemáticas desta investigação: quais seriam os efeitos colaterais no corpo subjetivo a partir do uso da PrEP? Quais seus impactos no tecido social? Ou seja: quais políticas de subjetivação são produzidas? Como isso ocorre?

Como estratégia para avançarmos na discussão usamos a perspectiva da problematização afim de ampliar a perspectiva dilemática e produzir tensionamentos. Iniciemos com o dilema que pode ser formulado em tais termos: a decisão em fazer uso da PrEP é autônoma ou estaria baseada em uma vulneração moral? Ao longo do caminhar vamos nos afastado dos polos e buscando linhas de fuga sendo o dilema apenas uma estratégia para iniciar nosso percurso.

A busca em problematizar tais questões se inicia no *Marco Contextual* deste projeto, subdividido num primeiro momento em que delineamos um breve panorama dos modelos preventivos do hiv/aids no Brasil, para podermos pensar na sequência, o que seria o *modelo de prevenção combinada*, aparato lógico que justifica e embasa a oferta da PrEP. Avançamos nos próximos tópicos desse delineamento contextual explicitando as características e impactos desse novo recurso, dando destaque para o encontro da discursividade científica sobre a PrEP e seu desdobramento no tecido social. Encerramos a seção delineando quatro tópicos de síntese que acreditamos terem sido diretrizes condutoras de nosso trabalho de campo. A partir deles temos algumas pistas do impacto da PrEP no âmbito cultural e social.

A fundamentação teórica se inscreve a partir de três capítulos. No primeiro, intitulado *Políticas de Subjetivação: controle, liberdade e resistências*, conceituamos as políticas de subjetivação, a partir dos aportes da Bioética, da Biopolítica e da Esquizoanálise. Momento de se pensar o controle operado pelo biopoder, mas também as possíveis discontinuidades, permitindo-nos olhar para pontos de fuga, trilhando caminhos de resistência e possibilidades éticas-estéticas de vida.

No segundo capítulo: *Entre o Risco e o Gozo: Dispositivos de Subjetivação em Sexualidades Trans-Viadas*, articulamos pela perspectiva da *governamentalidade* dois dispositivos, o da sexualidade e o dos riscos. A compreensão do processo de

interiorização da linguagem dos riscos com a (sexo)política contemporânea, indicando alguns caminhos para pensarmos as tramas entre o risco-perigo com o desejo.

No terceiro e último capítulo teórico, Trajetórias do Biopoder: da Medicalização ao Capitalismo Farmacopornográfico apresentamos um panorama do campo de estudos da medicalização buscando construir uma visão da medicalização não como adjetivação, mas como processo social difuso e permeável em toda estrutura social. Ainda, indicamos os caminhos da produção de novas subjetivações ratificadas na linguagem biomédica e subscritas numa lógica de maximização do prazer, na qual o circuito excitação-frustração desse tipo de capitalismo farmacopornográfico, mais que produzir coisas, produz afetos e um sujeito ideal para consumir seus valores e produtos, indicando-nos que de certa medida, todos estamos capturados pelas estratégias do farmacopornopoder.

No capítulo Percurso Metodológico apresentamos os operadores e fundamentos conceituais do método cartográfico e, em seguida, delineamos um esboço de desenho metodológico e algumas pistas para a construção da análise.

Seguindo as normativas do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (UFSC) os resultados desse percurso se encontram sintetizados em dois artigos científicos a serem publicados em periódicos de referência da área. O manuscrito 1 intitulado: Ficções identitárias nas (sexo)políticas da PrEP: a Puta Barebacker e a Santa Medicada buscou elucidar as atualizações do dispositivo da aids e as rupturas no que é ser um *bareback* em PrEP. Mapeou-se algumas políticas de subjetivação, bio sociabilidades e ficções identitárias a partir da adesão ao esquema preventivo. O segundo manuscrito: Políticas de subjetivação na adesão à Profilaxia Pré Exposição ao hiv (PrEP): a gestão do risco-prazer por homens gays cisgêneros objetivou problematizar os agenciamentos envolvidos na adesão à Profilaxia Pré-Exposição ao hiv (PrEP), explicitando as mudanças, continuidades e deslocamentos no erotismo gay, com a entrada em cena da profilaxia.

É importante ressaltar que a tese que perpassa essas produções é de que a PrEP se apresenta como um *micro dispositivo protético* no contexto do capitalismo farmacopornográfico, articulada ao dispositivo do risco, da sexualidade e da aids passa a operar políticas de subjetivação em três níveis de linhas. Localizada nas linhas dura do biopoder, apresenta-se como panóptico ingerível, produzindo os pares: medo e prazer; inclusão e estigma; autonomia e sujeição. Situada nas linhas de segmentariedade maleável, funciona via dispositivo de segurança do regime

governamental, internalizando o risco e permitindo o controle mais efetivo das sexualidades transviadas, ao passo que permite também o desejo escoar mais livremente, maximizando o prazer e produzindo novas relações de sociabilidades. Como linha de fuga não se representa, mas oportuniza via (im)possibilidade de um prazer pleno a criação de novas formas ético-estéticas de sexualidades.

Adepta da perspectiva cartográfica, não apenas como metodologia operacional, mas também como ética de enunciação, a tese articulada nessa produção é apenas um ponto de partida e ancoragem, que foi construída e desconstruída nos encontros do pesquisador-usuário com os demais atores que fazem parte dessa trama (sexo)política, ficção teórica inacabada e aberta a novos fluxos e afetações.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar os modos de produção de desejo e de subjetividades agenciados pela tecnologia PrEP, especialmente entre homens gays e cisgêneros.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Analisar as formas de apropriação dos discursos biomédicos nas experiências, nas práticas sexuais e nas formas de autorreferencialidade de homens gays cisgêneros usuários de PrEP;
- Identificar as forças macro e micro políticas que produzem a adesão à PrEP;
- Analisar os efeitos discursivos e micropolíticos decorrentes do uso da PrEP e sua consequente circulação de afetos no campo das políticas de saúde sexual;
- Analisar permanências e rupturas discursivas acerca do hiv/aids, especialmente em relação às práticas sexuais, prazer, percepção de risco e estigma.

2. MARCO CONTEXTUAL

"O sexo não se julga apenas, administra-se"

Foucault

Ao debruçarmos sobre alguns discursos que tangenciam o contexto de análise dessa pesquisa, distanciamos-nos de uma perspectiva hermenêutica de desvelamento de discursos, mas situamos esses dizeres como prática social. Tampouco, fazemos aqui uma análise de discurso foucaultiana, mas seguimos algumas pistas no que concerne a qualquer análise contextual, a saber, que cada época vê/diz aquilo que se dá a ver/a dizer.

Para abordarmos o processo de implementação da profilaxia Pré-Exposição ao hiv (PrEP) no SUS, seus antecedentes e contextos, é importante trazeremos à superfície de nossa discussão a dimensão do falatório, uma série de dizeres dispersos do cotidiano que mesmo válidos na compreensão dos fenômenos podem também nos distrair. Afinal, ao falarmos sobre PrEP, vários são os temas e caminhos a serem percorridos, trata-se de um assunto com inúmeras camadas, em que diversos significantes estão em jogo: saúde, sexo, estigma, risco, medo, política, prazer e desejo, significantes esses que, quando constelados nas tramas do biopoder, produzem os mais variados tipos de discursos. O uso dos antirretrovirais como estratégia preventiva traz à baila o aspecto dilemático envolvendo a PrEP: ora visto pelo prisma positivo, por suas vantagens quando comparada a outros métodos, sendo compreendida como um eficaz recurso no controle da epidemia de hiv/aids, e por vezes, tomado pelo viés negativo, seja por uma leitura do aspecto medicalizador do recurso, instigando o estreitamento da fronteira entre o risco de infecção e a patologia, ou mesmo, por possíveis iatrogenias no âmbito clínico, social e cultural. Partiremos desse tensionamento entre os discursos envolvendo a PrEP para demarcar o campo contextual de nosso projeto.

Apresentamos na sequência os principais modelos preventivos do hiv/aids, o processo de construção do discurso científico sobre a eficácia da PrEP e as ambivalências do discurso oficial normativo, representado por alguns documentos como o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Profilaxia Antirretroviral Pré-

exposição de risco à infecção pelo HIV⁴ (Brasil, 2017), publicações e propagandas visando explicitar os encontros dessas formações discursivas com o discurso popular. Com isso, esperamos delinear alguns dos principais eixos temáticos a serem desenvolvidos ao longo deste percurso.

2.1 DISCURSOS PREVENTIVOS DO HIV/AIDS NO BRASIL

Visamos sumarizar nos parágrafos seguintes o cenário brasileiro da epidemia de hiv/aids trazendo alguns dos marcos históricos para problematizar o momento presente, explicitando as principais problemáticas a serem enfrentadas e balizando o campo para situarmos o papel das tecnologias biomédicas de prevenção, dando destaque para uma dessas tecnologias, a Profilaxia Pré-Exposição ao hiv, a PrEP.

Percorreremos nessa trajetória o argumento desenvolvido por autores como Seffner e Parker (2016) a partir do que se vêm chamando de *neoliberalização da prevenção do hiv/aids*. Trata-se de, a partir desse aporte, apontar como o ideário tecnicista da prevenção parece estar mais interessado em simplificar e escamotear a gravidade da epidemia, do que desvelar suas outras facetas e complexidades. Temos nessa lógica a ideia reforçada de que ao tomar algumas pílulas (responsabilidade do sujeito), se resolve, por conseguinte os vários outros determinantes sociais das desigualdades e vulnerabilidades os quais a epidemia de hiv/aids denuncia desde sua emergência na década de 1980.

Seguindo a mesma trajetória, mas caminhando por outra via, apresentaremos a lógica da *Prevenção Combinada*, modelo preventivo que vem ganhando destaque no cenário Mundial e no Brasil a partir do ano 2000, e que está intimamente relacionado à oferta da PrEP, sendo o modelo lógico que justifica e embasa a oferta do recurso profilático.

Ao narrar os caminhos da epidemia no Brasil e as estratégias de enfrentamento, várias são as possibilidades. Podemos orientar nosso percurso seguindo a historicidade cronológica dos eventos, optar em dar destaque para um enfoque epidemiológico e descritivo da evolução do hiv no Brasil, ou ainda narrar o

⁴ Utiliza-se em grande parte das menções ao *Protocolo e Diretrizes Clínica da PrEP* a versão de 2017, uma vez que no momento em que a pesquisa foi desenhada e a coleta de dados realizada essa era a versão vigente. As diferenças entre o protocolo de 2017 e a versão atualizada (Brasil,2022) serão abordadas na conclusão deste capítulo.

processo a partir do drama vivido pelas gerações mais atingidas com o ápice da epidemia destacando a evolução das abordagens científicas e das políticas públicas que foram implantadas. Optamos por seguir um caminho sintético e sucinto, pois reconhecemos que além da vasta literatura que existe abordando os referidos temas, nosso interesse principal é responder a seguinte pergunta: *qual é o atual modelo preventivo de hiv/aids no Brasil?*

Entretanto, antes retornemos à década de 1980, mais especificamente para o período do processo de redemocratização, década fundamental não apenas por ser o início da epidemia, mas por ser o momento histórico no qual criamos as condições institucionais para o cuidado dos primeiros pacientes diagnosticados. Temos a Constituição Federal de 1988 como um marco decisivo, estabelecendo-se os fundamentos necessários em termos legais para ancorar a resposta sanitária ao hiv, favorecendo o desenho e a implementação de ações qualificadas no controle da epidemia e dando ao Brasil um lugar de destaque global ao desenvolver estratégias de ação eficazes de grande repercussão. Exemplo disso, já na década de 1990, da Lei 9313 no ano de 1996, momento em que se passa a assegurar acesso universal e gratuito aos antirretrovirais (ARV), conquista efetivada graças a uma ampla mobilização da sociedade civil com o Estado, possibilitando o questionamento nas cortes internacionais do regime de patentes que tornava inviável o direito à saúde daqueles infectados pelo hiv (Corrêa, 2016).

Na década de 1990, a política nacional para o hiv/aids recebeu investimentos internacionais significativos. Esses investimentos tinham uma moldura de implementação que incluía apoio substantivo a organizações da sociedade civil envolvidas com atividades de educação e prevenção, assim como estruturas de participação e controle social (Corrêa, 2016), um momento com disponibilidade de recursos relativamente ampla e não concentrada apenas no poder público. Esse encontro entre política, financiamento, sociedade mobilizada e controle eficaz da infecção conflui no que Galvão (2000) chamou de uma *aids brasileira*, demarcando que, para além da história natural da doença, constrói-se no país naquele período uma trama político-social de enfrentamento, na qual os movimentos sociais tiveram um substancial protagonismo.

A importância da mobilização social e de ativistas na história da epidemia no Brasil é reconhecida internacionalmente e está sempre referendada quando nos debruçamos no processo histórico. Todavia, na última década, com o agravamento

da epidemia, representado pela redução dos aportes financeiros, e somada a concentração e aumento de novos casos em grupos específicos como homossexuais masculinos, travestis, transexuais (Adamy; Casimiro; Benzaken, 2018) no mesmo cenário no qual se vivencia uma guinada conservadora da sociedade, a experiência exitosa no enfrentamento da epidemia pode estar ameaçada.

Temos no mês de maio de 2019 um esgarçamento lamentável dessa teia política social de controle, proteção e cuidado: trata-se do *Decreto Nº 9.795, de 17 de maio de 2019*, que modifica a estrutura do Ministério da Saúde. Por meio desse decreto, o Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais passa a se chamar *Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Como analisa a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), tal mudança a princípio poderia passar aos olhos de leigos como insignificante, afinal, trataria-se de apenas uma mudança de nomenclatura, mas é muito mais que isso, o que está em jogo seria para os críticos o fim do *Programa Brasileiro de AIDS*, um dos programas mais importantes do mundo, que foi durante décadas referência internacional nos modelos de controle da infecção. Mais do que um programa, este decreto acaba com uma experiência democrática de governança, historicamente pautada na participação social e na intersetorialidade (ABIA, 2019).

A mudança do departamento, além de antever a possibilidade de redução nos recursos, uma vez que o escopo de atuação do departamento se amplia, um lado tão perverso quanto a redução do financiamento se anuncia: o de menos visibilidade e menos participação da sociedade civil e dos movimentos sociais que, desde a virada político-conservadora do país, vem recebendo menos recursos e ocupando cada vez menos espaço na governabilidade da epidemia⁵, ameaçando consideravelmente a experiência política social da aids brasileira, como bem descreveu Galvão (2000).

Fica evidente que ao falarmos da situação da aids no Brasil hoje, estamos também falando de política e racionalidades governamentais. Para além de ser uma doença com contornos biológicos bem definidos, ela anuncia uma complexidade de significantes sociais, políticos, culturais e econômicos. A ênfase do cuidado em uma

⁵ O desmonte das políticas públicas - incluindo as políticas de hiv/aids, começam a se acirrar com o golpe contra a presidente Dilma, momento não apenas de subfinanciamento, mas de uma explícita política de narrativa de deslegitimação dos movimentos sociais, afetando consequentemente o controle social da pandemia. O compromisso de retomar a experiência exitosa de controle do hiv/aids foi assegurado em diversas falas da nova ministra da saúde Nísia Trindade. Para além do retorno a uma gestão técnica no ministério, retoma-se o controle da narrativa dos determinantes sociais e sua centralidade na discussão das políticas de saúde.

prevenção pautada na perspectiva biomédica pode produzir iatrogenias sociais e culturais significativas, uma vez que se tira o acento da reflexão dos determinismos sociais, encobrendo problemáticas como: (1) - das atitudes que promovem estigma e discriminação por conta da associação da doença com certos grupos populacionais; (2) - da noção de que uma doença de transmissão sexual necessariamente acomete pessoas que de certa forma “transgrediram” normas sociais consolidadas; (3) - uma certa impressão difusa de que aqueles que se infectaram de certo modo “mereceram” isso por terem levado vida desregrada, em estreita associação com a noção oposta da qual os que conduzem a vida de forma correta estão a salvo da infecção; (4) - a impressão de que a aids elimina da sociedade os “maus” e preserva vivos os “bons” (Paiva, 1992; Sontag, 2007; Seffner; Parker, 2016).

Como veremos na fundamentação teórica deste texto, diversos autores têm denunciado a ênfase excessiva do aspecto biomédico da prevenção do hiv/aids em detrimento a outros referenciais, destacamos em específico aqui, as contribuições de Paiva (2002), Seffner e Parker, (2016). Para eles, o Brasil segue uma resposta de prevenção pautada na lógica neoliberal, na qual se procura conceber 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. Essa tendência na biomedicalização da resposta à epidemia e a crescente desmobilização da sociedade civil precisa, na perspectiva dos autores, ser urgentemente reavaliada, reintroduzindo a resposta comunitária na agenda política, visando superar a ênfase da abordagem preventiva focalizada no indivíduo.

Diversos trabalhos que problematizam a historicidade da epidemia no contexto latinoamericano (Galvão,2000; Paiva, 2002; Corrêa, 2016; Parker, 2018; Pelúcio, 2007, Perlongher,1987) destacam como os primeiros anos de enfrentamento foram marcados por respostas burocratizadas, ainda com pouca participação efetiva e crítica da sociedade civil, em campanhas que reforçavam o estigma e preconceito, num movimento que ao invés de educar promoviam o medo e segregação de grupos. No período entre as décadas de 80 e 90, era comum empregar no cotidiano de trabalho e também nas políticas públicas a noção de grupos de risco para o hiv; vivenciava-se uma responsabilização das pessoas pela epidemia e não havia um olhar para os determinantes e condicionantes sociais (Adamy; Casimiro; Benzaken, 2018).

Parker (2018) salienta que um ponto de ruptura com essa perspectiva estigmatizante foi o emprego do conceito de *vulnerabilidade* na lógica do trabalho preventivo, que passou a orientar a construção dos planos de enfrentamento da epidemia. Destaca como marco histórico desse modelo preventivo a publicação, em 1992, do livro *A AIDS no Mundo*⁶. Esse marco possibilitou ações de visibilidade para os temas como: “uso de drogas, orientação sexual, diferenças de gênero, inclusão das demandas culturais juvenis, diversidade regional e diferentes modelos de família” (Parker, 2018, p. 27). Num plano político mais amplo, a resposta brasileira à aids se aproximou do campo dos direitos humanos, das lutas feministas e dos movimentos sociais LGBTQIA+, em sintonia com os chamados novos movimentos sociais que ganham força representativa no ocidente.

A partir da segunda metade da década de 1990 intensifica-se o emprego de uma abordagem preventiva mais centrada no comportamento e nos determinantes sociais da epidemia, sendo a incorporação do conceito de vulnerabilidades, vinculada a uma perspectiva crítica de mobilização da sociedade elemento mais presente nos debates, ao passo em que se discutia a feminização da epidemia. Naquele momento, o enfoque preventivo se baseava em estratégias divididas em três eixos: veiculação de informação, atuação nos determinantes sociais e a mudança comportamental (Adamy; Casimiro; Benzaken, 2018).

O reconhecimento da limitação estigmatizante de "grupo de risco", passa a ganhar espaço no debate público, entendido como além de produzir preconceitos flagrantes, era operador de um desserviço, impedindo os indivíduos que não faziam parte do dito grupo de risco se percebessem como não vulneráveis a infecção, construindo uma falsa ideia de proteção (Ayres, 1999). Todavia, autores como Pelúcio (2007) e Sheffer (2005) apontam a existência de uma lógica problemática na passagem de "grupo de risco" para a ideia de "comportamento de risco", que continua guiando diversas políticas públicas de saúde. Se na ideia de grupo de risco a grande estratégia é isolar, na ideia de comportamento de risco, a grande estratégia é o adestramento individual, contribuindo para diretrizes de trabalho direcionadas inevitavelmente na culpabilização do sujeito por seus comportamentos nocivos, devendo o sistema de saúde atuar na modelagem de comportamentos maléficos em

⁶ Mann, Jonatha, Tarantola, Daniel & Netter, Thomas. (Eds). (1992). *AIDS in the World*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

direção a práticas vistas como saudáveis. Como discutem os autores, tem-se ainda nessa perspectiva preventiva a flagrante lógica da responsabilização, pois o sujeito que se infectou é aquele que possui comportamentos e práticas arriscadas, é alguém que deve ser corrigido, educado, ou seja, suas práticas sexuais devem ser alteradas.

Sinais desse movimento em termos culturais estão presentes em leituras antropológicas como as de Dean (2015) e Brisson (2017) ao apontarem que o surgimento da subcultura de *barebacking* representou um movimento de resistência à invasão dos imperativos de saúde e da lógica da higiene médica. A prática *barebacking*, embora repleta de significados, poderia ser interpretada como o sexo sem preservativos entre homens homossexuais, que embora muito presente nas práticas heterossexuais, na "cultura gay" se converte em *fetiche*, sobretudo pelo imperativo de uso do preservativo como lei de saúde a qual não deve ser transgredida. Nas práticas de *barebacking* é comum encontrar significantes como o desejo de ser infectado ou de infectar, como representação de um gozo sem interdição, muitas vezes em práticas grupais, nas quais ser o "portador" do vírus é *status*, correlacionada na linguagem dos praticantes como dar ou receber o *gift* [presente- vírus]. Tais práticas podem ser interpretadas como uma contracultura, na qual o ato de soroconversão representaria o passaporte para a liberdade, longe de medos e censuras, em total oposição à normatividade dos modelos de saúde⁷.

Para além da dimensão produtora de sociabilidades, o modelo de "grupo de risco" e "comportamento de risco" pelas inúmeras críticas que foram se avolumando passam a dar espaço a outras perspectivas de trabalho. No cenário nacional, uma das formas de mitigar as problemáticas envolvendo os modelos preventivos acima foi a elaboração do conceito ampliado de vulnerabilidade proposto por Ayres (1999), importante autor que contribuiu para o deslocamento de perspectiva estigmatizante e pautada na responsabilização dos modelos preventivos anteriores. Neste referencial, concebe-se a *vulnerabilidade individual* como o inverso do *empowerment*, uma vez que evidencia as fragilidades daquele indivíduo diante da aids, seja por falta de acesso a serviços de saúde, seja por falta de informação sobre os processos de infecção e tratamento, enfim, por falta de recursos para se proteger.

⁷ Com o uso ampliado da PrEP a própria definição do bareback passa a ser revisitada, assim como as interpretações que relacionam o fenômeno à transgressão. Para uma discussão mais ampliada veja o capítulo 3 e o artigo 2 de resultados desta tese.

É desenvolvido também pelo autor o conceito operativo de *vulnerabilidade coletiva*, que se divide em duas perspectivas, a *social* e a *programática*; nessa perspectiva se busca avaliar o *empowerment* de coletividades no que se refere aos subsídios que elas conseguem oferecer aos seus membros: “subsídios para sua própria avaliação, no componente social de cada fator de exposição”, bem como possibilidades de “construir um diagnóstico capaz de instruir as agendas dos movimentos sociais” (Ayres, 1999, p. 13). Com a perspectiva de *vulnerabilidade programática* tem-se um instrumental para pensar as estruturas sócio-políticas e seu grau de permeabilidade e sensibilidade às necessidades concretas postas para a saúde de indivíduos/populações” (Ayres, 1999, p.14). Já a *vulnerabilidade social* é concebida a partir de oito indicadores propostos pela ONU no *Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas*, visando identificar a garantia ou não de direitos humanos, sexuais e de cidadania que cada comunidade específica tem acesso (Ayres, 1999).

Embora os avanços operados pelo uso da perspectiva da vulnerabilidade trouxeram importantes diretrizes para se pensar as políticas e processos de trabalho da prevenção, o conceito estaria longe de dar conta de resolver os flagrantes problemas do estigma e da lógica liberal de pensar a epidemia (Pelúcio, 2007; Guimarães, 1998). Sobretudo, por ser a perspectiva do empowerment uma categoria limitante quando se apresenta a realidade concreta de alguns grupos e sociedades. Movimento historicamente perceptível quando se observou o fenômeno da *pauperização da aids*. Como argumentam os autores, a UNAIDS, ao constatar que a rota da epidemia era rumo aos países e populações mais pobres, procurou, a partir do conceito de vulnerabilidade, fortalecer essas populações vistas como “desconhecedoras de seus direitos” e sem recursos públicos adequados para o enfrentamento da epidemia. Todavia, os efeitos positivos podem ser questionados, uma vez que os determinantes da pobreza continuam presentes e atuantes no mapa geopolítico do hiv/aids, sendo o fenômeno da *pauperização da aids* um fato posto e atual.

Seguindo essa perspectiva crítica, os autores apontam que o deslocamento dos conceitos epidemiológicos de “grupo de risco” e “comportamento de risco”, ambos individualizantes, para o de vulnerabilidade, modelo conceitual dirigido a vastos segmentos populacionais pobres e desassistidos, segue a própria representação da trajetória do vírus em todo o mundo. Isso se dá através de uma ênfase aos direitos

humanos e à conversão à cidadania como única solução para se vencer a vulnerabilidade. O que implica compreender que em tal modelo preventivo permanece o exercício da individualização, racionalização e responsabilização, servindo como fonte de critérios objetivos para romper com as reconhecidas situações de vulnerabilidade crônicas associadas muitas vezes ao “atraso”, à “ignorância” e à “falta de condições subjetivas” de certas comunidades (Pelúcio; Guimaraes, 1998).

Apesar das críticas que podem ser feitas ao conceito da vulnerabilidade, foi a partir desta compreensão que a resposta brasileira à aids, tanto aquela produzida pelos serviços de saúde quanto às campanhas feitas no âmbito da sociedade, que foi possível operacionalizar um deslocamento de um discurso unicamente comportamentalista, cognitivista, individualizado, baseado na noção de sujeito liberal autônomo, para um discurso mais focado nas condições sociais e políticas que produzem a existência desses indivíduos.

Retomando ao cenário contemporâneo da prevenção, as críticas esboçadas acima devem ser incorporadas à discussão, somando-se a ressalva da iminente tendência de neoliberalização dos modelos preventivos (Seffner 2016; Parker, 2016). Uma das problemáticas apontadas quanto a esse aspecto, refere-se ao progressivo enfraquecimento de alguns movimentos sociais no combate à epidemia. Para os autores, o movimento LGBT é um exemplo disso, que apesar de ser atuante na governabilidade da epidemia, vem perdendo força política crítica, uma vez que é capturado pela massiva inclusão no mercado de consumo. O que ocorre em paralelo ao emprego de uma lógica neoliberal estimuladora da crença de ser o remédio a solução da epidemia, explicando a tendência cada vez mais biomédica do modelo preventivista brasileiro, apoiado em pautas de ontologia individualizante e mercadológica.

Andando de mãos dadas com o conservadorismo nos costumes que vem assolando não apenas o país, mas outras regiões do globo nos últimos anos, Seffner (2016) e Parker (2016) localizam, desde 2013, o início do enfraquecimento da resposta social da epidemia, produzida por uma crença equivocada num passado glorioso de enfrentamento à epidemia e numa ideia de unidade social já formada e constituída, como também pela crença de uma cura no futuro recente, ingredientes esses, somados às escolhas preventivas pautadas no modelo biomédico. Exemplo disso é o *Tratamento como Prevenção*, no qual os antirretrovirais são utilizados desde o diagnóstico positivo para o hiv, mudança feita nos protocolos nacionais em 2013

(administração de antirretrovirais independentemente da carga viral e dos níveis de células CD4⁸), construindo o imaginário de uma doença crônica que tem sua resposta no uso regular de medicamentos, repercutindo um raciocínio falso da cronicidade como sinônimo de cura medicamentosa.

A escolha em focalizar nessa estratégia de modelo único biomédico é considerada pelos críticos como extremamente prejudicial, uma vez que produz a erosão do diálogo com diversos segmentos da sociedade, produzindo uma resposta preventiva de caráter neoliberal e restrita. Com isso, para autores, o país vive um duplo movimento:

(...) desperdício da experiência histórica acumulada no enfrentamento da AIDS, e uma situação de *fazer viver e deixar morrer*, ou seja, propiciar que se possa viver pela oferta massiva de teste e tratamento e, ao mesmo tempo, deixar morrer por conta do recrudescimento dos processos de estigma, discriminação, violência social de toda ordem (Seffner; Parker, 2016 p. 30).

É nesse contexto do modelo preventivo nacional que a oferta de PrEP passa a ser disponibilizada pelo SUS em janeiro de 2018. Para avançarmos na discussão, analisaremos o modelo preventivo em que essa racionalidade profilática se baseia, a *Prevenção Combinada*.

2.2 DISCURSO DA PREVENÇÃO COMBINADA: PREP PARA QUEM?

O modelo de prevenção combinada, importante campo de investigação desta tese, centraliza uma abordagem na qual se busca romper com a distinção entre prevenção e tratamento, atualizando o tripé das políticas de hiv (prevenção, diagnóstico e tratamento) e inaugurando uma nova forma de pensar os modelos preventivos. Apresentaremos, a seguir, uma breve conceituação da estratégia, situando-a na realidade nacional e problematizando suas potencialidades e desafios.

O debate sobre prevenção combinada começa a ganhar força no Brasil em 2013, como discutido acima. Foi nesse momento que se iniciou a mudança no protocolo de tratamento para pacientes diagnosticados com hiv, modificando o critério para início da terapia de antirretrovirais, independentemente dos valores clínicos de CD4, fortalecendo o paradigma do tratamento como prevenção (Brasil, 2013). Iniciar

⁸ Os resultados da contagem das células CD4 e da medição da carga viral dão a informação necessária sobre o efeito da infecção pelo VIH. O objetivo do tratamento anti-retroviral é o de ter uma carga viral muito baixa (indetectável) e uma contagem de células CD4 alta.

a medicação em pessoas diagnosticados com hiv sem que houvesse desenvolvimento de qualquer patologia ou mudanças nos parâmetros clínicos como a carga viral e contagem de linfócitos, ocorre, sobretudo, como estratégia para reduzir novas infecções, uma vez que através do controle individual se atinge o coletivo populacional. Ou seja, inicia-se a intervenção mesmo que os indicadores clínicos da infecção (carga viral e células CD4) estejam normais, impedindo as chances de novas infecções.

Tanto nos materiais direcionados aos profissionais da saúde como nas propagandas que explicam ao público o novo recurso profilático, a PrEP é apresentada como parte das estratégias de prevenção combinada do hiv⁹. Como o próprio nome sugere, a prevenção combinada preconiza o uso “combinado” de métodos preventivos, de acordo com as possibilidades e escolhas de cada indivíduo, sem excluir ou sobrepor um método a outro. Dentre as ferramentas da prevenção combinada, além da PrEP, o protocolo preconiza como estratégias de prevenção: testagem para o hiv, outras IST e hepatites virais; Profilaxia Pós-Exposição (PEP); uso regular de preservativos; diagnóstico oportuno e tratamento adequado de infecções sexualmente transmissíveis; redução de danos; gerenciamento de vulnerabilidades; supressão da replicação viral pelo tratamento antirretroviral; e imunizações (Brasil,2017).

Percebe-se que as estratégias de prevenção incluem o uso de antirretrovirais combinados a outras formas de prevenção clássicas - o que é entendido nas diretrizes como um modelo preventivo baseado nos enfoques biomédicos, comportamental e estrutural (Adamy; Casimiro; Benzaken, 2018). As várias modalidades de prevenção, compõem o que se convencionou chamar de mandala da prevenção combinada (Figura 1).

⁹ Alguns dos principais documentos relacionados aos fundamentos da Prevenção Combinada, sendo eles: “Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections” (UNAIDS, 2010); “5 Passos para a Prevenção Combinada do HIV na Atenção Básica” (Brasil, 2017), “Prevenção Combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde” (Brasil, 2017), “Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde” (Brasil, 2017).

Figura - Mandala da Prevenção Combinada



Fonte: Ministério da Saúde (2019).

Daremos destaque aos três recursos chamados de prevenção biomédica do hiv/aids, uma vez que se relacionam com a problemática investigada e sendo as demais abordagens já conhecidas. A perspectiva do *tratamento como prevenção* já abordamos anteriormente e, como vimos, é entendida como o início da terapia antirretroviral em sujeitos diagnosticados com hiv sem esperar os marcadores de carga viral (CV) e de CD4 sofrerem alteração, o que vem sendo preconizado no Brasil desde 2013 (Brasil, 2017).

Todavia, ao falarmos em prevenção combinada, as duas estratégias que ganham destaque são a PrEP e a PEP (Profilaxia Pós-Exposição). Sintetizamos brevemente a seguir o que seria a PEP para adentrarmos ao marco temático desse projeto, a PrEP.

A PEP, como recurso biomédico, já era oferecida anteriormente à implementação da PrEP via SUS. Seu uso como estratégia preventiva, embora não difundido em termos de política pública, era empregado em contextos clínicos mais restritos, sendo basicamente os profissionais da saúde que conheciam essa possibilidade profilática. Como estratégia ampliada de prevenção, trata-se de medida profilática de urgência na prevenção ao hiv, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), que consiste no uso de medicamentos para reduzir

o risco de adquirir essas infecções após eventual exposição ao vírus. É indicada para situações nas quais ocorreu: violência sexual; relação sexual sem preservativo ou rompimento da camisinha; e nos casos de acidentes ocupacionais envolvendo o contato direto com instrumentos perfurocortantes e material biológico. Inicia-se nessas situações o uso de medicação antirretroviral por 28 dias consecutivos, sendo que o início da primeira dose deve ocorrer preferencialmente nas primeiras duas horas após a exposição e, no máximo, em até 72 horas do evento de risco (BRASIL, 2017a). Já a PrEP consiste no uso diário de antirretrovirais como estratégia preventiva ao hiv, não a partir de um acontecimento pontual de risco como acontece na estratégia anterior, mas sim pelo enfoque de grupos sujeitos a estarem em maior risco de exposição do vírus, seja pelas práticas sexuais desempenhadas ou por aspectos de sua vulnerabilidade.

Os principais atores que trabalharam na proposta de inclusão da *prevenção combinada* no Brasil situam a oferta desse modelo preventivo no que vem se chamando de *terceiro momento da epidemia hiv/aids* (Adamy; Casimiro; Benzaken, 2018). A compreensão como um terceiro momento, relaciona-se historicamente às características da epidemia na década de 80 e 90. Esse terceiro momento seria constituído por um cenário próximo aos primeiros anos da epidemia, por estarem os novos casos concentrados principalmente nos grupos de gays, homens que fazem sexo com homens (HSH) e pessoas trans. Isso, para os autores, justificaria o uso da terminologia empregada nos protocolos de prevenção combinada, especialmente nos de oferta de PrEP, do termo "População Chave".

Segundo esses pesquisadores e técnicos do Ministério da Saúde, a epidemia no Brasil se intensifica em segmentos populacionais que apresentam prevalência superior à média nacional, que é de 0,4% (Adamy; Casimiro; Benzaken, 2018). Esses grupos seriam: (1) - Gays e outros homens que fazem sexo com homens, com prevalência de hiv de 18,4% e 14% para sífilis (Keer, 2018); (2) - Pessoas trans, com prevalência de hiv de 31,2% (Grinsztejn *et al.*, 2017); (3) - Trabalhadoras do sexo, com prevalência de hiv de 5,3% e sífilis de 8,4% (Ferreira-Junior *et al.*, 2018); (4) - Pessoas que usam álcool e outras drogas, com prevalência de hiv de 5,0% / 6,9% e 29,8% para sífilis (Bastos; Bertoni, 2013) e; (5) - Pessoas privadas de liberdade. Embora o referencial de prevenção combinada esteja fortemente vinculado a estratégias para estes grupos, o protocolo de oferta de PrEP via SUS trabalha com

uma referência mais restrita para indicação do recurso, como veremos abaixo (figura 2), não abordando diretamente usuários de drogas e a população carcerária.

No Protocolo Nacional de Diretrizes para oferta de PrEP (Brasil, 2017a) três são os aspectos que devem ser observados para indicação da PrEP: (1) - grupos de maior prevalência para o HIV; (2) - práticas sexuais que envolvem maior risco de infecção e (3) - os contextos de maior vulnerabilidade (Brasil, 2017a). Na tabela abaixo, os grupos populacionais são definidos, bem como critérios de indicação.

Figura - Indicação de PrEP por segmento populacional

SEGMENTOS POPULACIONAIS	DEFINIÇÃO	CRITÉRIO DE INDICAÇÃO DE PREP
Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH)	Homens que se relacionam sexualmente e/ou afetivamente com outros homens	Relação sexual anal (receptiva ou insertiva) ou vaginal, sem uso de preservativo, nos últimos seis meses
Pessoas trans	Pessoas que expressam um gênero diferente do sexo de nascimento. Nessa definição se incluem: homens e mulheres transexuais, transgêneros, travestis e outras pessoas com gêneros não binários	E/OU Episódios recorrentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)
Trabalhadores(as) do sexo	Mulheres, homens e pessoas trans que recebem dinheiro ou benefícios em troca de serviços sexuais, regular ou ocasionalmente	E/OU Uso repetido de Profilaxia Pós-Exposição (PEP)
Parcerias sorodiferentes	Parceria sexual na qual uma das pessoas é infectada pelo HIV e a outra não	Relação sexual anal ou vaginal com uma pessoa infectada pelo HIV sem uso de preservativo

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Profilaxia pré-exposição (Brasil, 2017a).

Essa proposta foi recebida com muitas críticas como narram os principais envolvidos em sua implementação no Brasil (Adamy; Casimiro; Benzaken, 2018), sobretudo pelo aspecto de ênfase no modelo biomédico farmacológico e pelo fato de o recurso estar direcionado para grupos específicos, historicamente marginalizados. Tem-se, assim, o risco iminente de correlacionar o termo “população-chave” com a ideia de grupo de risco, descartando toda crítica construída ao longo do processo da epidemia e ignorando a importante perspectiva do paradigma da vulnerabilidade que, apesar de figurar no modelo, no âmbito operacional da dispensa da profilaxia acaba ficando em segundo plano. O ponto central da crítica se refere ao fato de o termo “população chave” ser apenas uma estratégia semântica para amenizar e retomar a perspectiva anterior de “grupo de risco”¹⁰.

¹⁰ Essa proposta foi recebida com muitas críticas como narram os principais envolvidos em sua implementação no Brasil (Adamy; Casimiro; Benzaken, 2018), sobretudo pelo aspecto de ênfase no modelo biomédico farmacológico e pelo fato de o recurso está direcionado para grupos específicos, historicamente marginalizados. Tem-se, assim, o risco iminente de correlacionar o termo “população-

Em resposta a tais críticas, tem-se argumentado que a prevenção combinada implica na ideia de conjugação de evidências científicas, base comunitária e garantia de direitos. Assim, nenhuma intervenção de prevenção isolada seria suficiente para conter novas infecções, devendo o conceito de vulnerabilidade permanecer operando na lógica de oferta dessa modalidade preventiva. Entende-se nessa proposta que há a necessidade de uma conjugação de intervenções que combinem diferentes estratégias de prevenção (biomédicas, comportamentais e estruturais), com destaque para a não-hierarquização dos métodos preventivos, reforçando a singularidade do indivíduo e sua autonomia e direito à escolha (Adamy; Casimiro; Benzaken, 2018).

Percebe-se que o modelo de prevenção combinada surge na tentativa de flexibilizar e oportunizar ao sujeito um cardápio de escolhas preventivas, tendo esse papel decisivo na escolha do melhor método para seu contexto e desejo. Temos nesse modelo a ideia de um sujeito autônomo, capaz de escolher qual seu método de prevenção e combinar com outros recursos. Sendo papel do profissional de saúde instrumentalizar o processo decisório com as possibilidades de métodos preventivos disponíveis, sem hierarquizar um sobre o outro.

Retornaremos posteriormente a tais temas, uma vez que consideramos fundamental lançar luz sobre a problemática da autonomia do sujeito, para além de retomarmos o aspecto da neoliberalização da prevenção, na construção de uma cartografia dos agenciamentos envolvidos no processo decisório de uso da PrEP pela dita "população chave". Ocupemo-nos agora em compreender como se construiu o discurso da eficácia da PrEP e seus desdobramentos no campo social.

chave" com a ideia de grupo de risco, descartando toda crítica construída ao longo do processo da epidemia e ignorando a importante perspectiva do paradigma da vulnerabilidade que, apesar de figurar no modelo, no âmbito operacional da dispensa da profilaxia acaba ficando em segundo plano. O ponto central da crítica se refere ao fato do termo "população chave" ser apenas uma estratégia semântica para amenizar e retomar a perspectiva anterior de "grupo de risco"

2.3 DISCURSOS EM CENA: A CONSTRUÇÃO DA EFICÁCIA DA PrEP, IMPLEMENTAÇÃO, EFEITOS E SEUS ATORES

O discurso envolvendo a eficácia da PrEP tem antecedentes que merecem ser identificados e problematizados. A ideia de que uma pílula ao dia poderia prevenir contra o hiv já pode ser encontrada desde 2004 em ensaios clínicos conduzidos na Tailândia com usuários de drogas injetáveis, o *Bangkok Tenofovir Study* e, em 2005, no Camboja e Camarões com profissionais do sexo, esse último interrompido por conta de violações éticas (Rosengarten, 2009). As problemáticas éticas se relacionavam, sobretudo, à insuficiência de cuidados médicos e ao tipo de aconselhamento oferecido aos participantes. Para além disso, os ativistas locais denunciavam que a perspectiva ética assumida pelos pesquisadores era sobretudo técnica e não considerava as vulnerabilidades dos participantes da pesquisa, ou seja, uma população altamente estigmatizada e criminalizada nos países: as trabalhadoras do sexo (Rosengarten, 2009).

Notório observar que assim como a trajetória de construção da eficácia do tratamento para o hiv/aids, no caso da PrEP (ao menos nos estudos clínicos iniciais) não se distancia do que Petryna (2011) chama de *experimentalidade de variabilidade ética*, regulada pela lógica de um biopoder, cuja definição do que é ético ou não, depende sobretudo do território e para quem o recurso é ofertado. A trajetória de construção e reconhecimento da eficácia foi estabelecida através de estudos clínicos focalizados em grande parte naquilo que poderíamos nomear de corpos e vidas que importam menos que outras (Butler, 2004). Um experimentalismo que compõe sua amostra por uma política de *identidades abjetas*, sejam estas as da comunidade de gays e transexuais, ou as mulheres e profissionais do sexo no continente africano, ou mesmo, no caso dos usuários de drogas injetáveis na Tailândia, apontando que a eficácia do fármaco é forjada num contexto de política global desigual.

É somente em 2011 que a UNAIDS elabora e divulga um guia de boas práticas para orientar as pesquisas com as profilaxias biomédicas de prevenção do hiv: o documento "*Good participatory practice: Guidelines for biomedical HIV prevention trials*". Todavia, os efeitos concretos de tais diretrizes na prática dos estudos clínicos no continente Africano é questionável. As recomendações propostas pela UNAIDS para assegurar direitos básicos são interpretadas por Rosengarten (2009) como um

material, sobretudo, normativo, fundamentado numa bioética protocolar impotente frente ao padrão de ouro dos ensaios clínicos.

Retomando nosso percurso histórico sobre o discurso da efetividade, tem-se um importante marco histórico com o estudo *iPrEX*, no qual a efetividade da profilaxia passa a ganhar contornos reais. Esse importante projeto transnacional foi baseado em ensaios clínicos de tipo duplo cego com o Truvada (TDF/FTC) e placebo, realizado entre julho de 2007 e dezembro de 2009, envolvendo África do Sul, Tailândia, Peru, Equador, Brasil e Estados Unidos, e contou com 2.499 HSH e mulheres transexuais (Grant *et al.*, 2010).

Os primeiros resultados do *iPrEX* foram divulgados em 2010, demonstrando que o uso diário do medicamento foi seguro e eficaz, com taxa de eficácia de 44% (Grant *et al.*, 2010). Em estudos posteriores utilizando modelos matemáticos, foram analisados os níveis do fármaco entre os participantes do estudo, mostrando que o uso de 4 doses/semana ou 7 doses /semana de TDF/FTC poderiam prever, respectivamente, uma eficácia de prevenção do hiv de 96% e 99% (Anderson *et al.*, 2012; Grant *et al.*, 2014). Assim, a conclusão dos estudos do *iPrEX* passa a vincular fortemente o regime de adesão diária do Truvada à sua melhor eficácia. Ou seja, a eficácia do fármaco não é mais questionada, mas sim, o regime de adesão feito pelo sujeito.

Todavia, os caminhos de comprovação da eficácia da PrEP encontram alguns obstáculos nos anos seguintes, sendo exemplo os estudos do *FEM-PrEP* em 2012, com 2.129 mulheres do Quênia, Sul da África e Tanzânia; e em 2015 com *VOICE*, estudo com 3.019 mulheres no Sul da África, Uganda e Zimbábue (Marrazo, 2013; Van Damme, 2018). Esses foram considerados fracassados ao não comprovarem a eficácia do fármaco, apresentando em ambos estudos altas taxas de infecção pelo hiv. Todavia, tais estudos são considerados um capítulo à parte no discurso da eficácia do recurso profilático e passaram a ser desconsiderados nas meta-análises, uma vez que se atribui a não eficácia ao regime de não aderência ao fármaco pelas participantes (Ferrare 2016; Rosengarten, 2009).

Apesar da interrupção ter sido justificada pela falta de adesão das participantes, temos nos anos subsequentes uma nova descoberta, que passa a figurar nos protocolos oficiais de oferta de PrEP, como ocorreu na experiência brasileira (Brasil, 2017a). Trata-se da compreensão sobre a diferença do tempo de concentração do fármaco no tecido vaginal, quando comparado ao tecido do reto.

Para relações anais, são necessários cerca de sete dias de uso de PrEP para alcançar a proteção, e para relações vaginais são necessários aproximadamente 20 dias de uso (Brasil, 2017a).

Para além de discutirmos os meandros da eficácia no histórico dos ensaios clínicos, não podemos obliterar nesse percurso do reconhecimento da PrEP como uma estratégia eficaz no controle da epidemia de hiv/aids do papel de *advocacy* desempenhado pelo laboratório *Gilead Sciences*, responsável pela patente do fármaco, no processo de implementação da estratégia preventiva em diversas regiões.

Em agosto de 2012, mesmo ano em que o FDA aprova o uso do Truvada como PrEP nos EUA, o laboratório patrocina na França uma reunião em conjunto com os principais atores políticos da UNAIDS, OMS e pesquisadores, tendo por destaque a pauta: *uma nova era no tratamento e na prevenção do hiv/aids: ciência, implementação e custeio*, inaugurando assim uma nova possibilidade de uso dos antirretrovirais - seu uso como preventivo (Bastos *et al.*, 2017). Autores como Andrew Spieldenner (2016) argumentam que uma parcela da resistência gerada pela PrEP se deu por uma percepção social de desconfiança dos reais interesses da farmacêutica em incentivar o uso do Truvada como preventivo, interpretado como uma tentativa da *Gilead* de ampliar o mercado para um produto que perdia espaço com o surgimento de novos tratamentos antirretrovirais, sendo que encontrar um novo uso para o produto seria uma importante saída lucrativa para empresa.

Tendo por base os estudos de eficácia do Truvada bem sucedidos e um terreno geopolítico favorável, a estratégia preventiva com antirretrovirais passou a ser recomendada pela OMS para os grupos populacionais sob risco substancial de infecção pelo hiv (incidência do hiv de aproximadamente 3 em cada 100 pessoas ao ano ou mais) como casais sorodiscordantes e HSH (homens que fazem sexo com homens). Com isso, a OMS passa a estimular que os países desenvolvessem projetos locais demonstrativos de implementação da PrEP para as populações altamente vulneráveis à infecção (WHO,2015). Confirmando e ratificando o discurso de ser a PrEP um importante recurso na redução da epidemia, a UNAIDS, em conjunto com a OMS e AVAC (*Global Advocacy for HIV Prevention*), passam a veicular e distribuir globalmente um manual no qual são apresentados quatro princípios essenciais sobre a PrEP, que podemos sumarizar com as seguintes normativas: 1) é um recurso que possui efetividade; 2) deve fazer parte da resposta geral ao hiv; 3) é uma escolha de

prevenção; e 4) é um recurso destinado para pessoas com risco substancial de infecção pelo hiv (UNAIDS, 2014).

Seguindo o posicionamento dessas instituições, inicia-se a partir de 2015 a regulamentação e aprovação da comercialização da PrEP em diversos países como França, Canadá, Noruega, Bélgica, País de Gales, Inglaterra, Portugal, Escócia, Quênia, África do Sul e Peru. Grande parte com a recomendação de uso diário do Truvada. No Canadá e França um novo protocolo de administração de PrEP foi testado: o uso sob demanda, conduzido pelo estudo *iPERGAY*, que avaliou o uso do TDF/FTC conforme demanda, no qual os participantes faziam uso do medicamento apenas em situações sexuais de risco, com a orientação posológica de dois comprimidos no mínimo de duas horas antes da relação sexual, seguido de um comprimido administrado 24h e 48h após a exposição, conferindo uma proteção de 86% contra a infecção pelo hiv (Molina *et al.*, 2015).

No Reino Unido, inicia-se em 2014 o estudo *PROUD* com populações de HSH e mulheres transexuais, demonstrando que o uso diário de TDF/FTC conferiu níveis de proteção de 86% contra a infecção e não foi visto aumento na incidência de outras ISTs com o uso da PrEP (McCormack, 2015).

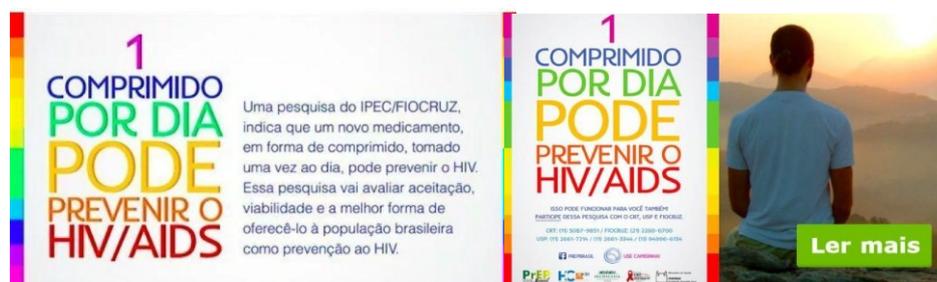
Seguindo esse contexto internacional surge o *PrEP Brasil*, um estudo de 48 semanas, multicêntrico, longitudinal, prospectivo, aberto e demonstrativo de PrEP, que foi desenhado para acessar a decisão de uso, a adesão, segurança e viabilidade de oferecer PrEP para HSH e transexuais no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2015).

O estudo ocorreu em três centros de prevenção e tratamento ao hiv, no Rio de Janeiro (RJ) e em São Paulo (SP). Os centros de estudo participantes foram o Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no RJ, Universidade de São Paulo (USP) e Centro de Referência e Treinamento em DST e AIDS (CRT-SP), ambos em SP. O projeto recebeu fomento da organização financeira internacional *Unitaid* – um organismo para o controle do hiv/aids, da tuberculose e da malária. A *Fiotec* foi a responsável pela gestão financeira e administrativa do projeto, gerindo um contrato de financiamento de aproximadamente R\$ 80 milhões (Fiocruz, 2017).

Um dos processos de recrutamento para o estudo *PrEP Brasil* pela equipe do laboratório LapClin Aids da Fiocruz, deu-se fazendo buscas ativas de possíveis candidatos em saunas gays de São Paulo e Rio de Janeiro. Uma das estratégias de

recrutamento foi a divulgação de cartazes nesses estabelecimentos com a frase “*Uma pílula ao dia pode te proteger do HIV*”.

Figura - Propagandas para recrutamento de participantes do PrEP Brasil



Fonte: Site PrEP Brasil (versão digital) - acesso 10/12/218.

Resultados do PrEP Brasil apontaram que na amostra de 450 participantes nos três centros de pesquisa do Rio de Janeiro e São Paulo a adesão ao recurso foi boa, com taxa de aceitabilidade de 60%. No estudo, a motivação para procurar a PrEP foi relacionada à busca por uma diminuição de sensações de ansiedade e medo nas práticas sexuais. A alta adesão à PrEP foi correlacionada com uma maior percepção de risco de contrair hiv. A adesão reduzida se concentrou nos subgrupos dos mais jovens e com menor escolaridade. Compensação do risco¹¹ não foi observada, identificou-se estabilidade temporal no relato de número de parceiros, de relações sexuais desprotegidas e da incidência de infecções sexualmente transmissíveis. A prevalência de infecções sexualmente transmissíveis como sífilis, hepatite e gonorreia atingiu 20% dos participantes, sendo os mais vulneráveis a população jovem e com menor grau de escolaridade. Outro ponto identificado foi que adesão ao protocolo foi maior no grupo de homens cis quando comparado ao grupo de mulheres trans (Grinsztejn, 2018).

Os resultados do PrEP Brasil sugerem a ampliação de estudos com as populações de mulheres trans, as quais se identificou pouca adesão, sendo um número bem reduzido quando comparadas ao grupo de homens que fazem sexo com

¹¹ Sugere que pessoas tendem a ajustar o seu comportamento em resposta ao nível de percepção de risco, tomando mais cuidado quando sentido maior risco e menor cuidado, se sentem mais protegidos. No caso específico, relaciona-se ao abandono de meios preventivos como a camisinha e aumento de práticas sexuais de alto risco.

outros homens (HSH) e gays, devendo ser um dos principais grupos a serem focalizados nas estratégias de oferta da PrEP (Grinsztejn, 2018).

Na sequência da divulgação dos resultados do PrEP Brasil, em maio de 2017, a PrEP é aprovada no Brasil, sob as diretrizes da *Portaria nº 21*, que torna pública a decisão de incorporar o tenofovir associado a entricitabina (TDF/FTC 300/200mg), ambos antirretrovirais, como profilaxia pré-exposição (PrEP) no âmbito do SUS, tornando o país o primeiro na América Latina a oferecer PrEP no sistema público de saúde (Brasil, 2017b).

Inicia-se a oferta, a partir de dezembro de 2017, de sete mil tratamentos, distribuídos em 12 cidades: Porto Alegre, Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Fortaleza, Recife, Manaus, Brasília, Florianópolis, Salvador e Ribeirão Preto, tendo por enfoque a população tida como a mais exposta ao risco de infecção: gays e homens que fazem sexo com outros homens (HSH); profissionais do sexo; casais sorodiferentes; travestis e população trans (Brasil, 2017).

Posteriormente ao PrEP Brasil, o país em conjunto com México e Peru passou a sediar e integrar mais um grande estudo na América Latina conduzido de 2018 a 2021, focalizado nos serviços de saúde que dispensam PrEP para homens que fazem sexo com homens e pessoas trans. Trata-se do projeto *IMPrEP*, que o trazer novas informações e evidências acerca das oportunidades, barreiras e dificuldades que a “vida real” dos serviços de saúde traz para a oferta da PrEP¹².

O projeto multicêntrico monitorou a oferta da PrEP no serviço público e em organizações não governamentais a fim de avaliar a decisão de uso, segurança e viabilidade da PrEP nesses contextos. Totalizando 9.509 participantes sendo 3.928 no Brasil, 3.288 no México e 2.293 no Peru, 94,3% integravam o grupo de homens gays/ HSH e 5,7% travestis e mulheres trans, a maioria entre 18 e 30 anos. Este foi o maior estudo de PrEP já conduzido na América Latina, com esta população.

Os principais resultados sumarizados em publicação recente no *Lancet* pelos autores mostraram que a adesão à PrEP e a retenção ao serviço a longo prazo foram boas, sendo pior entre os mais jovens e mais vulneráveis (Veloso; Cáceres; Vega-Ramírez *et al.*, 2023). Problemas de infraestrutura nos sistemas de saúde dificultam o

¹² A etapa inicial do ImPrEP, ligada à oferta da PrEP oral diária, foi uma iniciativa da Fiocruz, por intermédio do INI/Fiocruz, em parceria com o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, do Ministério da Saúde do Brasil, a Universidade Peruana Cayetano Heredia, do Peru, a Clínica Condesa e o Instituto Nacional de Saúde Pública, ambos do México (Fiocruz, 2023).

acesso de HSH, travestis, mulheres trans e profissionais do sexo à profilaxia; ao passo que usuários relataram a importância da PrEP em suas vidas e a facilidade de incorporá-la a suas rotinas. Materiais de informação sobre prevenção, aplicativos, mobilização comunitária e educadores de pares foram identificados como facilitadores essenciais para o acesso eficaz à profilaxia e ao autoteste de hiv. Em todos os grupos a incidência de HIV foi muito baixa, sendo maior nas populações mais vulneráveis e com baixa adesão à PrEP (Veloso; Cáceres; Vega-Ramírez *et al.*, 2023).

No que se refere ao impacto da PrEP na transmissão do HIV entre gays, bissexuais e HSH nos centros urbanos do Brasil, identificou-se que a incidência de hiv diminuiu 32% depois de cinco anos da introdução da profilaxia no país; 2) a expansão da profilaxia nas principais cidades brasileiras pode ter um impacto substancial na redução do HIV nos próximos dez anos; 3) o foco nos jovens pode aumentar o efeito positivo da implementação da profilaxia. O estudo revelou, ainda, que uma intervenção de PrEP que alcançasse 10% dos HSH em cinco anos poderia evitar até 501 novas infecções no Rio de Janeiro, 133 em Salvador e 119 em Manaus, e que uma intervenção que atingisse 60% entre essa mesma população em 24 meses poderia evitar em até dez vezes novas infecções nessas três cidades (Veloso; Cáceres; Vega-Ramírez *et al.*, 2023).

Reforçando dados do PrEP Brasil, o *IMPrEP* demonstrou que a além da oferta ser viável, apresenta baixa perda precoce de acompanhamento¹³, reforçando a estratégia da política pública de PrEP no Brasil, assumida em 2017, contribuindo também para o estabelecimento do programa nacional de oferta da profilaxia no México.

Ao percorrer esse breve percurso histórico percebemos que tanto os estudos de eficácia como os de viabilidade no contexto do SUS, o foco da intervenção se deu nas chamadas "populações chave", em consonância com o cenário internacional e ratificado pela rubrica de instituições como a OMS, UNAIDS e AVAC que, desde 2014, recomendam o uso da PrEP oral para os grupos populacionais sob risco substancial

¹³ Os impactos da Covid-19 no estudo segundo os autores devem ser considerados, sendo, 28% dos participantes do ImPrEP descontinuaram o uso da PrEP durante a pandemia: 15% no Brasil, 33% no México e 61% no Peru. 45% afirmaram ter praticado abstinência sexual e 65% disseram ter diminuído o número de parceiros sexuais. Os peruanos reportaram alto impacto na vida social, incluindo dificuldades no acesso a alimentos e a serviços básicos de saúde. Os brasileiros reportaram problemas de saúde mental e o aumento do uso de substâncias químicas, enquanto os mexicanos apontaram diminuição da atividade sexual, embora o número de parceiros casuais continuasse acima da média de brasileiros e peruanos (Veloso; Cáceres; Vega-Ramírez *et al.*, 2023).

de infecção pelo hiv. No que se refere aos estudos de PrEP injetável o cenário é o mesmo, atualmente o ImPrEP CAB Brasil estuda a implementação do cabotegravir de longa ação como PrEP para essa população visando reunir subsídios para a possível oferta da modalidade injetável da profilaxia no SUS.

A construção da eficácia da PrEP Injetável realizada também com a contribuição do Brasil iniciou-se em 2016 no estudo HPTN 083, integrando mais seis países: África do Sul, Argentina, Estados Unidos, Peru, Tailândia e Vietnã, totalizando 4.570 voluntários distribuídos por 43 centros de pesquisa, sendo que no Brasil o centro com maior número de participantes, o Laboratório de Pesquisa Clínica em DST e Aids do INI/Fiocruz foi a unidade de pesquisa que incluiu o maior número de participantes (240) entre todos os centros (Fiocruz, 2023).

Com o HPTN 083 comprovou-se que a PrEP contendo Cabotegravir injetável de ação prolongada de oito semanas obteve eficácia superior ao PrEP via oral Truvada, sobretudo por isolar a variável da adesão irregular a qual a PrEP oral está circunscrita. Dos 4.570 de voluntários, 52 pessoas adquiriram o hiv durante o estudo, sendo que 39 estavam alocadas no braço Truvada e 13 no braço Cabotegravir. O estudo demonstrou uma redução de 66% na incidência de hiv no grupo do CAB em comparação com o grupo do TDF/FTC via oral (Marzinke; Grinsztejn; Fogel *et al.*, 2021).

Com os resultados de eficácia promissores do cabotegravir via injetável, a partir de 2022 a OMS passa a recomendar o uso como estratégia na prevenção contra o vírus hiv¹⁴. Atualmente, a aprovação deste protocolo está vigente e foi disponibilizada nos Estados Unidos, Austrália, Zimbábue e África do Sul. A partir de 5 de junho de 2023 com a aprovação da ANVISA do registro do cabotegravir (Apretude® suspensão injetável produzido pela GLAXOSMITHKLINE BRASIL LTDA) já é possível comprar ou importar o medicamento no mercado privado como estratégia preventiva para adultos e adolescentes acima de 12 anos pesando pelo menos 35 kg e com risco aumentado de adquirir a infecção (ANVISA,2023).

Rompendo com o recorte de indicação de PrEP restrito a algumas populações, o qual foi atualizado na nova versão do protocolo clínico (Brasil,2023), a indicação de PrEP injetável não mais direciona o uso para a população chave como

¹⁴ Recomenda-se que as duas primeiras doses sejam aplicadas com quatro semanas de intervalo, seguidas de uma injeção a cada oito semanas, sendo ambas aplicações intramusculares na região dos glúteos (OMS,2022).

anteriormente, centrando-se sobretudo no aspecto da vulnerabilidade e do entendimento de contextos de risco aumentado de aquisição do hiv. Segundo a ANVISA como critérios de indicação (mas não restrito apenas a estes) , deve-se observar os seguintes aspectos: repetição de práticas sexuais anais ou vaginais com penetração sem o uso de preservativo; b. frequência de relações sexuais com parcerias eventuais; c. quantidade e diversidade de parcerias sexuais; d. histórico de episódios de DST (doenças sexualmente transmissíveis); e. busca repetida por profilaxia pós-exposição (PEP); f. contextos de relações sexuais em troca de dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia, entre outros serviços; g. Chemsex: prática sexual sob a influência de drogas psicoativas (metanfetaminas, gama-hidroxitirato – GHB, midomafetamina – MDMA, cocaína, poppers, entre outras) com a finalidade de melhorar ou facilitar as experiências sexuais.(ANVISA, 2023).

Segundo a ANVISA (2023) como critérios de indicação (mas não restrito apenas a estes) , deve-se observar os seguintes aspectos: repetição de práticas sexuais anais ou vaginais com penetração sem o uso de preservativo; b. frequência de relações sexuais com parcerias eventuais; c. quantidade e diversidade de parcerias sexuais; d. histórico de episódios de DST (doenças sexualmente transmissíveis); e. busca repetida por profilaxia pós-exposição (PEP); f. contextos de relações sexuais em troca de dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia, entre outros serviços; g. Chemsex: prática sexual sob a influência de drogas psicoativas (metanfetaminas, gama-hidroxitirato – GHB, midomafetamina – MDMA, cocaína, poppers, entre outras) com a finalidade de melhorar ou facilitar as experiências sexuais (ANVISA, 2023).

Integrar novos grupos no regime profilático seja via PrEP oral ou injetável, como por exemplo, trazendo para a política homens e mulheres cis heterossexuais, muitas vezes, em flagrante situação de vulnerabilidade, é um grande ganho para a política nacional de PrEP. Não apenas do ponto de vista epidemiológico de controle da epidemia, mas também e não menos importante como discurso político institucional, reafirmando que a vulnerabilidade ao hiv é para todos.

2.4 DISCURSO NORMATIVO NA PRESCRIÇÃO DA PrEP E O DESEJO DOS SUJEITOS

Nessa trajetória contextual falta ainda um último ponto a ser abordado, os deslizamentos do discurso oficial quando adentra ao tecido social e encontra a complexidade dos estigmas e desejos. Para compreendermos melhor a construção do discurso científico da PrEP e a relação deste com outros tipos de discursividades, olhemos brevemente alguns aspectos contidos na primeira versão do *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da PrEP* (Brasil, 2017a) e seus possíveis desdobramentos no contexto sociocultural¹⁵.

Como ponto de partida na compreensão do significado da PrEP em termos de políticas preventivas, temos nesse recurso um elemento inovador: desde a epidemia de hiv/aids dos anos 80 toda estratégia preventiva ao hiv foi unicamente centrada no preservativo. E quando não foi, pautou-se na abstinência sexual, principalmente nos anos iniciais da epidemia.

Até então a fala dos profissionais da saúde anteriormente ao surgimento da PrEP era unilateral e uniforme: "*tem que usar camisinha*", não existia possibilidade de escolha. A possibilidade de não uso do preservativo foi sempre altamente estigmatizada e penalizada pela moralidade científica, principalmente se o não adepto do preservativo fosse gay ou trans, uma vez que sempre se identificou na dinâmica dos discursos uma certa flexibilização do tema quando a prática sexual em foco era a heterossexual.

O sujeito que não utiliza o preservativo é visto como irresponsável, negligente consigo e com os demais. Com o advento da PrEP outras possibilidades podem se apresentar, operando possíveis deslocamentos nas formas de se pensar a prevenção do hiv. Alguns ativistas e profissionais da saúde envolvidos com a implementação do modelo preventivo argumentam que podemos presenciar nos próximos anos um afrouxamento da chamada *ditadura do látex*, a qual não atingiu toda a população da mesma forma.

Poderia a PrEP trazer mais prazer sexual aos seus usuários? Poderia reduzir o medo da infecção, permitindo uma maior intimidade? Caminhamos para um cenário de maior liberdade sexual? Percorremos essa trilha ao longo do caminho da tese, mas

¹⁵ Optamos em utilizar a primeira versão do Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas da PrEP (Brasil, 2017a) por ter sido a versão que esteve vigente durante a coleta de dados com os usuários dessa pesquisa.

nos ocupemos agora em dar destaque a esta tão discutida relação entre a PrEP e o abandono do uso do preservativo, que consiste num ponto de inflexão importante, tanto para discutirmos o âmbito do desejo, como possíveis estigmas associados.

Tanto nos materiais direcionados aos profissionais da saúde (Brasil, 2017a) como nas propagandas que explicam ao público esse novo recurso, a PrEP é apresentada como parte das estratégias de prevenção combinada do hiv. Como vimos, o próprio nome do modelo sugere que seja feito o uso “combinado” de métodos preventivos, de acordo com as possibilidades e escolhas de cada indivíduo, sem excluir ou sobrepor um método a outro (Brasil, 2017a). Dessa forma, o discurso oficial em torno da profilaxia em momento algum estabelece nível de hierarquia entre as estratégias, pelo contrário, as entende como recursos a serem empregados em conjunto, e não de forma excludente.

Contudo, torna-se comum na percepção social, seja entre a população leiga ou mesmo entre profissionais da saúde, de que se trata de um recurso para substituir o preservativo, aumentando conseqüentemente as outras ISTs, sendo uma estratégia contraprodutiva, ou seja, trata-se de argumentar que a partir do recurso irá se observar um aumento de práticas de risco, a chamada compensação do risco. Embora a literatura sobre tal aspecto é essencialmente oriunda do campo dos estudos clínicos e de viabilidade, os quais possuem vieses consideráveis ao mensurar tais comportamentos, quando comparados aos efeitos populacionais em larga escala, os achados indicam inexistência da compensação de risco e aumento de parceiros sexuais (Grinsztejn, 2018).

Se tomarmos a literalidade do discurso oficial observamos que existem ambivalências a esse aspecto. Recorrentemente, se faz menção nos materiais que divulgam informações sobre a PrEP (Brasil, 2017a; 2017b; 2017c; 2022) de que não se trata de substituir os demais métodos de prevenção, afinal, se trata de uma lógica de recursos combinados. Todavia, a PrEP também é apresentada como uma possibilidade para aqueles que não desejam ou não se adaptam aos métodos convencionais, o que traz para o discurso um aspecto de abertura explícita ao não uso do preservativo.

Temos assim uma discursividade que embora defenda que se deva combinar métodos, compreende que a escolha do sujeito é soberana, devendo as estratégias de prevenção se adaptarem, e os serviços de saúde ofertarem um cardápio de opções preventivas, de acordo com as especificidades de cada usuário. É comum encontrar

enunciados, como: *"O melhor método é aquele que o indivíduo escolhe e que atende suas necessidades sexuais e de proteção"* (Brasil, 2017d, n.p.), ou mesmo narrativas mais explícitas como: *"o uso do preservativo é a melhor proteção para as IST. Porém, aqueles que não querem ou não conseguem usar o preservativo devem ser orientados a procurarem o serviço de saúde quando houver sinais ou sintomas de alguma IST"* (Brasil, 2017d, n.p.).

Fica nítido que a PrEP é também uma opção para aqueles que não desejam mais o uso do preservativo ou para aqueles que nunca o usaram, ou seja, nesses casos não se trata de combinar métodos, mas substituir. Assim, o manejo das outras infecções sexuais poderia ser acompanhado e tratado em tempo hábil no serviço, uma vez que o regime preconizado para retirada do medicamento é trimestral, no qual se realizam também as imunizações das hepatites. Dessa forma, não precisamos de uma densa hermenêutica dos discursos para observar o que está posto: o não uso do preservativo é aceito em termos institucionais, não devendo o profissional de saúde sobrepor e hierarquizar o método da camisinha sobre os demais, o que é feito de forma velada na discursividade oficial. Por motivos óbvios, o potencial perigo de veicular mensagens que provoquem desinibição sexual e abandono dos métodos preventivos convencionais em sujeitos que os utilizam regularmente.

Esse aspecto já era problematizado mesmo antes da implementação do recurso via SUS, quando o Brasil sediava os estudos do *iPREX*. Chama-nos atenção o discurso veiculado por Reinaldo Azevedo em 2012, na época colunista da revista *Veja*. O comentarista argumenta em seu texto (de título um tanto confuso): *"Truvada", a AIDS e a lógica. Ou: Um remédio de combate à AIDS que pode induzir uma elevação dos casos de contaminação*, o seguinte:

Caso esse remédio se popularize — e já há quem tome coquetéis do dia seguinte...—, vocês acham que haverá uma elevação ou uma diminuição no número de contágios? O senso comum tenderá a responder: "Diminuição, já que, como a gente vê na pesquisa, o número de contaminados é bem maior entre os que não tomaram o remédio". A resposta lógica: haverá uma elevação, porque o aumento das "garantias" estimulará quem não fazia habitualmente sexo de risco a fazê-lo. Pílula não substitui a escolha moral: "Devo ou não correr riscos?" (Azevedo, 2012, [n.p.]).

Em outro trecho do artigo, o colunista argumenta que o preservativo vem sendo cada vez mais negligenciado "por grupos militantes, especialmente os de homossexuais" (Azevedo, 2012, p.1). Com isso, como pontua Ferrare (2016), o cronista parece desconhecer toda a trajetória do movimento LGBTQIA+ no que concerne às políticas de prevenção do hiv, moralizando a identidade do homossexual e a correlacionado aos comportamentos ditos

promíscuos. Percebe-se que essa formação discursiva moral do cronista não estaria apenas valorando os possíveis usuários da PrEP, mas, sim, toda a comunidade para qual a profilaxia foi pensada. As críticas do cronista continuam e se atualizam no âmbito do jornalismo panfletário, como em uma recente matéria de capa da revista *ÉPOCA*, marcadamente alarmista e estigmatizante. A revista aborda a PrEP como o fim do preservativo, em um tom de pretensa crítica moralista, recriminando mais uma vez a população a qual o recurso é destinado. A matéria recebeu nota de repúdio da diretoria do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do hiv/aids e das Hepatites Virais (DIAHV) do Ministério da Saúde (Adamy; Casimiro; Benzaken, 2018, n.p.).

Figura - PrEP em matéria de capa na revista *ÉPOCA*



Fonte: Observatório UOL (2019).

O estigma produzido por esse tipo de discurso moral se faz notar dentro da própria comunidade, possibilitando narrativas diversas. Aqueles que desejam utilizar ou já utilizam a PrEP passam a assumir estereótipos variados, desde o de “responsáveis” até “exagerados” e demasiadamente preocupados com o risco de infecção. Em outro polo discursivo, como já é recorrente no linguajar americano identificados por “*truvada whore*” (biscate do Truvada), adjetivação já bem conhecida nos Estados Unidos para descrever os usuários da PrEP que se utilizam do método para a busca de sexo sem preservativo em orgias e festas *bareback*.

O predicativo de “*truvada whore*” que em uma primeira análise pode parecer pejorativo, também é encontrado em redes como o Instagram e Twitter, estampando camisetas, bonés, acessórios sexuais e compondo a descrição de legendas nas fotos dos próprios usuários, indicando que ser um *truvada whore* é também um estilo de vida, um modelo identitário e de sociabilidade. O que nos sugere que para além dos processos de estigma acarretados pela escolha de uso do recurso, podem também ser identificados determinados processos de subjetivação, de resistência aos discursos hegemônicos, de estetização do prazer e das práticas sexuais e de sociabilidades forjados a partir do artefato preventivo.

Figura 5 - “*Truvada whore*” (biscate do Truvada)



Fonte: Fonte: Twitter #truvadawhore

Aplicativos de encontro gay como *Grindr*, *Hornet* e *Scruff*, amplamente utilizados no Brasil, já colocam em sua interface a opção para o usuário do aplicativo indicar se está em uso de PrEP, oportunizando que se encontre outros perfis que também estão utilizando a profilaxia. Oferecem, também, a possibilidade de o sujeito indicar se é soronegativo ou positivo indetectável. Essas informações sobre a sorologia e uso da PrEP são colocadas junto a caracterização do perfil do usuário, integrada à descrição da etnia, idade e preferências sexuais.

Os mesmos aplicativos de encontro iniciaram em 2017 anúncios recorrentes em suas plataformas, encorajando seus usuários a procurarem o serviço de saúde para receber informações sobre a PrEP e os centros de referência mais próximos que

estão distribuindo a profilaxia. Em um estudo observacional realizado na plataforma Facebook (Queiroz; Souza, 2017), verificou-se que muitos entusiastas e adeptos da PrEP já se organizavam nas redes sociais para a compra online do Truvada, mesmo antes da regulamentação nacional e disponibilidade de acesso via SUS.

É notório que, para além do discurso da PrEP, localizar-se no âmbito dos modelos de prevenção trata-se também de um produto mercadológico com alto apelo de consumo, destinado a um grupo de sociabilidade já estabelecido, e para aqueles que não desejam mais utilizar o preservativo. Quanto a isso, cabe lembrarmos o posicionamento de Rose (2007), que embora as companhias farmacêuticas utilizem técnicas de marketing modernas, elas não procuram enganar um público essencialmente submisso. Não se trata de considerar o consumidor como objeto passivo da manipulação, mas como alguém a ser conhecido em detalhes, cujas necessidades serão acolhidas e seu consumo entendido como uma atividade ligada a uma forma de vida. Assim, o marketing farmacêutico não faz tanto por inventar falsas necessidades, como sugerido por críticos culturais, mas por procurar compreender os desejos de potenciais consumidores e ligá-los com os seus produtos, vinculando os consumidores com os hábitos necessários para utilizar este produto.

Para concluirmos esse delineamento contextual, selecionamos quatro mutações culturais que o dispositivo da PrEP parece promover:

A primeira é o fato de o recurso oportunizar uma forma de prevenção que separa o ato sexual da estratégia preventiva, como já faz a pílula anticoncepcional. Tal tipo de estratégia é vista como mais efetiva, uma vez que a escolha do método não precisa ser negociada com a parceria, permitindo que pessoas em situação de vulnerabilidade, como por exemplo, profissionais do sexo, possam utilizar o recurso sem a pactuação com o parceiro, como o preservativo exige. Além disso, a escolha preventiva não ficaria subordinada a dimensões de contexto como nos casos de uso de álcool e outras drogas, que poderiam influenciar o não uso do preservativo. Trata-se de um argumento sobre a efetividade do recurso.

A segunda assertiva está em consonância com o discutido por Rose (2007) das empresas identificarem um desejo latente nos sujeitos e oferecerem os recursos práticos para sua realização. É sabido que o não uso do preservativo não pode ser equacionado apenas pela falta de informação. Em uma interessante etnografia com transexuais, Pelúcio (2017) identifica que o não uso do preservativo se dá num movimento no qual culpa e desejo se misturam. O preservativo, para além de outros

condicionantes, é visto como um redutor da sensibilidade, correlacionado a menos prazer e intimidade. Isso se dá pelo impedimento de algo extremamente simbólico, o contato direto com o sêmen, este carregado de significantes relacionados a troca de fluidos do ato sexual, logo, relacionado a um grau maior de intimidade e prazer. Aqui o ponto é pensarmos a PrEP não como um recurso preventivo no âmbito do discurso científico, mas como um produto de mercado idealizado para a maximização do prazer. Promove-se assim novas políticas de desejo estruturadas na possibilidade de acesso a um fármaco.

Como terceiro ponto, destacamos o aspecto preventivo em sua fórmula internalizante, a prevenção não é mais externa, mas interna e para ser efetiva o sujeito deve se reconhecer em risco potencial de ser infectado. Como vimos, os estudos sobre adesão indicam que a adesão à PrEP é maior quanto maior for a autopercepção de risco de infecção por parte do sujeito. Com isso, o recurso só se torna aplicável se a percepção de risco for alta, o que nos sugere que investiguemos no âmbito cultural, e não apenas no campo epidemiológico, como se dá o processo de internalização e a subjetivação da linguagem dos riscos. Trata-se de um enfoque crítico, compreendendo a passagem de um panóptico que anteriormente era externo¹⁶, para agora, ser engolido, habitando o interior do corpo do sujeito, e que, além de controlar, co-produz modelos de subjetivação e sociabilidades.

Como quarto e último ponto a ser considerado aqui, mas longe de ser o fim dos desdobramentos culturais oportunizados pela PrEP, tem-se a discussão do estigma, que pode se subdividir em dois polos, um negativo e outro positivo. O viés negativo relaciona-se com o que foi discutido anteriormente na associação do recurso profilático a determinados grupos, reiterando as iatrogenias individuais, sociais e culturais da lógica de grupo de risco. Não apenas os usuários da PrEP passam a serem vistos como promíscuos, mas sim toda comunidade a qual eles/elas pertencem,

¹⁶ Seguindo Preciado (2008) abordaremos nos capítulos teóricos como a subjetivação da linguagem do risco se refina em sua dimensão disciplinar (sociedade disciplinar) para uma dimensão do controle (sociedade do controle). Todavia lembramos que desde Foucault a ideia do panóptico, modelo para pensar a sociedade disciplinar, já trazia em si a noção de que a norma era "internalizada"/subjetivada. O panóptico era o dispositivo externo, mas a sensação de estar sendo observado fazia com o que as condutas fossem administradas e controladas (por meio do jeito "certo" de se comportar). A sensação de estar sendo vigiado era o que produzia/produz a "auto vigilância". Daí a eficácia das tecnologias disciplinares. Pensar a passagem de uma panóptico externo para um modelo no qual é também ingerível e corporificado é estratégia estilística para demarcar a radicalidade do regime farmacopornográfico moderno.

reforçando o estereótipo de ser um recurso para aqueles de sexualidades que fogem da norma heterossexual.

Por outro lado, o uso de PrEP por não infectados pode indicar um afrouxamento da barreira entre o paciente crônico que vive com hiv e que utiliza os antirretrovirais diariamente, daqueles que também tomam diariamente os mesmos fármacos (com diferença apenas na combinação dos antirretrovirais), o que pode sugerir uma naturalização do uso dos medicamentos antirretrovirais, reduzindo a carga simbólica do tratamento medicamentoso das pessoas que vivem com hiv. Nesse sentido, poderia a PrEP ser um elemento agenciador na redução da sorofobia? O deslocamento da medicação dos crônicos para a dita “população chave” torna todos adeptos do recurso biomédico, ambos frequentam o mesmo serviço de dispensa da medicação, compartilham da mesma estratégia, pessoas que vivem e que não vivem com hiv passam a assumir se não o mesmo “estilo de vida”, uma estratégia comum, o uso de antirretrovirais para uma vida mais segura.

3. POLÍTICAS DE SUBJETIVAÇÃO: CONTROLE, LIBERDADE E RESISTÊNCIAS

"A liberdade é o correlato necessário dos mecanismos de risco-segurança"

Foucault

Figura - "*Psychogeography*"



Fonte: Dustin Yellin (s.d.)

Neste capítulo, ocupemo-nos em discutir a questão da autonomia dos sujeitos que decidem fazer uso da PrEP. Como vimos anteriormente, o desejo por fazer uso do fármaco é o critério decisivo para o sujeito receber a indicação da medicação, sendo assim, iremos discutir esse desejo, percorrendo os campos da bioética,

biopolítica e algumas contribuições da esquizoanálise. Inicialmente explicitamos em termos teóricos a problemática raiz da pesquisa, no item “*Dos dilemas aos problemas: Autonomia ou vulneração moral?*” - destacando as implicações para a Bioética e a compreendendo como um mecanismo de resistência frente ao biopoder. Posteriormente, a partir da compreensão sobre os dispositivos e agenciamentos, iremos indicar alguns caminhos para se analisar os processos de subjetivação no item “*Políticas de Subjetivação e suas linhas*, para na sequência percorremos alguns conceitos da Biopolítica, dando destaque para as *racionalidades governamentais*”, e, num terceiro e último momento, pensarmos as possíveis discontinuidades do poder, os caminhos de resistência, pontos de fuga em que, a partir do poder, pode-se criar formas éticas-estéticas de vida.

3.1 DOS DILEMAS AOS PROBLEMAS: AUTONOMIA OU VULNERAÇÃO MORAL?

Vimos anteriormente que o discurso sobre a PrEP está assentado em diversos dualismos (boa ou má? libertadora ou estigmatizante? eficaz ou perigosa? tecnologia de saúde ou incentivadora da promiscuidade? uma pílula para os mais suscetíveis ao risco ou medicalização dos marginalizados?). A somar nessas perspectivas dicotômicas, acrescentaremos mais uma: autonomia ou vulneração moral?

Não temos a pretensão de responder essas tantas questões, tampouco essa última; a perspectiva dicotômica serve apenas para produzir o tensionamento. Vislumbramos que possíveis "respostas" podem estar na via do meio, mas para isso temos um trabalho pela frente. Escolhemos dentre os tantos antagonismos para iniciar essa discussão a oposição entre *autonomia*, entendida aqui, aproximada ao sentido de liberdade; e *vulneração moral*, correlacionada a uma ideia de assujeitamento. Tal debate pode nos indicar chaves de leitura para nossa análise das políticas de subjetivação em usuários da PrEP.

Vimos que a escolha em fazer uso da PrEP é sobretudo individual, baseada na perspectiva de risco que o sujeito possui e pelo desejo de fazer uso do fármaco. O próprio modelo que embasa a oferta do recurso está centrado na ideia de autonomia e liberdade do usuário para fazer a escolha entre os métodos que melhor se adequa a seu estilo de vida. Nessa perspectiva, o profissional da saúde tem uma função apenas de orientação e prescritiva, pois a decisão de uso é sobretudo do sujeito. A partir de uma perspectiva crítica, gostaríamos de delinear o campo em que se dá essa

escolha do usuário da PrEP, quais seriam os agenciamentos envolvidos? Seria uma decisão autônoma, livre ou estaria baseada numa coerção construída socialmente?

A discussão da autonomia na filosofia é vasta, com Aristóteles temos a abertura do campo das ações éticas, estas pertencentes à esfera da realidade na qual cabem a deliberação, sendo a palavra autonomia de raiz grega *autos* (eu mesmo, si mesmo) e *nomos* (lei, norma, regra). Assim, o sujeito autônomo é aquele que goza da liberdade e pode assim estabelecer a si mesmo a regra, ou seja, autodeterminar-se (Abbagnano, 2007).

Mas é com Kant que a discussão da autonomia ganha destaque na Ética, não havendo possibilidade de heteronomia, o sujeito moral, que se guia apenas pela universalidade formal do critério ético, não se submete a nenhuma determinação. A decisão é absolutamente livre, é a causa primeira que desencadeia efeitos no mundo natural, sem ser ela mesma causada por qualquer outra coisa (Abbagnano, 2007). Aqui, o contorno da discussão sobre autonomia é claro, está intimamente vinculada à razão. Como bem sabemos, a perspectiva de um certo subjetivismo, de um desejo, de um inconsciente, ou qualquer outra coisa que não seja a razão guiando a conduta seria o avesso a qualquer ideia de Kant para pensar a autonomia.

Todavia, é sob essa perspectiva kantiana que teremos mais tarde a construção da ideia de autonomia em diversos modelos bioéticos. Interessa-nos apontar um em específico, o *modelo principialista* (Beauchamp; Childress, 1979). Apesar da teoria principialista estar edificada em quatro princípios: respeito à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, como recursos simplificados para se resolverem problemas no âmbito bioético, o primeiro princípio, o do respeito à autonomia, é a pedra de toque do modelo, não ocupa o mesmo nível dos demais princípios.

Como analisa Garrafa (2016), o tema da autonomia foi maximizado hierarquicamente em relação aos outros três, tornando-se uma espécie de superprincípio, o que produziu uma ênfase na perspectiva individual dos conflitos. O perigo da utilização maximalista da autonomia é um deslocamento da perspectiva necessária e fundante da individualidade para o individualismo. Esse hiperdimensionamento da autonomia na bioética estadunidense dos anos 70 e 80 fez emergir uma visão singular e individualizada dos conflitos, ratificando uma falsa premissa de que todas as pessoas, independentemente de nível socioeconômico e escolaridade, fossem verdadeiramente autônomas.

Apesar das críticas à exacerbada ênfase no princípio do respeito à autonomia, ainda hoje a referência ao princípio em diversas análises é central. Autoras como Diniz e Guilhem (2009) no texto “*Bioética Feminista: o resgate político do conceito de Vulnerabilidade*”, trazem elementos importantes para pensarmos a relação da autonomia com o que as autoras chamam de vulneração moral.

Como argumentam, deve-se considerar o princípio da autonomia como um importante operador para a prática reflexiva das bioéticas críticas, ele é fundante em muitas das teorias críticas para além do *princípioalismo*. Autonomia e conquista da liberdade são conceitos e princípios que se misturam na busca pela igualdade social, na crítica a todas as formas de opressão social, ou mesmo, na proteção de pessoas e/ou comunidades socialmente vulneráveis. Numa tentativa de deslocar a perspectiva da autonomia, muitas vezes mecanicamente referenciado pela teoria principialista, as bioeticistas comentam:

(...) as perspectivas críticas apontam para a necessidade de se demarcar a fronteira de situações em que a autonomia pode ser mascarada pela coerção da vontade, explicitando um dos aspectos fundamentais da perspectiva política do conceito de vulnerabilidade [...] a tarefa fundamental da bioética não seria mais a apresentação do mapa ético de como a humanidade deveria ser, se regida pela beneficência, não-maleficência, justiça ou autonomia, mas sim a procura por mecanismos de reparação social da vulnerabilidade moral que tornem esses princípios eficazes (Diniz; Guilhem, 2009 p.1, grifos nossos).

Assim, o nó da discussão abordado pelas teorias críticas na bioética foi o pressuposto de que não é possível falar de princípios absolutos mediadores dos conflitos morais, tais como a autonomia ou a liberdade, em contextos onde se identifica coerção da vontade, ou, o que as autoras chamam de *vulneração moral* (Diniz; Guilhem, 2009, p.1).

Um dos exemplos dessa vulneração moral é exemplificado no cenário das tecnologias biomédicas, como o acesso a novas tecnologias reprodutivas. Nesses casos, argumentam as autoras, o consentimento ou mesmo o desejo dessas mulheres em buscar procedimentos deste tipo, não indica o exercício livre da vontade, da autonomia. A escolha poderia estar agenciada por modelos de "mulher mãe" esperados e valorizados socialmente, "o desejo por filhos, embebido no imaginário social associado à feminilidade, faz com que as mulheres se submetam *voluntariamente* às terapias invasivas e de alto custo das novas tecnologias reprodutivas, sendo que muitas vezes essa vontade pode antes ser fruto de uma

imposição social naturalizada pela cultura, isto é, de uma *vulnerabilidade moral* das mulheres (Diniz; Guilhem, 2009 p.2).

O tema da vulnerabilidade pode ser pensado em bioética por diversos enfoques, a distinção feita por bioeticistas como Schramm (2008) e Kottow (2012) entre *vulnerabilidade* e *vulneração* são um marco importante para destacar a potencialidade do conceito em bioética, não apenas em termos teóricos, mas sobretudo, pela capacidade operativa. Os autores entendem a *vulnerabilidade* em seu aspecto existencial, uma vez que, por sermos humanos, já estamos em situação de vulnerabilidade, seja pelos variados fenômenos que podem nos suceder, bem como pelo próprio ciclo vital humano, marcado por situações de vulnerabilidade do nascimento à morte. Já a *vulneração* estaria relacionada aos sujeitos e às populações desprovidos das condições mínimas para cuidarem sozinhos das próprias vidas, como escassez de condições materiais que as impossibilitam de viverem de forma plenamente autônoma (Schramm,2008; Kottow,2012).

Já a perspectiva de *vulneração moral* desenvolvida por Sanches *et al.*, (2018) passa a dar ênfase para situações envolvendo negação da dignidade humana, privação dos direitos, estigmatização e discriminação, tendo por fundamento o aspecto da moralidade. Assim, a vulnerabilidade moral se apresenta como uma chave de leitura para analisar mecanismos de exclusão e discriminação a que grupos como negros, mulheres e pessoas LGBTQIAP+ podem estar submetidas, uma vez que, segundos os autores, formam grupos historicamente vulneráveis. Na perspectiva da vulnerabilidade moral, procura-se diferenciar o que seria entendido por uma vulnerabilidade social de uma de ordem moral, sendo que a primeira é ancorada na estrutura social e relacionada aos aspectos concretos e materiais da vida, enquanto a segunda, refere-se não a condições socioeconômicas, mas essencialmente, a uma dimensão da moralidade que produz vulnerabilidade.

Os desafios práticos ensejados pela vulnerabilidade social e moral se aproximam, mas os mecanismos de atuação na realidade não necessariamente seguem o mesmo curso. No caso da primeira vulnerabilidade, impõe-se refletir e atuar criticamente frente às violações dos direitos humanos e mecanismos geopolíticos de exclusão social para a resolubilidade dos aspectos desse tipo de vulnerabilidade devem ser respondidos via ação estatal por meio de políticas públicas adequadas, sendo este o desafio de uma *bioética da intervenção, por exemplo* (Garrafa; Porto, 2005). Já a bioética que se preocupa em discutir a vulneração moral deve lançar mão

de outros recursos para operacionalizar respostas e saídas para tais quadros de vulnerabilidade, uma vez que o campo da moral é o agente principal na produção desse tipo de vulnerabilidade (Sanches *et al.*, 2018).

A partir do conceito de vulnerabilidade moral pode-se pensar os mecanismos de coação, exclusão e discriminação em nome de determinado *ethos*. O termo moral utilizado como adjetivo da vulnerabilidade se refere a uma determinada visão de mundo que propõe um determinado *ethos* e, a partir dele, pessoas e grupos que comungam com tal perspectiva podem desenvolver avaliação moral de comportamentos, situações ou de pessoas que não estejam em consonância com esse padrão. Frente ao pluralismo moral das sociedades modernas, a questão se complexifica, pois um indivíduo pode ser discriminado pelo próprio grupo por não se enquadrar nas regras de moralidade ali definidas, ou pode ser discriminado por outros grupos sociais que não aceitam a visão de mundo do grupo ao qual pertence (Sanches *et al.*, 2018).

A guinada conservadora que vivenciamos nos últimos anos, bem como a tendência de se afirmar um determinado *ethos* sobre outros, utilizando-se dos mais variados tipos de mecanismos estatais de coação e normalização de comportamentos, apontam para a necessidade prática do conceito de vulneração moral ser desenvolvido, sobretudo, ao se identificar que determinados grupos tornam-se, por imposição de uma moral dominante, mais propensos a sofrerem sanções que outros grupos que compartilham o *ethos* dominante. Como identificado pelos autores:

(...) homossexuais são um dos grupos que mais se enquadram na condição de vulnerabilidade moral. Isto é, por assumirem identidade sexual não considerada “normal” para os padrões do *ethos* dominante, têm sido agredidos, mortos, discriminados e excluídos. Isso tudo com ampla fundamentação teórica, normativa e mesmo legislativa, que exclui uniões homoafetivas do conceito de família, o que traz consequências severas para essas pessoas (Sanches *et al.*, 2018, p. 44).

E aqui devemos refletir sobre a vinculação entre vulneração moral e heteronormatividade. Esta última pode ser compreendida como o conjunto de:

Instituições, estruturas de compreensão e orientações práticas que fazem não só que a heterossexualidade pareça coerente – isto é, organizada como sexualidade – como também que seja privilegiada (Berlant; Warner, 2002, p.230).

Tais privilégios se diluem tanto no nível macro como micro, estabelecendo hierarquias que não se pautam explicitamente pela sexualidade ou só por ela, mas que regulam as relações sociais a partir do pressuposto da heterossexualidade como um estado natural e moralmente desejável (Pelúcio, 2007).

A partir da perspectiva da vulnerabilidade moral e do regime heteronormativo podemos retomar a questão da autonomia. Ela se faz necessária, pois estamos aqui problematizando os caminhos percorridos pelo sujeito ao optar em fazer uso de um antirretroviral como escolha preventiva. Vimos até aqui que o princípio da autonomia é o sintetizador do modelo da prevenção combinada (marco contextual), atribuindo ao sujeito a decisão pelo método a ser utilizado. O que nos interessa pensar nesse momento é se a interiorização e subjetivação da vulnerabilidade moral nesses sujeitos passaria a modular seu processo de escolha e sua percepção de risco de contágio. O usuário da PrEP escolhe o uso de forma autônoma ou existem agenciamentos de controle, circunscritos no regime heteronormativo (produtores dos saberes científicos) que estariam impelindo os sujeitos ao uso do fármaco frente uma vulneração moral construída socialmente?

Torna-se insuficiente e improdutivo discutirmos a questão da vulnerabilidade moral e da autonomia neste caso específico se não ingressarmos em outros importantes tópicos: o do poder que adentra aos corpos dos indivíduos e das populações, os modelando e regulando, bem como os processos de subjetivação envolvidos nessa trama, que por sua vez, sintetizam a problemática do controle e da liberdade.

3.2 POLÍTICAS DE SUBJETIVAÇÃO E SUAS LINHAS

Aqui a contribuição foucaultiana e de autores que inauguram outros campos de saber, como a *esquizoanálise* de Deleuze e Guattari (1996) será fundamental para avançarmos nas discussões. Objetiva-se, que com o delineamento a seguir seja factível compreender o poder não como aquilo que faz os indivíduos renunciarem à liberdade, sua autonomia de escolha, ou consentirem em transferir seus direitos, mas um fenômeno que se dá em ato, através de ações que irão interferir nas escolhas de conduta. Estamos falando de um poder que não se fundamenta na violência em seu sentido concreto, ou na obtenção de consentimento. Trata-se de um poder que pode até manipular, seduzir e, no limite, constranger ou proibir, mas seu modo de atuar não

é necessariamente jurídico ou de guerra (Revel, 2005). É um poder que está fora, mas também dentro, objetificando e subjetificando.

Optamos na redação do título desta tese fazer menção aos processos de subjetivação pelo termo políticas de subjetivação. A escolha é de ordem estilística para dar ênfase ao que se pretende executar em termos metodológicos, a fim de tornar explícito o processo no qual o sujeito se constitui, o qual é sobretudo moldado no registro social ou, se preferirmos utilizarmos os termos de Foucault (2008a; 2008b) e Deleuze (1992), trata-se de pensar a constituição da subjetividade a partir dos *dispositivos* e *agenciamentos* envolvidos. Não temos a pretensão de analisar a subjetividade dos participantes dessa pesquisa (usuários e ex-usuários da PrEP), mas sim cartografar como os mais variados dispositivos e agenciamentos podem estar modulando os processos de escolha, a autonomia e o desejo dos sujeitos.

Assim, ao pensarmos o sujeito, seja pelo enfoque foucaultiano ou pela esquizoanálise, estamos falando de processos, políticas, modos de subjetivação, estabelecidos pelo movimento, devir no qual o desejo se confronta com as tramas do poder, produzindo “modos de existência ou possibilidades de vida que não cessam de se recriar” (Deleuze, 1992a, p. 116).

Discutir políticas de subjetivação se torna fundamental, uma vez que estas mudam com as transformações históricas, pois cada regime depende de uma forma específica de subjetividade para sua viabilização. A política de subjetivação já não é a mesma de décadas atrás, está em constante movimento. Todavia, podemos identificar nessas cartografias alguns pontos de cristalização. A consolidação do neoliberalismo e sua radicalidade assentada num capitalismo cognitivo/cultural passa a produzir políticas de subjetivação flexíveis, apoiadas na ideia de uma pretensa autonomia: “somos tudo que podemos ser, todos os sonhos são possíveis”. Mas como nos adverte Rolnik (2007), há nisso tudo um porém, nem um pouco negligenciável: hoje, o destino mais comum desta flexibilidade subjetiva e da liberdade de criação que a acompanha não é a invenção de formas de expressividade criativas apoiadas na concepção de uma vida estética ética, mas sim, condicionada por dispositivos-agenciamentos numa identificação hipnótica, cristalizada e pasteurizada com o modelo burguês, colonial, capitalístico de ser. Dessa forma, ao problematizarmos as políticas de subjetivação, sejam elas quais forem, torna-se quase impossível fugir de tal enquadre.

Diante da centralidade que os agenciamentos/dispositivos ocupam na produção de subjetividade, explicitamos a compreensão que temos de tais mecanismos. A partir da perspectiva de autores como (Deleuze; Guattari,1996), os agenciamentos são concebidos como “máquinas concretas”, articulações singulares de forças que se mobilizam estrategicamente em torno de objetivos, envolvendo enunciações e relações de poder, tanto podendo capturar, anular e assujeitar, quanto organizar formas de resistência, jogos de objetivação e subjetivação. Tal perspectiva é desenvolvida em paralelo à concepção de dispositivo em Foucault.

O conceito de dispositivo para Foucault (1979) desdobra-se a partir da análise das técnicas, estratégias e formas de assujeitamento envolvidas nas relações de poder. Podemos concebê-los compondo o campo das estratégias de poder. Assim, os dispositivos servem à interferência racional e organizada sobre as relações de força, conferindo-lhes direcionalidade ou qualquer outro atributo necessário ao jogo do poder (Revel, 2005). Tais dispositivos irão assumir diversas formas no próprio pensamento de Foucault, mas, de forma geral, podem ser concebidos como:

Um conjunto **decididamente heterogêneo** que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, **o dito e o não dito** são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos. [e entre estes]. Existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes, [cuja finalidade] é responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante (Foucault, 1979, p. 244, grifos nossos).

Percebe-se que os dispositivos podem abranger uma pluralidade de forças e atuar de forma difusa a serviço da manutenção de uma ordem e norma social, podendo ter efeitos positivos ou negativos, numa relação de ressonância e/ou contradição, onde elementos heterogêneos precisam se rearticular e se reajustar continuamente (Santos; Almeida; Brito,2016). Para Deleuze (1989), em sua leitura do conceito foucaultiano, o dispositivo é sempre pensado como um emaranhado de linhas com vetores e direções distintas que não constituem sistemas homogêneos, tais linhas que compõem os dispositivos sempre estão em movimento, num campo de tensão.

Podemos articular que esse campo de tensão se relaciona aos jogos de verdade, constituídos historicamente, assim, pela análise dos dispositivos e agenciamentos tem-se um caminho possível para o entendimento de como as

subjetividades são produzidas. Todavia, para compreendermos e aprofundarmos no entendimento dos processos de subjetivação, faz-se necessário pensarmos o que seriam as linhas nas quais os dispositivos estão situados. De acordo com a perspectiva da esquizoanálise, somos formados, atravessados e afectados por três tipos de linhas: (a) *linhas de segmentariedade dura*, (b) *linhas de segmentariedade maleável* e (c) *linhas de fuga*. As linhas, seriam, elas mesmas, formas de "explicar" o movimento do próprio funcionamento desejante/do desejo. Não podemos a priori dizer em relação às linhas se uma é boa ou ruim, todas são constitutivas e cada uma delas encerra e delimita o desejo de uma forma específica, nisto que resulta a grande diferença entre elas (Deleuze, Guatarri, 1996). Além de nos constituir, é por estas linhas que podemos pensar os caminhos do controle-sujeição e da autonomia-liberdade, articulando o campo das resistências éticas frente ao poder. Vejamos como se dá essa compreensão das linhas.

As *linhas de segmentariedade dura*, características dos grandes conjuntos molares ou estratos, como as classes sociais e os gêneros, é o campo onde o desejo está fixo e contido. Nessas linhas, "tudo parece contável e previsto, o início e o fim de um segmento, bem como a passagem de um segmento a outro" (Deleuze; Guattari, 1996, p. 67). Todas as sociedades são formadas por tais linhas e alteram seus conteúdos de acordo com a evolução histórica e moral. Essas linhas duras vão constituir os grandes grupos molares, ou seja, as grandes dualidades que regem a sociedade de forma bem delimitada. Operam em lógica maniqueísta: pobre-rico, louco-são, santa-puta, dominante-dominado. Nessas linhas não é possível o meio termo, seu funcionamento é segmentado, opera por polos.

Por tais linhas se estabelece o controle, são linhas de normatização e enquadramento e, através de seus atravessamentos nos corpos, busca manter a ordem e evitar o que é considerado inadequado a determinado contexto social instituído. Nelas não se conhece nuances e variações, apenas segmentação, divisão e enquadre. As linhas duras não estão apenas no âmbito externo da sociedade, elas compõem as várias possibilidades de identidades que assumimos através dos papéis desempenhados: sujeito-aluno, sujeito-trabalhador, sujeito-religioso, sujeito-mulher, sujeito-homem, sujeito-gay, sujeito-trans. Assim, nossas identidades variam a partir do atravessamento de tais linhas, ou seja, elas estão presentes tanto no funcionamento social, como também, internalizadas no psiquismo (Cassiano; Furlan, 2013).

Nessas linhas, o desejo está contido num modelo pautado pela rigidez, fixação e cristalização, apesar de seu caráter delimitante e cerceador, essas linhas possibilitam que o caos não se instale, que a estabilidade se mantenha, pois produzem estruturas organizadoras de enquadre, fixando o desejo em polos. Todavia, existem outras possibilidades de linhas que também são segmentadas e estruturantes, mas possuem outras características, são as *linhas maleáveis*.

Nas linhas de *segmentariedade maleável ou linhas flexíveis*, a lógica rizomática¹⁷, do devir e dos fluxos se impõe, retirando o sujeito da rigidez dos estratos segmentados fixos, são relações moleculares de *desestratificações* relativas, com velocidades acima ou abaixo dos limites da percepção. Essas linhas estão comprometidas com o porvir, dessa forma, não se estabelece finalidades, objetivos, metas a se atingir, como é a regra nas linhas de segmentariedade dura. Nas linhas de segmentariedade maleável existe a possibilidade do desejo criar novas relações ou formas de vida para além da perspectiva dos polos, o desejo está capturado, mas não está contido (Deleuze; Guattari 1996, p.72).

Nas linhas de segmentariedade maleável, visualizam-se os impulsos e rachaduras do poder, são mais flexíveis, não buscando estratificar constantemente. Como apontam os autores, são da natureza de uma micropolítica, sendo menos localizáveis e contendo fluxos e partículas que escapam ao controle dos sistemas molares macropolíticos (linhas de segmentação dura). Elas avançam, na maioria das vezes, sem que haja a percepção explícita de seu movimento, uma vez que o desejo nelas flui sem o controle dos polos de enquadre.

Todavia, ambas as linhas de segmentação (fixas e maleáveis) se comprometem em reproduzir a ordem, fazem parte do controle social, integrando aquilo que seria o *funcionamento maquínico* da sociedade¹⁸. Para exemplificar as aproximações e diferenças entre tais linhas, os autores utilizam a metáfora da luneta e do telescópio. Sendo que as lunetas vigiam as grandes dualidades (linhas duras), elas observam e recortam a realidade, objetivando sobrecodificar tudo que encontram pela frente, agrupando os conteúdos para que se enquadrem nos modelos predispostos pelo sistema dual. Já os telescópios, de natureza mais complexa, são utilizados para captar o movimento de devir, aqui não se permite o sistema de

¹⁷ Ver desenvolvimento do conceito no capítulo *Percurso Metodológico*.

¹⁸ Ver conceito aprofundado no capítulo *Trajetórias do biopoder: da medicalização ao capitalismo farmacopornográfico*.

codificação dual, embora haja pressão para isso a todo momento, assim que as alterações produzidas pelo desejo são percebidas (Deleuze; Guattari, 1996).

A última linha a compor os processos de subjetivação são as *linhas de fuga*, estas se caracterizam por uma ruptura com os estratos ou sua desestratificação, são linhas muito ativas e imprevisíveis, nelas o desejo não está capturado de nenhuma forma, não existe identificação com os elementos dos estratos segmentados, são disruptivas, produz rompimentos, mudanças bruscas, embora, muitas vezes, imperceptíveis. Operam desfazendo o eu com suas relações estabelecidas, entregando-o à pura experimentação do devir. Libertam o desejo das estratificações exacerbadas, por isso, como sugere a esquizoanálise, devem ser desenvolvidas e criadas em nossas vidas (Deleuze; Guattari, 1996).

Desses encontros, sobreposições de linhas que o processo de subjetivação é pensado aqui, em seu aspecto de constituição e também de desconstrução operado pelas linhas de fuga. As linhas constantemente se misturam e se transformam umas nas outras, são correntes de maleabilidade que podem se apoiar em pontos de rigidez e vice-versa. Em momentos dados as linhas de força ganham mais intensidades rompendo com o que se encontra estabelecido, permitindo o surgimento de novas relações e, por vezes, as mesmas linhas de fuga podem ser cambiadas para estratos mais rígidos sejam os fixos ou os maleáveis (Cassiano; Furlan, 2013). Assim, ao falarmos de processos de subjetivação, estamos na grande maioria das vezes falando de *dobras*, pontos de encontro e tensão entre as linhas, a separação é apenas esquemática, na realidade o modelo mais próximo de tais processos seria um novelo, um emaranhado de linhas (Deleuze; Guattari, 1996).

Entendemos que a leitura dos processos de subjetivação feitas pela esquizoanálise partem de perspectivas e caminhos esboçados por Foucault, o que torna necessário adentrarmos a linguagem foucaultiana para avançarmos na compreensão das políticas de subjetivação. A partir de agora nosso olhar se focaliza na relação entre poder e saber, enquanto linhas de forças que se relacionam, constituindo historicamente jogos de verdade, que organizam a sociedade e formas de subjetividade. A verdade que decorre dessas relações não é algo oculto e absoluto, são jogos que variam a partir das condições históricas, como dito acima, por isso, o acento ao falarmos de *políticas* de subjetivação. Dessa forma, explicitar os jogos de verdade constituídos historicamente é também elucidar como são produzidas as subjetividades (Rolnik, 2016; Cassiano; Furlan, 2013).

Em tal perspectiva, o poder não é responsável apenas pela repressão (como fica nítido nas linhas de segmentação duras), mas opera de formas mais sutis (linhas maleáveis) produzindo saberes e discursos que internalizam o poder. O poder, ao ser internalizado via linhas maleáveis, permite duas operações: construção de práticas sociais e modos de subjetivação marcados pela sujeição e estratificação das linhas duras, mas ensejam também a possibilidade do desejo se deslocar de forma ativa e disruptiva, abrindo caminho para práticas de liberdade via linhas de fuga. Não existe construção de subjetividades sem a existência dessas dobras e relações de poder, assim, a fim de explicitar alguns elementos dessa trama, deslocamos nossa atenção para o território da biopolítica, como desenvolvido por Foucault e demais autores contemporâneos.

3.3 O CAMPO DA BIOPOLÍTICA: O ESTRATO DAS LINHAS DURAS

Apreendemos com a leitura foucaultiana que foi a partir do século XVII que o poder organizou-se em torno da vida, operando como mecanismo de governo e gestão das populações. Observamos que entre os séculos XVII, XVIII e XIX ocorrem mudanças na forma de se exercer esse poder. Do poder soberano passa-se ao poder disciplinar e deste, ao biopoder, produzindo uma complementaridade entre esses dois últimos modelos. A passagem da lógica do *fazer morrer e deixar viver*, característicos do poder soberano para uma nova perspectiva, a do *fazer viver e deixar morrer*, passa a sintetizar o novo raciocínio biopolítico (Foucault, 2009).

O biopoder inaugura uma tecnologia que, por sua vez, é centrada não no corpo, mas na vida; uma tecnologia que agrupa os efeitos de massas próprios de uma população, controlando a série de eventos fortuitos que podem ocorrer numa massa viva; uma tecnologia que procura controlar e, eventualmente, modificara probabilidade desses eventos - em todo caso, compensar seus efeitos. “É uma tecnologia que visa, portanto, não ao treinamento individual, mas ao equilíbrio global, algo como uma homeostase: a segurança do conjunto em relação aos seus perigos internos” (Foucault, 1999, p.297).

Tais mecanismos inauguram uma nova forma de gestão das populações, trazendo em seu bojo o poder disciplinar. Todavia, essa nova forma de poder opera com certas distinções das disciplinas, tendo peculiaridades próprias. Ao tempo que as disciplinas se centravam no corpo como máquina, visando seu adestramento, sua

utilidade e docilidade integradas em sistemas de controle eficazes e econômicos, a lógica operada pelo biopoder, por sua vez, não se fundamenta apenas na docilidade do corpo, mas “compõem-se por uma rede de técnicas variadas: psicológicas, médicas, policiais, a serviço da classificação, diagnóstico, da vigilância e da transformação eventual dos indivíduos” (Foucault, 1988, p.151).

A emergência do biopoder se torna evidente num período em que o grande contingente populacional necessitava ser gestado e controlado, devendo o poder ser pensado a partir das multiplicidades. Assim, Foucault elaborou o conceito de biopoder para designar o poder de administrar, controlar e formar as populações (nisto estavam incluídos a educação, a assistência, a saúde, os transportes, a securitização de diversos aspectos da vida social), posto em funcionamento sobretudo em paralelo à emergência do Estado do bem-estar social (Maia, 2011). As novas tecnologias desse poder passam a coexistir com as anteriores e são sobrepostas (poder disciplinar e poder sobre a espécie): uma centrada no corpo, produzindo efeitos individualizantes e, de outro lado, temos uma tecnologia que, por sua vez, é centrada não no corpo, mas na vida, visando prever, controlar e eventualmente modificar eventos fortuitos de uma população (Foucault, 2009).

Embora essa perspectiva já tenha sido delineada e historicizada muitas vezes por debatedores do pensamento foucaultiano e autores contemporâneos, a tentativa de retomar tal percurso não é apenas formalismo processual da escrita, mas entendemos que é justamente neste espaço que a PrEP e os processos de subjetivação decorrentes podem ser localizados. Uma tecnologia que funciona nessa sobreposição de poder disciplinar e poder sobre a vida, uma micropolítica do indivíduo e seu correlato macropolítico na população.

Um dos exemplos dessa coexistência de modalidades de poder sobrepostas podemos encontrar na perspectiva no volume I de *A história da sexualidade* (Foucault, 2009), naquilo que poderia ser entendido como um esboço do diagrama bipolar do biopoder. Um dos polos do biopoder estaria centrado na política anatômica do corpo humano, visando a produção de um corpo eficiente e produtivo; um segundo polo é o de controles reguladores centrado no corpo - espécie, ou seja, uma biopolítica da população que se preocupa com os fenômenos vitais de nascimento, sexualidade e mortalidade. No tocante ao sexo, Foucault (2009) aponta sua centralidade:

Sobre tal pano de fundo, pode-se compreender a importância assumida pelo sexo como foco de disputa política. É que ele se encontra na articulação entre os dois eixos ao longo dos quais se desenvolveu toda a tecnologia política da vida. De um lado, faz parte das disciplinas do corpo: adestramento, intensificação e distribuição das forças, ajustamento e economia das energias. Do outro, o sexo pertence à regulação das populações, por todos os efeitos globais que induz. Insere-se, simultaneamente, nos dois registros; dá lugar a vigilâncias infinitesimais, a controles constantes, a ordenações espaciais de extrema meticulosidade, a exames médicos e psicológicos infinitos, a todo um micropoder sobre o corpo; mas, também, dá margem a medidas maciças, a estimativas estatísticas, a intervenções que visam todo o corpo social ou grupos tomados globalmente (Foucault, 2009 p. 136- 137).

É notória a própria mudança que vai se estabelecendo com o poder disciplinar, esse caracterizado por promover a individualização dos homens, visando a maximização das forças do corpo individual (em termos econômicos de utilidade e diminuição dessas mesmas forças em termos políticos de obediência). Num projeto de produção de corpos dóceis e úteis, os instrumentos disciplinares de vigilância *disciplina-bloco*, circunscrita a certas edificações como a escola, o quartel e os hospitais, vai se deslocando para uma *disciplina mecanismo* composta por uma multiplicidade de processos disciplinares difundidos em todo o tecido social que, por sua vez, irá integrar as forças dessa nova biopolítica emergente (Foucault, 1979).

Assim, pensando a gênese do biopoder, podemos o dividir em duas camadas; num viés individual se destina ao sujeito, atuando via disciplina, e num outro campo é deslocado para a sociedade via biopolítica, homogeneizando o controle coletivo, tomando o *corpo espécie* como foco da intervenção na empreitada de uma gestão do coletivo, utilizando-se dos mais variados recursos do saber emergente, como a estatística, a demografia, a medicina social. Assim, a disciplina conseguirá corpos dóceis e produtivos e a biopolítica o equilíbrio da população (Foucault, 2008b; 2008c).

Seguindo a análise de Rabinow e Rose (2006), podemos compreender a operacionalidade do conceito de biopoder desenvolvido por Foucault para trazer à tona um campo composto pelas tentativas de intervir sobre as características vitais da existência humana, seja pelo enfoque de controle das características vitais dos sujeitos, em seus múltiplos processos vitais ao longo do nascimento até a morte e, também, pelas características vitais das populações compostas por esses sujeitos. Sendo o campo da biopolítica o conjunto de estratégias e contestações sobre as problematizações da vitalidade humana coletiva, morbidade e mortalidade, sobre as formas de conhecimento, regimes de autoridade e práticas de intervenção.

Seguindo Foucault, mas indo além, Rabinow e Rose (2006) pontuam que a perspectiva foucaultiana do biopoder é sobretudo histórica e, ao utilizarmos conceitos-chaves do autor para pensarmos as problemáticas emergentes deste século, temos que tomar cuidados epistêmicos. Foucault, ao apresentar a conceituação do biopoder nas aulas no *Collège de France* entre 1975 e 1976, mais tarde compiladas em *Em defesa da sociedade*, tem-se uma perspectiva do biopoder que não o entende como suporte de um único bloco de poder. A noção de poder, nessas teorizações, é mais pulverizada, se relacionando a: taxas de natalidade e o início das políticas de intervenção sobre elas; morbidade, problemas da idade avançada, os acidentes a serem tratados através de mecanismos de seguridade, o problema da raça e o impacto sobre ele das condições geográficas, climáticas e ambientais (Foucault, 2008b). Assim, para conceituar e utilizar de forma operativa o conceito de biopoder em nossas análises, lançamos mão da proposta desenvolvida pelos autores:

Sugerimos que o conceito de biopoder procura individualizar estratégias e configurações que combinam três dimensões ou planos: uma forma de discurso de verdade sobre os seres vivos; um conjunto de autoridades consideradas competentes para falar aquela verdade; estratégias de intervenção sobre a existência coletiva em nome da vida e da morte; e modos de subjetivação, nos quais os indivíduos podem ser levados a atuar sobre si próprios, sob certas formas de autoridade, em relação a estes discursos de verdade, por meio de práticas do self, em nome da vida ou da saúde individual ou coletiva (Rabinow; Rose, 2006, p. 32).

Assumimos seguir nessas leituras acerca do biopoder uma perspectiva de poder sobre a vida que não seja estritamente monofocal - compreendida apenas pelo prisma de uma forma de controle e coerção - mas que articule os processos de resistência como elementos intrínsecos às relações de poder. Deixar de considerar esse aspecto é reproduzir uma leitura unidimensional de nosso objeto de estudo, um decalque teórico que a cartografia como método tenta se esquivar.

Trata-se de tensionar as linhas duras do biopoder em direção às linhas mais segmentadas, vendo as dobras possíveis de serem identificadas. É também tentar responder: o que pode ser feito a partir desse poder que dociliza os corpos e normatiza a vida?

Ao pensarmos os processos de subjetivação dos usuários da PrEP a partir desse campo, teríamos evidentemente uma crítica fundamentada, uma vez que o uso desse recurso profilático parece estar indissociado do biopoder, seja pela perspectiva individual de controle e normalização, ou mesmo pelo prisma do controle populacional

operado via cálculo de riscos pela lógica epidemiológica. Todavia, ocupamo-nos agora em pensar como o desenvolvimento dos conceitos pode nos oportunizar percorrer outros caminhos de análise.

Para seguir essas outras possibilidades esboçadas por Foucault, adentramos ao território da *governamentalidade*, ou seja, da razão governamental, conceito que nos possibilita pensar a biopolítica a partir da economia política do liberalismo e do neoliberalismo, dos processos de internalização do controle e, não menos importante, possibilita também sondarmos as pistas, as brechas, as discontinuidades do poder, rumo a linhas que embora estejam comprometidas com a ordem e normalização podem indicar caminhos de resistências, oportunizando possibilidades de transgredir as condutas, sejam as estipuladas via controle disciplinar, ou mesmo as pensadas para o corpo espécie.

3.4 A RAZÃO GOVERNA(MENTAL): ABRINDO ESPAÇOS PARA AS LINHAS MALEÁVEIS

Temos por objetivo apontar no desenvolvimento do conceito da *governamentalidade* alguns desdobramentos para instrumentalizar a análise do objeto desta pesquisa. Para tanto, analisaremos brevemente a evolução deste conceito em Foucault, trazendo também outros debatedores para nos auxiliar nessa tarefa. Trata-se aqui de percorrer uma visão panorâmica; no capítulo subsequente retornaremos ao conceito com um enfoque mais específico, trabalhando a perspectiva da gestão das condutas a partir da interiorização e subjetivação da linguagem dos riscos. Por ora, estejamos atentos à ruptura da perspectiva da governamentalidade com a análise de poder desenvolvida até então, para, assim, visualizarmos suas potencialidades analíticas.

Temos com o enfoque da governamentalidade um olhar para os processos de governar a partir de suas *multiplicidades*. Nessa forma de olhar o poder, as questões fundamentais passam a ser: “como se governar, como ser governado, como governar os outros, como fazer para ser o melhor governo possível?” (Candiotto, 2010). A partir desses problemas, abre-se a possibilidade de pensarmos para além do *como governar os outros*, para *como governar a nós mesmo* e, não menos importante, como se constitui essa relação governamental.

Essa abertura conceitual permite problematizar aquilo que Elias (1994) argumenta sobre a passagem de um *governo da sociedade* (característico do

liberalismo) para um *governo dos sujeitos*, ou seja, a aposta de racionalidade governamental do neoliberalismo.

O livro *Segurança, território, população* (Foucault, 2008b) é um marco decisivo para pensarmos o conceito, momento em que se inicia a introdução da problematização da governamentalidade na analítica do poder. Nesse momento, o conceito tem um sentido mais restrito, se aproximando muito do que seria a biopolítica, mas já com alguns deslocamentos. A partir daqui, as variadas técnicas de gestão sobre as populações já não se reduzem ao governo sobre o corpo espécie, como ocorre no caso das estratégias biopolíticas, que necessita da mediação de saberes estatísticos, médicos e psiquiátricos (Caponi, 2014).

Para pensar a perspectiva da governamentalidade, referindo-se a um poder instaurado no Século XVIII em sua relação com o Estado, Foucault aponta na história do Ocidente três regimes de economia de poder. Um primeiro modelo pode ser situado ao longo da Idade Média até a época das grandes revoluções científicas do século XVI: tratava-se de uma sociedade de soberania e religiosa, tendo na Igreja e no Império sua referência. Em um segundo momento, a partir XVI até o século XVIII, tem-se estabelecido um Estado Administrativo, constitutivo da sociedade disciplinar e, posteriormente, um Estado de Governo, que pode ser localizado a partir do século XVIII, o qual se pauta no arcabouço da ciência e da técnica tendo por alvo a população, lançando-se de mecanismos de controle, como os dispositivos de segurança. Tem-se nesse último referencial o que seria inicialmente concebido por *governamentalidade* (Foucault, 2008b). Vejamos como nesse momento do percurso é definida a governamentalidade:

Por 'governamentalidade' entendo o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, ainda que complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por forma maior de saber a economia política, por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Segundo, por 'governamentalidade' entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não cessou de conduzir, e desde muito tempo, à preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de 'governo' sobre todos os outros: soberania, disciplina, e que, por uma parte, levou ao desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo [e, de outra parte], ao desenvolvimento de toda uma série de saberes (Foucault, 2008b, p. 111-112).

Seguindo o percurso do filósofo, percebe-se em *Nascimento da biopolítica*, uma ampliação do conceito da governamentalidade, oportunizando uma leitura mais

abrangente, o que se observa na própria maneira de pensar o poder como um domínio de relações que estão inteiramente abertas à análise. Nesse marco analítico a governamentalidade é compreendida como a maneira como se conduz a conduta dos homens, possibilitando uma proposição de grade de análise para as relações de poder (Foucault, 2008a). Assim, entende-se a definição de governo:

Esta palavra ('governo') deve ser entendida na maneira mais ampla como era compreendida no século XVI. 'Governo' não se referia somente às estruturas políticas ou à gestão dos Estados; mais especificamente, ele designava o modo através do qual a conduta dos indivíduos ou dos grupos poderia ser dirigida: o governo das crianças, das almas, das comunidades, do doente. Esta ideia não cobria somente as formas legitimamente constituídas de poder ou de sujeição econômica, mas também modos de ação, mais ou menos considerados e calculados, que eram destinados a agir sobre as possibilidades de ação de outras pessoas. Governar, nesse sentido, é estruturar *o campo possível de ações de outros* (Foucault, 2008a, p. 221).

Nesse momento, a ideia de governamentalidade não se relaciona mais a um Estado, mas desloca-se para a lógica do privado. Dessa forma, governar as pessoas não deve ser visto como um modo de forçá-las a fazer o que o governante quer por meio de técnicas de dominação. Esse seria apenas um dos aspectos da arte de governar. A partir dessa perspectiva, governar passa a ser entendido como um conjunto de técnicas racionais, sendo que a eficiência de tal arte “deve-se à sutil integração de tecnologias de coerção e tecnologias do eu” (Foucault, 1993, p. 207).

A integração das tecnologias do eu no processo de pensar a analítica do poder via governamentalidade permite a separação da noção de governo com o equivalente histórico Estado. A partir de tal perspectiva, a governamentalidade irá se referir a um conjunto de técnicas e táticas não mais circunscritas a um dado momento histórico, mas sim a regimes de governo, como, o liberalismo e neoliberalismo. A potencialidade do conceito passa a enfatizar os mecanismos de como opera o processo de conduzir as condutas dos outros e, também, das resistências possíveis frente ao movimento de condução das condutas (Bampi, 2002).

Analisando os trabalhos de Foucault ao final dos anos 1970, pode-se afirmar que com o uso da categoria “governamentalidade” foi identificada mais uma tecnologia utilizada na organização, disposição e controle dos indivíduos: a problemática do poder pastoral (Maia, 2011). Essa forma de se exercer o poder tenta dar conta de uma espécie de tecnologia individualizante de poder. Dentre os vários elementos do poder pastoral, destaca-se que esta forma de poder não pode se exercer sem saber o que

existe dentro da cabeça das pessoas, sem explorar suas almas, sem os fazer revelar seus segredos mais recônditos, ou seja, ele implica um conhecimento da consciência e a habilidade de dirigi-la (Foucault, 1982, p.214).

Se através do poder disciplinar e do biopoder o objetivo principal das técnicas de poder é a conformação de corpos, no tocante ao poder pastoral, o alvo de incidência se encontra diretamente na ação sobre as subjetividades. Certamente, as tecnologias de poder empregadas pelo poder disciplinar e pelo biopoder também atingiam a personalidade daqueles submetidos às suas malhas. No entanto, não da mesma forma e intensidade da alcançada pela utilização do poder pastoral com seu caráter de poder individualizante (Maia,2011).

Tal forma de poder requer que se conheça a mente das pessoas em seus segredos mais íntimos, para que possam ser orientadas para a "salvação". O que para nós é interessante observar nesse processo é que tal técnica pastoral foi ampliada para fora das instituições religiosas, a partir do século XVIII, objetivando não mais orientar o povo para a sua salvação no outro mundo, mas assegurá-la neste mundo, de um modo que propicia às pessoas saúde, riquezas, segurança (Foucault, 1984).

À medida que o poder pastoral ampliou-se, seus objetivos multiplicaram-se, assim como seus agentes: a família, a medicina, a psiquiatria, a educação, os empregadores. O foco desse poder passou a ser o desenvolvimento do saber sobre o homem em torno de dois polos: um globalizador e quantitativo, concernente à população, e num outro analítico e subjetivo, concernente ao indivíduo (Bampi, 2002). Se a querela epistemológica entre religião e ciência, marcada pelas radicais descontinuidades, continuam presentes, é aqui no poder pastoral que temos uma convergência, aproximação essa possivelmente negada por seus pastores, de um lado ou do outro.

Com isso, percebe-se uma interação entre as técnicas do eu e as de dominação, e a irredutibilidade de uma para outra mostra que o relacionamento e a interação entre ambas nem sempre é harmonioso, e aí está a complexidade dessa forma de governar, ao chamar o indivíduo para compor de forma corporificada os jogos de poder, estabelece-se um dispositivo altamente eficiente. A partir daqui inclui-se ao lado das técnicas de exercício de poder sobre os outros, os modos de ação que os indivíduos exercem sobre si mesmos por meio das técnicas de si. Governar é, portanto, conduzir a conduta dos homens, levando-se em conta que esta conduta é tanto aquela que se tem diante de si mesmo, como a que se tem diante dos outros.

Emerge com isso a problemática da liberdade como imanente às relações de poder. Afinal, a atividade de conduzir a conduta dos homens só pode se exercer por meio das liberdades daqueles sobre os quais ela se exerce (Martins; Peixoto Junior, 2013).

Estabelece-se assim o campo da "autonomia" como também espaço de condução, controle e internalização do poder via dispositivos de segurança (como veremos no próximo capítulo, ao discutirmos os dispositivos do risco e da sexualidade), uma vez que a dimensão individual passa a ocupar lugar estratégico nas relações de poder. Todavia, essa nova forma de pensar o poder a partir da governamentalidade e do poder pastoral, embora estejam a serviço do controle, é uma linha mais aberta, mais maleável, uma vez que é mais rizomática que as linhas duras do biopoder. Nela, os pontos de descontinuidade são mais flagrantes à medida em que as tecnologias de si passam a integrar o mecanismo de controle, o que além de inaugurar um campo mais complexo do controle, possibilita também percorrermos caminhos alternativos entre a conduta estipulada e a forma de se viver tal conduta, apontando-nos para a emergência de possíveis rotas de fuga.

3.5 CAMINHOS DA RESISTÊNCIA: A EMERGÊNCIA DE LINHAS DE FUGA

Vimos que a introdução do conceito de governamentalidade reorganiza o campo trabalhado por Foucault, oportunizando-nos ampliar nossas análises. A compreensão da razão governamental, do liberalismo e neoliberalismo passa a ser central para compreendermos a complexificação dos processos. Quanto a isso, importante pontuar que não existe por parte do filósofo uma compreensão do liberalismo como um sistema de ideias que teria a liberdade como foco, como ideal político e até mesmo como uma ideologia, nem tampouco como uma doutrina ou política econômica, mas sim um tipo de racionalidade governamental muito complexa (Foucault, 2001).

Diferentemente do controle operado pelas linhas duras da disciplina e do biopoder, nas tecnologias liberais o poder não opera pela força, este se dilui por meio da solicitação feita aos indivíduos para que se orientem no exercício de sua liberdade para certas direções mais do que para outras, num esforço no sentido de atuar de forma que o indivíduo tome para si, e como sua, a injunção que lhe é feita, até fazer dela a norma de sua própria conduta. Mas como nos lembram Martins e Peixoto Junior (2013), a partir de uma leitura psicanalítica dos últimos trabalhos de Foucault, tal

prática governamental que necessita da liberdade para atuar, que consome liberdade ao se exercer, tem sempre que levar em conta o *resíduo* de iniciativa e de autonomia que escapa ao seu controle, ou seja, ela acarreta um risco potencial, trazendo a possibilidade de que o indivíduo faça uso de sua liberdade para contestar, modificar ou se desviar do rumo e do resultado pretendidos.

Nosso interesse aqui é olhar para esse resíduo, para aquilo que sobra desse processo operado pela razão neoliberal. É nesse risco, nesse espaço, nessa lacuna de possibilidades entre as forças que orientam e conduzem os processos da vida e um resto de autonomia e liberdade do sujeito que o campo da ética se anuncia, uma vez que a forma como o indivíduo vai moldar a liberdade que lhe resta nos aponta para uma micropolítica da vida, ou se quisermos pensar com Deleuze e Guattari (1996), uma política do desejo e uma ética dos agenciamentos.

Nesse sentido, a perspectiva do cuidado de si, trabalhada por Foucault no fim de sua trajetória, não é pensada apenas como um dispositivo de controle via internalização das linhas segmentadas, mas é também um constructo que aponta para as linhas de fuga. O que nos oportuniza discutirmos outras possibilidades, outras políticas de subjetivação e, portanto, uma ética, um saber ético feito a partir do resto de liberdade que nos sobra.

Foucault (2008c) nos convida a pensar na *Introdução à História da Sexualidade II* com um texto sobretudo ético. Nele aprendemos toda a ambivalência entre regra exterior e resolução íntima que não se deixa pensar nem como heteronomia (submissão a um princípio exterior e anterior), nem como autonomia, remetendo somente à adesão do sujeito no momento de sua decisão. Assim, o campo do cuidado de si, como espaço das condutas individuais, se configura como o lugar de um confronto e de um desequilíbrio, irreduzíveis à oposição entre submissão a um poder externo e a livre determinação de si por si, entre heteronomia política e autonomia moral (Potte-Boneville, 2007).

Nessa perspectiva, não estamos falando de um sujeito passivo, à mercê dos mandos e desmandos do biopoder. Pelo próprio funcionamento da governamentalidade, o sujeito é convidado a interiorizar a norma disciplinar e a utilizá-la a serviço de sua própria produtividade, mas nesse mecanismo existe um hiato, distância entre o fato de ser conduzido e o de conduzir a si mesmo. E é precisamente nesse afastamento que se oportunizam as contracondutas, as resistências que se

podem produzir, possibilitando aos indivíduos elaborarem novas maneiras de governo de si (Potte-Boneville, 2007).

Quanto às possibilidades de ser, o campo do cuidado de si, um campo de batalha para a resistência ao poder, temos posturas de Foucault ora mais "otimistas", como em *A hermenêutica do sujeito* (2006), quando afirma que não haveria ponto de resistência ao poder político mais útil, e com mais prioridade do que uma relação consigo como posições mais restritivas quanto a tais possibilidades. Em *Ética do cuidado de si como prática de liberdade* (2004), a resistência via cuidado de si é pensada a partir das possibilidades via governamentalidade, uma vez que a existência da liberdade seria fundamental para existir tal governo. Em ambas perspectivas não se credita uma visão ingênua, correlacionando a resistência a uma não-obediência, mas sim de um exercício de si, capaz de produzir novas formas de se conduzir, novas formas de existência e condutas alternativas. Trata-se, portanto, de uma resistência produtiva e ativa, na qual o sujeito define e cria para si mesmo uma maneira de se conduzir (Martins; Peixoto Junior, 2013).

Poderíamos, ao retomar a lógica das linhas do processo de subjetivação, dizer que a nova governamentalidade, representada pela razão liberal, opera não tanto mais por linhas segmentadas duras, mas agora maleáveis; a lógica do controle permanece, mas adquire um tom mais difuso, rizomático. Para se estabelecer o controle, o sujeito deve se pensar como livre e autônomo, afinal o controle da conduta estaria assentado na premissa da liberdade. Tal perspectiva pode ser utilizada para retomarmos a problemática inicial do capítulo, tencionando a perspectiva de que a ideia de autonomia enseja em si o próprio controle, ao passo que permite também que linhas de fuga se façam presentes.

Assim como a governamentalidade é astuta em seu controle, a resistência ética também deve ser. Como nos indica Bampi (2002), a resistência não busca a vitória, não se empenha em batalhas, ainda menos na guerra, mas opera através de uma dupla e lateral estratégia, desarma o inimigo com as próprias armas do inimigo. Seguindo a perspectiva da esquizoanálise, diríamos que se trata de dobrar as linhas, curvar a linha de força, fazendo com que a própria força se afete. Permitindo-nos pensar novos modos de vida, novos processos de subjetivação que não estejam apenas condicionados ao funcionamento de linhas segmentadas.

Pensamos ser a temática da PrEP um ponto interessante para discutirmos essas possibilidades, tanto através de uma perspectiva focada nas linhas de

segmento, mas também anunciando possibilidades de dobras. Poderia o recurso biomédico, embora construído nas bases de um biopoder e da interiorização do controle, produzir maior liberdade sexual para sujeitos que vivenciaram por décadas o medo da infecção? Ou converteria a promessa de liberdade na dependência de um fármaco? Mas podemos pensar também: o poder que cerceia e controla por linhas duras poderia ser o mesmo que oferece suas armas para as estratégias de resistência? Seria a PrEP apenas mais uma estratégia do biopoder ou pode ser pensada como o resto, resíduo que nos sobra da sonhada liberdade?

4. ENTRE O RISCO E O PRAZER: DISPOSITIVOS DE SUBJETIVAÇÃO EM SEXUALIDADES TRANS-VIADAS

*"o corpo já não habita os espaços disciplinadores:
está habitado por eles"
Preciado*

Figura - Publicidade da clínica médica l'Actuel divulgando a PrEP

Tu es à risque?

La PrEP
(prophylaxie pré-exposition):
un nouveau moyen de prévenir le VIH.
CONSULTE TON MÉDECIN

* La PrEP consiste à prendre des antirétroviraux de façon intermittente ou continue pour stopper le VIH.

l'A CLINIQUEL'ACTUEL.COM

A CLINIQUEA.CA

CLINIQUE MÉDICALE L'ACTUEL
Centre de santé sexuelle
514.524.1001

Fonte: Girard, G. *"La pilule qui change tout"? Analyse des débats québécois autour de la prophylaxie pré-exposition du VIH.* Presses de l'Université du Québec, 2016

A imagem que abre esta seção é a síntese imagética dos dois grandes temas trabalhados neste capítulo: risco e sexopolítica. Responder à pergunta da imagem: *Tu es à risque?* não nos parece algo fácil. Para nos aproximarmos da resposta precisamos

percorrer um caminho que envolve o encontro do risco-perigo com o desejo. As elaborações desenvolvidas nos ajudam a formular uma compreensão de ser o risco não apenas uma forma objetificante e científica de mensurar o perigo, antes disso, configura-se como dispositivo de segurança, permitindo a interiorização da linguagem dos riscos e, com isso, produção de subjetividades, temas desenvolvidos nos tópicos: *Dispositivos de Segurança: Risco e Subjetivação*, e no subsequente, *Interiorização da linguagem dos riscos*. Veremos também que o risco não é o único recurso do biopoder, o dispositivo da sexualidade se faz notar nessa trama, e desempenha papel decisivo quando se articula a lógica dos riscos, sobretudo quando estamos falando de um determinado tipo de sexualidade, aquela dos marginalizados, ou melhor, dos transviados, tema desenvolvido no último item do capítulo: *Sexopolítica: dis(positivos) em sexualidades trans-viadas*.

4.1 DISPOSITIVOS DE SEGURANÇA: RISCO E SUBJETIVAÇÃO

Ao falarmos sobre risco é usual associarmos a ideia de medo/perigo, entretanto, para vislumbramos as diferenças entre os termos precisamos entender qual é o papel do discurso científico nesse campo. Veremos que o modelo epidemiológico, a discursividade biomédica e as práxis depreendidas da lógica científica vigente, não se diferem do que podemos entender a partir de Foucault (2008) como dispositivos de segurança. Tais mecanismos inauguram uma nova forma de gestão das populações. Todavia, essa nova forma de poder opera com certas distinções do modelo disciplinar, tendo algumas peculiaridades próprias, como discutimos no capítulo anterior.

A partir da perspectiva da *governamentalidade* e dos dispositivos de segurança, o controle pode ser estabelecido num amplo campo de possibilidades. Pode-se realizar cálculos estatísticos, medições para estratificar e diferenciar os tipos de riscos envolvidos numa ação, ou em um dado grupo populacional, estabelecendo diferentes curvas do que seria normal e daquilo que foge ao comum. Criam-se assim os operadores de grupo de riscos e diversas medidas preventivas para reduzir tais riscos, assim como antever a emergência de riscos iminentes (Foucault, 2009), o que coloca a Ciência como uma das protagonistas neste processo.

Sobre tais dispositivos de segurança, é importante destacar que esses não são, necessariamente, impositivos, mas sim reguladores, de modo que os pequenos

desvios poderão ser aceitáveis sempre que se mantenham dentro de certo marco e sempre que se eliminem comportamentos considerados perigosos (Caponi,2014). Essa é a lógica da razão governamental dos Estados liberais, sendo o dispositivo do risco apenas um dentre tantos outros a operar os mecanismos de regulação.

Sabemos que a sexualidade é também um dispositivo e desenvolvemos tal tema no próximo subitem deste capítulo, mas uma vez que estamos pensando o risco envolvido com o sexo, algumas considerações preliminares devem ser feitas. Em *História da Sexualidade, Vol. I*, Foucault (1988; 2009) discute o argumento da repressão da sexualidade, deslocando-o para outro eixo. O filósofo nos aponta que com o advento dos Estados liberais não temos um processo de repressão da sexualidade, como uma análise histórica mais apressada poderia nos sugerir. O que ocorre, conforme defende o autor, é um movimento de incitação discursiva sobre a sexualidade, uma “vontade de saber” sobre a sexualidade, que irá, por sua vez, apresentar-se como um decisivo elemento das estratégias de controle, tanto dos sujeitos em suas individualidades, como nas populações. O capitalismo do século XIX produz assim um efetivo dispositivo de segurança, atualizando o antigo poder pastoral da confissão, coloca o desejo em ato discursivo, possibilidade essa que permite sua regulação.

Mas quem seriam os novos agenciadores do poder pastoral? Seriam aqueles porta vozes das ditas informações que se apresentam como científicas, neutras e objetivas? Um olhar atento parece confirmar tal posição teórica. Quando observamos a práxis do campo da saúde, é factível identificar que posições morais muitas vezes passam a ser justificadas com números e estatísticas, um discurso mestre que sutilmente somos levados a aceitar e a integrar em nossas vidas. Os "novos pastores" instrumentalizados pela lógica dos dispositivos de segurança instalam o medo como um mecanismo de interação social, criando de forma recursiva novos dispositivos de segurança e de antecipação de riscos (Caponi,2014; Castel ,1987; Castiel ,2007). Assim, passa a ser constituída a conhecida *sociedade do risco* que, pelo mote do perigo-medo-risco, se controla, lucra e produz subjetividades

Ao teorizarmos essa sociedade do risco, os trabalhos sociológicos de Beck (2016) são nosso ponto de partida. A partir de uma leitura sociológica da modernidade, passa-se a conceber o risco como um novo princípio organizador da sociedade, fundamentado numa primazia do futuro a fim de evitar as consequências negativas, modelando assim as ações do presente. Todavia, a sociologia dos riscos não concebe

que tal mecanismo seja oriundo apenas da nossa sociedade atual. O manejo dos riscos pode ser identificado em outras sociedades e em outros momentos históricos, mas o que se tem de novo, sendo um elemento decisivo para organizar a trama social, é o fato de ser o risco na modernidade mediado pela ciência e pelo Estado (Beck, 2016; Motta, 2014).

Nessa sociedade dos riscos, o desenvolvimento científico e tecnológico ocupa um papel fundamental, à medida que são produtores e sistematizadores da lógica dos riscos. E atuam de forma legitimada, uma vez que o Estado se vale da ciência para conhecer e controlar tais riscos. Embora a aproximação entre risco e ciência seja inevitável, deve-se notar que a lógica do risco não deve ser considerada exclusivamente como uma propriedade do saber técnico e científico. São múltiplos os movimentos e dimensões que perpassam a linguagem dos riscos e, diante disso, podemos identificar alguns polos: um primeiro institucional, à medida que novos parâmetros do normal e do patológico são produzidos sob os terrenos normativos do saber institucionalizado; segundo, um prisma econômico, uma vez que o mercado de bens e serviços para detectar e mitigar a exposição aos riscos se torna uma realidade cada vez mais pungente; e terceiro, um enfoque político, focalizando setores da população sobre os quais se deve intervir (Mitjavila, 2002).

Ao discutirmos a perspectiva do risco em relação à PrEP, é nosso interesse aprofundar tais dimensões, mas para além da perspectiva econômica, que trabalharemos no próximo capítulo, a dimensão institucional do saber e sua vinculação com a dimensão política é o foco de nossa análise. Para tanto, vejamos como ocorrem tais articulações. Conforme nos mostra Beck (2016), a própria determinação dos fatores de risco e das suas fontes não constitui um problema somente técnico ou científico. Na realidade, a construção do risco habitualmente experimenta graus variáveis de subordinação a interesses sociais e políticos.

Tal perspectiva é interessante, pois apesar dos importantes avanços na compreensão teórica da episteme científica, somos ainda direcionados a enquadres simplórios, equacionando o saber produzido com a ideia de neutralidade, sendo que o uso desse saber pode, muitas vezes, estar imbuído de valores morais, interesses políticos e econômicos. Para pensar a vinculação entre a lógica dos riscos aos interesses sociais e políticos, Beck (2016) se vale de uma metáfora. Para o autor, entre ambas as lógicas geralmente se estabelece um *concubinato* (matrimônio sem permissão). Isso se deve ao fato de que ambas as lógicas, social e técnica científica,

tornam-se interdependentes, ou seja, enquanto a abordagem científica dos riscos sanitários responde, em muitos aspectos, às expectativas e aos valores sociais, a discussão e a percepção social dos riscos dependem de argumentações científicas.

Isso nos conduz a uma leitura do momento vigente como uma sociedade de riscos, à medida que temos a preocupação cada vez mais intensa em debater, prevenir e administrar os riscos que foram produzidos e elucubrados por ela mesma. Ao tematizar o risco, essa mesma sociedade é capaz de se autoproblematizar, principalmente por meio da ciência, permitindo novos arranjos sociais e emergências de identidades ratificadas e esboçadas na rubrica do risco (Beck, 2016).

4.2 A INTERIORIZAÇÃO DA LINGUAGEM DOS RISCOS

É nosso interesse nesta investigação pensar como tais identidades ratificadas na rubrica do risco se relacionam com nosso objeto de pesquisa. Assim, a compreensão de que vivemos numa sociedade ratificada no tripé da globalização, da individualização e da reflexividade, como descrita por Beck (2016), aponta-nos que não estamos falando apenas de uma organização social, em que o controle é estabelecido pelas linhas duras de um biopoder disciplinador. Nesta sociedade reflexiva que se auto problematiza, o indivíduo se constitui como autônomo e responsável, e tal operação é estabelecida através da interiorização da linguagem do risco.

Embora problematizamos no capítulo anterior que pela via da *governamentalidade* algumas linhas de fuga são possíveis, ao observarmos o funcionamento dos dispositivos de segurança como dos riscos, nossa perspectiva sobre as linhas de fuga deve ser vista com cautela, afinal, a razão governamental encerra em si uma lógica de controle altamente eficaz.

Uma vez que se produz pelo autocuidado a produção de subjetividades específicas, numa estratégia de tornar os indivíduos pessoalmente responsáveis pela gestão dos riscos socialmente produzidos (Castel, 1987; 1999; 2008). O poderio da estratégia reside nesta base, uma justaposição de governo com mentalidade, estabelecendo um formato de poder que transcendem a dominação direta.

Estabelece-se assim as *mentalidades governamentais* (O'Malley, 2008; Mendes, 2015), onde o risco passa a ser visto como uma tecnologia específica de governo, criando novas relações interpessoais e subjetividades. Por meio do

indivíduo, atinge-se a população, capturando a individualidade, e os dispositivos se tornam universais (Perrusi; Franch, 2012). A conversão do risco em dispositivo formaliza um conjunto de códigos que permitem transcrever os rasgos individuais através de uma homogeneização que possui efeitos muito precisos: a criação de novos instrumentos de comparação e categorização sociais. Contudo, isso não significa que os instrumentos sejam aplicados sempre da mesma forma, nem que respondam a uma mesma lógica. Grande parte da eficiência do dispositivo do risco é sua versatilidade, sendo que tal natureza polissêmica irá ser empregada para os mais diversos tipos de usos sociopolíticos (Mitjavila, 2002).

No processo de captura desse indivíduo via dispositivo do risco, uma das estratégias é atingir a população através do indivíduo (Lupton, 2003), ou seja, a partir da autorregulação se cria a oportunidade de regulação social. Temos então um movimento no qual, a partir dessa nova razão governamental, constroem-se normas particulares de comportamento que passam a ser usadas para encorajar os indivíduos a submeter-se voluntariamente a uma autorregulação em resposta a essas normas e, aqui, podemos destacar que além do aspecto voluntário, temos o aspecto do desejo, do querer, desejar-se submeter. Nesse movimento, o corpo e o self passam a ser modelados pelo olhar censurante do outro que leva à introjeção da retórica do risco (Ortega, 2003; Castiel, 2007). Assim, estabelece-se que “prevenir é primeiro vigiar, quer dizer, se colocar em posição de antecipar a emergência de acontecimentos indesejáveis” (Castel, 1987, p. 125) e bem sabemos que nada melhor que dados epidemiológicos para ratificar verdades, apontar caminhos e introjetar a lógica do risco.

A partir da interiorização da linguagem dos riscos, a vigilância epidemiológica não seria mais externa, tampouco proveniente do aparelho estatal de saúde, mas estaria instalada no interior dos grupos, principalmente daqueles considerados “vulneráveis”, em um formato de bioascese, na qual se observa uma permuta de identidades, sendo a nova subjetividade assumida, construída a partir da lógica dos riscos. Com isso se produz sujeitos que se autocontrolam, autovigiam e autogovernam - movimento esse entendido por Ortega (2003) como produtor de *identidades epidemiológicas*.

Tais políticas de subjetivação não são fixas, são, sobretudo, históricas. Assim, para pensarmos os padrões de subjetivação que emergem com a lógica dos riscos, sejam as chamadas identidades epidemiológicas (Ortega, 2003), ou se preferirmos o

enfoque mais ampliado de biossociabilidades de (Rabinonow,1996), é necessário observarmos alguns elementos presentes na discursividade científica, muitas vezes aqui correlacionada a perspectiva epidemiológica.

Como mencionamos, a ideia de risco e de perigo como sinônimos será um dos primeiros aspectos ao qual o saber científico irá focalizar, operando a separação discursiva dos termos. A ideia de que vivemos em risco ganhou forte impulso depois da Segunda Guerra Mundial (Douglas, 1994). A nova sociedade capitalista que se configurava no pós-guerra precisava para se estruturar, cunhar um discurso universalizante e racionalizador acerca dos perigos e medos contemporâneos, possibilidade que se torna viável pela semântica do risco, devido sua construção matemática objetificante, separa-se do termo abstrato e nebuloso que envolve a noção de perigo. Quando se opera tal separação, a aproximação com o científico se torna possível e inevitável. Falar de risco, portanto, é falar de algo científico, um saber que nos jogos de poder é correlacionado aos significantes da verdade e da segurança (Castel,1987).

Independentemente da distinção feita acima entre perigo e risco, temos uma lógica macro temporal que perpassa os mais distintos tempos históricos, e não deve ser desprezada em nossas análises: o medo como afeto biopolítico. Nas palavras de Safatle (2015):

Compreender sociedades como circuitos de afetos implicaria partir dos modos de gestão social do medo, partir de sua produção e circulação enquanto estratégia fundamental de aquiescência à norma. Pois, se, de todas as paixões, a que sustenta mais eficazmente o respeito às leis é o medo, então deveríamos começar por nos perguntar como ele é continuamente mobilizado (Safatle, 2015, p.18).

Todavia, o que estamos olhando aqui é uma "especialização da aquiescência à norma". Medo sempre sentiremos, muitas vezes de forma pré-reflexiva, e ele será utilizado em todas suas possibilidades para agenciar comportamentos. Mas e o risco, seria o mesmo? Para avançarmos vamos buscar compreender como isso se dá no campo da saúde, mais especificamente na transmutação do medo/perigo em risco.

Podemos identificar a ideia de separação de perigo e risco no campo da medicina, desde o surgimento das teorias miasmáticas. Todavia, até as primeiras décadas do século passado a noção de risco permanecia como um elemento protoconceitual e, como tal, assumia posições muito variáveis no campo da saúde

pública e da epidemiologia (Ayres, 1995). Os contornos mais objetivos da perspectiva do risco em saúde podem ser pensados a partir da estruturação do campo da higiene, nas sociedades europeias dos séculos XVIII e XIX, quando começam a ser estabelecidas as bases do que autor chama de *mentalidade sanitária* (Ayres, 1995).

A partir desse momento pode ser identificada uma matriz de conhecimentos e instrumentos voltados para a análise e intervenção sobre os problemas de saúde referidos à população, de forma mais estruturada, fortemente favorecida pela acumulação de instrumentos científicos, vindos de áreas afins à epidemiologia e à saúde pública, tais como bacteriologia, imunologia, estatística vital, matemática e lógica, entre outras. Nelas, os projetos sócio-sanitários encontraram as bases cognitivas necessárias para a busca de uma maior eficiência. Isto significará a passagem do risco/perigo na sua função adjetiva e proto-conceitual para uma situação formal (Ayres, 1995; Mitjavila, 2002).

Já o conceito de risco vinculado à aids é construído a partir dos estudos epidemiológicos, nos quais se procura quantificar as:

Chances probabilísticas de suscetibilidade, atribuíveis a um indivíduo qualquer de grupos populacionais particularizados, delimitados em função da exposição a agentes (agressores ou protetores) de interesse técnico ou científico (Ayres, 1997, p. 294).

Tal formação enunciativa garantirá a lógica dos riscos de infecção uma roupagem matemática estatística inquestionável, produzindo dados e segmentações da realidade em grupos de sociabilidades, o que ocorre não apenas no caso do hiv, mas de todos os perigos, que agora são transformados em riscos.

Entretanto, essa perspectiva neutra envolvendo a noção de risco e sua cientificidade objetivante já foram reiteradamente revisitadas e reavaliadas no campo das teorias críticas sociais e culturais. No entanto, seu estatuto permanece inabalável, sobretudo quando se analisa as políticas sanitárias induzidas por tal lógica. Isso se faz notar no caso da temática deste projeto, quando se critica a forma escolhida pela política pública no direcionamento da PrEP a “populações chaves”. Nesse caso, o discurso é homogêneo, a defesa vem baseada nos cálculos de risco, na argumentação que tal escolha não seria social, nem moral, mas sim, uma postura pautada na perspectiva científica, dos modelos matemáticos de cálculo de incidência do hiv e a prevalência concentrada em grupos específicos.

Nessa direção, os trabalhos antropológicos de Douglas (1984, 1996) foram de fundamental importância para colocar em xeque a neutralidade da ideia de risco em sua aproximação com o campo científico. O risco não seria pensado e vivenciado de forma objetiva e racional em termos de probabilidade, mas estaria fortemente vinculado com a moral, os valores, as crenças e os juízos, visando, principalmente, garantir o controle sobre os fenômenos considerados contrários à ordem social. Assim, o risco começa a assumir, como dispositivo, novas funções sociais. E essas funções se referem, de certa forma, às propriedades *forenses do risco* (Douglas, 1984, 1996; Mitjavila, 2002).

Em paralelo ao que acontece como o tabu, o risco pode agir tanto retrospectivamente, ao explicar os infortúnios individuais ou coletivos, em função das condutas do passado, e/ou para adiante, através da predição de recompensas futuras, o que nos sugere ser uma linguagem de grande aplicabilidade, exigindo uma reflexão ética não apenas de seu conteúdo, mas, sobretudo, de sua forma, de sua política de narratividade.

A partir de uma leitura antropológica do risco, percebe-se o movimento de hierarquização e até restrição de comportamentos a determinados grupos sociais. Valores, significados e tabus de uma dada sociedade estariam a serviço de uma gestão dos riscos, funcionando como operadores que estratificam as diversas formas que um risco possa assumir, movimento o qual, a linguagem científica dos riscos tenta se afastar, isolando os elementos carregados de carga simbólica, todavia, nem sempre com êxito (Douglas, 1994; Neves; Jeolás, 2012).

Nesse contexto que se insere, a problemática da politização dos riscos obedeceria a certos critérios elegíveis pela ordem social dominante; critérios esses que podem ser empregados para legitimar políticas públicas, tal como, para estigmatizar e normatizar (Peretti-Watel, 2000). Tal apontamento é fundamental, uma vez que com a discursividade científica dos riscos, esses passam a serem naturalizados, opera-se uma lógica que torna as vozes dos críticos dessa política inaudíveis, vistos como anti-ciência ou mesmo “desconectados com a verdade dos dados”. Todavia, nessa discussão infértil, perde-se o essencial: apontar que a percepção do risco não se baseia apenas nos ditos dados da realidade, mas é filtrada por uma trama política e histórica.

Se a visão que o indivíduo tem do risco não é direta, mas sim condicionada por valores socialmente produzidos, torna-se evidente que ao falarmos de riscos, ou

melhor, da percepção que se tem deles, não é apenas a ciência epidemiológica que deve ser chamada para o debate. Ao discutirmos a percepção dos sujeitos de contrair o hiv, ou mesmo as concepções sobre a infecção, não podemos obliterar que a atitude de um indivíduo face tais temas depende fundamentalmente das fontes de informação que privilegia para construção de sua percepção de risco. Essas podem ser de uma moral científica, religiosa ou de um grupo específico de sociabilidade. Assim, a construção da percepção de vulnerabilidade é produzida numa anterioridade sócio-histórica (Peretti-Watel,2000), devendo as discursividades científicas levarem isso em conta e terem uma acurácia não apenas com seus dados da realidade, mas também com a política de narratividade que se depreende deles.

Tal questão nos direciona para a compreensão antropológica de Douglas (1984;1996) de ser o risco uma resposta cultural à uma transgressão: o resultado de quebrar um tabu, de ultrapassar determinada fronteira, de “cometer um pecado”. Essa perspectiva merece destaque no caso aqui apresentado, pois ao discutirmos o tema da PrEP e da percepção de risco dos seus usuários não estamos nos referindo ao risco de infecção pelo hiv em toda a população, mas sim em um grupo historicamente tolhido de seus direitos e que teve encucada o terror da infecção sistematicamente, via moral científica ou mesmo por grupos tradicionais e religiosos, fazendo esse grupo construir uma gestão e percepção do risco de forma diferenciada dos demais.

Entendemos ser fundamental demarcar a ideia de risco para além dos ditames e objetivações epidemiológicas. Além disso, torna-se urgente problematizar, no caso envolvendo a PrEP, como tais lógicas forjam novas subjetividades e estruturam padrões de sociabilidades. Só poderemos avançar no debate social em torno desse recurso quando a dimensão do risco envolvendo a escolha de se utilizar ou não tal profilaxia farmacológica for entendida como produto contingente de formas históricas, sociais, culturais e políticas.

A discussão sobre a construção da percepção do risco e de sua relação com as dinâmicas de subjetivação se torna um ponto fundamental na ancoragem de nossas análises, devendo ser ampliado e desenvolvido. Delineamos até aqui que pela via da razão governamental, dispositivos como o dos riscos são conclamados para operar no controle de sujeitos e grupos, todavia, como já nos advertia Foucault (2009), os dispositivos funcionam de forma combinada, ou na linguagem deleuziana, estariam funcionando via emaranhados de linhas.

Dessa forma, torna-se necessário destacar mais um dos dispositivos envolvidos nesse novelo e trama de agenciamentos, afinal, temos um enquadre complexo. As estratégias de controle operadas via modelo bipolar do biopoder, ou se preferimos, as edificadas no modelo governamental, ao instalarem dispositivos de controle interno passam a orientar e gestar o cálculo de risco na interioridade deste sujeito. Através do cuidado de si, criam-se novos estilos de sociabilidades e subjetividades, possibilitando conseqüentemente a intervenção no corpo social, mas não estamos falando aqui de todo grupo populacional, trata-se de um específico, aquele de sexualidades marginais, os *trans-viados*.

4.3 SEXOPOLÍTICA: DIS(POSITIVOS) EM SEXUALIDADES TRANS-VIADAS

O controle operado pelo biopoder não se circunscreve apenas a alguns tipos de sexualidades específicas (Rose, 2007). Sabemos que o manejo médico da sexualidade remodelou os regimes de prazer, as práticas sexuais, a continência e a incontinência sexual de grande parte da população estabelecendo novos regimes e políticas de gozo. Todavia, não podemos nos furtar ao discutir a PrEP de problematizar um ponto nevrálgico: o direcionamento dado ao regime profilático para uma sexualidade historicamente marginalizada. A lista de grupos marginalizados não é pequena, mas ao discutirmos o hiv/aids se faz necessário destacar alguns segmentos historicamente associados à epidemia: os homossexuais masculinos, as travestis, as mulheres transexuais e as/os trabalhadoras/es do sexo.

As formas de divulgação e a recepção pela opinião pública da nova estratégia preventiva evidenciam que as velhas “metáforas” estigmatizantes que associaram o hiv e a aids a conotação de “peste gay” (Sontag, 2007) continuam atuais. Apesar de não ser mais bem-visto o uso do termo “grupo de risco”, seu correlato “população chave” assume a responsabilidade nos protocolos vigentes de aglutinar todos aqueles sujeitos orientados por sexualidades não heterossexuais e por identidades e expressões de gênero não cisgêneras. Dessa forma, não empregaremos aqui o termo “população chave” para se referir esses grupos tal como fazem as cartilhas e protocolos oficiais. Optamos por chamar esse grupo ao qual a PrEP está sendo primariamente oferecida de população trans-viada.

A escolha por esse termo não é aleatória, apresenta-se como resistência, assumir o predicativo que essa população é a representante de uma sexualidade

trans-viada não se trata apenas de chiste de linguagem, afinal, os dois grandes grupos aos quais a PrEP é direcionada em sua ênfase são os gays masculinos e a população trans, além é claro de outros marginalizados, como as/os profissionais do sexo. Ao optarmos por utilizar tal termo, opera-se um ato de denúncia com a discursividade da hegemonia científica, que em sua higienização e tecnicidade do discurso escamoteiam antigos preconceitos e estigmas. Não se trata aqui, neste momento, de questionar a racionalidade epidemiológica que aponta para alta incidência de soroconversão nesse grupo, mas sim problematizar a forma como é feito, o formato das estratégias discursivas, ou seja, a política de narratividade.

Uma das críticas realizadas em relação ao termo "população chave" é que, além de estigmatizante, a expressão passaria a mensagem de restrição da oferta do recurso para outros segmentos mais vulneráveis, como as mulheres cis em situação de vulnerabilidades. A razão pelo direcionamento da oferta de PrEP apenas para a chamada população chave não se fundamenta apenas em argumentos epidemiológicos, mas também em retóricas econômicas, uma vez que seria inviável em termos de recurso ofertar a PrEP pela perspectiva do comportamento de risco ou mesmo pela visão ampliada da vulnerabilidade.

Pelos critérios de indicação de **PrEP** (Brasil, 2017), se desconsiderarmos o pertencimento ao grupo chave, uma parcela enorme de heterossexuais entraria no rol da intervenção, uma vez que é comum encontrar heterossexuais masculinos que tiveram qualquer tipo de relação (vaginal ou anal) nos últimos seis meses sem preservativo, ou mesmo, apesar do espanto de alguns, que tenhamos muitas mulheres cis assíduas e praticantes do sexo anal. Esse quadro das condutas sexuais, tanto entre homossexuais como entre heterossexuais, nos sugere que os critérios para prescrição da PrEP não são apenas científicos, mas também econômicos e morais. No quadro abaixo, observamos uma das tabelas do protocolo oficial de oferta da PrEP via SUS (Brasil, 2017a). Ela se refere ao risco de infecção de acordo com as práticas sexuais desempenhadas. Trata-se de uma sistematização a partir de uma revisão da literatura das exposições com maior desfecho de infecção, devendo o profissional da saúde avaliar tal âmbito a partir do relato do candidato ao uso da PrEP. Vejamos:

Figura - Comparativo de probabilidade de infecção ao hiv por tipo de exposição

EXPOSIÇÃO	PROBABILIDADE DE INFECÇÃO
Transfusão de sangue	9.250/10 mil
Sexo anal receptivo (ser penetrado(a) no ânus)	138/10 mil
Compartilhar seringa no uso de droga injetável	63/10mil
Perfuração (picada de agulha)	23/10 mil
Sexo anal insertivo (penetrar o ânus)	11/10 mil
Sexo vaginal receptivo (ser penetrada na vagina)	8/10 mil
Sexo vaginal insertivo (penetrar a vagina)	4/10 mil
Sexo oral receptivo ('receber' sexo oral)	Baixa
Sexo oral insertivo ('fazer' sexo oral em alguém)	Baixa

Fonte: Adaptado de (PATEL et al., 2014).

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo hiv (Brasil, 2017c).

Embora já discutimos que o principal critério que irá diferenciar quem usará a PrEP ou não será o próprio desejo pelo uso, tal aporte teórico se apresenta como um elemento agenciador importante na construção da autopercepção de risco. Se seguirmos tal lógica, algumas perguntas se fazem necessárias: uma vez que o sexo anal receptivo é a prática sexual com maior risco de infecção, não deveria tal prática ter centralidade nos critérios indicativos e não a identidade sexual de seus praticantes? Se o sexo anal insertivo é muito mais seguro quando comparado ao sexo anal receptivo, estaríamos falando que a PrEP teria destino principal aos transexuais e gays passivos? Por que se pressupõe, nesse cálculo de riscos, que mulheres cisgêneras não praticam sexo anal receptivo?

Parece-nos que a questão da analidade - não todos os ânus, mas, sobretudo, os de homens gays cisgêneros, mulheres trans e travestis - ganha destaque. Para avançarmos, precisamos entrar nas discussões da sexopolítica, que nos ajudará a pensar melhor tais questões. Como ponto de partida devemos lembrar da assertiva de Rubin (2007) de que ao falar de sexo estamos fazendo política, necessário também, pensar com Foucault (2008) que ao concebermos a sexualidade como dispositivo de controle e normalização, não estamos falando de um recalque discursivo, mas sim de formações discursivas emergentes de um dado saber que coloca em ato o antigo privado conteúdo sexual. Devemos lembrar também de Perlonguer (1997) e Pelúcio (2007) que tão bem discutiram o dispositivo da aids e sua

seletividade para alguns grupos. Assim, nos parágrafos abaixo trazemos as contribuições desse campo para nos ajudar a pensar o que acontece quando o dispositivo do risco encontra uma população específica para direcionar seu arsenal.

O processo histórico nos mostra como discursos médicos foram ocupando o lugar daqueles formulados pela Igreja Católica e pelo Direito Canônico, a fim de apontar com o seu saber "neutro" e "científico" os perigos das sexualidades não normalizadas, associando-as à doença mental e as constituindo como sexualidades periféricas, catalogáveis, portanto, identificáveis e, quiçá, tratáveis. Desde o século XIX o foco em alguns tipos de sexualidades a fim de regrá-las, sobretudo as tidas por promíscuas, se fez notar nos projetos e interesses do Estados liberais ao levar a moral burguesa a determinados segmentos populares (Foucault, 1988; 2001).

Temos assim um movimento que desloca a conduta sexual, restrita até então ao domínio da moral ao saber científico. Expressões como "homossexualismo" e "inversão" começaram a ser usados para definir as multidões trans-viadas, aqueles que estavam na margem, ou como definiu Foucault (2009) os desajustados, às sexualidades periféricas:

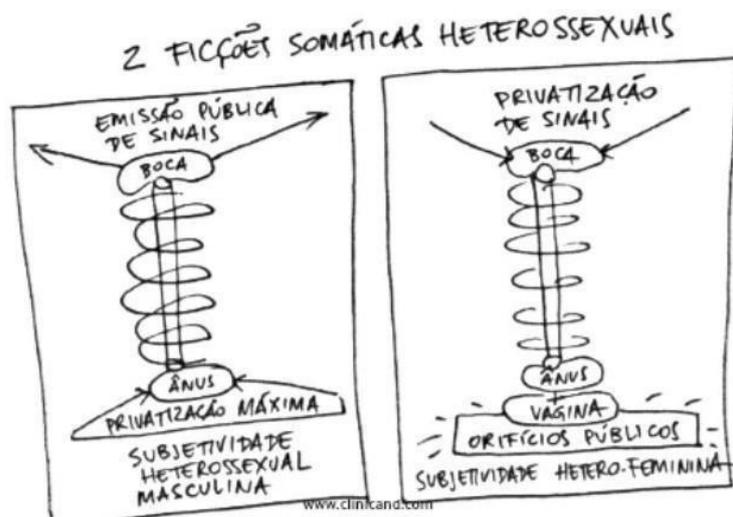
Esta nova caça às sexualidades periféricas provoca a incorporação das perversões e nova especificação dos indivíduos. A sodomia – a dos antigos direitos civil ou canônico – era um tipo de ato interdito e o autor não passava de seu sujeito jurídico. O homossexual do século XIX torna-se uma personagem: um passado, uma história, uma infância, um caráter, uma forma de vida; também é morfologia, com uma anatomia indiscreta e, talvez, uma fisiologia misteriosa. Nada daquilo que ele é, no fim das contas, escapa à sua sexualidade. Ela está presente nele todo: subjacente a todas as suas condutas (Foucault, 2009, p.50).

A história da sexualidade do século XIX nos mostra como essa nova arte de governar permitiu a histerização do corpo feminino, a pedagogia sexual das crianças, a regulação das condutas de procriação e a psiquiatrização dos prazeres perversos, ou seja, a chamada nova *modernização sexual* (Foucault, 2009). Acompanhando o percurso foucaultiano, Preciado (2018) nos mostra como a sexualidade do século XIX é transformada numa sexopolítica que leva a heterossexualidade não apenas a ocupar o espaço de uma identidade privilegiada, mas também a se constituir como um regime político regulatório. Iremos observar uma sequência de movimentos para extrair o ânus do campo da produção de prazer, esse, como um dos grandes objetivos da regulação sexopolítica do século XIX.

Para além de ser uma fonte de não procriação, assim como a mão e a boca, que sofriam as mesmas sanções, o ânus como campo da passividade, não tem sexo, não tem gênero, não é feminino nem masculino, produz um curto circuito na divisão dos sexos. Assim, a subjetividade masculina heterossexual é construída como uma boca de emissão pública de sinais e um ânus impenetrável (Preciado,2018).

A subjetividade masculina se consolida a partir da privatização máxima do ânus; já no corpo feminino, temos na boca uma privatização dos sinais e seus orifícios, vagina e ânus, se tornam domínio público. Essas são as ficções somáticas heterossexuais da sexopolítica do século XIX das quais ainda somos signatários e que repercutem os traços de um regime biopolítico que usa o sexo, a sexualidade e a identidade sexual como centro somático político para produção e governo da subjetividade (Preciado,2018). As duas ficções somáticas são representadas pelo filósofo no diagrama abaixo:

Figura - Sexopolítica heterossexual e suas ficções somáticas



Fonte: Preciado (2018).

A partir da sexologia do século XIX, observamos de forma mais acentuada a criação das identidades hetero e homo, inventadas em uma esfera de empirismo, classificação taxonômica e psicopatológica, a ciência passa a balizar o que é uma sexualidade sadia e aquela perversa. Já no final do século, leis de criminalização da sodomia se espalham pela Europa, as identidades sexuais são codificadas a partir das entidades anatômicas e seus tamanhos, o prazer da masturbação regulado, o orgasmo feminino medicalizado via crise histérica, o masculino mecanizado e

domesticado por meio de uma incipiente codificação pornográfica. Percebe-se também nesse momento histórico, uma forte arquitetura disciplinar pela gestão política da sífilis, o advento da diferença sexual, a repressão técnica da masturbação e a invenção das identidades sexuais, permitindo no fim do século XIX a patologização definitiva da homossexualidade e a normatização burguesa da heterossexualidade (Preciado, 2018).

À medida em que as práticas sexuais passam a ser delimitadas por grupos nos regimes de atribuição sexopolíticos, condutas sexuais se transformam em identidades (Preciado, 2018). A partir disso, as práticas sexuais devem ser estudadas registradas, perseguidas, caçadas, castigadas e curadas - não porque se referem moralmente a uma ação inconcebível no âmbito individual, mas sim por elas não se referirem as ficções somático políticas heterossexuais (Preciado, 2018, p. 83).

Alguns dos dispositivos sexopolíticos desse momento de construção do regime da heterossexualidade e da estética da diferença sexual constituíam exemplos claros do controle disciplinar desse período histórico. Para além da criminalização da sodomia e do chamado "travestismo" vem se somar a tais normativas. Técnicas como a amarração das mãos da "menina masturbadora" à cama, utilização de ferros para separar as pernas das jovens histéricas, filmes fotográficos de nitrato de prata sobre os quais se gravavam as imagens dos ânus dilatado de homossexuais passivo para "exibição pedagógica", as camisas de força que não eram apenas destinadas a conter a loucura, mas também continham a mulher histérica e a "masculinizada". Esses são exemplos de dispositivos clássicos de controle disciplinar da sexopolítica do século passado, que vão ganhando novas roupagens após a Segunda Guerra Mundial para formas mais sutis de controle (Foucault, 2009; Preciado, 2018).

Dessa forma, para além do controle duro das disciplinas, temos a emergência de um poder que se engole, o panóptico não está mais fora, ou melhor, não está somente fora, mas, sobretudo, dentro, engolido, subjetivado pelo próprio sujeito - torna-se uma força do *somatopoder* que não pune, mas seduz e convida a gozar junto compartilhando as delícias do poder. Para Preciado (2018), essas nuances que iniciaram no pós-guerra produzem o que o autor denomina de *sociedade farmacopornográfica na qual* "a ejaculação politicamente programada é a nova moeda deste novo controle molecular-informático (Preciado, 2018, p.84).

Assim, pouco a pouco, os mecanismos ortopédicos sexuais e arquitetônicos disciplinadores foram absorvidos por técnicas micro informáticas leves e de rápida

transmissão, bem como por técnicas audiovisuais e farmacológicas. Agora "o corpo já não habita os espaços disciplinadores: está habitado por eles" (Preciado, 2018, p. 85). Retornaremos a esse ponto no próximo capítulo, uma vez que essa nova forma de pensar os panópticos é de grande contribuição para nossos objetivos. Avancemos agora um pouco no tempo, rumo a liberdade sexual dos anos 60 e 70, para evidenciarmos o surgimento de um outro dispositivo da sexopolítica.

Nesse momento de liberdade e efervescência cultural, o nascimento da pílula anticoncepcional ocupa um papel importante na sexopolítica. Temos uma operação significativa, a separação técnica da heterossexualidade da reprodução. A liberdade da revolução sexual em suas múltiplas possibilidades de análise nos renderia um capítulo exclusivo, ao pensar os múltiplos movimentos de ruptura com as ficções somáticas produzidas até então. Destacamos aqui a visibilidade da sexualidade trans-viada nesse momento, não apenas visibilidade performática, mas de corpos em aliança, reivindicando direitos e politizando aquilo tomado nas décadas atrás como abjeto (Butler, 2018).

O que se torna visível com a sexualidade trans-viada é que essa se torna politizada, seguindo a *Ética Marica* de Paco Vidarte (2007), e podemos pensar em uma emergência de um sujeito LGBT que se politiza, produz resistência a partir das injustiças, subjetiva-se num momento que o apelo pelas identificações não era apenas questão de moda, era impositivo, uma ética a ser afirmada (Vidarte, 2007). Mas todo gozo tem seu fim, a interdição virá codificada num desplug biológico com profundas consequências culturais. Adentramos aos anos iniciais da epidemia, momento em que a trama política social dos trans-viados se consolida como movimento de resistência e luta por acesso a tecnologias biomédicas e sociais de cuidado, mas que por outro lado adiam a sonhada liberdade sexual.

Temos, a partir da década de 80, um reaquecimento da associação das práticas eróticas de gays e transexuais ao terreno do patológico, movimento esse extremamente vinculado a emergência da epidemia em termos morais. Momento em que a ideia de "câncer gay" atingiu a toda a sociedade, que passa a difundir, além de uma resposta moralizadora em contraposição a liberdade sexual experimentada anteriormente, uma divisão nos termos esboçados por Douglas (1984; 1996) entre "poluentes" e "não poluentes", enquadrando-os em compartimentos que representam perigo/riscos aos outros. A via para separação dos puros e dos impuros, legitimando

os “ritos de segregação” similares àqueles feitos por animais, será operacionalizada via *dispositivo da aids*.

Tal resposta moralizadora conceituada por autores como Perlongher (1987) e Pelúcio (2007) como o *dispositivo da aids* ilustra a seletividade no que concerne à aplicação de meios de controle e normalização dos comportamentos. Seguindo a perspectiva foucaultiana, ao analisarmos tal dispositivo percebemos como o sexo posto em discurso produz efeitos sobre os corpos e conforma subjetividades, constituindo verdades sobre o que as pessoas são. Os efeitos desses discursos e enunciados são, assim, controladores e formam dispositivos eficazes que, antes de proibir e fazer calar, incitam as falas e internalizam o controle. Especificamente, no que concerne ao dispositivo da aids, os autores destacam como esse é marcado pela seletividade na aplicação de meios de controle e normalização dos comportamentos de grupos específicos, numa economia-política do desejo em que as regras sociais têm sido aplicadas mais a alguns do que a outros. “Exige-se de alguns maior controle e racionalização no que toca a seus desejos, enquanto a outros é atribuída uma inerente normalidade que os libera do mesmo grau de pressão e demanda em relação às suas vidas e aos seus amores” (Pelúcio, 2007, p.157).

Assim, o "*dispositivo da aids não parece dirigir-se (pelo menos da ótica progressista) tanto à extirpação dos atos homossexuais, mas à redistribuição e controle dos corpos perversos*" (Perlongher, 1987 p. 76). Tais corpos perversos eram escrutinados pelo saber científico emergente que se fazia do hiv. As “verdades” que circularam num primeiro momento vinham referendadas pelo saber biomédico que, com seu discurso autoproclamado neutro, circunscreveu ao conceito epidemiológico de “grupo de risco” a algumas identidades sexuais e comportamentos sociais. Nesse movimento, as verdades científicas se convertem em pregações morais que dividiam os chamados “aidéticos” em “vítimas” (crianças, hemofílicos, mulheres heterossexuais e monogâmicas infectadas por seus parceiros) e “pecadores” (homossexuais, prostitutas, travestis, michês, “drogados”) (Parker, 1991; Sontag, 2007; Pelúcio, 2007).

A repatologização da homossexualidade em termos epidemiológicos mantém-se dentro de um imaginário biopolítico da coletividade sob ameaça. Fantasma de impureza em que repugnância e desejo se associam na reiteração da norma heterossexual por meios sanitários de controle e vigilância (Pelúcio, 2007). Fato que não pode ser dissociado de seu processo histórico, uma vez que a aids em sua gênese foi estudada inicialmente em homossexuais, começou a ser procurada

insistentemente em homossexuais e, “naturalmente”, foi encontrada em homossexuais. O corpo dos homens gays, devido à epidemia, foi de todos o mais examinado, assim como o “estilo de vida” dessa comunidade (Epstein, 1996).

No que concerne a discussão dos pontos abordados acima em sua relação com a PrEP, os estudos queer como os desenvolvidos por (Preciado, 2015) ajuda-nos a pensar hoje as tramas do poder envolvendo a sexualidade de tais grupos e, sobretudo, como o *dispositivo da aids* se atualiza na lógica neoliberal vigente. O filósofo dá destaque para as transformações, nos últimos 20 anos, da sexualidade gay, evidenciando como essa passa a ser capturada pela lógica do capitalismo liberal. No ensaio *Condomes Químicos* (Preciado, 2015) problematiza que o *Truvada* (nome comercial da PrEP) não se destina a todo grupo de vulneráveis ao hiv, como por vezes é interpretado. Para o autor, trata-se de um recurso centrado e focalizado para o público masculino, em essência, uma problemática de homens gays:

Truvada está produciendo en la sexualidad gay una transformación semejante a la que la píldora anticonceptiva produjo en la sociabilidad heterosexual en los 70. Tanto Truvada como la píldora funcionan del mismo modo: son condones químicos pensados para “prevenir” riesgos derivados de una relación sexual[...]la píldora como Truvada son la prueba de la transición desde mediados del siglo pasado de una sexualidad controlada por aparatos disciplinarios “duros” y externos (arquitecturas segregadas y de encierro, cinturones de castidad, condones, etc.) a una sexualidad mediada por dispositivos farmacopornográficos: nuevas tecnologías “blandas”, biomoleculares y digitales. La sexualidad contemporánea está construida por moléculas comercializadas por la industria farmacológica y por un conjunto de representaciones inmateriales que circulan en las redes sociales y los medios de comunicación (Preciado, 2015, p.2).

Tal constatação pode nos arriscar a dizer que o dispositivo da aids além de operar da forma como os autores bem descreveram Perlongher (1987) e Pelúcio (2007), separando aqueles que deveriam passar pelas intervenções de controle daqueles que não precisam, passa agora a operar um tipo distinto de segregação: separa os que teriam acesso a essa tecnologia preventiva, daqueles que não tem - tal como ocorre no acesso aos antirretrovirais para pessoas que vivem com hiv no contexto global. O dispositivo da aids em se tratando da PrEP se atualiza agora via prevenção, segregando não mais apenas via sexopolítica das identidades, mas pela estratégia neoliberal de acesso a um fármaco. O que se faz notar ao observarmos que o acesso à PrEP está alinhado ao perfil do homossexual branco, de renda média e alta, como elevado grau de formação (Adamy; Casimiro; Benzaken, 2018).

Podemos sumarizar também que, a partir da PrEP, se estabelece uma produção de subjetividades em que sujeitos, na promessa de uma liberdade sexual e emancipação, poderiam se tornar submissos a um recurso que em realidade não é apenas uma pílula, mas, como define Preciado (2016), uma *máquina social* destinada não apenas ao indivíduo, mas a todo corpo social, produzindo novas formas de relacionamentos, de desejos e afetos. O que nos parece apontar que estamos diante de um micro *dispositivo* do dispositivo da aids, ou se preferirmos, um artefato deste que, colorido pela perspectiva da autonomia e agenciado pela lógica dos riscos, passa a afrouxar a fronteira entre pessoas que vivem com hiv e pessoas que não vivem com hiv: todos agora compartilham o mesmo cuidado de si. Temos assim um *dispositivo da aids micro protético*, que segmenta, separa e estigmatiza, ao passo que aglutina os trans-viados “negativos” e “positivos” sob um mesmo regime de controle farmacológico.

Questões como essas mostram como a discursividade biotécnica ratificada, muitas vezes, em uma política mercadológica e de novas regulações subjetivas, compõem um cenário complexo, remetendo-nos a necessidade constante de atualizar nossas premissas e conceituações envolvendo o poder e a vida. O tema da politização das sexualidades deve ser aprofundado para entendermos como tais mecanismos se atualizam nas práticas vigentes, sobretudo nas preventivas (Rodhen, 2014; Pecheny; Dehesa, 2009). Assim, torna-se necessário deslocar nosso olhar para as novas lógicas de subjetivação em relação aos imperativos dos mercados, explicitando as transformações das sexualidades a partir da perspectiva de consumo e apontando como os movimentos de (des)politização de identidades relacionam-se, também, com a intensificação dos mecanismos de medicalização na gestão de subjetividades.

Para além da perspectiva do controle, a sexualidade sempre será um campo lucrativo, e aqui o mercado não faz distinção de orientação sexual ou gênero. Recentemente, setores da opinião pública viram com perplexidade o fato do laboratório farmacêutico Pfizer, que lançou o Viagra em 1998, ter escondido um tratamento para o alzheimer desde 2015, em uma descoberta por acaso, como ocorreu no caso do remédio para disfunção erétil. Mas o que diferencia um caso do outro? Porque um recebeu investimento e o outro não? Podemos nos antecipar dizendo de forma rápida: a lucratividade; todavia, os caminhos dessa escolha por parte do laboratório assentam-se numa lógica mais complexa: a radicalização dos

processos de medicalização na era do capitalismo farmacopornográfico, nosso objeto de reflexão do próximo capítulo.

5. TRAJETÓRIAS DO BIOPODER: DA MEDICALIZAÇÃO AO CAPITALISMO FARMACOPORNOGRÁFICO

"Se não se montar uma máquina revolucionária capaz de se fazer cargo do desejo e dos fenômenos do desejo, o desejo continuará sendo manipulado pelas forças de opressão e repressão, ameaçando, mesmo por dentro, as máquinas revolucionárias"

Deleuze

Figura - Venus Envy



Fonte: Heidi Taillefer

5.1 MEDICALIZAÇÃO E PRODUÇÃO DE BIOSOCIABILIDADES

Ao adentrarmos ao campo da medicalização não podemos perder de vista um aprendizado que é histórico e se repete: “o corpo uma realidade biopolítica e a medicina uma estratégia biopolítica” (Foucault, 1979, p.80). Já não é mais possível defender a linha de diferenciação entre as intervenções que visam à susceptibilidade à doença, de um lado, e intervenções que visam ao desenvolvimento das capacidades, de outro. Em tempos nos quais a saúde se torna imperativo para si mesmo e para os outros, os contornos entre saúde e doença não são mais os mesmos (Rose, 2013). Se o corpo é uma realidade biopolítica e a medicina uma estratégia, iremos problematizar neste capítulo uma de tais estratégias: a medicalização.

Para pensarmos como tais movimentos se atualizam na sociedade atual devemos evidenciar alguns dos desenvolvimentos conceituais em torno dos estudos da medicalização. Não temos por pretensão realizar uma ampla revisão da literatura,

mas identificar nesse amplo rol de estudos da medicalização pontos de ancoragem para discutirmos nosso objeto de pesquisa.

Como Rose (2007) nos adverte, o termo medicalização pode ser o ponto de partida de uma análise, um sinal da necessidade de uma análise, mas não deve ser a conclusão de uma análise. Tal ponderação é necessária haja vista a banalização do conceito, o tornando lugar comum em diversas análises sociais e, conseqüentemente, esvaziado de suas possibilidades operacionais. Participamos de uma sociedade medicalizada, aprendemos desde cedo a flertar com os modelos de saúde, seja via uso de medicamentos, dietas, uso de vitaminas, medicinas naturais, integrando-se ao mundo *fit* e, mais que isso, sendo porta-vozes do discurso da promoção da saúde. A modernidade nos traz uma constatação básica e elementar: somos todos *indivíduos somáticos*, fomos construídos pela linguagem da biomedicina e essa fala se materializarem nosso corpo.

Ampliar a compreensão do que estamos chamando de medicalização é o primeiro passo. Devemos ponderar que apropriações do conceito para descrever fenômenos tão enraizados na sociedade contemporânea que já fazem parte do modus operandi dessa sociedade reflexiva, individualizada e somática devem ser pensadas em sua capacidade de ruptura, de permitir novos agenciamentos teóricos e discursivos. Nesse sentido, não se visa aqui, portanto, analisar os processos envolvendo a PrEP equalizando essa tecnologia à medicalização como um fenômeno perverso de controle e domínio do biopoder. Tal perspectiva estaria a serviço de uma diluição da potencialidade do constructo em apropriações pouco rigorosas, correlacionando-as a um princípio explicativo universal, uma teoria conspiratória de aplicabilidade geral, esvaziando assim sua capacidade operativa (Camargo, 2013).

Ao pensarmos a medicalização como um processo de transformação dos problemas anteriormente não considerados de ordem médica em problemas médicos - usualmente sob a forma de transtornos ou doenças (Conrad, 2007) - temos um marco inicial para iniciarmos nossa trajetória. A esta definição devemos somar a perspectiva de trabalhar o conceito de um ponto de vista que não cristalice o fenômeno, ou melhor, com o cuidado de não formamos juízos a priori, ou mesmo a perspectiva de correlacionar a medicalização como algo puramente negativo. O exemplo abaixo nos ajuda a entender esse aspecto.

O caso da emergência do hiv/aids nos primeiros anos da epidemia nos permite pensarmos o processo de medicalização por um prisma eticamente positivo, sendo a

descoberta dos antirretrovirais um processo de medicalização visto não apenas como algo positivo, mas sobretudo ético (Camargo, 2013). Como analisa o autor, desencadeou-se rapidamente no caso da aids um processo de investigação que, num tempo relativamente curto, forjou e estabilizou uma nova categoria diagnóstica, produziu um mecanismo explicativo, identificou o agente infeccioso cuja ação foi atribuída a origem da doença, desenvolveram-se testes e finalmente medicações capazes de prolongar consideravelmente a vida dos infectados. Seguindo a própria definição esboçada por Conrad (2007), tem-se claramente neste caso um processo de medicalização, porém com conotação ética positiva.

Ponderação necessária, não apenas para reduzir a carga de afetos aversivos sobre o conceito, mas para balizar que não se trata aqui de assumir uma visão maniqueísta em relação à medicalização. Trata-se, ao contrário, de concebê-la como um processo social, explicitar e questionar sua possível produtividade e contraprodutividade como estratégia preventiva, no caso aqui abordado, da PrEP. O exercício feito a partir dos dados do campo de pesquisa consistiu em analisar a relação da medicalização preventiva do hiv/aids e sua possível produtividade e contraprodutividade. A criticidade dos estudos da medicalização nos ajudou a elucidar tal ponto. Como nos casos do início da epidemia tínhamos no caso da PrEP uma medicalização com contornos éticos positivos? Pergunta difícil de responder neste momento, mas que vale a pena ser mantida para nos orientar nessa trajetória.

Um dos pontos dessa análise será problematizar a contraprodutividade da PrEP. A contraprodutividade de um recurso envolve a ideia de uma ferramenta que passa a produzir efeitos paradoxais, operando contra o objetivo implícito de sua função, exigindo por consequência mais ações externas ao indivíduo a fim de mitigar efeitos adversos da própria intervenção (Illich, 1975; Tesser, 2006).

No tocante à PrEP, quando se inicia o uso do fármaco gera-se por consequência obrigatória que o sujeito passe a realizar trimestralmente sorologia de todas ISTs, monitorar no mesmo prazo a função renal e a densidade óssea (em alguns casos), tomar todos os dias a medicação e ser acompanhado clinicamente para controlar os possíveis efeitos adversos como os problemas gastrointestinais. Estes poderiam ser alguns exemplos da contraprodutividade. Todavia ao discutirmos a contraprodutividade, essa não deve se limitar a esfera das iatrogenias clínicas.

Temos no "pacote PrEP" mudanças de rotina e de comportamentos e um nítido efeito sociocultural quando a intervenção é pensada como política pública

selecionando grupos específicos. Trata-se de um recurso que promete uma maior liberdade sexual e ampliação do prazer e cria, pela primeira vez no discurso da biomedicina, a possibilidade do sexo sem a camisinha como algo factível e seguro em se tratando da infecção pelo hiv. Todavia, estamos falando de uma liberdade mediada por uma pílula. Aqueles que desejam “*gozar sem a capa*” deverão utilizar uma outra capa - uma capa invisível, *química* e até o momento, de uso diário para garantir sua eficiência. Ao pensarmos as iatrogenias no âmbito cultural e social em sua potencialidade de produzir dependência, destituindo as respostas dos sujeitos pelas estratégias biomédicas, devemos nos perguntar: existiriam iatrogenias socioculturais a partir do uso do fármaco? Como podem ser identificadas?

O campo entre normal e patológico, mais uma vez, torna-se tênue: por "decisão autônoma", passa-se, a partir da autopercepção de risco, a tomar diariamente um antirretroviral. A ironia poderia nos impelir para a pergunta: para que tomar um antirretroviral diariamente como preventivo para não ter que tomar um antirretroviral diariamente? Sabemos, é claro, que no primeiro caso existe a possibilidade de abandono do uso sem graves consequências, ao passo que no segundo caso, abandonar o uso da medicação já estando infectado pode agravar os efeitos da infecção. Todavia, a pergunta irônica nos serve para direcionar que estamos diante uma política de prevenção fundamentalmente centrada no indivíduo. Opera-se o apagamento entre cura e prevenção, sob o mantra da responsabilização e da autonomia. Assim, a incorporação acrítica da perspectiva do “alto risco” passa a converter grande número de não infectados em “crônicos potenciais”, desencadeando intervenções em assintomáticos, os tornados *sujeitos biomedicalizados* e expostos a maior potencial de danos da ação clínico-sanitária (Tesser; Norman, 2016).

Ao pensar a contraproduktividade do recurso, nossa análise não pode obliterar a lógica neoliberal da prevenção que está em jogo. Temos forjados sujeitos dotados de um senso de escolha e responsabilidade por sua saúde, ao mesmo tempo em que se vende uma ideia de controle, segurança e proteção. Promete-se um gozo livre longe da sombra do hiv, desde que, diariamente se tome o antirretroviral e compareça regularmente ao serviço de saúde para exames rotineiros e relato para o profissional da saúde dos tipos de práticas e número de parcerias sexuais. Direcionar o olhar para tal perspectiva não significa fazer a crítica pela crítica, mas abrir a discussão para dúvidas como: se uma das premissas é trazer para os sujeitos usuários uma maior

liberdade sexual estaria o próprio dispositivo limitando e escamoteando essa almejada liberdade?

A radicalização dos processos de medicalização nas últimas décadas indica que não podemos nos furtar de explicitar a dimensão econômica envolvida ao se falar da medicalização. O processo de transformar pessoas não infectadas pelo hiv em crônicos já é ponto bem discutido no campo. Essa possibilidade amplia significativamente o mercado das empresas farmacêuticas, que operam pela estratégia biomédica de reduzir os limites do "normal" para escalonamentos de risco como baixo, médio e alto, possibilitando estratos distintos para a intervenção e seus produtos. O cenário se torna mais complexo quando se observa o fenômeno do *disease mongering* (Moynihan, 2006; Tesser; Norman, 2016), fenômeno que constela o saber clínico biomédico e farmacológico com a produção de pesquisas direcionadas aos interesses dos grandes complexos econômicos da saúde, que passam a produzir uma mercantilização de doenças via manipulação do saber científico médico-especializado e da percepção social, individual e de profissionais da saúde, tornando torpe os limites fluidos entre a saúde e a doença.

Nesse cenário, criam-se doenças novas e aumenta-se o escopo de doenças velhas elevando, logicamente, o número de pessoas dependentes dos artefatos de saúde. Esse movimento é perceptível também na "reciclagem dos fármacos", quando muitos medicamentos que foram aprovados pelos órgãos regulatórios para determinadas funções são "relançados" no mercado para outras finalidades, sendo o direcionamento dos produtos para práticas preventivas um importante filão de mercado (Spink; Camargo, 2014).

No caso da PrEP, é nítida tal dinâmica. Críticas feitas ao laboratório Gilead quando esse lançou o Truvada como técnica preventiva iam nesse sentido, ao argumentarem que, com o surgimento de novos antirretrovirais por outras farmacêuticas, o mercado de consumidores de pessoas vivendo com hiv do laboratório reduzia-se, sendo a tentativa de ampliar o uso para soronegativos uma importante saída para recuperação econômica da empresa (Spieldenner, 2016).

Fatos como esses tornam evidente, como argumenta Tesser (2006), o aspecto de ser a biomedicina indispensável e necessária e, simultaneamente, inadequada e perigosa, uma vez que sua prática social, relativamente homogênea, é fortemente iatrogênica no âmbito social e cultural, com um efeito difuso e nocivo diminui o potencial cultural das pessoas para lidar autonomamente com situações de

sofrimento, enfermidade, dor e morte; o que se intensifica, quando o empreendedorismo farmacêutico de medicalização passa a guiar a produção de saber técnico científico.

Diante da complexidade em que os processos de medicalização vieram se desdobrando nas últimas décadas, podemos interpretar a biomedicalização como conceituada por Clarke *et al.*, (2010) como uma radicalização e complexificação dos processos de medicalização, via entrada de novos atores e processos, passando o fenômeno da biomedicalização ser constituído por vários níveis e camadas.

Os autores destacam cinco processos interativos chaves, produtores do fenômeno da biomedicalização e produzidos através dela: (1) a reconstituição econômica política do vasto setor de biomedicina; (2) o foco na saúde em si e a elaboração de biomedicinas de risco e vigilância; (3) a natureza cada vez mais tecnológica e científica da biomedicina; (4) transformações em como os conhecimentos biomédicos são produzidos, distribuídos, consumidos, e no gerenciamento de informações médicas; e (5) transformações de corpos para incluir novas propriedades e a produção de novas identidades tecnocientíficas individuais e coletivas (Clarke *et al.*, 2010).

Os dois últimos elementos destacado pelos autores merecem nossa atenção em especial, uma vez que, um dos pontos fundamentais da captura via biomedicalização é que não se visa mais apenas ao trabalho de marketing direcionado aos profissionais de saúde como classicamente ocorria nos consultórios médicos, mas a todos possíveis consumidores. As transformações em como os conhecimentos biomédicos são produzidos e sua relação com o complexo médico-farmacêutico podem ser bem compreendidas quando analisamos o fenômeno do *disease mongering*, mas o processo de distribuição e gerenciamento desse saber produzido para os sujeitos consumidores necessita de uma análise mais aprofundada, assim como, a produção de subjetividade a partir de tal dispositivo. Sendo ambos pontos nosso principal interesse na análise da biomedicalização envolvendo a PrEP (Moynihan, 2006, Tesser; Norman, 2016).

O *sujeito somático* de hoje, se quisermos utilizar o termo de Rose (2016), não é o mesmo daquele ao qual Illich (1975) fez sua crítica ao campo da biomedicina. Embora sua perspectiva ainda seja atual em muitos aspectos, estamos pensando em um sujeito conectado em redes de informação muitas vezes difíceis de mapear. O "poderio biomédico" agora é também digital - o marketing se complexificou, os

agenciamentos envolvendo o uso ou não de um fármaco perpassam por micropolíticas muitas vezes imperceptíveis em nossas análises. O *sujeito somático* é medicalizado porque deseja ser e, embora possamos fazer uma arqueologia psicanalítica acerca desse desejo, trata-se de um fato posto: seja um desejo individual ou coletivo temos a necessidade recorrente de evitar a dor o mais rápido possível e maximizar o prazer e a vida, e, para isso, nada mais viável que uma “boa pílula”.

No trabalho de entender essa produção desejante, ao lançar mão da ideia de *educar o consumidor* para evitar riscos de adoecer, Iriart e Merhy (2017) apontam não para uma estratégia nova, mas para algo que se concretiza com o surgimento das redes digitais ganhando contornos mais significativos. Tal modelo, em consonância com a tendência de privatização global da saúde representada pela concentração do setor nas mãos de grandes corporações e a crescente mercantilização maciça de seus produtos e serviços, indicam que essa pedagogia da saúde também evoluiu em suas estratégias, vindo em consonância com a definição de biomedicalização de Clarke *et al.* (2010). A análise das técnicas utilizadas para *educar o consumidor indica que estas* assumem os mesmos atributos dos aspectos produtivos da biomedicalização, constituindo um processo social difuso com inúmeras frentes de ação e perpassando várias práticas culturais.

O processo de biomedicalização em sua complexidade de camadas nos produz a sensação de ser hoje a medicalização algo extremamente pulverizado no tecido social. As transformações de corpos para incluir novas propriedades e a produção de novas identidades tecnocientíficas individuais e coletivas (Clarke *et al.*, 2010) devem ser um aspecto examinado com atenção, os elementos da propaganda e os recursos tecno digitais utilizados para atingir o maior número de consumidores dividem agora o poder com complexo biomédico, um setor que se transformou a partir da produção desejante que agora pode ser quantificada e operacionalizada em logaritmos e, não menos importante, embalada em lindas embalagens, sendo a mais utilizada, o pacote do prazer e da vida em sua máxima potência.

O processo de biomedicalização em sua complexidade de camadas nos produz a sensação de ser hoje a medicalização algo extremamente pulverizado no tecido social. As transformações de corpos para incluir novas propriedades e a produção de novas identidades tecnocientíficas individuais e coletivas devem ser um aspecto examinado com atenção, os elementos da propaganda e os recursos tecno digitais utilizados para atingir o maior número de consumidores dividem agora o poder

com complexo biomédico, um setor que se transformou a partir da produção desejante que agora pode ser quantificada e operacionalizada em logaritmos e ,não menos importante, embalada em lindas embalagens, sendo a mais utilizada, o pacote do prazer e da vida em sua máxima potência (Clarke *et al.*, 2010).

As estratégias da indústria farmacêutica para dirigir suas mensagens para o público têm implicações muito mais profundas em nossas sociedades, uma vez que estão inscritas em processos de criação de novas subjetividades que radicalizam o alcance da medicalização. Ferramentas pedagógicas para ensinar aos consumidores e futuros pacientes a influenciar os médicos e outros profissionais de saúde a prescrever o "produto desejado", é cada vez mais comum. O novo paciente/consumidor, além de chegar no consultório com um diagnóstico prévio (feito muitas vezes com a ajuda de sites patrocinados por empresas farmacêuticas que, além de elencar os sinais e sintomas, sugerem os melhores fármacos), já adentram ao espaço da clínica com um mandato internalizado de controle e autovigilância. Nesse novo cenário o médico é apenas um balizador e prescritor de um processo de subjetivação já estabelecido na anterioridade da clínica feito, muitas vezes, por um regime de propagandas essencialmente difusos (Iriart; Merhy 2017).

As alterações subsequentes na legislação americana nos últimos anos passaram permitir a propaganda direta de medicamentos aos consumidores, inclusive aqueles que necessitavam de prescrições, desapareceu em termos de propaganda, o que seria medicação de venda livre (*over the counter*) e a que dependia de prescrição (Camargo, 2014). Movimento que vem em consonância com a assertiva de Angell (2005) de que o principal gasto no orçamento dos grandes laboratórios é com marketing, sendo inclusive outras rubricas como a de pesquisas e educação em saúde nada mais que braços disfarçados da propaganda institucional.

O aspecto difuso de tais estratégias nos permite pensar várias frentes de problematizações. No caso da PrEP, a estratégia utilizada é que o usuário em potencial já chegue ao serviço de saúde desejando o recurso. Os profissionais de saúde, nesse contexto, tornam-se reguladores e distribuidores do uso. No âmbito dessa difusão do desejo pelo fármaco, aplicativos de encontro gay que operam por georreferenciamento são um dos recursos utilizados, selecionando os grupos no território mais suscetíveis a receberem as propagandas direcionadas da PrEP.

Para além disso, como analisamos anteriormente, os critérios de indicação ao medicamento são amplos e genéricos, sendo que a triagem via protocolo clínico

converte grande parcela da população em candidatos potenciais, em conformidade com a perspectiva do *disease mongering* (Moynihan, 2006, Tesser; Norman, 2016). Todavia, quando analisamos especificamente a propaganda direcionada à comunidade LGBTQIA+ percebemos uma ampliação ainda maior. Em uma das propagandas oficiais do governo, por exemplo, distribuídas via folhetos impressos pelo Ministério da Saúde, intitulada “*Você conhece a PrEP?*” apresenta-se brevemente o recurso e seu funcionamento, seguido do subtítulo: *Quem pode usar a PrEP?* Neste item, além dos critérios indicativos estabelecidos no protocolo oficial, é apontado algo curioso: “*Se você não souber se sua parceria sexual tem HIV, mas sabe que ele(a) **pode ter práticas de risco** (por exemplo, faz uso de drogas ou tem **relações sexuais com outras pessoas, além de você.**) **Você deve considerar usar a PrEP.** (...) Procure a lista de serviços que oferecem PrEP*” (Brasil, 2017, p.1 grifos nossos).

Em tal abordagem, se estabelece como possível critério em termos discursivos para o uso uma alusão a infidelidade, aproximando a desconfiança do parceiro sexual como risco de infecção, tornando a PrEP um recurso efetivo e protetivo para o risco de uma suposta infidelidade. Poderíamos jocosamente dizer ao observar esse deslize de uso do recurso que a PrEP estaria aqui direcionada para mais um nicho de mercado: àqueles que, mesmo estando em uma parceria fixa, temem a infidelidade. O caso aqui não é novidade. A ampliação de mercado de consumidores e estratégias de marketing farmacêutico que visam à interiorização do medo/risco fazem parte do arsenal de recursos utilizados, sempre, é claro, devidamente justificados pela preocupação de uma saúde plena.

Os pontos desenvolvidos até então caracterizam uma perspectiva da medicalização ou, se preferirmos, da biomedicalização (Clarke *et al.*, 2010), como um processo social marcado pelo acento crítico, seja em relação ao mercado farmacêutico e à produção do saber biomédico, ou, mesmo, a lógica neoliberal desse modelo preventivo, o que nos direciona olhar para os processos de medicalização envolvendo a PrEP em sua perspectiva de controle, sujeição e lucro. Todavia, outros caminhos devem também ser percorridos. Vimos a partir dos conceitos de *cidadania biológica* (Rose, 2016) e *biossociabilidades* (Rabinow, 1996), alguns tensionamentos que nos permitem pensar os processos de medicalização envolvendo a PrEP para além das análises postas.

Vivemos uma política vital que anuncia uma *ética somática* (Rose, 2016), na qual a escolha por parte dos sujeitos das tecnologias biomédicas a serem empregadas para sua saúde-doença, ou ainda para sua potencialização de vida, desembocam-se na esfera do indivíduo, de suas escolhas e responsabilidades. A perspectiva crítica ajuda-nos a entender que antes dessa escolha por parte do indivíduo ser realizada, existe um campo de dispositivos e agenciamentos condicionando o processo.

É notório que as pessoas estão sendo cada vez mais estimuladas a tornarem-se consumidores ativos e responsáveis dos serviços e produtos ofertados pelo campo da biomedicina, levando-nos a problematizar a medicalização em sua potencialidade construtora, seja de novas identidades, ou mesmo, de modelos emergentes de sociabilidades e engajamentos políticos.

Para Rose (2016), a *cidadania biológica* é tanto individualizadora como coletivizadora. É individualizadora à medida que as pessoas gestam e organizam suas relações consigo mesmas em termos de conhecimento de sua individualidade somática. Um regime do si mesmo que se estrutura a partir das imagens biológicas, explicações científicas sobre suas dores e enigmas, conhecimento que permite valorar e julgar, linguagem que modela ativamente o curso da vida mediante atos de escolha. Trata-se de uma responsabilidade ética a partir dos saberes produzidos. Mas a cidadania biológica teria também, um aspecto coletivizador, entendida por movimentos sociais que se organizam a partir de uma materialidade somática partilhada, muitas vezes a partir da expansão do discurso biomédico no campo social, constituindo agrupamentos biossociais, coletivos formados em torno de uma concepção biológica, de uma identidade partilhada.

Para Rose (2016), a *cidadania biológica* é tanto individualizadora como coletivizadora. É individualizadora à medida que as pessoas gestam e organizam suas relações consigo mesmas em termos de conhecimento de sua individualidade somática. Um regime do si mesmo que se estrutura a partir das imagens biológicas, explicações científicas sobre suas dores e enigmas, conhecimento que permite valorar e julgar, linguagem que modela ativamente o curso da vida mediante atos de escolha. Trata-se de uma responsabilidade ética a partir dos saberes produzidos. Mas a cidadania biológica teria também, um aspecto coletivizador, entendida por movimentos sociais que se organizam a partir de uma materialidade somática partilhada, muitas vezes a partir da expansão do discurso biomédico no campo social,

constituindo agrupamentos biossociais, coletivos formados em torno de uma concepção biológica, de uma identidade partilhada.

Tanto no caso dos antirretrovirais para epidemia de hiv/aids como no seu uso profilático via PrEP, tal cidadania biológica pode ser identificada no percurso histórico, para além do questionamento das relações do ativismo com o mercado, não podemos obliterar essa perspectiva produtora da medicalização, na qual sujeitos assentados em uma ética somática reivindicam as tecnologias e artefatos biomédicos, agenciados pelo prisma da justiça e do direito ao acesso. No caso da PrEP, a reivindicação é sobre o direito à liberdade de escolher os meios mais adequados para o exercício das sexualidades, direito de usar um outro recurso além do preservativo, o que é sintetizado na reivindicação pelo direito ao sexo sem medo via uso de um fármaco (Bastos, 2014).

A cidadania biológica articula laços entre a medicalização da vida e a dignidade humana. Este tipo de cidadania compreende diferentes ideias acerca dos direitos biológicos do cidadão, nos quais se inserem uma reorganização das relações entre os indivíduos e as autoridades biomédicas, produzindo uma nova normatividade sanitária e preventiva, considerando que no seu cerne está a defesa de intervir livremente no próprio corpo.

No caso específico da aids, mas não apenas, aprendemos com Sontag (2007) que as doenças, morbidades e infecções não se restringem a investigações laboratoriais, ensaios clínicos, protocolos de diagnóstico, inovações terapêuticas e estudos epidemiológicos restritivos. Quando adquirem um nome e assumem significados, as doenças desdobram signos e percepções culturais arraigadas, manifestando-se nas vidas particulares de indivíduos, que, diagnosticados, adquirem uma outra “cidadania”, o que seria definido por Rose (2016) como cidadania biológica.

Neste sentido, a *Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS* (ABIA) desempenha papel de destaque tanto na produção de informação como espaço de ativismo envolvendo os temas e políticas relacionados ao acesso dos antirretrovirais, o que poderíamos chamar de uma cidadania construída a partir da compreensão do acesso aos recursos biomédicos como direito. No cenário nacional, a ABIA apresenta-se como um ponto de resistência, *advocacy*, e produção de modelos de sociabilidade e identidades no contexto do enfrentamento do hiv/aids, um dentre vários espaços de sociabilização criados a partir de um dado processo de medicalização.

A aids e sua rápida resposta medicalizadora produziu comportamentos e identidades, dando sequência a processos intrincados e complexos de negociação entre os diversos segmentos direta ou indiretamente associados à doença em questão. O que nos aproxima da perspectiva de Rosemberg (1992) a qualificar as doenças diagnosticadas pelo regime biomédico como “atores sociais”, na medida em que nomeadas e definidas, passam a atuar como fatores estruturantes de circunstâncias sociais.

Todavia, o discurso científico biomédico envolvendo a doença e sua prevenção não se dá nas comunidades de sociabilidades de forma pacífica, mas envolve disputas de sentido, conflitos e oposição de interesses dos vários coletivos que competem por autoridade e legitimidade no discurso sobre a doença e seus recursos. A partir da medicalização da epidemia vivenciaram-se significativas inflexões no modo como os “pacientes” e ativistas participam de definições e enunciados de modo que o discurso científico não foi acolhido de forma passiva. Os componentes morais nele presentes foram recorrentemente explicitados e denunciados (ABIA, 2018).

A partir dos tensionamentos abordados aqui, podemos pensar a medicalização a partir de dois juízos de valor: em seu aspecto contraprodutivo, iatrogênico clínico, social e cultural; e no aspecto concernente a um campo de reivindicação de direitos sexuais e acesso a recursos, ressignificações do campo científico por comunidades de biossociabilidades co-produzidas por ela. Vista por essa segunda perspectiva, a PrEP, sintetiza o direito a uma sexualidade mais plena e satisfatória, configurando uma ascese contemporânea da medicalização marcada pelo ideal bio-político de cidadania biológica.

5.2 CAPITALISMO FARMACOPORNOGRAFICO: ENTRE O DESEJO E O PODER

Até aqui percorremos um caminho que nos indica necessidade de pensar o panoptismo de forma mais complexa, afinal, se o panóptico ainda funciona no século XXI, é porque nós desejamos engolir tudo em nome da saúde. Nos parágrafos abaixo problematizamos essa questão em sua relação com o sexo, explicitando que a trajetória do biopoder visita outros caminhos. O sexo hoje é mediado não apenas pelos produtos farmacêuticos, mas também pela pornografia e pela proliferação de tecnologias para acessá-lo. Estamos falando de um biopoder que não foca apenas no

controle de várias populações através da medicina, mas também a partir de uma gestão ativa incitando o desejo erótico. Todavia, o objetivo não é a produção de mais prazer, mas o controle da produção de subjetividade por meio do gerenciamento do circuito de excitação e frustração (Dean,2015).

Para além do substrato material de um fármaco, temos a pornografia em sua potência de proporcionar satisfação frustrante. Longe de um pretense moralismo, afinal desse já estamos saturados, impõe-se a constatação que nosso sexo é hoje hiper mediado por tecnologias, sejam elas pornográficas ou farmacêuticas. Luxúria e poder biomédico de mãos dadas, agora queremos engolir o poder, mesmo que tenha efeitos colaterais, afinal o prazer é o idealizado objetivo. Nesta trama, o poder funciona, provocando um investimento libidinal que nos encoraja a sentir nossa mais profunda satisfação em aceitá-lo. Longe de imposto, é desejado (Dean,2015).

Entendemos aqui pela dimensão pornográfica não apenas a materialidade de seus produtos eróticos, mas também sua lógica. A fim de avançarmos na reflexão, tomemos como ponto de inflexão as propagandas preventivas do hiv/aids. Um direcionamento que vem ganhando cada vez mais espaço nas propagandas de prevenção nacionais e internacionais é a ideia de erotizar as estratégias preventivas para que possam ser incorporadas de fato à cena sexual. Isso já ocorre com os preservativos e, com a PrEP, a estratégia vem sendo a mesma. Tal direcionamento é encontrado nas diretrizes de trabalho do próprio grupo de técnicos do ministério da saúde, encontrando recomendações do tipo: “(...) é tão óbvia a necessidade de se trabalhar aspectos da sexualidade no diálogo para a oferta do preservativo, também é importante “sexualizar” a intervenção com medicamentos” (Adamy; Casimiro; Benzaken, 2018, p. 48).

Tal estratégia é recorrentemente percebida nas propagandas – a Figura 7 que abre a seção do capítulo anterior ilustra um exemplo deste tipo. Toda imagética é pensada para aproximar o recurso preventivo do contexto da prática sexual e, para além de me reconhecer em risco, eu devo também associar o uso da PrEP com uma ampliação do prazer.

Para adentrarmos a esse domínio a compreensão do *capitalismo farmacopornográfico* é o ponto de partida. Debrucemo-nos, portanto, em analisar uma das radicalizações do processo de medicalização a partir da perspectiva econômica, na qual o desejo se inscreve de forma constitutiva. Trabalharemos o conceito de *capitalismo farmacopornográfico*, desenvolvido pelo filósofo espanhol Paul B.

Preciado, em especial no livro *Testo Junkie: Sexo drogas e biopolítica na era farmacopornográfica* (2018). Uma obra que pode ser interpretada tanto como uma cartografia teórica, com significativa consistência analítica, como também um relato literário e autobiográfico da experiência do autor em sua transição de gênero com o uso de testosterona. Identificamos a tentativa de Preciado (2018) como audaciosa em esboçar um novo mapeamento das transformações da produção industrial durante o último século, usando como eixo a gestão política e técnica do corpo, do sexo e da sexualidade. Nesta perspectiva, seria filosoficamente relevante realizar uma *somatopolítica* da economia mundial. Depois dos regimes escravistas e industrial, no pós guerra se estabelece um novo regime do ser vivo.

O regime farmacopornográfico, estruturado a partir de dois polos que funcionam mais em convergência do que em oposição: a farmacologia (tanto legal quanto ilegal) de um lado, e a pornografia, de outro.

Compreende-se que, historicamente, a segunda guerra mundial foi o melhor laboratório para moldar o corpo, o sexo e a sexualidade, a partir daí, progressivamente, emerge-se um saber técnico altamente capacitado para produção e controle de subjetividades sexuais. Em 1941, as primeiras moléculas naturais de progesterona e estrogênio foram obtidas, seguidas rapidamente dos hormônios sintéticos. A partir da disseminação da pílula anticoncepcional que alterou radicalmente os padrões da sexualidade heterossexual com a criação do *Enovid* em 1957 e sua regulamentação quatro anos depois, o que o autor chamará de "criação do complexo industrial sexo-gênero" (Preciado, 2018, p.30). Pouco tempo após a pílula chegar ao mercado, tornava-se seus componentes, as moléculas farmacêuticas mais usadas na história da humanidade.

Na obra mencionada, a perspectiva de gênero assumida pelo autor distancia-se das análises clássicas. Para Preciado (2018), a problemática do gênero não nasceu da crítica feminista, mas foi gestada nos laboratórios do *farmacopornismo* da corrida tecnológica da Guerra Fria, ainda nos anos 40. Apontando a gênese da problemática para situar o quadro atual das discussões. Para o autor, o grande desafio que temos pela frente é pensar o lugar das tecnologias de gênero que codificam, decodificam, programam e desprogramam, que são sintéticas, maleáveis, suscetíveis de serem transferidas, copiadas, produzidas e reproduzidas tecnicamente pelos sexos e gêneros dos "bio" e "tecno" sujeitos (Camargo; Rial, 2019).

Seguindo a trilha foucaultiana de ser o sexo, o gênero, a sexualidade e o prazer objetos de gestão política da vida, ou seja, novos sistemas de controle social. Esses novos sistemas passam a ganhar novas roupagens com as novas dinâmicas do tecnocapitalismo avançado, da mídia global e das biotecnologias. Nesse contexto, o corpo farmacopornográfico do século XXI não é dócil. É, na verdade, uma *interface tecnoorgânica*, segmentada e habitada por distintos modelos políticos. Trata-se de um novo tipo de "governabilidade do ser vivo". E aqui a promessa biopolítica de governar corpos livres identificadas por Foucault é plenamente realizada, sendo a pílula o protótipo desta passagem, de um modelo disciplinar para um regime farmacopornográfico (Preciado, 2018).

Neste regime, sem perder nenhuma eficiência do modelo anterior, a escala do panóptico se reduz a *“uma tecnologia biomolecular que pode ser consumida individualmente e introduzida por orifícios corporais. Na era farmacopornográfica, o corpo engole o poder”* (Preciado, 2018 p. 223). Mais que isso, seria uma forma de controle ao mesmo tempo democrática e privada, ingerível, bebível, inalável e de fácil administração, cuja administração pelo corpo social nunca foi tão rápida ou tão indetectável. Na era *farmacopornográfica*, o biopoder reside em casa, dorme conosco, habita dentro. Ao analisarmos a PrEP, a pontuação feita pelo autor é fundante para nossa perspectiva:

Poderíamos ceder à tentação de representar esta relação[corpo-poder] de acordo com um modelo didático de dominação/opressão, como se fosse um movimento unidirecional em que o poder líquido miniaturizado do lado de fora, se infiltra no corpo obediente dos indivíduos. Mas não. Não é o poder infiltrando a partir do exterior, é o corpo desejando poder, procurando engoli-lo, comê-lo, administrá-lo, mais sempre mais, através de cada cavidade, por todas as rotas possíveis de aplicação (Preciado, 2018, p. 223).

Ao trazer a dimensão do desejo para a discussão é necessário apontar dois elementos. O primeiro é que trata-se de um desejar embalado em tecnologias de subjetivação. E segundo, podem estar relacionados com a perspectiva de uma "servidão maquínica", conceito elaborado por Deleuze; Guatarri (2006) e Lazzarato (2008), funcionamento que consiste:

Na mobilização e modulação de componentes pré individuais pre-cognitivos e pré verbais de subjetividade, causando afetos, percepções e sensações ainda tidas como não individuais ou não atribuídas a um sujeito, para funcionar como engrenagens e os componentes de uma máquina. Enquanto a sujeição diz respeito a selves sociais ou pessoas globais, aqueles altamente

manipuláveis, molares e de representação subjetivas, a servidão maquínica, conecta elementos interpessoais e infra sociais, graças a uma economia molecular do desejo que é muito mais difícil de manter dentro das relações sociais estratificadas, e estes são os elementos que mobilizam sujeitos individualizados. Servidão maquínica não é, portanto, a mesma coisa que sujeição social. Se a última apela para a dimensão das grandes massas, a servidão, ativa a sua dimensão molecular, pré individual, pré verbal, pré social (Preciado, 2018 p.222 *apud* Lazzarato, 2008).

Assim, ao discutirmos nosso objeto de pesquisa, ou seja, as políticas de subjetivação em usuários da PrEP, parece-nos que seria prudente não focarmos apenas nas linhas duras de estratificação como delineadas no capítulo primeiro deste projeto, mas também nas linhas de maleabilidade. Seria ali que a servidão maquínica estaria a pleno funcionamento. Para seguirmos na direção dessa micropolítica retomemos a elaboração inicial de ser a PrEP um novo controle microprotético (Preciado, 2016) que opera o deslocamento gradual do dispositivo sexopolítico disciplinador, em direção a novas técnicas farmacopornográficas. Assim, a PrEP funciona de forma muito parecida com a pílula, um dispositivo microprotético do capitalismo farmacopornográfico que enseja tanto a liberdade como o controle num único comprimido.

Ao discutirmos essas novas próteses do biopoder, percebemos uma aproximação de Preciado (2018) do que seria o *tecnopoder* elaborado por Donna Haraway (1991) em seu célebre texto: *A Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late Twentieth Century*. A tentativa é pensar a partir de Foucault, mas indicar aquilo que iria além do biopoder formulado pelo filósofo, afinal a modernidade nos desvela um tipo de corpo que seria em realidade um *tecno-corpo*, entrecortado por milhares de fibras óticas, *pixels* e nanômetros. O tecnopoder engloba tanto a biopolítica (poder de controle e produção da vida) como a tanatopolítica (política de controle e gestão da morte), funcionando ambas modalidades como farmacopornopolíticas: gestões planetárias da *potentia gaudendi* (força orgástica), entendida como potência real ou virtual de excitação total de um corpo (Preciado, 2018).

Neste modelo do tecnocorpo, somos confrontados com um "tipo de capitalismo que seria quente, psicotrópico e punk" (Preciado, 2018 p.36). Essas transformações recentes impõem um conjunto de dispositivos micro protéticos de controle da subjetividade por meio de novos protocolos técnicos biomoleculares e multimídia. Assim, o autor realiza um minucioso detalhamento histórico do que seria

o capitalismo farmacológico, que não temos aqui a pretensão de reproduzir e abarcar todos elementos, mas podemos focalizar em alguns dos indicadores que surgem a partir do capitalismo pós industrial, global e midiático.

Ao falar, portanto, desse capitalismo farmacopornográfico estamos nos referindo aos processos de governo biomolecular (fármaco) e semiótico técnico (pornô) da subjetividade sexual. Tal funcionamento, apesar de ter as raízes na sociedade científica colonial do século XIX, os vetores econômicos do regime farmacopornográfico permanecem invisíveis até o final da segunda guerra mundial, quando passam na segunda metade do século XX a serem materializados no campo da psicologia, da sexologia e da endocrinologia (Preciado, 2018).

Para o filósofo o regime farmapornográfico operaria um feedback performativo em que transforma nossa depressão em *Prozac*, nossa masculinidade na testosterona, nossa ereção em *Viagra*, nossa fertilidade ou esterilidade em *Pílula*, nossa aids em antirretrovirais, "sem que seja possível saber o que vem primeiro: a depressão ou o prozac, o *Viagra* ou a ereção, a testosterona ou a masculinidade, a *Pílula* ou a maternidade, a triterapia ou a aids (Preciado, 2018 p.36). Tal sociedade é habitada por *subjetividades toxicopornográficas*, definidas pelas substâncias que abastecem seu metabolismo, pelas próteses cibernéticas e vários tipos de desejos farmacopornográficos que orientam as ações dos sujeitos por meio dos quais eles se transformam em seus agentes. Assim, nesse feedback performativo das *subjetividades toxicopornográficas*, estamos falando de sujeitos-Prozac, sujeito-Ritalina, sujeito-Cocaína, sujeito-Viagra, sujeito-Silicone, sujeito-Hormônio, e não diferente, sujeito-PrEP.

O que se vale notar até aqui é a compreensão que nossa economia global depende da produção e circulação interconectada de materiais biológicos que, por sua vez, são moldados a partir de uma difusão global de um fluxo de imagens pornográficas e circuitos digitais de informação, produzindo capital sexual na gestão das subjetividades. Nesse aspecto é válido compreendermos o conceito de *potentia gaudendi* elaborada pelo filósofo, numa apropriação da perspectiva de potência em Spinoza. A *potentia gaudendi* entendida como sinônimo da força orgasmática, que por sua vez, não necessita ser material, pode também ser virtual, é a potência de excitação total de um corpo que é apropriada pelo capitalismo farmacopornográfico. Todavia, essa força não produz coisas, e sim ideias variadas, órgãos vivos, símbolos, desejos, reações químicas e condições de alma. "A grande sacada do negócio

farmapornográfico é a invenção de um sujeito e, em seguida, sua reprodução global” (Preciado, 2018, p38).

Em se tratando do mundo virtual, a *potentia gaudendi trabalha a todo vapor*. Na cibereconomia, a indústria pornográfica é grande propulsora do segmento. Há mais de 1.5 milhão de sites adultos que podem ser acessados em qualquer ponto do planeta. Dos 16 milhões de dólares anuais gerados pela indústria do sexo, boa parte é proveniente dos portais pornôs. A cada dia 350 novos portais se abrem. Assim, “a indústria do sexo não é só o mercado mais rentável da internet: é também o modelo de rentabilidade máxima do mercado cibernético global - só comparável à especulação financeira: investimento mínimo, venda direta do produto em tempo real, satisfação imediata para o consumidor” (Preciado, 2018, p.42).

Dessa forma, a *potentia gaudendi* - o potencial excitatório de um corpo - é posta a trabalhar. Seu mote é a lógica masturbatória, sendo o grande motor do capitalismo pós fordista, o controle farmacopornográfico da subjetividade, baseado numa cadeia de excitação-frustração, passa ser o modelo da produção:

A produção farmacopornográfica define hoje uma nova era da economia política mundial, **não por sua supremacia quantitativa**, mas porque o controle, a produção e intensificação dos afetos narcossexuais **tornaram-se o modelo para todas as outras formas de produção**. Assim, o controle farmacopornográfico infiltra e domina todo o fluxo de capitais desde a biotecnologia agrária até a indústria high tech da comunicação (Preciado, 2018, p.43 grifos nossos).

Neste modelo, impõe-se uma gestão técnica do corpo, a indústria farmacopornográfica sintetiza e define um modo específico de produção e consumo, uma “temporalização masturbatória da vida” (Preciado, 2018, p.43), uma estética virtual e alucinógena do objeto vivo, via introdução de dispositivos de auto vigilância de forma imediata e ultrarápida como o fluxo de informações digitais. É neste fluxo que a *potentia gaudendi* é conclamada. O corpo não conhece sua *potentia* orgasmática até que não a coloquem para trabalhar. Ela reúne, ao mesmo tempo, as forças somáticas e psíquicas e reivindica todos os recursos bioquímicos e estruturais da mente. A *potentia gaudendi* não tem sexo, nem gênero, é uma força de transformação do mundo em prazer, mas não um prazer apenas, trata-se de um “prazer com”, algo a mais se acopla ao prazer, seja para garanti-lo ou maximizar sua performance.

Assim, no capitalismo farmacopornográfico a *potentia gaudendi* é colocada para trabalhar ao máximo de sua potência, seja pela ingestão de uma molécula química consumível, como um agente material que vai operar dentro do corpo da pessoa que está absorvendo, ou, na forma de representação pornográfica, com um signo semiótico-técnico convertido em mídia, ou, ainda, na forma de serviço sexual, neste caso, uma entidade farmacopornográfica viva. Além de ser altamente maleável, a *potentia gaudendi* não pode ser possuída ou armazenada. Ela existe unicamente como evento. É, ao mesmo tempo, a mais abstrata e a mais material das forças de trabalho. É inextricavelmente carnal e digital, “uma maravilha fantasmagórica ou molecular que pode ser transformada em capital” (Preciado, 2018).

Aproximando-se de Haraway (1991) na perspectiva de um cyborgue, Preciado, ao conceber a força gaudendi como força que se deixa transformar em capital, localiza essa, não no *bio* ou *soma*, mas sim em *tecnoeros*, no corpo tecnovivo. Argumenta:

Se os teóricos do pós fordismo estavam interessados no trabalho imaterial, no trabalho cognitivo, no trabalho não objetificável, no trabalho afetivo, nós os teóricos do capitalismo farmacopornográficos, estamos interessados no trabalho sexual como um processo de subjetivação, na possibilidade de fazer do sujeito uma reserva interminável de ejaculação planetária que pode ser transformada em abstração e dados digitais - em capital (Preciado, 2018, p.49).

Nessa perspectiva, o objetivo da crítica contemporânea deveria ser a possibilidade de revelar nossa condição de trabalhadores/consumidores farmacopornográficos. Um campo de problematização ética a ser construído. Aqui a clássica distinção aristotélica entre *zoes* e *bios*, entre vida animal desprovida de toda intencionalidade e a vida livre dotada de autodeterminação (que é substrato do governo biopolítico), deve ser atualizada. Hoje, nesse novo modelo de produção, poderíamos pensar a partir de uma vida *crua* e outra *biotecnológica*, esta última, culturalmente produzida, referindo-se a condição de vida no capitalismo farmacopornográfico.

Este capitalismo farmacopornográfico funciona graças à gestão bio midiática da subjetividade, por meio do controle molecular e da produção de conexões virtuais. A indústria farmacêutica e a indústria audiovisual são os dois pilares nos quais se apoia o capitalismo contemporâneo. Neste contexto, o desejo sexual e a doença compartilham a mesma plataforma de produção e cultivo: sem os suportes técnico, farmacêuticos e midiáticos capazes de materializá-los, eles não existem. Preciado

(2018) nos convida a comparar esses dois pilares do capitalismo farmacopornográfico para extrairmos a essência desse biocapitalismo.

A indústria farmacêutica é um dos setores econômicos nos quais os custos de pesquisa e desenvolvimento são os mais elevados, enquanto, os custos de fabricação são extremamente baixos. Diferente da indústria automobilística não há nada mais fácil que produzir um medicamento e assegurar sua síntese química em grande escala, enquanto, não há nada mais difícil e custoso do que inventá-lo. Do mesmo modo, nada custa menos, materialmente falando, que filmar um boquete ou uma penetração anal ou vaginal com uma câmera de vídeo. As drogas, como os orgasmos e os livros, são relativamente fáceis e baratos de fabricar. Difícil é sua concepção e sua disseminação política (Preciado, 2018, p.56).

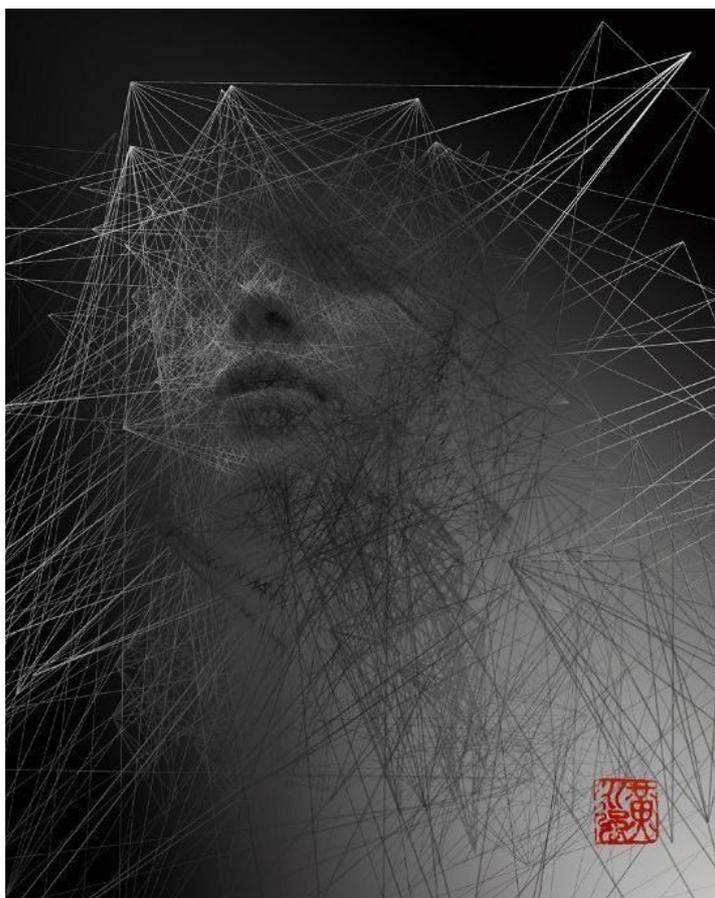
Torna-se claro que o biocapitalismo farmacopornográfico não produz coisas, mas ideias variáveis, símbolos, desejos, reações químicas e afetos. Não se trata de produzir um objeto, mas inventar um sujeito e produzi-lo em escala global, baseado na lógica masturbatória de vender a frustração e não o alívio. Cabe pensarmos, a partir daqui, como a PrEP é situada nesta dinâmica.

Seguindo a lógica acima, se pensarmos a produção da PrEP como síntese química em grande escala, assim como o produto erótico, seria algo simples e fácil, sem grandes custos e esforços de análise. Todavia, o mesmo não vale para as políticas de subjetividade produzidas a partir de tais recursos. Como nos diz Preciado (2018), difícil é pensarmos a produção desse sujeito, sua concepção e disseminação política. Por isso, retornaremos a esta análise após a escuta dos *sujeitos-PrEP*, sujeitos estes que não sabemos ao certo se foram forjados pela lógica do medo/risco pela trama de dispositivos tecno-digitais, ou mesmo, pela perspectiva de um gozo irrestrito nos circuitos materiais e técnico digitais do capitalismo farmacopornográfico. A escuta do desejo em seus agenciamentos nos dará as pistas necessárias para pensarmos a dimensão desse novo dispositivo microprotético e sua relação com as políticas de subjetivação.

6. MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

Na escritura, sou sempre ao mesmo tempo o cientista e o rato que ele destripa para estudar
Hervé Guibert¹⁹

Figura - Forming and Fragmenting



Fonte: Andre Wee

6.1 FUNDAMENTOS DA CARTOGRAFIA

Nesta pesquisa, o termo “política de subjetivação” foi concebido como o processo incessante no qual o sujeito se constitui ao estabelecer contatos com aqueles e com aquilo que o cerca. O sujeito e seus componentes (sentimentos, ideias, valores, desejos) não seriam produtos de uma essência, mas sim forjados e moldados pelo registro social, que por definição é político (Guattari; Rolnik, 1996, p. 31), e,

¹⁹ Hervé Guibert escritor e fotógrafo francês, conhecido por seus trabalhos fortemente autobiográficos, desempenhou um papel considerável na mudança das atitudes do público francês em relação à aids. (epígrafe emprestada do livro *Testo Junkie* (2018), do filósofo Paul B. Preciado, do capítulo *testogel*, na qual o filósofo narra sua transição de gênero com o uso de testosterona).

portanto, em constante devir. Como nos lembra Kastrup (2009), a subjetividade é refratária a um método de investigação que vise representar um objeto, requerendo um método que preconize acompanhar processos em curso.

Por isso, compreendemos ser a cartografia um princípio metodológico potente e em consonância com o objeto e objetivos desta investigação, definida como um estudo qualitativo, de campo, fundamentado na abordagem cartográfica crítica de Deleuze e Guattari (1995) e demais autores contemporâneos que trabalham no desenvolvimento dessa proposta metodológica. Destacamos as importantes contribuições de Suely Rolnik (1980) e Paul Preciado (2008), este último, a partir da noção de Cartografia Queer, que trouxeram importantes decodificadores dos princípios cartográficos esboçados por Deleuze e Guattari (1995) para pensar o campo de pesquisa cartográfica com “sexualidades marginais”.

Algumas pistas em termos de procedimentos e estratégias de análise foram adotadas a partir da contribuição de autores como Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana de Escóssia, a partir da publicação *Pistas do Método da Cartografia, pesquisa intervenção e produção de subjetividade* (2005), obra essa que trouxe para a literatura nacional e para a pesquisa no campo das subjetividades potentes ferramentas de trabalho, subvertendo canones metodológicos postos, ao passo que apresentava com rigor estratégias de trabalho inventivas.

Primeiramente tecemos as balizas conceituais e epistêmicas do método, sintetizando conceitos e fundamentos que serão empregados na construção dessa proposta. Posteriormente, apresentamos o desenho da pesquisa, contemplando os procedimentos de “colheita” dos dados, bem como, o modelo lógico empregado para a análise dos resultados emergentes da elaboração teórica e do trabalho de campo.

O primeiro aspecto a ser elucidado é a compreensão de ser a Cartografia uma abordagem que se propõe a mapear *processos e movimentos de poder* a fim de dar visibilidade às linhas de força e relações que compõem um dispositivo. Com isto, o método coloca-se como estratégia de enfrentamento, a partir da análise e desmontagem, dos dispositivos de poder (Deleuze; Guattari, 1995). Na proposta cartográfica mais importante que representar os objetos é acompanhar suas multiplicidades, apontando para os modos como se constituem, ou seja, mais importante que o produto final é a descrição densa da trajetória, o que sintetiza a crítica deleuziana ao modelo do conhecimento como representação.

Estamos referindo-nos a uma abordagem metodológica que não visa em si a construção de mapas geográficos, como em uma primeira análise poderia sugerir, uma vez que, se toma o termo de empréstimo do campo da geografia. A cartografia referida aos estudos das ciências sociais e humanas é mais que mapeamento físico, trata de mapear a dinâmica de movimentos, relações, jogos de poder, enfrentamentos entre forças, lutas, jogos de verdade, enunciações, modos de objetivação, de subjetivação, de estetização de si, práticas de resistência e de liberdade. Apresenta-se com estratégia de análise crítica e também, ação política, possibilitando a construção de um olhar crítico que acompanha e descreve relações, trajetórias, formações rizomáticas e a composição de dispositivos, apontando as possíveis linhas de fuga, ruptura e resistência (Prado Filho; Teti, 2013).

A escolha por esse caminho implica construir uma proposta metodológica não focalizada na delimitação de procedimentos fechados, mas sim, que esteja aberta às possibilidades emergentes do campo e da vivência do pesquisador, constituindo assim, um método processual, inventivo e que tenha por objetivo o acompanhamento de processos. Para tanto, é importante compreender a reversão metodológica operada pela cartografia. Nas palavras de Passos, Kastrup e Escócia(2009), trata-se do movimento de transformação do *metá-hódos* para *hódos-metá*. Não mais um caminhar para alcançar metas prefixadas (*metá-hódos*), mas o primado do caminhar que traça, no percurso suas metas, constituindo um *hódos-metá*. Essa inversão operada na cartografia colocando a ênfase no devir, aponta-nos para a importância central da análise de implicação dos envolvidos na investigação, bem como, a vivência ética do modelo rizomático em todas as etapas da pesquisa (Deleuze; Guattari, 1995). Mas o que nos quer dizer esses filósofos ao falarem de um modelo rizomático?

Seguindo Deleuze e Guattari (1995) os fundamentos para respondermos a essa indagação pode ser pensada a partir dos princípios rizomáticos. A imagem que abre esta seção *Forming and Fragmenting* do artista Andre Wee, representa algo próximo do que poderia ser o rizoma. Emaranhado e teia de linhas que se agrupam em determinados pontos, mas que por sua vez, buscam de forma desconectada outras conexões. Em oposição ao modelo de raiz da árvore que se aprofunda de forma pivotante em busca de uma origem, o rizoma ramifica-se em múltiplas direções e cresce de acordo com as conexões que se realizam, ligando um ponto qualquer a outro ponto qualquer. Assim, no modelo arborescente se procede por “hierarquias sucessivas, a partir de um ponto central ao qual remete cada elemento local. Os

sistemas em rizoma, ao contrário, podem derivar-se infinitamente, estabelecer conexões transversais sem que se possa centrá-los ou cercá-los” (Guattari; Rolnik, p.387). Temos a partir da perspectiva cartográfica um modelo que se encontra no meio, no entre, produzindo novos e múltiplos agenciamentos, remetendo-nos à ideia de conectividade, multiplicidade e heterogeneidade dos processos investigados.

Esse modelo rizomático aponta-nos para uma nova forma de fazer ciência. A cartografia enquanto um dos princípios deste campo de multiplicidades e de variação contínua que caracteriza o rizoma, é tomada como “um mapa em constante processo de produção, instaurando um processo de experimentação contínua capaz de criar novas coordenadas de leitura da realidade, criando uma ruptura permanente dos equilíbrios estabelecidos” (Zambenedetti; Silva, p. 457, 2011). Ao passo que traça um esboço de relações capilares de poder, dando visibilidade à dinâmica micropolítica de um campo social.

Essa estratégia de dar visibilidade à dinâmicas de um campo social, se explicita através da máquina abstrata cartográfica ao operar numa multiplicidade espaço-temporal em vez de reproduzir mundos preexistentes, produz novos tipos de realidade e novas formas de verdade (Prado Filho; Teti, 2013). Partindo das já elaborações clássicas de Foucault (arqueologia do saber, genealogia do poder e genealogia da ética), Deleuze (1988) ao traçar a cartografia como um princípio de trabalho, opera uma derivação e uma incorporação dessas perspectivas, no qual o “último Foucault” é parte constitutiva no estabelecimento de uma lógica de diagrama, não mais apenas de arquivo. Nos dizeres de Deleuze (1988) a cartografia se apresenta como “*uma máquina abstrata*, ignora toda distinção de forma entre um conteúdo e uma expressão, entre uma formação discursiva e uma formação não discursiva. É uma máquina quase muda e cega, embora seja ela que faça ver e falar” (Deleuze, 1988, p.44 grifos nossos).

No funcionamento dessa máquina, o corpo pesquisador ocupa valor metodológico. A partir do conceito de *corpo vibrátil* de Rolnik (1980) o pesquisador pode organizar seu campo de estudo a partir das sensações que atravessam o seu corpo, mapeamento o jogo de afetos e forças nos territórios psicossociais cartografados. Nesta perspectiva, paisagens psicossociais também são cartografadas, sendo necessário: “dar língua para afetos que pedem passagem” (Rolnik, 1989, p.32).

Sendo fundamental que o cartógrafo esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. “O cartógrafo é antes de tudo um antropófago” (Rolnik, 1989, p.32). Fazer cartografia sem preterir desse corpo vibrátil que dará passagens a afetos e intensidades de um dado campo diz respeito ao mapeamento das estratégias e das formações do desejo no campo social.

6.2 CARTOGRAFIA QUEER

A expressão “teoria queer” foi mencionada pela primeira vez nos EUA, em 1990, durante uma conferência proferida pela pesquisadora feminista italiana Teresa De Lauretis. Nessa ocasião, De Lauretis buscava realizar uma crítica aos estudos gays e lésbicos da época, denunciando o essencialismo identitário e o binarismo na compreensão das identidades sexuais e de gênero baseada numa matriz binária, abrindo caminho para uma proposta de política pós-identitária (Louro, 2001; Miskolci, 2009).

O potente texto de Pelúcio (2016), “O cu (de) Preciado – estratégias cucarachas para não higienizar o queer no Brasil”, demarca o ano de 1995 como a entrada do termo no país, com a resenha de Karla Bessa, publicada nos Cadernos Pagu em 1995, intitulada “Gender Trouble: outra perspectiva de compreensão do Gênero”, estabelecendo uma interessante associação do queer com o início da distribuição e uso do coquetel antirretroviral para combate à epidemia ocorrida em 1996.

É curiosa a associação feita por Pelúcio (2016) sobre o momento histórico em que o termo queer passa a circular no Brasil, em meio ao contexto de luta e reivindicação pelos tratamentos e acesso ao coquetel. Houve, naquele momento, uma diluição das organizações homossexuais, com seus quadros migrando para as chamadas ONGs/Aids. De maneira que a teoria queer assumiu outros contornos políticos e teóricos, pautada, em sua recepção, por um cenário nacional específico. Dessa forma, a ousadia pós-identitária do primeiro artigo de Judith Butler, traduzido no Brasil e também publicado nos Cadernos Pagu (1998), encontrou-se com políticas reivindicatórias calcadas em bioidentidades forjadas em biossociabilidades (Pelúcio, 2016 p. 125).

Enquanto nos Estados Unidos o sentido pejorativo do termo “queer” foi estrategicamente apropriado para denunciar as experiências de abjeção vivenciadas pelos grupos que compunham as chamadas minorias sexuais, no Brasil sua chegada se deu principalmente pela Academia, distanciado dos movimentos sociais. Ele se apresenta como uma teoria de enfrentamento e combate, denunciando a naturalização de uma série de opressões e politizando o desejo. Entretanto, a teoria queer, ao se proclamar como não-identitária, parecia potencialmente despolitizante, o que não tardou para que algumas lideranças do movimento LGBT brasileiro, muitas delas formadas na militância da luta contra a aids, se pronunciassem contra “os queer” (Pelúcio, 2016).

Partindo da premissa de Perlongher (1987, p.125), de que “com a aids, os olhos da ciência se voltam para o ânus”, Pelúcio passa a pensar a teoria queer no Brasil como “teoria cú”. “Com a emergência da Sida no Brasil, a ‘analidade’ entra em jogo” (Pelúcio, 2016, p. 125). Ou seja, o queer chega ao país num momento de enfrentamento da epidemia, no qual acentua-se a relação entre homossexualidade e periculosidade social, trazendo o sexo anal entre homens para o centro do debate e da ação dos dispositivos de controle sanitários e morais.

Pensar a teoria queer como princípio de método, ou como nos propõe Preciado (2017) no exercício de uma cartografia queer, não se trata de desenhar uma análise em termos de identidade dos sujeitos cartografados, mas sim, “da produção de subjetividade, pensada mais em termos de movimento do que de posição, mais em termos de performatividade do que de representação, mais como uma tecnologia política e de relacionalidade do que de objeto ou corpo” (Preciado, p.16, 2017). Essa ponderação é necessária nesta pesquisa, uma vez que estamos trabalhando com um grupo de sujeitos específicos, a saber, um grupo social estigmatizado e recorrentemente ameaçado e deslegitimado: gays e homens que fazem sexo com homens, e uma prática sexual - o sexo anal - com longa história de patologização e associação aos signos do perigo, risco, pecado, sujeira, entre tantas outras formas de moralizar e criminalizar o sexo anal entre homens.

Entendemos que esboçar modelos de sociabilidade desses grupos é também demarcar espaços de resistência e emergência de subjetividades marginais. Todavia, esse espaço de enunciação acarreta potenciais perigos. Tais perigos são identificados por Preciado (2017) no movimento de se realizar uma cartografia queer. Ele nos alerta para o perigo da tentação de produzirmos uma cartografia de identidades como uma

taxonomia, na qual o cartógrafo se abstém de sua posição identitária para produzir, a partir de uma suposta neutralidade de seu *locus* de enunciação, uma análise distanciada do objeto. O perigo desse modelo de cartografia é que facilmente pode se converter num “ato de vigilância”, transformando o conteúdo cartografado em material para fazer funcionar dispositivos de controle, “convertendo-se em um arquivo de vítimas que, mais que criticar a opressão, termina por estetizá-la” (Preciado, 2013, p. 7).

A recusa em buscar um desenho pautado na busca de categorias e identidades pré determinadas num movimento de decalque da realidade parece nos aproximarmos da interconexão entre o princípio cartográfico e os estudos queer. A crítica à ciência moderna e aos seus pressupostos metodológicos clássicos (neutralidade, imparcialidade, empirismo, racionalismo, objetividade, caráter progressista da racionalidade científica, são alguns dos elementos compartilhados entre os campos (Santos, 2015) Se não há identidades sexuais e de gênero ancoradas em algum tipo de ontologia metafísica, mas processos performativos de produções identitárias, como sustenta a crítica queer, vide os trabalhos de Butler, (1998; 2003) traçar uma cartografia queer, de acordo com Preciado (2008), requer destacar como os discursos e as representações constroem os sujeitos que eles dizem explicar e nomear.

6.2 PERCURSO METODOLÓGICO: INVENÇÃO DE PROCEDIMENTOS E COLHEITA DE NARRATIVAS

Para estar atento às estratégias do desejo em qualquer fenômeno da existência humana que se propõe perscrutar, o cartógrafo deve adotar uma postura sensível e aberta ao campo de pesquisa, reconhecendo que não há um objeto pré-determinado e que sua própria presença e perspectiva influenciam o processo de coleta de narrativas. A etapa de “coleta dos dados” é pensada como “colheita de narrativas” para demarcar que a pesquisa cartográfica é também um ato inventivo e produtor, em que os dados não estão prontos, mas são produzidos e co-construídos durante o percurso da investigação (Passos; Benevides, 2009; Zambenedetti; Silva, 2011).

As histórias escritas na pesquisa cartográfica começam no desejo do analista cartógrafo, em sua maneira de construir e se envolver nessas paisagens, assim como

escritores se envolvem com seus personagens. São histórias contadas por seus próprios atores/autores e interpretadas pelos pesquisadores/cartógrafos. Essas narrativas são fruto de uma construção conjunta, em que os protagonistas participam e contribuem para a formação desses escritos (Mariesse; Fonseca, 2002).

É essencial seguir a premissa de não colocar o método à frente do percurso, para evitar tornar o devir cartográfico rígido e limitado. Em vez de um roteiro de entrevistas e observações padronizado, adotamos um “roteiro de preocupações”, que é produzido, modificado, editado e revisto ao longo de todo o caminhar da pesquisa. Os recursos e procedimentos utilizados são sempre ficções metodológicas, e a sensibilidade do cartógrafo é o principal guia para conduzir a investigação (Rolnik, 2007).

Assim, os procedimentos adotados no campo não são garantidores absolutos da qualidade do material produzido, pois a pesquisa cartográfica valoriza a abertura e a flexibilidade em relação aos encontros e situações vivenciadas. É com essa sensibilidade e abertura que o cartógrafo vai a campo, não seguindo protocolos normalizados, mas buscando estar atento aos afetos, sentidos e narrativas que emergem no contexto da pesquisa (Mariesse; Fonseca, 2002; Passos; Benevides, 2009; Zambenedetti; Silva, 2011; Rolnik, 2007).

O que deve fazer o cartógrafo para estar atento às estratégias do desejo em qualquer fenômeno da existência humana que se propõe perscrutar? Trata-se essa de uma pergunta envolvendo a dimensão dos procedimentos, etapa tão cara a metodologia científica. Assim, optamos em pensar a etapa de "coleta dos dados" como “colheita de narrativas”, tal chiste visa demarcar que não existe um campo constituído a priori e um pesquisador neutro em relação ao objeto a ser investigado. Perpassando a compreensão de que os dados estão prontos, negando que exista um processo de produção, codificação e leitura do material. A perspectiva da colheita explicita que a pesquisa cartográfica é também inventiva e produtora, não apenas descreve o campo, mas também o co-produz (Passos; Benevides, 2009; Zambenedetti; Silva, 2011).

As histórias escritas começam no desejo do analista cartógrafo, em seu estilo de construir e assim interferir nessas paisagens, de deixar-se envolver e emocionar como se envolvem os escritores com seus personagens (Mariesse e Fonseca, 2002). São histórias contadas por seus atores/autores e interpretadas por pesquisadores/cartógrafos... Ficção ou realidade? Responder-se-ia: o resultado de uma construção, de um trabalho realizado junto aos próprios protagonistas que, desde

o seu envolvimento, possibilitam que se dê forma a estes escritos (Mariesse; Fonseca, 2002).

Seguimos Rolnik (2007) na premissa de não colocar o método a frente do percurso, ingressando o devir cartográfico, partilhamos como estratégia operacional não de um roteiro de entrevistas, de observação, e registro, mas sim de um “roteiro de preocupações”, o qual é produzido, modificado, editado e revisto ao longo de todo caminhar como nos sugere a autora. No próximo subitem detalharemos os procedimentos que se mostraram necessários nesse processo, como a produção de um formulário para se aproximar dos informantes e de um esboço de roteiro de entrevista. Todavia, não são esses recursos os garantidores da qualidade do material produzido, esse são sempre ficções metodológicas. Se para Rolnik o fazer cartográfico não deve seguir nenhuma espécie de protocolo normalizado, mas sim um tipo de sensibilidade, devemos nos perguntar: mas com que recursos, procedimentos o cartógrafo vai a campo?

É muito simples o que o cartógrafo leva no bolso: um critério, um princípio, uma regra e um breve roteiro de preocupações - este, cada cartógrafo vai definindo e redefinindo para si, constantemente. O critério de avaliação do cartógrafo você já conhece: é o do grau de intimidade que cada um se permite, a cada momento, com o caráter de finito ilimitado que o desejo imprime na condição humana desejante e seus medos. É o do valor que se dá para cada um dos movimentos do desejo. Em outras palavras, o critério do cartógrafo é, fundamentalmente, o grau de abertura para a vida que cada um se permite a cada momento. Seu critério tem como pressuposto seu princípio (Rolnik, 2014, p.44).

Considerando a compreensão de que o estilo do cartógrafo influencia a escuta, análise e escrita do texto, busca-se, conforme (Mariesse; Fonseca, 2002; Santos; 2016), uma perspectiva de trabalho que explique algumas possibilidades de enquadramento das histórias ouvidas e produzidas. Uma das formas de análise é observar como as narrativas individuais dos sujeitos e as narrativas coletivas expressam regimes de verdade e formas de resistência. A “escuta” do pesquisador deve estar atenta à forma como as narrativas são recebidas e analisadas durante a interação. É importante evitar cair na armadilha de buscar uma verdade oculta ou escondida nas narrativas, pois isso pode bloquear os múltiplos sentidos possíveis das lembranças compartilhadas. Em vez disso, é crucial permitir a emergência dos diversos sentidos presentes nas narrativas. Conforme aponta Foucault (2008, p. 18), essa “vontade de verdade” pode exercer pressão e poder de coerção, restringindo a

riqueza das experiências narradas ao bloquear os movimentos de devir e afetos que ocorrem no encontro onde a narrativa se desenrola (Mariesse; Fonseca, 2002; Santos, 2016). Uma vez que as narrativas não são “coletadas”, mas sim “produzidos” lança-se mão do princípio esboçado por Rolnik (1989):

O cartógrafo absorve matérias de qualquer procedência. não tem o menor racismo de frequência, linguagem ou estilo. Tudo o que der língua para os movimentos do desejo, tudo o que servir para cunhar matéria de expressão e criar sentido, para ele é bem-vindo. Todas as entradas são boas, desde que as saídas sejam múltiplas. Por isso o cartógrafo serve-se de fontes as mais variadas, incluindo fontes não só escritas e nem só teóricas. Seus operadores conceituais podem surgir tanto de um filme quanto de uma conversa ou de um tratado de filosofia. O cartógrafo é um verdadeiro antropófago: vive de expropriar, se apropriar, devorar e desovar, transvalorado. Está sempre buscando elementos/alimentos para compor suas cartografias. Este é o critério de suas escolhas: descobrir que matérias de expressão, misturadas a quais outras, que composições de linguagem favorecem a passagem das intensidades que percorrem seu corpo no encontro com os corpos que pretende entender (Rolnik, 1989 p.43).

Ao abordar a questão dos procedimentos na cartografia, a autora enfatiza a importância de não se ater a um padrão pré-estabelecido, pois o cartógrafo deve “inventá-los” conforme o contexto em que se encontra. Nesse sentido, não há um protocolo normalizado a ser seguido (Rolnik, 1989, p.43). As fontes de dados utilizadas pelo cartógrafo são diversas, e seu corpo, repleto de afetos vibráteis, funciona como a via para transmissão e codificação dos dados encontrados no território. Diante disso, surge uma dúvida pragmática: como conciliar esse ideário metodológico com as exigências processuais, como submeter a pesquisa a comitês de ética e avaliação dos pares, rituais frequentes no meio acadêmico durante a construção de uma tese?

Nesse contexto, as narrativas emergem de diversos campos, onde foram escutadas e registradas. Seguindo a política da narratividade (Passos e Benevides, 2009), é importante estar atento à armadilha da “vontade de verdade” e compreender que a expressão do que acontece é uma escolha política que define a forma como o mundo e o próprio pesquisador são representados. O conhecimento expresso sobre si mesmo e o mundo não é apenas teórico, mas também político (Passos; Benevides, 2009, p. 151).

O território de colheita dos dados na cartografia é vasto, alimentado por diversas fontes e encontros improváveis que vão além das entrevistas formais com os

colaboradores. Essas fontes incluem conversas informais, mensagens trocadas em aplicativos de encontros e discussões em ambientes online, onde o pesquisador pode atuar como observador ou agente participante. Essas fontes compõem um espaço de polifonia de narrativas, que se repetem e se opõem, formando narrativas coletivas que circulam no campo social e influenciam a produção dos relatos.

Dessa forma, a subjetividade do pesquisador se torna fundamental no processo da cartografia, especialmente em pesquisas sobre sexualidades dissidentes vivenciadas em subculturas sexuais. O corpo vibrátil do pesquisador funcionou como um “instrumento” de pesquisa ao longo de todo o processo, permitindo uma abordagem sensível e afetiva de um campo de pesquisa marcado por tabus e moralidades, mas também permeado por fluxos eróticos e sexuais. Essa abordagem valoriza a “subjetividade erótica do pesquisador” (Kulick; Wilson, 1995) e reconhece que a afetação erótica e desejante do pesquisador é relevante para a compreensão das sexualidades estudadas.

Em contraste com a tradição científica que busca eliminar qualquer traço de subjetividade do pesquisador, consideramos que a subjetividade do cartógrafo é essencial em pesquisas sobre sexualidades dissidentes. A existência desse campo de colheita dos dados é importante para preservar os fundamentos da cartografia e garantir que os procedimentos não se sobreponham à trajetória da pesquisa. O diário de campo do cartógrafo, iniciado em 2017 e encerrado em 2023, não foi organizado de forma protocolar, mas como um registro rizomático que sintetiza as vivências pessoais e reflexões ao longo de cinco anos de uso da PrEP (profilaxia pré-exposição).

Nesse diário, diversos temas estiveram presentes, incluindo experiências com profissionais de saúde, observações e interações com usuários da PrEP, conversas informais com familiares sobre o uso da PrEP e mudanças nas práticas sexuais antes e depois do uso da profilaxia. Além disso, o diário também inclui apontamentos teóricos e reflexões a partir de leituras e discussões, bem como impressões pessoais das entrevistas com os colaboradores. Esse diário é uma base material que reúne informações variadas e permite a abertura para outros aspectos informacionais, garantindo o princípio da multiplicidade e abertura ao novo.

6.3 CARTOGRAFIA VIRTUAL NO GRUPO DE SOCIABILIDADE FÓRUM PrEP

Realizada em conjunto com os procedimentos mencionados anteriormente, a cartografia virtual teve como objetivo capturar as discussões específicas de grupos sobre a PrEP, práticas sexuais e principais questões dos usuários desde o início do uso da profilaxia. Nos dois primeiros anos da pesquisa, essa etapa foi fundamental para o pesquisador cartógrafo se aproximar dos principais temas relacionados ao uso da PrEP, especialmente durante o primeiro ano de oferta da PrEP no SUS.

O principal território online escolhido para a cartografia foi o Grupo Fórum PrEP, uma comunidade virtual no Facebook criada em 28 de julho de 2015. Na época em que se iniciou o campo, o grupo contava com 3.565 membros, incluindo usuários, interessados no tema e profissionais da saúde. O objetivo público do grupo era “conversar e aprender mais sobre a PrEP”. Trata-se de um espaço diversificado, abrangendo diversos temas relacionados ao uso da PrEP, como acesso, questões clínicas, práticas sexuais, estigma, HIV e AIDS, narrativas de vida, ativismo, entre outros assuntos pertinentes. O grupo possui acesso restrito, sendo que apenas os membros podem visualizar os conteúdos e comentários publicados. Embora não haja critérios específicos para ingressar no grupo, os administradores estabeleceram regras de sociabilidade que devem ser seguidas, sob pena de expulsão²⁰.

A escolha de iniciar a cartografia nesse grupo deve-se ao fato de ser o mais antigo e contar com um maior número de membros, tornando-se um espaço relevante para problematizar o uso da PrEP. Após alguns meses de interação nesse espaço no Facebook, os administradores criaram um grupo de WhatsApp com o mesmo nome, incentivando a participação dos membros também nesse ambiente.

O cartógrafo permaneceu como membro de ambos os grupos até o término da pesquisa de campo, atuando de duas maneiras distintas: nos primeiros dois anos de pesquisa, a interação ocorria como usuário-usuário, sem estabelecer uma relação formal como pesquisador, adotando uma postura de observação participante, aberta e não diretiva. O cartógrafo utilizou o espaço para refletir, expor dúvidas e angústias,

²⁰ Seis regras são definidas, sendo proibido no espaço: 1- Sorofobia, especialmente criminalização de PVHA (Pessoas Vivendo com HIV/Aids); 2- Informações incorretas, inverídicas, fake news e “opiniões” médicas sem fundamento; 3- Quaisquer afirmações sobre quando/como/se o outro deve ou não usar camisinha ou outros métodos de prevenção; 4- Slut-shaming e outros julgamentos da vida sexual alheia; 5- Ofensas, ironias, brincadeiras constrangedoras ou outros ataques pessoais; 6- Conteúdo sem relação com o assunto do grupo.

assim como faziam muitos membros. Essa etapa inicial contribuiu para o desenvolvimento do questionário de sondagem e roteiros de entrevista, como registrado no diário de campo do cartógrafo.

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa, com registro CAAE 35724620.7.0000.0121, iniciou-se uma fase mais direcionada nesses grupos. O cartógrafo se apresentou como usuário pesquisador, dialogando com os membros do grupo sobre sua pesquisa, hipóteses e objetivos da investigação, convidando interessados a participarem e compartilharem suas opiniões sobre as perguntas de pesquisa de forma informal e dialogada no grupo. Além disso, ofereceu a oportunidade de participação individualizada em entrevistas, combinando data e horário entre colaboradores e pesquisador.

Os resultados obtidos nesse território online de sociabilidade foram sintetizados no diário de campo do cartógrafo, integrando as análises junto às impressões e experiências pessoais do pesquisador, juntamente com as narrativas produzidas na etapa de entrevistas cartográficas. Essa abordagem proporcionou um entendimento mais aprofundado das dinâmicas de relação entre os membros e contribuiu significativamente para a construção das reflexões e análises da pesquisa.

6.4 FORMULÁRIO DE SONDAÇÃO E ENTREVISTAS CARTOGRÁFICAS EM PROFUNDIDADE COM HOMENS GAYS CIS USUÁRIOS DA PREP

No desenho inicial desta pesquisa, considerou-se a possibilidade de organizar as entrevistas com os usuários com base no recorte estabelecido pela política nacional de oferta de PrEP para a população-chave, que incluía gays, homens que fazem sexo com homens, população trans, casais sorodivergentes e profissionais do sexo. Durante a maior parte do trabalho de campo, o protocolo de Diretrizes Terapêuticas para PrEP de 2018 estava em vigor, o qual utilizava esse recorte populacional para definir o acesso à profilaxia. Posteriormente, em 2022, houve uma modificação nesse recorte, integrando a oferta de PrEP no SUS para pessoas acima dos 15 anos de idade, sexualmente ativas e população heterossexual (BRASIL, 2023). Por questões temporais, os dois últimos grupos (adolescentes e heterossexuais) foram excluídos do estudo.

Assim, optou-se por concentrar o trabalho apenas com homens cis que fazem sexo com homens e/ou gays, pois desde o início da política, esse grupo representava

a maior proporção de usuários da PrEP. Essa decisão foi tomada após a percepção, ao longo da pesquisa, de que a discussão sobre PrEP e população trans exigia um aprofundamento que não seria possível dentro dos objetivos estabelecidos nesta cartografia. Os dados do painel PrEP já indicavam desde 2018 que a oferta de PrEP estava concentrada no grupo de homens gays, enquanto o tema das barreiras de acesso à PrEP para a população trans necessitava ser enfrentado pelas políticas sanitárias e discutido de forma mais abrangente (Brasil, 2022).

Para se aproximar dos usuários e iniciar uma primeira análise do perfil dos colaboradores desta cartografia, utilizamos um "questionário de sondagem". Embora esse recurso tenha propiciado a produção de alguns dados primários quanti e quali, o objetivo central era estabelecer contato com usuários da PrEP e verificar a disponibilidade desses para uma segunda etapa de entrevistas. O instrumento foi elaborado em formato Google Forms e consistiu de 40 questões objetivas (escala Likert de frequência/intensidade e dicotômicas) e um campo aberto para o respondente relatar o impacto da PrEP em sua vida e/ou algum aspecto que julgasse importante compartilhar com os pesquisadores. O instrumento foi validado em duas oficinas de trabalho com o grupo de pesquisa NUBEBISC/UFSC²¹, passando por um piloto com 15 usuários antes de ser readequado e validado por três stakeholders (três homens gays docentes/pesquisadores e usuários da PrEP), além de dois doutores em Saúde Coletiva e um em Psicologia Social. Também participaram do processo de qualificação e validação do instrumento dois membros do grupo EPICENES/UFSC (um doutor em Ciências Sociais/Saúde Coletiva e outro doutorando em Saúde Coletiva).

O convite para participar da pesquisa em conjunto com o questionário de sondagem foi divulgado em parceria com o Ambulatório PrEP Florianópolis, que disponibilizou ao pesquisador seus canais oficiais de comunicação para divulgar a pesquisa. A divulgação ocorreu durante três semanas na conta de Instagram do Ambulatório, bem como nas redes sociais particulares do pesquisador (Instagram e Facebook), no grupo de WhatsApp Fórum PrEP Brasil e em seu perfil em aplicativos

²¹ O Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), fundado em 2009, desenvolve trabalhos de pesquisa, extensão e ensino alicerçados na ênfase da dimensão ético-política da formação de seus integrantes. Participam professores, estudantes, dos Programas de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Departamento de Saúde Pública), do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Departamento de Odontologia) e do Programa Interdisciplinar em Ciências Humanas.

de encontros gay (*Grindr* e *Scruff*). Após um mês de divulgação, o questionário foi encerrado com a contribuição de 152 respondentes, dos quais 36 (23,7%) não aceitaram participar das entrevistas.

Para a composição dos colaboradores que participariam das entrevistas, observamos os seguintes aspectos de inclusão: a) disponibilidade, interesse e motivação em realizar a entrevista; b) estar usando PrEP há mais de 3 meses; c) ter respondido o campo aberto do questionário (opcional); d) capacidade reflexiva sobre sua experiência. Buscou-se, a partir dos dados de perfis socioeconômicos disponibilizados (raça/cor, idade, renda, escolaridade), uma distribuição mais uniforme entre os colaboradores.

Participaram da etapa de entrevistas 19 homens gays usuários da PrEP, divididos em dois grupos: a) aqueles que se intitulam *barebacker* ou admitem realizar a prática do *barebacking* na totalidade ou na maioria de suas relações sexuais; b) aqueles que não se identificam com essa prática e/ou não sabem o seu significado e/ou mantêm o uso do preservativo em suas práticas sexuais mesmo estando em PrEP. A entrevista cartográfica foi realizada seguindo o modelo teórico proposto por Tedesco (2013), contemplando os eixos investigativos do roteiro de entrevista em anexo. O roteiro foi construído a partir de uma pré-análise das respostas dos formulários de sondagem e do marco teórico/contextual apresentado nos capítulos anteriores. A partir desses elementos, selecionamos os eixos investigativos e as perguntas disparadoras, considerando a problemática e os objetivos selecionados pelo pesquisador.

Durante as entrevistas, os usuários foram convidados a escolherem um pseudônimo que refletisse suas preferências sexuais, características físicas, como se apresentam nas redes sociais e nos aplicativos de encontro (para aqueles que os utilizam) e sua relação com a PrEP. A maioria das entrevistas foi realizada de forma virtual por meio de chamada de vídeo no WhatsApp ou Google Meet, enquanto algumas foram conduzidas presencialmente em locais diversos escolhidos pelo pesquisador e colaboradores. Os encontros foram gravados e, posteriormente, transcritos para análise. No quadro a seguir estão caracterizados os colaboradores dessa cartografia:

Quadro 1 - Caracterização dos informantes

(continua)

Caracterização dos informantes								
Identificação	Idade	Raça/etnia	Cidade	Escolaridade	Tempo aproximado de uso da PrEP	Prática sexual prioritária	Formas de prevenção prioritária	Fonte da informação
@psvc/local	34	branco	Florianópolis	Superior completo	De 1 ano e meio a 2 anos	passivo	PrEP e preservativo eventualmente	Formulário e Entrevista
@versatil.sulailha	26	Pardo	Florianópolis	Superior completo	De 1 ano e meio a 2 anos	versátil	PrEP e preservativo eventualmente	Formulário e Entrevista
@guloso.sem.culpa	32	branco	Ribeirão Preto SP	Superior completo	De 1 ano a 1 ano e meio	versátil	PrEP	Formulário e Entrevista
@Trindade.c/local	29	branco	Florianópolis	Superior completo	De 1 ano e meio a 2 anos	sem penetração	PrEP e preservativo	Formulário e Entrevista
@baixinho.peludo	22	branco	Guaianases	Superior incompleto	De 1 ano a 1 ano e meio	versátil	PrEP e preservativo	Formulário e Entrevista
@Atv.carinhoso	41	pardo	Florianópolis	Superior completo	Mais de 4 anos	ativo	PrEP e preservativo	Formulário e Entrevista
@versatils/local	22	branco	Florianópolis	Ensino Médio	De 1 ano a 1 ano e meio	versátil	PrEP e preservativo eventualmente	Formulário e Entrevista

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Quadro 2 - Caracterização dos informantes

(continua)

Caracterização dos informantes								
Identificação	Idade	Raça/etnia	Cidade	Escolaridade	Tempo aproximado de uso da PrEP	Prática sexual prioritária	Formas de prevenção prioritária	Fonte da informação
@gaucho.vesátil	52	branco	Pelotas	sem informação		versátil	PrEP e preservativo	conversas informais/ diário de campo
@turista.afim	sem informação	sem informação	Recife	sem informação	De 1 ano a 1 ano e meio	ativo	PrEP e preservativo	conversas informais/ diário de campo
@Pintosa.PrEPParada	37	Preto	Santo André	Superior incompleto	De 3 anos e meio a 4 anos	passivo	PrEP e preservativo eventualmente	Formulário e Entrevista
@meninodoro	21	pardo	Rio de Janeiro	Ensino Médio	De 1 ano a 1 ano e meio	passivo	PrEP	Formulário e Entrevista
@tranquilo.suldailha	sem informação	sem informação	Florianópolis	sem informação	De 2 anos e meio a 3 anos	versátil	PrEP e preservativo eventualmente	conversas informais/ diário de campo
@agitador.prepfloripa	27	branco	Florianópolis	Superior incompleto	Mais de 4 anos	versátil	PrEP e preservativo eventualmente	Formulário e Entrevista
@ursinho.pass	30	pardo	Brasília/DF	Superior incompleto	De 1 ano a 1 ano e meio	passivo	PrEP e preservativo	Formulário e Entrevista

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Quadro 3 - Caracterização dos informantes

(continua)

Caracterização dos informantes								
Identificação	Idade	Raça/ etnia	Cidade	Escolaridade	Tempo aproximado de uso da PrEP	Prática sexual prioritária	Formas de prevenção prioritária	Fonte da informação
@bb.atv	21	preto	Florianópolis	Superior incompleto	De 1 ano e meio a 2 anos	ativo	PrEP	Formulário e Entrevista
@PASSIVO.ONPREP	29	branco	Florianópolis		De 1 ano a 1 ano e meio	passivo	PrEP	Formulário e Entrevista
#OrgulhoBB	38	branco	Porto Alegre	Superior incompleto	Mais de 4 anos	versátil	PrEP	Formulário e Entrevista
@novinho_lizinho.afim		branco	Florianópolis	Superior incompleto	De 2 anos e meio a 3 anos	passivo	PrEP e preservativo eventualmente	Formulário e Entrevista
@barbudoLagoa	42	pardo	Florianópolis	Superior completo	De 3 anos e meio a 4 anos	ativo	PrEP	Formulário e Entrevista
@SUBBdepósito	37	branco	Itajaí	Superior completo	De 2 anos e meio a 3 anos	passivo	PrEP	Formulário e Entrevista
@Ativasso.afim	sem informação	sem informação	Florianópolis	Ensino Médio	sem informação	ativo	PrEP e preservativo eventualmente	conversas informais/ diário de campo
@bareback_dotado	29	branco	Florianópolis	Superior completo	De 1 ano e meio a 2 anos	versátil	PrEP	Formulário e Entrevista
@campeche_versatil	33	branco	Florianópolis	Superior completo	De 3 anos e meio a 4 anos	versátil	PrEP	Formulário e Entrevista

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Quadro 4 - Caracterização dos informantes

(conclusão)

Caracterização dos informantes								
Identificação	Idade	Raça/etnia	Cidade	Escolaridade	Tempo aproximado de uso da PrEP	Prática sexual prioritária	Formas de prevenção prioritária	Fonte da informação
@PUTO.BB	26	branco	Barcelona	Superior completo	De 2 anos e meio a 3 anos	passivo	PrEP	conversas informais/ diário de campo
@ATV_XL	Sem informação	Branco	Araraquara	Superior completo	De 1 ano a 1 ano e meio	ativo	PrEP e preservativo eventualmente	conversas informais/ diário de campo
@pauvitaminado SC	35	branco	São Paulo	Sem informação	De 2 ano e meio a 3 anos	versátil	PrEP	conversas informais/ diário de campo
@bare sigiloso	44	branco	Curitiba	Sem informação	Sem informação	passivo	PrEP	conversas informais/ diário de campo

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

6.5 POLÍTICA DE NARRATIVIDADE COLABORATIVA E ANÁLISE POR REDUNDÂNCIA E DESMONTAGEM

O modelo analítico desta pesquisa não tem como objetivo uma análise em termos finalísticos de identidade dos sujeitos cartografados, mas sim a “produção de subjetividade, pensada mais em termos de movimento do que de posição, mais em termos de performatividade do que de representação, mais como uma tecnologia política e de relacionalidade do que de objeto ou corpo” (Preciado, p. 16, 2017). Para isso, foram convidados quatro colaboradores, entre os entrevistados, para contribuírem em conjunto com o pesquisador na política de narrativa do texto, produzindo uma política cognitiva inventiva (Passos; Benevides, 2009). Nessa abordagem, uma parte dos informantes se implica na busca pelos analisadores e pactuação das principais diretrizes do texto apresentado.

Ao construir um modelo de análise crítica por problematização e análise de agenciamentos, os relatos dos colaboradores são pensados contemplando a interconexão do território micropolítico com o macropolítico. Utiliza-se uma prática analítica do tipo rizoma (Guattari; Rolnik, 1986), na qual a linguagem é analisada efetuando um descentramento sobre outras dimensões e registros, estabelecendo conexões transversais entre os estratos e níveis, sem centralizá-los ou cercá-los, mas atravessando-os e conectando-os. O pesquisador opera como dispositivo de interconexão e descentramento entre as linhas do rizoma, explicitando as forças envolvidas e os agenciamentos identificados.

Nesse sentido, a seleção das narrativas de nossos colaboradores dá-se num movimento de ampliar a transversalidade. Na acepção inicial que Guattari (2004) a transversalidade é o movimento de abertura comunicacional, de desestabilização dos eixos dominantes de organização da comunicação. Na busca de tomar a palavra em sua força de criação de outros sentidos, e ao mesmo tempo, afirmar o protagonismo de quem fala e a função performativa e autopoietica das práticas narrativas (Passos; Barros, 2014). Dessa forma empregaram-se dois procedimentos narrativos o da (1) redundância e de (2) desmontagem.

No procedimento de redundância busca-se o excesso da narração, o que está em abundância permitindo via repetição, a circulação do sentido que reforça a clareza do caso, sua unidade e identidade (Passos; Barros, 2014). A redundância torna evidente os padrões da repetição das narrativas. O caso narrado é submetido ao bom-

senso e ao senso comum é narrado por um texto determinista, de linearidade causal e unificado pela identidade de um sujeito. Texto e contexto se entrelaçam para produzir um sentido.

Já no procedimento narrativo da desmontagem Passos e Barros (2014) o descrevem como a possibilidade de extrair do caso outros microcasos como microlutas nele trazidas à cena. “O caso individual, no lugar de segregar uma forma única, gestáltica, é a ocasião para o formigamento de mil casos ou intralutas que revelam a espessura política da realidade do caso”. Diferente do procedimento da redundância, na desmontagem o fundo deixa de ser uma figura subjacente, tal como uma estrutura geral, para ser um plano de dissolvência que se alcança pela desmontagem do caso. A dissolvência é a experiência de desmontagem do caso, a sua desestabilização geradora de fragmentos intensivos, de partículas de sentido que se liberam, que são extraídas do caso. O caso molar se moleculariza. Ou como sintetizam os autores para resumir os dois procedimentos: “Engordando e desmontando o caso, são mil casos que se configuram” (Passos; Barros, 2014 p.162).

Para operacionalizar o funcionamento desses procedimentos de análise das narrativas realizou-se oficinas com usuários da PrEP em conjunto com o cartógrafo, a fim de ampliar a transversalidade dos relatos e eleger alguns analisadores para a produção da escrita cartográfica. Após o material de campo ter sido transcrito, organizado e sistematizado em temas de interesse (entrevistas e trechos do diário de campo) produziu-se um compilado de narrativas sobre a experiência de estar em PrEP, motivos da adesão ao recurso e impactos observados na vida sexual a partir do uso da profilaxia. Quatro colaboradores que haviam sido contatados na fase de entrevistas compuseram esse grupo de trabalho em conjunto com o pesquisador. Realizaram-se dois encontros para discutir os temas compilados seguindo como lógica de trabalho os procedimentos de redundância e desmontagem.

Após o recebimento do material e dado um tempo para os colaboradores realizarem uma imersão nas narrativas, realizou-se o primeiro encontro, no qual os participantes foram convidados a ler as narrativas ocupando uma posição de “estranheidade”, colocando-se em estranhamento frente ao material compilado, estimulando uma postura de interrogação ao que certa narrativa aceitaria como natural e regra, forçando a um descolamento do dito na busca das condições de sua produção (Passos; Barros, 2014). Etapa fundamental para pensar a narração

individual de forma ampliada, desdobramento os “casos particulares” na direção do plano coletivo de narrativa.

A partir do primeiro encontro com os colaboradores estabeleceu-se alguns analisadores que poderiam ser utilizados para codificar alguns trechos das narrativas selecionadas, buscando similaridades no material e pontos de abertura para outras articulações. Neste momento, optou-se em agrupar trechos do diário de campo com o material transcrito das entrevistas constituindo um corpus comum, menos pautado na lógica de uma análise de “casos individuais” mas sim, visando ampliar a desterritorialização. Para a reconstrução das histórias e o estabelecimento das diretrizes de redação, optou-se por um formato de escrita narrativa trazendo, sempre que possível, os estilos de linguagem dos interlocutores, mas sem a necessidade de individualizar a narrativa e realizar uma interpretação focalizada no agente da história.

Seguindo as pistas de Passos e Barros (2014), à medida que o caso individual passa a ser desterritorializado, problematizado e integrado de outras polifonias, ramifica-se o acesso ao plano da pólis, ou seja: “a fronteira que separa o “caso individual” do plano político mostra-se bem mais uma franja, zona de indiscernibilidade, do que marca a separação entre um (o caso) e o de qualquer um (o político)” (Passos; Barros, 2014, p. 167). Indicando que tudo adquire valor coletivo: O caso é, então, ação com(um) e institui-se como agenciamento coletivo de enunciação. Neste momento a narrativa ganha um lugar com(um), dizendo respeito a essa experiência coletiva em que qualquer um nela se engaja ou em que estamos engajados pelo que em nós é impessoal. Mesmo quando vivido, enunciado, protagonizado, emitido por uma singularidade, a narrativa não remete mais a apenas um sujeito (Passos; Barros, 2014).

Após finalizado o segundo encontro de trabalho coletivo de análise com os colaboradores, as narrativas foram divididas em dois grupos para comporem a etapa de resultados dessa cartografia. Como exigência do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC os resultados devem ser apresentados em forma de dois artigos para publicação. Assim, para fins de organização, as narrativas agrupadas no primeiro artigo foram sobretudo aquelas que buscavam refletir sobre os motivos da adesão à PrEP e mudanças promovidas com uso da Profilaxia nos modos de vida dos usuários e impactos na sexualidade. O outro conjunto de narrativas deu origem ao segundo artigo no qual se aprofunda na relação entre PrEP e práticas sexuais, vistas

anteriormente ao surgimento da PrEP como perigosas e altamente estigmatizadas, o sexo *barebacking*.

6.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Como já abordado acima, salienta-se que todos os procedimentos de Ética em pesquisa foram respeitados, atentando-se a resolução 466/2012. Cuidados éticos no processo da pesquisa como: confidencialidade das informações, uso de codinomes para garantir a privacidade, escolhidos em sua maior parte pelos próprios participantes e a responsabilidade do pesquisador frente à guarda e sigilo das informações fornecidas estiveram presentes desde o início do processo cartográfico.

A submissão dessa pesquisa ao Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) deu-se através de um projeto ampliado com parceria entre pesquisadores do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Pública - PPGSC e do Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas - PPGICH, ambos da UFSC, intitulado: *A construção do dispositivo da profilaxia pré-exposição ao hiv (PrEP) e suas narrativas: a experiência de usuários, gestores de saúde e ativistas em Florianópolis-SC*. Registrado com o número do Parecer: 4.219.418/ CAAE: 35724620.7.0000.0121.

7. RESULTADOS

“No hay nada que desvelar en la naturaleza, no hay un secreto escondido. Vivimos en la hipermodernidad punk: ya no se trata de revelar la verdad oculta de la naturaleza, sino que es necesario explicitar los procesos culturales, políticos, técnicos, a través de los cuales el cuerpo como artefacto adquiere estatuto natural. [...] No hay nada que desvelar en el sexo ni en la identidad sexual, no hay ningún secreto escondido. La verdad del sexo no es desvelamiento, es sex design”
(Preciado, 2008a, p.33).

Como exigência do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC os dados dessa pesquisa serão apresentados em forma de dois artigos. Parte da fundamentação teórica das publicações foram subsidiadas pelo projeto da qualificação e ampliados a partir dos achados de campo. Apresentamos nas próximas páginas a versão ampliada dos manuscritos divididos em duas publicações, a saber:

- *Artigo 1: Ficções identitárias nas (sexo)políticas da PrEP: a Puta Barebacker e a Santa Medicada*
- *Artigo 2: Políticas de subjetivação na adesão a Profilaxia Pré Exposição ao hiv (PrEP): a gestão do risco-prazer por homens gays cisgênero*

7.1 ARTIGO 1: FICÇÕES IDENTITÁRIAS NAS (SEXO)POLÍTICAS DA PREP: A PUTA BAREBACKER E A SANTA MEDICADA

Ficções identitárias nas (sexo)políticas da PrEP: a Puta Barebacker e a Santa Medicada

Identity fictions in PrEP (sex)policies: Barebacker Slut and the medicated Saint

Resumo: Este artigo aborda uma pesquisa cartográfica realizada entre 2018 e 2022, envolvendo homens gays cisgêneros que utilizam a Profilaxia Pré-Exposição ao hiv (PrEP) e se autodefiniam como *barebackers*, praticando sexo anal sem preservativos em grande parte de suas relações. O objetivo é analisar como as representações e os discursos sobre o hiv/aids estão em constante mudança, especialmente no contexto das práticas sexuais, e como esses aspectos se relacionam com a construção de desejos e subjetividades influenciados pela tecnologia preventiva. A pesquisa mapeia narrativas e ficções identitárias emergentes para compreender as transformações no dispositivo do hiv/aids e mudanças na percepção do significado de ser um praticante de barebacking sob a influência da PrEP. O discurso da PrEP nas narrativas traz à baila duas abordagens distintas: a primeira, associando a prevenção do hiv a noções virtuosas e a responsabilidade diante da infecção, alinhando-se ao discurso de saúde. A segunda abordagem envolve a representação da PrEP como facilitadora do sexo bareback, historicamente ligado a estigmas e contraposto ao discurso da saúde. A interação entre essas duas abordagens - um dilema entre "santa" e "puta" - é mapeada como figura cartografada síntese da produção de subjetividade, explicitando como os usuários usam esse par discursivo de maneira instrumental/utilitária e como artefato identitário. Além disso, emerge uma estratégia de transgressão associada ao conceito de "devir puta", contribuindo para a construção de outros modelos de biossociabilidades e uma redefinição do significado de ser um *barebacker* em PrEP. Paralelamente, é destacada uma perspectiva de barebacking que se afasta dos valores de transgressão, representada pela figura da "santa medicada", na qual mesmo praticando sexo bareback, indivíduos demonstram preocupação com outras infecções sexuais e buscam parceiros que compartilhem de uma prática discursiva sobre responsabilidade, inaugurando novas formas de gestão pessoal do risco e vivência das práticas sexuais a partir do uso da PrEP.

Palavras chaves: Práticas Sexuais; Barebacking; Profilaxia Pré Exposição ao hiv, Medicalização.

Abstract: This article addresses cartographic research carried out between 2018 and 2022, involving cisgender gay men who use HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) and define themselves as Barebackers, practicing anal sex without condoms in most of their relationships. The objective is to analyze how representations and discourses about hiv/aids are constantly changing, especially in the context of sexual practices, and how these aspects relate to the construction of desires and subjectivities influenced by preventive technology. The research maps emerging identity narratives

and fictions to understand the transformations in the HIV/AIDS device and changes in the perception of the meaning of being a barebacker under the influence of PrEP. The PrEP discourse in the narratives brings to the fore two distinct approaches: the first, associating hiv prevention with virtuous notions and responsibility in the face of infection, aligning itself with the health discourse. The second approach involves the representation of PrEP as a facilitator of bareback sex, historically linked to stigma and opposed to health discourse. The interaction between these two approaches - a dilemma between "saint" and "whore" - is mapped as a cartographic figure synthesizing the production of subjectivity, explaining how users use this discursive pair in an instrumental/utilitarian way and as an identity artifact. Furthermore, a strategy of transgression associated with the concept of "becoming a whore" emerges, contributing to the construction of other models of biosociability and a redefinition of the meaning of being a barebacker on PrEP. At the same time, a perspective of barebacking is highlighted that moves away from the values of transgression, represented by the figure of the "medicated saint", in which even when practicing bareback sex, individuals demonstrate concern about other sexual infections and seek partners who share a discursive practice about responsibility, inaugurating new ways of personal risk management and experience of sexual practices through the use of PrEP.

Keywords: Sexual Practices; Barebacking; HIV pre-exposure prophylaxis; Medicalization.

Preliminares

O sexo sem a mediação do preservativo sempre esteve presente nas relações sexuais homo, hetero e bissexuais. Nas relações heterossexuais, o sexo sem camisinha é considerado uma prática naturalizada, moralmente aceita e um dos eventos necessários para a procriação (sendo, inclusive, estimulado por algumas concepções religiosas que preconizam que a função sexo é exclusivamente procriativa). Já nas relações homossexuais, especialmente aquelas praticadas entre homens, e nas relações entre "pessoas com pênis" (mulheres trans e travestis), o contato "pele a pele", a troca de fluidos e a ausência do preservativo são vistos sob os significantes do "medo", do "perigo", do "contágio", do "risco" e, sobretudo, da "promiscuidade". As produções discursivas que associam o "sexo sem preservativos" a esses significantes negativos atrelados exclusivamente a práticas sexuais não-heterossexuais e não-cisgêneras são resultantes de uma longa história de patologização das sexualidades dissidentes das normas sexuais e de gênero (Foucault, 1988; Rubin, 2003).

Neste texto, buscamos mapear algumas relações entre as rupturas e as permanências discursivas relacionadas à prática do *barebacking* (BB) e a emergência de um novo recurso biomédico: a Profilaxia Pré-Exposição para o hiv/aids (PrEP).

Mais do que buscar desvelar verdades escondidas entre sujeitos, desejos e motivações individuais, esse mapeamento inspira-se em uma perspectiva cartográfica (Deleuze e Guattari, 1995), especialmente aliançada às proposições de “cartografia queer”, tal como sugerida pelo filósofo espanhol Paul Preciado. Para o autor, “não há nada a ser revelado no sexo, nem na identidade sexual, não há nenhum segredo escondido. A verdade do sexo não é revelação, é *sex design*” (Preciado, 2017, p.34). Nesse sentido, ao nos lançarmos sobre essa cartografia queer, não buscamos representar objetos e sujeitos, mas interessamo-nos, especialmente, em problematizar como determinados agenciamentos discursivos, tecnológicos, farmacológicos, moleculares, eróticos e estéticos se combinam, atualizando, produzindo e recriando a própria noção e experiência do sexo, da sexualidade, do erotismo e das práticas sexuais.

As problematizações apresentadas são decorrentes de uma pesquisa que buscou mapear e acompanhar os fluxos desejanter agenciados a partir dos “novos” modos de vivenciar práticas sexuais mediadas pela PrEP. A pesquisa foi realizada a partir da escuta de relatos de homens gays cisgêneros usuários da PrEP que se reconhecem como “*barebackers*” e/ou que realizam o sexo anal com outros homens sem uso de preservativos na maioria de suas relações sexuais. As narrativas escutadas possibilitaram construir mapas cartográficos e sinalizam pistas para ampliar a compreensão acerca dos processos de subjetivação, das estilizações do erotismo e do desejo e das técnicas de si produzidas no complexo terreno do dispositivo da sexualidade (Foucault, 1988) e do dispositivo da aids (Perlongher, 1987; Pelúcio, 2009) na era do regime farmacopornográfico (Preciado, 2018).

Em nenhum momento se objetiva relacionar diretamente usuários da PrEP ao *barebacking*, a discussão no âmbito da saúde pública, investigando os fatores relacionados à desinibição sexual, ao abandono do preservativo e ao aumento de parcerias sexuais entre usuários da PrEP não foi o objetivo dessa investigação²². Por meio das tecnologias especializadas da PrEP, a longa história de medicalização da homossexualidade embarca em uma nova fase significativa, trazendo para as

²² A investigação científica sobre a compensação de risco, entendido no discurso científico da PrEP como a diminuição do uso da camisinha e, conseqüentemente, o aumento de transmissão de ISTs e/ou parceiros sexuais foi abordada no contexto nacional, no *PrEP Brasil*, um estudo de 48 semanas, multicêntrico, longitudinal, prospectivo, aberto e demonstrativo de PrEP, que foi desenhado para acessar a decisão de uso, a adesão, segurança e viabilidade de oferecer PrEP para HSH e transexuais no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2015).

definições já conflituosas e ambíguas do que é o *bare* novos desafios de compreensão inclusive para o discurso sanitário, que por décadas correlacionou a prática e seus praticantes sob o signo do perigo/risco e ameaça sanitária. A escuta de usuários gays da PrEP que aceitam como parte de sua identidade o termo *bareback* ou quando não a utilizam como um qualificador identitário, mas se entendem como praticantes frequentes, ou ocasionais, pode oferecer pistas dos deslocamentos do termo na cultura, e outras formas de compreensão dessa subcultura.

Distanciando-se da ideia de produzirmos uma taxonomia ou essencialismo na compreensão dos informantes, olhamos para *territorialidades performativas* problematizando os fluxos, as estilísticas, as cristalizações identitárias, os gestos e as expressões que constituem o que Perlongher (2008) chamou de territorialidades alternativas. A escuta dos “Barebackers PrEPParados” se constituiu como uma mirada para um mapa móvel das ficções identitárias, dos pontos de cristalizações provisórias e seus afetos. Assim, essa cartografia busca entender a espacialização da sexualidade, da visibilidade e a circulação dos corpos e a transformação dos espaços públicos e privados como atos performativos capazes de fazer e desfazer a identidade (Preciado, 2008, p. 07). Interessa-nos, justamente acompanhar as brechas dos mecanismos de poder, as subversões das normas (ainda que provisórias e efêmeras) e os estilos possíveis de se apropriar da PrEP. Essa intencionalidade cartográfica nos inspirou a utilizarmos o termo PrEPParados como uma das nomeações possíveis daqueles que “jogam” com as normas e buscam inventar outros sentidos a essa tecnologia de prevenção para além daqueles preconizados pela razão biomédica e biopolítica²³.

Sexo(política) e a gestão da sexualidade e das práticas sexuais

Antes de adentrarmos a uma exposição conceitual sobre a noção de “*bareback*”, consideramos necessário olhar para seu polo antagônico: o dito “sexo seguro”. Desde o surgimento do hiv/aids, homens gays constituíram um dos principais

²³ O estudo Preparadas conduzido pela Fiocruz para acompanhar o uso da PrEP na população trans (travestis e mulheres transexuais) e interações do medicamento com a hormonioterapia, já usava o termo para se referir aos participantes da pesquisa. A escolha em utilizar os PrEPParados nessa cartografia veio como sugestão de um dos colaboradores entrevistados o @Pintosa.PrEPParada e das relações entre o *barebacking* com a PrEP feitas por #OrgulhoBB, ao nomear seu novo jeito de fazer o *bare* como sendo um “*bare preparado*”.

grupos afetados pela epidemia, não apenas pelo efeito da infecção de um vírus cujo controle ainda era desconhecido pela medicina e pela ciência, mas também pela repercussão do pânico moral que atrelou, especialmente na década de 1980 e início dos anos 1990, o hiv/aids à homossexualidade (Sontag, 2007; Trevisan, 2018; Green, 2019). Naquele contexto, o sexo praticado entre homens gays (e também por trabalhadoras e trabalhadores do sexo e travestis) foi apontado como “sexo promíscuo” e considerado uma das principais causas da disseminação do vírus. A associação entre o vírus e as práticas sexuais entre homens era de tal ordem que, nos primeiros meses de 1982, o quadro clínico decorrente da infecção pelo hiv foi chamado de *Gay Related Immuddeficiency (GRI)* ou *Imunodeficiência Gay Adquirida*. Ao final daquele mesmo ano, no entanto, a sigla foi alterada para nomenclatura vigente: *Acquired Immunodeficiency Syndrome (aids)* ou *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sida)* (Gilman, 1991).

A noção inicial de “sexo seguro”, que se consolidou a partir do imperativo do uso do preservativo, originou-se como uma estratégia de base entre as comunidades gays já nos primeiros anos da epidemia. Antes mesmo das recomendações dos setores de saúde, os ativismos e as movimentações das chamadas “subculturas sexuais” (Rubin, 2018) já estavam organizando estratégias de redução de riscos e incentivando o uso do preservativo em todas as relações sexuais, independentemente do sexo e do gênero dos/das envolvidos/as. Apenas nos anos subsequentes essas orientações foram incorporadas pelo discurso médico como norma moral de saúde (Brisson, 2017; Halperin, 2007). O antropólogo Néstor Perlongher traduziu o momento da prescrição médica do preservativo como uma “introdução de uma fina película de látex entre os lascivos órgãos que adquiriu para além do valor terapêutico, algum valor simbólico, a maneira de uma inscrição que marcasse, no turbilhão dos fluxos, a presença transparente da lei” (Perlongher, 1987, p.6).

A prescrição dos preservativos em todas as relações sexuais não produziu de imediato a desvinculação entre “sexo gay” e “aids”. Durante quase toda a primeira década da epidemia, ser um “bom gay” passou a ser aquele sujeito que, em respeito a si e aos demais, incorpora o preservativo em todas suas práticas sexuais. Foi a partir daquele momento que se estabelece, de acordo com Perlongher (1987), o *dispositivo*

*da aids*²⁴, como conjunto heterogêneo de discursos, práticas e ideias que dissemina prescrições e normas de condutas sexuais que tinham como objetivo normalizar aqueles grupos e sujeitos considerados desviantes e que passariam a compor as populações-alvo da medicina e das políticas de saúde. O declamado direito a dispor do próprio corpo vai se transformando, no final das contas, no dever de regrá-lo.

Fundamentado numa primazia do futuro a fim de evitar as consequências negativas, modelando assim as ações do presente, o risco como categoria de organização social passa a operar como princípio organizador da sociedade (Beck, 2016). Mediado pela ciência e pelo Estado criam-se novos dispositivos de segurança e de antecipação de riscos, que pelo mote do perigo-medo-risco, se controla, lucra e produz subjetividades. São múltiplos os movimentos e dimensões que perpassam a linguagem dos riscos e, diante disso, podemos identificar alguns polos: um primeiro institucional, à medida que novos parâmetros do normal e do patológico são produzidos sob os terrenos normativos do saber institucionalizado; segundo, um prisma econômico, uma vez que o mercado de bens e serviços para detectar e mitigar a exposição aos riscos se torna uma realidade cada vez mais pungente; e terceiro, um enfoque político, focalizando setores da população sobre os quais se deve intervir (Mitjavila, 2002).

As técnicas de controle e gestão dos riscos das sexualidades não enquadradas no regime político da heterossexualidade, se deslocam para outros territórios com o surgimento da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV, a PrEP. Indicada pela Organização Mundial de Saúde desde 2012 a populações mais expostas à infecção pelo hiv, como “gays, homens que fazem sexo com homens, população trans e trabalhadores do sexo”, a PrEP baseia-se no uso de medicamentos antirretrovirais combinados por pessoas não infectadas pelo hiv e que fazem parte dos segmentos populacionais supracitados (WHO, 2012). No Brasil, o uso foi regulamentado pela *Portaria nº 21*, de maio de 2017, que estabeleceu que os antirretrovirais entricitabina e fumarato de tenofovir desoproxila, compostos integrantes do medicamento Truvada produzido pelo laboratório Gilead, passam a ser oferecidos via SUS como estratégia preventiva para a infecção pelo hiv (Brasil, 2017).

²⁴ Para pensar o *dispositivo da aids* nesse texto, lançou-se mão das contribuições deixadas pela cartografia de Perlongher em *O Negócio do Michê - Prostituição Viril em São Paulo* e de seu livro (2008) *O que é a Aids* (1987). Seguido dos trabalhos de Foucault (1979;1988) e das análises contemporâneas de Pelúcio e Miskolci (2009).

Para além da necessidade de uma discussão crítica do recorte epidemiológico que selecionou grupos para iniciar a oferta de PrEP, interessa-nos aqui compreender os efeitos performativos do surgimento da PrEP no campo da sexualidade, das práticas sexuais e dos regimes de subjetivação. Ao analisar o (novo) diagrama de forças que reorganiza o dispositivo da sexualidade, Preciado (2015) compara o surgimento e a circulação do Truvada com o que ocorreu no cenário da sexualidade heterossexual com o aparecimento da pílula anticoncepcional. Para o autor, ambos medicamentos podem ser considerados “preservativos químicos” que alteraram radicalmente os modos pelos quais lidamos com os corpos e com o sexo. Se a pílula alterou as sociabilidades heterossexuais na década de 1970, contribuindo para a prevenção da gravidez indesejada, o Truvada, por sua vez, vem produzindo transformações semelhantes nas sexualidades gays contemporâneas ao funcionar como uma estratégia de prevenção de infecção pelo hiv.

De acordo com Preciado (2018), a emergência de tecnologias farmacológicas não representa “apenas” a inserção de uma nova possibilidade para o exercício da sexualidade, mas, sobretudo, uma transição nos modos pelos quais a sexualidade pode ser controlada, administrada e gerenciada na sexopolítica vigente, na qual os aparatos disciplinares passam a habitar molecularmente os sujeitos e fazendo da heterossexualidade não apenas uma prática sexual, mas um regime político. Preciado (2018) caracteriza uma transição importante nos dispositivos de controle da sexualidade, que, até meados do século XX, operava a partir de aparatos disciplinares ‘rígidos’ e externos (arquiteturas segregadas e de reclusão, cintos de castidade, preservativos, etc.) e passa, com o advento de tecnologias como a pílula anticoncepcional e o Truvada, para um tipo de regulação em que a sexualidade torna-se “mediada por dispositivos farmacopornográficos: novas *tecnologias* “brandas”, biomoleculares e digitais” (Preciado, 2018, p. 22). O panóptico como tecnologia de subjetivação é miniaturizado:

Estamos confrontados com um mecanismo que -sem qualquer alteração na sua eficácia -reduziu sua escala para a de uma tecnologia que pode ser consumida individualmente e introduzida por orifícios corporais. Na era farmacopornografica, o corpo engole o poder(...) o biopoder reside em casa, dorme conosco, habita dentro(...) não é o poder infiltrando a partir do exterior é o corpo desejando poder, procurando engoli-lo, comê-lo, administrá-lo, devorá-lo (Preciado, 2018, p 222-223).

Seguindo as proposições do filósofo, consideramos a PrEP uma tecnologia que emerge a partir da confluência do dispositivo da sexualidade (Foucault, 1988) e do dispositivo da aids (Perlongher, 1985; Pelúcio e Miskolci 2009), atualizando esses dispositivos no contexto do regime farmacopornográfico, de uma sexopolítica que toma a heterossexualidade como regime político²⁵ (Preciado, 2018). A partir desse novo diagrama de forças, inaugura-se uma economia política do desejo²⁶, na qual a lógica do sexo sem preservativos entre homens gays passa a produzir outras políticas de subjetivação operadas a partir de pares de significantes como liberdade/sujeição, abjeção/desejo, medo/gozo.

As análises de Preciado (2018) são particularmente profícuas para essa cartografia, na medida em que elas sinalizam que a PrEP também “constrói” uma forma específica de uso do corpo e dos prazeres e, por isso, também se constitui como uma tecnologia performativa: ao mesmo tempo que se direciona a certos grupos, corpos e práticas, ela também constrói aquilo/aqueles nomeados pelas políticas preventivas materializadas pelo medicamento. A PrEP, nesse sentido, se consolida como uma estratégia de governo biomolecular/farmacológica (moléculas, antirretrovirais etc.) e semiótico-técnico (pornográfico, de incitação de sensações sexuais etc.): PrEP como uma tecnologia do regime farmacopornográfico de subjetivação. Uma das práticas que passaram a ser moduladas e transformadas com o advento da PrEP foi o sexo sem preservativo que, especialmente entre homens gays, era/é denominado sexo *bareback*. Se as práticas do sexo sem preservativos já eram denominadas “bareback” antes mesmo do surgimento da PrEP, com a disseminação dessa nova tecnologia farmacológica passamos a constatar um dos seus efeitos performativos: o *bareback* não mais como uma prática sexual exclusivamente contrária às prerrogativas da saúde, mas, sobretudo, como uma

²⁵ Na sexopolítica, para além da transformação da heterossexualidade em um regime político, tem-se a territorialização dos corpos e suas partes. A subjetividade masculina se consolida a partir da privatização máxima do ânus; já no corpo feminino, temos na boca uma privatização dos sinais e seus orifícios, vagina e ânus, se tornam domínio público. Essas são as ficções somáticas heterossexuais (Preciado, 2018).

²⁶ Entendida por Preciado (2018) como característica das sociedades pós-fordistas, reformulada após a Segunda Guerra Mundial. Nessa economia, a realidade da pornografia, incluindo a forma como é consumida e a indústria farmacológica, se apresentam como modelo e ideário de maximização do desempenho. Nessa economia do desejo, a sociedade busca de forma compulsória gerenciar as relações sociais dos corpos e suas atividades, enquanto os corpos, ao buscarem seu desempenho, criam caminhos que escapam ao controle contínuo do sistema.

modalidade de sexo que passa a ser administrada por uma tecnologia farmacopornográfica. A seguir aprofundaremos sobre a construção da ideia do sexo *bareback* e dos sujeitos *barebackers*.

“Bareback sex”: nomeações e discursos sobre sexo sem preservativo

O anglicanismo *barebacking* (cavalgar ou montar sem cela) passou a ser utilizado, especialmente entre a comunidade gay norte-americana no início dos anos 1990 como sinônimo de sexo sem preservativo (Léobon; Frigault, 2005) tendo o mesmo sentido do seu correlato latino “sexo a pelo” (Avila, 2011; Silva, 2009). A emergência de discursos e práticas acerca do *bareback*, bem como de sujeitos que se reconhecem como praticantes dessa modalidade de sexo - os *barebackers* - pode ser compreendida não como uma resposta comportamental individual ou uma preferência íntima em não utilizar o preservativo, mas como um fenômeno cultural ou, na perspectiva de Dean (2008), como uma subcultura nascente, na qual os elementos da transgressão, da maximização do prazer e da fantasia são essenciais para sua compreensão.

Em 1997, na revista *POZ Magazine*, foi publicado um artigo de Stephen Gerdin, intitulado *My Turn: Riding Bareback*, no qual o ativista narrava a emoção de praticar sexo anal sem preservativo com outros homens hiv positivos (Paula, 2009). Esse é considerado o primeiro artigo público em que se advoga os benefícios da prática com a possibilidade de maior sensação de contato e estabelecimento de uma conexão mais verdadeira, próxima e íntima com o parceiro.

Outro elemento que impulsionou a propagação do termo *bareback* foi a força do mercado pornográfico, representado especialmente pela figura de Paul Morris, ator e produtor de pornô gay e diretor e fundador da *Treasure Island Media*, uma das maiores produtoras do gênero em São Francisco/Califônia (EUA), voltada exclusivamente ao nicho do sexo *bareback* e responsável em converter a categoria em uma das mais aclamadas e vistas na pornografia gay nas últimas décadas, não apenas no contexto norte-americano (Morris; Paasonen, 2014). Para Morris, o sexo BB representaria uma pornoutopia²⁷: estar em simbiose com o vírus, o que para a

²⁷ A promessa utópica da pornografia é de intensidade carnal, plenitude sexual, energia, abundância, transparência, intensidade e comunidade. O estudioso literário Steven Marcus descreve os aspectos utópicos do gênero com a noção de “pornotopia”. Para mais detalhes ver: Steven Marcus, *The Other*

sociedade em geral é visto como algo “irracional”, para ele seria um ato necessário e revolucionário que deveria ser celebrado. Tal perspectiva afirmativa em relação ao sexo *bareback* pode ser constatada nas cenas dirigidas por Morris em que se pode observar a abundância de sêmem em orgias de *gang bang*, na qual um homem passivo é penetrado por vários homens ativos e recebe várias ejaculações - arranjo cênico que passou a ser a marca registrada de seus filmes (Paula, 2009).

A definição conceitual do BB não é consensual na produção científica, assim como as explicações motivacionais para a prática e sua organização no tecido social. Na definição mais ampla e mais utilizada, o BB significa “sexo anal entre homens” cuja prática é permeada pela intencionalidade do não uso do preservativo, a despeito do risco de infecções de IST (Shernoff, 2006; Avilla, 2011; Silva, 2009; 2010). Há outros autores como Mansergh *et al.* (2002) que definem o *bareback* como o sexo anal entre homens que não são parceiros primários e que não fazem o uso intencional do preservativo, ou ainda como Shernof (2006) que definem *bareback* como qualquer sexo anal sem preservativo, seja forma ocasional, intencional ou não intencional. Silva (2009), em sua etnografia sobre *barebackers* brasileiros, identificou distintas modalidades de *barebacking* (e *barebackers*) coexistindo a partir da intencionalidade do ato, da extensão em que ocorre a prática sexual desprotegida, da relação de prazer e risco e da busca por maior intimidade²⁸.

As produções científicas sobre o BB vêm, nas últimas décadas, tentando estabelecer relações causais para compreender as motivações envolvendo a prática e delinear o perfil de seus praticantes que, para além de um viés pragmático, objetiva conter sua expansão e as consequências para a saúde comunitária. Assim, homens que praticam o *bareback* passam a ser enquadrados como um grupo que necessita de intervenção de profissionais e instituições de saúde. Esses sujeitos são vistos e produzidos discursivamente como perigosos, desviantes, promíscuos e/ou doentes mentais por supostamente não assimilarem uma suposta periculosidade sobre suas práticas e por não serem empáticos e sensíveis com as consequências da pandemia de hiv (Gauthier e Forsyth, 1999; Brison, 2011) e/ou outras IST. Assim, as discussões científicas sobre o BB, especialmente as de cunho epidemiológico, passam a

Victorians: A Study of Sexuality and Pornography in Mid Inglaterra do século XIX (Nova York: Basic Books, 1964).

²⁸ Para aprofundar a representação do *bareback* no Brasil ver trabalhos de Silva (2009; 2010), Barreto (2017), De Paula (2009).

reatualizar a “psiquiatrização do prazer perverso” e a figura do “sujeito homossexual” instauradas a partir do século XVIII pelo dispositivo da sexualidade (Foucault, 1988). Essa tradição epistemológica sobre a sexualidade acaba mantendo a figura biopolítica do “homossexual perigoso” como uma “ameaça comunitária e pública” (Pelúcio; Miskolci, 2009). Na esteira dessas racionalidades, tais pesquisas buscam, a todo custo, a partir de análises de condutas e identificação de biotipos, a patologização dos “desviantes sexuais”, categorizando as práticas homossexuais e seus praticantes como “anormais”.

Ainda em relação às tentativas de descrições tipológicas dos *barebackers*, também podemos observar a incidência de discursos psicologizantes que objetivam descrever tais sujeitos a partir de referentes psicopatológicos, vinculando-se, sobretudo, aos seguintes temas: 1 - baixa autoestima (Adam 2005); 2 - sofreram abuso na infância (Halkitis *et al.*, 2008); 3 - são sexualmente compulsivos (Dodge *et al.*, 2008); 4 - são solitários, zangados ou sofrem de depressão (Houston *et al.*, 2012); 5 - vivenciam a homofobia internalizada (Thomas *et al.*, 2014); 6 - têm problemas de abuso de substâncias (Rosario, Schrimshaw e Hunter, 2006); 7- precisam provar sua masculinidade (Holmes *et al.* 2008); 8 - porque são jovens e/ou irracionais (Mustanski *et al.* 2011; Suarez e Miller 2001). Perspectivas essas carregadas de forte ênfase moral e culpabilizadora dos indivíduos e suas práticas, replicando desenhos metodológicos em que o psicologismo moralizante parece ser o ponto de partida da investigação.

Outras descrições tendem a compreender as motivações vinculadas ao *bareback* facilitada por fatores circunstanciais, como a relação do impacto da pandemia na vida; faixa etária; relação com a pornografia; oferta das novas terapias de antiretrovirais (Wolitski, 2005); o cansaço com a cronicidade da pandemia que se estende por décadas (Ostrow *et al.*, 2002); a popularização da internet como espaço de busca de encontros; e maior disponibilidade de drogas e incentivo ao uso dessas nas relações sexuais entre homens gays (Stall *et al.*, 2001).

Um forte elemento constituidor do estigma em relação ao BB vincula-se com uma das modalidades da prática considerada de maior risco de infecção: a prática sexual sem preservativo em que uma das partes envolvidas sabe que vive com hiv (podendo ou não fazer tratamento com antirretrovirais) e fetichiza a presença do vírus como componente erótico nas relações sexuais; e/ou uma das partes não vive com hiv (podendo ou não utilizar a PrEP) e fetichiza o fato de seus parceiros viverem com

hiv. Eventualmente, esse tipo de prática alcança repercussão midiática em decorrência da sua radicalidade como fenômeno cultural que contraria os princípios normalizadores da saúde. Esses grupos de *barebackers* desenvolveram nomeações e códigos próprios em suas subculturas sexuais: há aqueles que se intitulam *gift givers*, também chamados de “carimbadores” (homens que vivem com hiv e que procuram deliberadamente transmitir o vírus para uma pessoa que não vive com hiv - de forma consensual ou não); e os *bug chasers* (“caçadores de bixos”, em tradução literal) que extraem prazer erótico em transar com homens que vivem com hiv, desejando serem “carimbados” (infectados), receber a “vitamina” (sêmen infectado) e se converter em “vitaminados” (pessoas que vivem com hiv) - termos êmicos que constituem algumas das gírias entre esse subgrupo de *barebackers*²⁹.

Considerando as relações que os *barebackers* estabelecem entre as suas práticas sexuais e o hiv, Dean (2009) distingue três entendimentos ou visões implícitas acerca do risco de infecção. São elas: a) *barebacking* com o desejo ou intenção de não transmitir o hiv; b) *barebacking* com indiferença ao hiv; c) *barebacking* com desejo ou intenção de transmissão viral (Dean, 2009). Outras dimensões analíticas desenvolvidas por Silva (2009; 2010) dizem respeito à intencionalidade do ato, à extensão em que ocorre a prática sexual desprotegida ou mesmo à polaridade “prazer do risco X prazer” do contato total entre os parceiros. No que concerne a este último aspecto, alguns homens buscam dissociar sua prática ou perspectiva de *barebacking* da ideia corrente de prazer que se tem em correr risco (Silva, 2009). Assim, para o autor a prática do *bareback* poderia ser pensada em três grandes modalidades: 1) mais extensivo e de maior contato; 2) em torno da soroconversão; 3) parcial ou com redução de riscos (Silva, 2009).

A segmentação em grupos e descrição comportamental dos perfis dos *barebackers* estão muitas vezes a serviço dos aparelhos de controle e vigilância do complexo da saúde. Trabalhos que se distanciam desse enfoque como os de Dean (2008; 2009) no cenário norte americano e os de Silva (2008) e Barreto (2017) no contexto brasileiro em suas respectivas etnografias, apontam que distintas modalidades de *bareback* (e *barebackers*) parecem, então, coexistir, demonstrando

²⁹ Essa perspectiva do BB como busca de desejo pela transmissão/recepção do vírus como elemento erótico é apenas uma das expressões da prática, todavia, é a que gera mais repercussão, tanto na mídia como no campo da saúde quando o tema é abordado. Para maior aprofundamento ver: Tomso, 2004; Silva 2009; 2010.

que múltiplos aspectos e situações estão implicados no sexo sem preservativo. Adota-se neste estudo a leitura do *barebacker* como sendo uma subcultura nascente na antítese dos modelos heteronormativos de gestão da sexualidade (Dean, 2009; 2015 e Rojas, 2007, Pelúcio, 2009). Independente das categorias de *barebackers* e o grau extensivo de suas práticas, o *bareback* já nasce como um reflexo do que Halkitis *et al.* (2003) chamam das “chatas campanhas pautadas no terror”, no imperativo absoluto do “sexo seguro” (leia-se: com preservativo) como sendo a única forma possível de proteção, no cansaço em relação à cronicidade da epidemia e pelos avanços do tratamento.

Cartografias (queer) do bareback: composição de um mapa móvel

Rolnik (2007) propõe uma atenção vigilante entre a coexistência da macro e micropolítica, como linhas díspares, mas complementares e indissociáveis na produção de realidade psicossocial, de tal modo, o percurso teórico-metodológico da pesquisa fundamenta-se na *cartografia* de Deleuze e Guattari (1995) e nas proposições de Preciado (2008) sobre *cartografia queer*. A cartografia preconiza um modo de pesquisar em que o corpo do pesquisador-cartógrafo precisa estar, a todo momento e sentidos, atento àquilo que o atravessa e o mobiliza. Portanto, o corpo vibrátil³⁰ do pesquisador funcionou como “instrumento” de pesquisa durante todo o processo, uma vez que foi no corpo (e por meio dele) e nas suas sensações que se pôde se aproximar de um campo de pesquisa envolto de tabus e de moralidades - ao mesmo tempo também permeado por fluxos eróticos e sexuais. Nesse sentido, lançamos como aposta teórica nessa cartografia queer não negligenciar a “subjetividade erótica do pesquisador” (Kulick, 1995), ou seja, a própria afetação erótica e desejante vivenciada pelo pesquisador durante suas incursões cartográficas.

Na contramão de certa tradição científica que busca, assepticamente, se livrar de quaisquer traços da subjetividade do pesquisador, consideramos que a subjetividade do cartógrafo é um componente relevante e fundamental em pesquisas sobre sexualidades, especialmente sobre sexualidades dissidentes vivenciadas nas

³⁰ A ideia de corpo vibrátil marca a inseparabilidade do sujeito pesquisador com seu campo de estudo, sendo as sensações que atravessam o corpo do cartógrafo, fundamentais para o mapeamento dos jogos de afetos e forças nos territórios psicossociais, dando língua para afetos que pedem passagem. Para aprofundamento ver Rolnik, 1989.

chamadas subculturas sexuais. Um elemento que diz respeito ao tema desta pesquisa e que é compartilhado pelo pesquisador é a relação com a PrEP. O próprio pesquisador-cartógrafo é usuário desta tecnologia de prevenção, frequenta serviços de saúde do SUS e vivencia as afetações e intensidades relacionais em presenciar no próprio corpo a inscrição das políticas de subjetivação, dos mecanismos de controle e, não menos importante, da corporeidade do desejo.

Neste sentido, a construção de uma cartografia queer ao dar visibilidade a alguns espaços de enunciação marginais acarreta em potenciais perigos. Tais perigos são identificados por Preciado (2017) ao se cair na tentação de produzirmos uma cartografia de identidades como uma taxonomia, na qual o cartógrafo se abstém de sua posição identitária para produzir, a partir de uma suposta neutralidade de seu locus de enunciação, uma análise distanciada do objeto.³¹ O perigoso desse modelo de cartografia é que facilmente pode se converter num “ato de vigilância” transformando o conteúdo cartografado em material para fazer funcionar dispositivos de controle, “convertendo-se em um arquivo de vítimas que mais que criticar a opressão, termina por estetizá-la” (Preciado, 2013, p. 7).

“Colheita” de histórias e política de narrativa

A proposta teórico-metodológica cartografou alguns territórios que foram “habitados” pelo pesquisador entre 2018 a 2022. Tais territórios constituem-se tanto de um espaço vivido transitado como um sistema percebido de representações (Guattari e Rolnik, 2007), um plano por onde circulam fluxos de diversas ordens (afetivos, discursivos, midiáticos, eróticos, semióticos, imagéticos, etc.), e que ora se cristalizam e se endurecem, ora se desfazem e se desviam de certas modelizações identitárias.

No processo cartográfico, diferentes procedimentos de colheita de dados foram considerados: 1) coleta de dados primários por meio de um formulário on-line com 18 questões objetivas e um campo aberto para uma primeira aproximação com

³¹ Preocupação essa já identificada por Perlongher em sua etnografia com “michês” em São Paulo: “A premissa da identidade, da ‘imagem coerente do self’, parece resultar antes de um pressuposto a priori do observador, que um fenômeno empiricamente registrável. Essa premissa não somente afasta do campo estudado as fugas, contradições, incoerências, desejos dos sujeitos – esmagando-os sob o imperativo da sujeição a uma coerência preestabelecida –, mas tende a transformar-se numa espécie de “obstáculo epistemológico”: levado por essas noções, o observador tenderá a se deter nos meandros da atribuição de identidade, talvez em detrimento das práticas concretas (Perlongher, 2008, p.201).

o campo; 2) conversas informais com homens usuários da PrEP; 3) produção de diários de campo, nos quais registraram-se as conversas informais e algumas “cenas” observadas nos territórios; 4) observações-participantes e interações nos territórios online de sociabilidade, via imersão em grupos de Whatsapp e Telegram páginas do Twitter sobre o tema cartografado e aplicativos de encontros gays (*Grindr* e *Scruff*); 5) entrevistas semi-estruturadas com alguns participantes³².

Os sujeitos que circulavam pelos territórios cartografados eram todos usuários da PrEP e se identificavam, majoritariamente, como homens cisgêneros gays. Para me aproximar e estabelecer contato com essas pessoas, utilizei algumas estratégias de divulgação/convite para ampliar a participação na pesquisa: a) divulgação nas redes sociais do ambulatório PrEP Florianópolis³³; b) divulgação no grupo de Facebook Prep Brasil; c) divulgação nas redes sociais particulares do próprio pesquisador (Instagram e Facebook) e aplicativos de encontros (*Grindr* e *Scruff*).

Para compor o grupo de sujeitos entrevistados, selecionou-se para participar das entrevistas semi estruturadas 14 usuários da PrEP que se consideravam praticantes do *barebacking* ou que praticavam na maior parte das vezes.³⁴ Utilizou-se critérios de representatividade, disponibilidade e interesse dos participantes. Os

³² A cartografia do Twitter deu-se a partir de uma imersão em páginas de grande repercussão pelo número de seguidores e/ou volume de publicação de conteúdo a partir da busca das # barebaking e # no pelo optando por não fixar a cartografia em páginas específicas, mas sim, acompanhando o fluxo de postagens representadas pelas # selecionadas. A seleção do grupo What App foi feita através de portais de divulgação de links de grupos fechados de Whatsapp por categorias temáticas (<https://adulto.grupos.top/whatsapp-porno/gays/>); <https://centralboyssp.com.br/links-whatsapp-gay>. Dentro das categorias de *Barebacking* foi escolhido através da descrição do grupo o grupo Indetectável Brasil PrEP, por ser o mais representativo do objeto a ser cartografado. Na descrição do grupo consta a seguinte descrição: "Se você toma PrEP ou está Indectável e curte dar ou receber uma leitada no pelo sem camisinha, sem capa e não desperdiça uma gota de porra, entra ae Caralho!" A ambiência nas páginas do Telegram deu-se sobretudo depois da realização de algumas entrevistas com os colaboradores, nas quais três grupos foram indicados pelos entrevistados.

³³ O ambulatório PrEP, localizado na policlínica do centro de Florianópolis, foi o primeiro serviço de dispensa de PrEP no município, composto por uma equipe multiprofissional, realiza consultas, exames e integra o serviço do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). A divulgação nas redes sociais do Ambulatório da pesquisa, com o link do formulário, foi realizada pelos próprios profissionais do serviço, após a pesquisa receber aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e do Comitê de Ética e Pesquisa Municipal/Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde - CAPPs, sob registro: CAAE 35724620.7.0000.0121.

³⁴ A seleção prévia dos colaboradores foi realizada pela análise do formulário de aceite em participar da pesquisa e anuência do TCLE. Após a divulgação, 167 usuários da PrEP entraram em contato com o pesquisador, desses 152 responderam o formulário de pesquisa que continham questões objetivas e abertas para captar o perfil do usuário, características e dinâmicas de uso da PrEP. Dos 156 usuários da PrEP 31,6%(n=48) responderam que se considera um praticante de *barebacking*; enquanto 47,4%(n=72) que praticam em algumas relações; 17,8%(n=27) relataram não serem *barebackers* ou que praticam o BB; e, 3,3%(n=5) não conheciam o significado do termo e/ou não saberiam responder.

entrevistados foram convidados a darem um codinome (pseudônimo) a sua participação na pesquisa, escolhendo um que melhor represente em termos de seus desejos e práticas sexuais ou que melhor sintetize seus posicionamentos sobre a PrEP. Aqueles que não foram entrevistados, mas compuseram a cartografia virtual seja pelas plataformas de WhatsApp, Facebook e Twitter ou aplicativos de encontro (*Grindr*, *Scruff*) tiveram a essência do seu nome de usuário preservada no diário de campo, com alterações feitas pelo pesquisador para garantir o anonimato, mantendo quando possível os mesmos significantes dados pelo usuário.

Procurou-se a construção de um modelo analítico que contemplasse "a produção de subjetividade, pensada mais em termos de movimento do que de posição, mais em termos de performatividade do que de representação, mais como uma *tecnologia política* e de relacionalidade do que de objeto ou corpo" (Preciado, p.16, 2017). Para isso, foram convidados quatro dos entrevistados para contribuir na política de narratividade do texto, produzindo uma política cognitiva inventiva (Passos; Benevides, 2009), na qual uma parte dos informantes se implicam na busca pelos analisadores e pactuação das principais diretrizes do texto apresentado.

Aqueles que desejaram contribuir receberam um texto com os principais achados do campo, contendo uma síntese da fala transcrita dos entrevistados com os tópicos narrativos mais relevantes e possíveis articulações teóricas³⁵. Após a contribuição recebida estruturou-se o manuscrito incorporando as colaborações como parte do processo, em conjunto com as anotações do diário de campo do cartógrafo usuário, contemplando registros de conversas, de afecções, de estranhamentos, de sensações e de percepções sentidas, dando passagem aos movimentos de devir para a produção de um mapa de afetos provisório, no qual o território jamais se confunde com o mapa. Ao construir um modelo de análise crítica por problematização e análise de agenciamentos, os relatos dos colaboradores foram pensados contemplando a interconexão do território micropolítico com o macropolítico.

Salienta-se que todos os procedimentos éticos foram respeitados, atentando-se a resolução 466/2012. Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob o número 4.219.418/

³⁵ A escolha dos colaboradores entrevistados para compor a oficina de analisadores do texto baseou-se em critérios de representatividade, disponibilidade e interesse dos participantes em analisar o material narrativo produzido ao longo dos encontros.

Ficções identitárias: a Puta Barebacker e a Santa medicada

O advento da PrEP como tecnologia de prevenção ao hiv tem produzido novas questões para problematizarmos os comportamentos sexuais, as formas pelas quais os sujeitos se referenciam em relação às suas práticas sexuais e à ideia de “risco” e outras possibilidades de recriar cenas eróticas e sujeitos da sexualidade. Em sua análise antropológica, Brison (2017) pondera que a tecnologia da PrEP cruza dois aspectos que, em uma leitura inicial, poderiam ser concebidos como contraditórios. O primeiro aspecto diz respeito ao fato de que a adesão à PrEP significaria a incorporação de uma prática individual de "prevenção ao hiv". Nesse âmbito, o sujeito que se previne ao utilizar esta tecnologia pode, potencialmente, ser referenciado como uma “pessoa virtuosa” que estabelece um senso de responsabilidade frente à infecção e ao controle da pandemia, coadunando, portanto, com a razão biomédica e sanitária. O segundo aspecto é a ideia de que a PrEP poderia representar o abandono do preservativo³⁶ e um enaltecimento da cultura do sexo *bareback*, prática tradicionalmente saturada de elementos estigmatizantes e associada a um modo de vida que nasce como oposição ao discurso da saúde.

Defendemos que essa contradição não pode ser tomada como algo estanque, uma vez que nem sempre os sujeitos negociam suas práticas sexuais de forma tão rígida e os roteiros sexuais (Gagnon, 2009) são passíveis de reformulações, a depender dos contextos, dos afetos, dos encontros, da qualidade e do estilo das relações estabelecidas. No entanto, apesar da fluidez possível no campo das experimentações sexuais, percebemos a demarcação de dois tipos de sujeitos, seja em termos de autorreferencialidade (forma como os próprios sujeitos se nomeiam e se percebem) ou de rotulação (forma pela qual se atribuem designações aos sujeitos).

³⁶ A preocupação em relação ao abandono do preservativo com o advento da PrEP colocou em pauta, no campo da saúde, a questão da “compensação de riscos”. Dados dos relatórios e publicações do PrEP Brasil trouxeram resultados em oposição ao discurso popular que sua difusão aumentaria a incidência das ists e motivaria a compensação de risco, corroborando outros achados internacionais. Neste estudo, a compensação do risco não foi observada, identificou-se estabilidade temporal no relato de número de parceiros, de relações sexuais desprotegidas e da incidência de infecções sexualmente transmissíveis. A prevalência de infecções sexualmente transmissíveis como sífilis, hepatite e gonorreia atingiu 20% dos participantes, sendo os mais vulneráveis a população jovem e com menor grau de escolaridade (Grinsztejn, 2018). A frequência de IST não aumenta ao longo do uso de PrEP, mas tende a ser significativamente elevada, além de ser maior do que em não usuários de PrEP (Brasil, 2015; Grinsztejn, 2018; Villela *et al.*, 2021).

De modo geral, poderíamos dizer que entre aqueles que aderem à PrEP existem os sujeitos que exercem “um bom comportamento sexual” e aqueles que exercem um “mau comportamento sexual”. Enfatizamos que os adjetivos “bom” ou “mau” não dizem respeito às *nossas* atribuições de valor sobre as práticas sexuais, mas às qualificações prescritivas perpetradas pelos discursos hegemônicos que passam a designar formas mais ou menos “corretas” de se relacionar com o sexo e com a prevenção. Tomando como ponto de partida que os discursos biomédicos e sanitários tendem a qualificar e diferenciar os comportamentos sexuais entre “bons” e “maus” (ou mais ou menos adequados; de maior ou menor risco; mais ou menos seguros etc.), elencamos duas figurações para representar os sujeitos que transitam nessas posições: a “**puta bare**” e a “**santa medicada**”. Essas figurações se apresentam como ficções identitárias, ou seja, não dizem respeito a nenhuma natureza sexual ou individual, mas podem nos dar pistas para analisar os modos pelos quais os sujeitos jogam com as normas, com os códigos e com discursos que classificam as práticas sexuais, os prazeres e as políticas de prevenção.

O que chamamos de *dilema puta bare - santa medicada* significa justamente os tensionamentos micropolíticos que surgem a partir dos agenciamentos que entrecruzam de um lado as políticas de prevenção e os discursos sanitários e biomédicos; e do outro as políticas do desejo, dos prazeres, da sexualidade e do erotismo. Nesse cruzamento de forças, fomos mapeando as linhas de composição deste mapa e os modos como vão se formando territórios existenciais a partir de todos esses atravessamentos.

Micropolíticas: as putas barebackers entram em cena

Meu sexo foi transformado em fetiche, não por mim, mas por Outros. O medo, o pavor da contaminação, mesmo quando me aterrorizava, também me excitava. Fazer bare é gozar dentro sem mais medo, é gozar na cara de quem disse que eu iria morrer de aids (@PASSIVO.ONPREP / trecho extraído do diário de campo).

Partimos da descrição acima para problematizarmos a produção do *bareback* como fetiche e, sobretudo, como esse fetiche passa ser mediado pela PrEP. Afinal, o sexo sem preservativo não seria aquele mais próximo do dito “natural”? Não seria a

prática heterossexual naturalizada e considerada evidente para fins procriativos? Por que essas práticas entre pessoas heterossexuais e cisgêneras não são designadas como *bareback*? Como a ideia de *bareback* (mediada ou não por tecnologias de prevenção ao hiv) passa a borrar as fronteiras das presunções de “naturalidade” do sexo? Como em alguns contextos e interações sexuais e eróticas o sexo sem preservativo - nesse caso, em especial, o sexo sem preservativos entre homens - passou a se configurar como uma transgressão do sexo e um fetiche erotizável? Tais questionamentos iniciais colocam em evidência o caráter fabricado da sexualidade, do sexo e das políticas do desejo, que se modificam e se recriam o tempo todo, a depender dos agenciamentos macro e micropolíticos que se estabelecem entre os corpos e que passam a regular as experiências.

A ideia de *bareback*, seja entre as subculturas sexuais dissidentes ou no discurso dominante da saúde, no geral, se refere ao sexo anal entre homens, tal como sinaliza o relato de @PASSIVO.ONPREP. É interessante pontuar, nesse sentido, que a figura do *barebacker* como um sujeito que representa uma *sexualidade potencialmente perigosa*, retoma e reatualiza, de algum modo, 1) a imagem do “sodomita”, que também fazia alusão aos homens que se entregavam aos prazeres entre os pares do mesmo sexo e que esteve, durante muito tempo, atrelado à figura do pecador e do criminoso; e 2) a categoria sexológica do indivíduo homossexual, que começa a se delinear no século XIX e que estava associada à ideia de “anormalidade” e “desvio sexual” (Trevisan, 2018; Green, 2019; Santos, 2013, Weeks, 1999).

O que @PASSIVO.ONPREP parece intuir é que o seu desejo, nomeado como “fetiche”, antes de ser “seu” foi produzido por um “outro”, que passou a classificá-lo como uma categoria sexual específica. Se parte da literatura aponta que, no início da epidemia do hiv, a denominação “*bareback*” representava uma reação transgressora aos imperativos sanitários do “sexo higiênico” e do “bom comportamento sexual”. Atualmente, com o advento da PrEP, a prática do sexo sem preservativo passa, potencialmente, a ocupar um lugar em que, se a transgressão não deixa de existir, ela se configura como algo manejável e administrável em termos de políticas de saúde. Se, por um lado, o risco passa a ser administrado biopoliticamente, na perspectiva dos *barebackers* a ideia de “sexo perigoso” ou de “risco sexual” passa a ser “satirizada”. O relato de @PASSIVO.ONPREP aponta para uma satirização e ironização do risco: “*gozar dentro sem mais medo, é gozar na cara de quem disse que eu iria morrer de aids*”. Ser *barebacker* em PrEP, nesse caso, possibilitou uma forma

de transgressão em que o desejo e o prazer podem ser assumidos sem medo e resistindo à culpabilização imposta pelas hegemônicas recomendações do “sexo seguro”. O mesmo “outro” que transformou seu sexo em “fetiche”, em uma prática problemática para a saúde pública e/ou em uma categoria moral, passa a ser enfrentado, contestado e desarticulado pelo barebacker em PrEP.

Preciado (2015), em sua primeira menção sobre a PrEP no texto *Condomes Químicos*, não deixa de ver com certo ceticismo essa nova prótese do capitalismo farmacopornográfico. Para o filósofo, o “Truvada, como a pílula, talvez não tenha como objetivo melhorar a vida de seus consumidores, mas otimizar a exploração dócil dos mesmos, assegurar sua servidão molecular, mantendo uma ficção de liberdade e emancipação” (Preciado, 2015 p. 1). Embora o aspecto do controle biopolítico apareça em algumas histórias ouvidas, o enquadramento feito pelo filósofo parece não ser reconhecido nas narrativas de grande parte de nossos colaboradores, que muitas vezes relacionam a PrEP com os significantes do “empoderamento” e da “força” - e não como sujeição e docilização. Em diálogo como a tese de Preciado, enfatizamos que concordamos com a hipótese de que a tecnologia da PrEP pode significar mais um tentáculo de controle farmacopornográfico que transforma as virtualidades dos comportamentos sexuais em estatísticas administráveis. Sabemos que a adesão à PrEP insere alguns grupos em um dispositivo de verificação constante de suas condutas sexuais por parte das políticas de saúde: exames e acompanhamentos frequentes por profissionais da rede pública de saúde, visitas recorrentes aos serviços de saúde que dispensam a medicação etc. De fato, tudo isso coloca os grupos alvos dessa política em um circuito de administração não apenas quantitativo, mas “molecular” - ou seja, uma administração (bio)política que afeta os modos de subjetivação sexual vigentes. No entanto, ampliando a perspectiva de Preciado (e seguindo no diálogo com Foucault), não podemos deixar de entrever que diante de toda estratégia de sujeição podem se constituir práticas de liberdade e de resistência e formas éticas de se conduzir a partir de determinados campos morais (Foucault, 1984, 1988). Se a PrEP pode se constituir como mais uma tecnologia de controle e docilização, tal como alerta Preciado, a relação que alguns grupos podem estabelecer com esse dispositivo pode ser de subversão das normas e de desarticulação das estratégias dominantes de poder.

Concordamos, assim, com Pelúcio (2016), que, ao comentar as ideias de Preciado, afirma que o regime farmacopornográfico, apesar de produzir corpos e

subjetividades ajustáveis às formas dominantes do capital, também pode produzir movimentos “anárquicos” e “estranhos” à razão biopolítica. Segundo Pelúcio (2016, p. 124), o próprio funcionamento do capitalismo farmacopornográfico deixa “brechas para apropriações subversivas de suas tecnologias”. As falas de @Pintosa.PrEPArada e de #OrgulhoBB são exemplares a esse respeito:

Nós viados, bixas afeminadas já temos que nascer preparados, preparados para pôr a cara no sol, pra enfrentar as risadinhas na escola e ridicularização dos machos alfas escrotos. Preparados pra mentir quando a tia pergunta da namoradinha ou ter a força para azedar o almoço de domingo da família e dizer que a namoradinha nunca vai chegar (...) Acho que a gente é muito forte, temos que aprender a ser, se nascemos numa família que aceita temos ainda o desafio da sociedade, sobrevivemos a uma epidemia, mas não ainda ao estigma e preconceito, se você é preta, afeminada, pobre e ainda positiva, meu amor, que coragem! Pensando assim eu ainda sou a nata das viadas privilegiadas, tenho consciência disso e agradeço a PrEP por me deixar mais forte, preparado para os desafios, sim amore, sou uma bixa Preparada! Preparadíssima! pode começar a perguntar (@Pintosa.PrEPArada).

Aquela velha história, né? Muita gente faz bare, mas dizer publicamente que faz é outra coisa. Eu sempre gostei. mas é claro que não vivia toda essa intensidade e digo isso porque a camisinha sempre foi um drama pra mim, mas usava né... a PrEP me trouxe um bare seguro, eu não tenho vergonha agora de falar do que sempre gostei, porque sou um bare preparado pra lidar como meus medos e desejos. Não é porque curto que não me cuido, faço meus exames... Apesar de todas as ressalvas das outras doenças e tal, assim, né, num dá pra comparar com pegar o hiv (#OrgulhoBB).

Os dois trechos relatados acima sugerem que a adesão à PrEP não significa, pura e simplesmente, se deixar cooptar por uma estratégia sanitária de controle e normalização das práticas sexuais. Como indicado anteriormente, sabemos que aderir a uma estratégia de política pública amparada em dados estatísticos e às lógicas epidemiológicas que buscam prever comportamentos sexuais de determinados grupos pode significar um “pacto” com um regime de governo biopolítico. Observa-se no relato de #OrgulhoBB, por exemplo, que há uma consciência de que a PrEP é uma estratégia de prevenção apenas ao hiv e que continuam existindo riscos de outras infecções caso se dispense o uso do preservativo. O informante também parece querer reforçar que “se cuida” e “faz os exames” de rotina.

Essas ressalvas, proferidas individualmente por #OrgulhoBB, são prescrições exaustivamente repetidas nas políticas de prevenção e por profissionais da saúde, o que indica que há, no relato, uma apropriação do discurso biomédico na “(auto)gestão

dos riscos” e na forma de se conduzir em termos de comportamento sexual³⁷. No entanto, o que também é interessante observar é a possibilidade de uma enunciação que subverte certa noção moral do sexo sem preservativo: “*não tenho vergonha agora de falar do que sempre gostei, porque sou um bare preparado pra lidar como meus medos e desejos*”. Viver a sexualidade sem culpa, sem medo e sem vergonha e podendo “assumir” que se pratica sexo bareback é algo que poderia desconcertar algumas prescrições morais sobre o sexo, sejam elas biomédicas, sanitárias ou mesmo religiosas.

A fala de @Pintosa.PrEPArada, por sua vez, associa a adesão à PrEP não apenas a uma forma de prevenção, mas a uma estratégia de enfrentamento à heteronormatividade e aos estigmas associados ao hiv. Se durante muito tempo as sexualidades e as identidades de gênero dissidentes das normas cisgêneras e heterossexuais foram atreladas ao risco, à promiscuidade, à doenças, ao perigo, à aids, etc, com a PrEP parece surgir uma margem para contornar essas prerrogativas negativas associadas às existências *queer* (viado, bixas afeminadas, pobre, pretas etc.). Há, nesse sentido, uma possibilidade de subverter os sentidos negativos associados a determinadas corpos, desejos, identidades e expressões e afirmar positivamente essas vidas (contrariando as normas cis-heteronormativas)

Dentre as formas encontradas pelos sujeitos para acessar a PrEP ou para, a partir desta tecnologia, afirmar outras possibilidades sexuais e eróticas, identificamos algumas práticas discursivas que produziam um jogo de deslizamento entre as figuras “puta bare” e “santa medicada”. Percebemos, nas narrativas, uma constante negociação de sentidos a respeito da própria conduta sexual. Esses sentidos não necessariamente representavam as identidades dos próprios sujeitos, mas, antes disso, encarnavam estratégias performativas que, ao serem enunciadas, criavam ficções identitárias que passavam a mobilizar tanto a relação com os serviços de saúde, como com a própria sexualidade.

³⁷ A fala de #OrgulhoBB traz à baila um tema frequentemente evocado nos debates sobre PrEP: a ideia de que a prevenção bioquímica iria substituir ou desencorajar o uso de preservativo. Não faremos eco aqui a resposta protocolar dada pelo discurso biomédico de ser a PrEP um recurso integrante da Prevenção Combinada (Brasil, 2022), podendo ser pensada em conjunto a outras estratégias de prevenção. Posicionamos a partir da perspectiva da PrEP como um direito tanto sanitário como também sexual, amparado no reconhecimento do impacto positivo no prazer sexual e, assim, a defesa do direito à PrEP como um direito à liberdade sexual, sendo também uma opção para aqueles que como o #orgulhoBB usavam o preservativo mas o reconheciam como uma limitação na busca do prazer, sendo a PrEP uma estratégia de emancipação, ou, como traz @Pintosa.PrEPArada um potencializador, “algo que me deixa mais forte”.

Identificamos algumas práticas discursivas que indicam os modos pelos quais os sujeitos negociam com as rotulações biomédicas, se narram a partir da mediação da PrEP e constroem as próprias experiências sexuais. Essas estratégias colocam em cena a figura da “puta”, que passa a ser modulada a depender dos contextos e das interações estabelecidas. Obviamente que não estamos fazendo referência à “puta trabalhadora do sexo”, mas a uma categoria nativa, amplamente escutada entre os informantes, que descreve a forma como se vive a sexualidade. “Putas”, aqui, adquire um sentido que qualifica uma sexualidade marginal, desviante, potencialmente perigosa, considerada promíscua, com múltiplos parceiros. A figura da puta, portanto, passa a compor os modos pelos quais os sujeitos passam a se relacionar com suas sexualidades via mediação da PrEP. Enfatizamos que não estamos também nos referindo a categorias identitárias de sujeitos específicos, mas de estratégias discursivas que os sujeitos podem aderir ou não, utilizar ou recusar. Dentre essas estratégias discursivas, identificamos três formas de jogar com a figura da puta: 1) a puta instrumental; 2) a puta identitária; e 3) o devir-puta. As duas primeiras estratégias se relacionam principalmente ao acesso à tecnologia, uma vez que, no momento em que escutamos os PrEPados, a oferta de PrEP era restrita a grupos específicos. Já o devir-puta se refere a uma afirmação transgressora de intensificação dos prazeres.

A estratégia da “puta instrumental” diz respeito a um uso instrumental, por parte dos usuários, das informações oferecidas aos serviços de saúde a respeito das próprias práticas e condutas sexuais. A instrumentalização das informações disponibilizadas aos serviços adquire um valor utilitarista que garantiria o acesso à tecnologia de prevenção. O relato de @novinho_lizinho.afim expressa como essa estratégia era utilizada:

Eu acho maravilhoso! antes de começar aqui na minha cidade eu já tava usando e pegando em São Paulo. No começo eu tinha receio de eles não me darem. Tava começando [...] era só para poucos, aí na entrevista com o médico [...] eu botei o terror, disse que era toda semana um cara diferente e sem camisinha. Pior que nem tava transando muito naquela época, dei uma bela aumentada, não lembro com quantos falei que transava, mas era uma coisa bem absurda, tipo mais de vinte (risos), pra eles não terem dúvidas que eu era puta e precisava sair dali com a PrEP. Não ia perder a chance de entrar no programa, mesmo que tivesse que me passar por putona (@novinho_lizinho.afim).

Percebe-se, nesse relato, que se apresentar como “putona” tem um objetivo claramente utilitário (garantir o direito ao acesso à PrEP) e não diz respeito, necessariamente, à forma como o próprio sujeito se percebe. Destacamos que, pelo menos no início da oferta da PrEP nos serviços públicos do SUS, esta tecnologia estava disponível apenas a alguns grupos e, portanto, não poderia ser acessada por todos³⁸. @novinho_lizinho.afim, naquele contexto, iniciou a PrEP já na primeira semana de oferta desta tecnologia via SUS e passou, inclusive, a integrar a pesquisa do *Inprep*³⁹. Aquele contexto produzia uma incerteza em relação ao usuário ser apto ou não para receber a PrEP: “*será que ser gay apenas seria suficiente? Talvez teria que ser puta também!*”. A dualidade envolvendo a tecnologia da PrEP reflete na narrativa do informante na lógica: “*sou uma puta logo, preciso de PrEP*”, ou, ainda, “*para conseguir PrEP posso até me passar por puta, mesmo que internamente não tenha essa percepção sobre mim mesmo*”. Os afetos do medo de ficar de fora da política, nesse caso, mobilizou a estratégia discursiva da “puta instrumental”.

O critério de pertencer a algum dos segmentos considerados mais vulneráveis à infecção, a chamadas “populações chave/prioritárias” (vinculação identitária) era decisivo, afinal a política previa um recorte populacional para sua oferta. Mas além desse aspecto se observava como critérios de elegibilidade à PrEP outros aspectos vinculados a vulnerabilidade do candidato a receber o recurso: 1 - tipo de relação sexual desprotegida: anal, vaginal, oral; 2 - quantidade de relações sexuais desprotegidas; 3 - número de parceiros nos últimos três meses; 4 - tipo de parceiros: mulheres, homens, trans; 5 - episódios de outras Ists; 6 - uso de profilaxia pós exposição PEP, como alguns dos elementos de anamnese inquiridos pelos profissionais de saúde (Brasil,2022).

Embora os critérios de elegibilidade da PrEP fossem públicos, a estratégia da puta utilitária aparece como efeito do próprio dispositivo sexualidade [confissão] (Foucault, 1988) da consulta de triagem para adesão à profilaxia, em que a valoração

³⁸ Situação modificada a partir de agosto de 2022 em que a PrEP passa a ser ofertada também para jovens e heterossexuais ampliando a compreensão da vulnerabilidade nos novos critérios de indicação para população heterossexual (Brasil,2022)

³⁹ O projeto IMPrEP foi conduzido de 2018 a 2021 no Brasil, México e Peru, focado nos serviços de saúde que fornecem PrEP para homens que fazem sexo com homens e pessoas trans. O estudo monitorou a oferta da PrEP em serviços públicos e ONGs, buscando avaliar a viabilidade e segurança dessa profilaxia nessas configurações. Participaram do estudo 9.509 pessoas, sendo a maioria homens gays/HSH (94,3%) e travestis/mulheres trans (5,7%), a maioria com idade entre 18 e 30 anos. Foi o maior estudo de PrEP realizado na América Latina para essa população.

do risco é um dos elementos a serem considerados para a prescrição. Quando @novinho_lizinho.afim diz que “*que nem tava transando muito naquela época, dei uma bela aumentada*” traz a cena que, mesmo a sua percepção de risco naquele momento não sendo tão significativa, entendia que deveria trazer um relato de maior vulnerabilidade na consulta para “*eles não terem dúvidas que eu era puta e precisava sair dali com a PrEP*”. Embora nosso informante relate essa preocupação, como observamos nas recomendações já do primeiro protocolo e diretrizes terapêuticas para PrEP no SUS (Brasil, 2017) o fator decisivo para dispensa é o sujeito não viver com hiv e ter uma autopercepção de alto risco de infecção⁴⁰. Embora o perfil de vulnerabilidade seja mapeado pela anamnese realizada na primeira consulta, no fim das contas é a autopercepção de risco e o desejo pelo uso da PrEP por parte do candidato que condicionariam a dispensa trimestral do fármaco. Isso não significa que os critérios de elegibilidade não sejam considerados pela equipe, mas que, em tese, deveria partir do sujeito o “desejo pelo uso”, o que nos convida a pensar como esse desejo é construído. Afinal, como o sujeito constrói para si a ideia de que ele próprio estaria em alto risco? Entre as narrativas escutadas, a ideia de se reconhecer em risco equivale a ocupar distintas posições discursivas e identitárias:

Achei muito estranho quando fiquei sabendo que tinha que ser gay pra pegar a PrEP, tem outros grupos também né (...). A mulher só consegue se for puta. Minha amiga, quando eu comecei a tomar falou que queria porque não confia no boy dela, que segundo alguns bafos pega travesti, aí já dei a letra pra ela quando for na policlínica falar que é profissional do sexo. Aí certeza que você consegue (@barbudoLagoa).

Neste relato, percebe-se que assumir uma identidade ou se vincular a uma prática sexual considerada de risco (puta) é compreendido como um fator preditor para conseguir ter acesso ao recurso em um momento no qual a PrEP não estava disponível em todas as cidades e concentrava-se apenas nos grandes centros urbanos com restritos serviços de dispensa. Conforme @Pintosa.PrEPArada traz em sua fala, no momento em que a PrEP começou a ser disponibilizada no SUS, estar em PrEP era como um “*privilégio, algo para a nata das viadas*”. Percebe-se o estranhamento de @barbudoLagoa em relação ao fato de que para se ter acesso à PrEP, a pessoa deveria pertencer a um grupo específico. Frente a essa constatação,

⁴⁰ Tal aspecto foi explorado mais detalhadamente no segundo artigo que compõem os resultados dessa cartografia ver: *Políticas de subjetivação na adesão à (PrEP): a gestão do risco-prazer por homens gays cisgêneros*.

a “solução” por ele encontrada foi fazer um uso instrumental de uma identidade (“*falar que é profissional do sexo*”). Nesse caso, observamos a sobreposição de duas estratégias discursivas: 1) a figura da “puta instrumental” (que instrumentaliza as informações sobre as próprias práticas sexuais) e 2) a figura da “puta identitária” (que reivindica para si uma identidade que vincula o sujeito a uma população chave).

A estratégia discursiva da “puta identitária”, utilizada para iniciar o uso da profilaxia, trouxe à tona a equação simplificada: “sou gay = sou promíscuo = estou em risco”. Essa associação, marcada pelo estigma associado às homossexualidades, é um efeito que não pode ser explicitado sem preterir da análise que, durante os cinco anos de oferta da PrEP no SUS, o recorte identitário compunha o entendimento epidemiológico do maior risco/vulnerabilidade para direcionar de forma equitativa o recurso para a população. Antes mesmo da OMS indicar, em 2014, a PrEP para populações-chave (gays, homens que fazem sexo com homens, pessoas trans, casais sorodiferentes e profissionais do sexo), os estudos clínicos já trabalhavam com essa “amostra” para embasar os dados de eficácia e segurança da tecnologia preventiva. Isso solidificou a concepção de que a prevenção bioquímica era destinada a alguns, não a todos, contribuindo para a percepção social de que a PrEP era uma tecnologia para sexualidades marginalizadas.

A equação citada acima, que estabelece uma linearidade normativa entre uma identidade sexual e uma ideia de risco (“*viados, logo putas, logo perigosos*”), produz uma concepção de uma sexualidade perigosa. Consideramos que esses entrelaçamentos discursivos constituem um dos agenciamentos do desejo pelo uso da PrEP. Ou seja, é a partir da combinação desses elementos, que o sujeito passa a entender que ele é alvo dessa política e que, portanto, deve desejar acessar este recurso.

A seletividade da oferta do tratamento levou, até 2023, a uma situação em que o homossexual, para acessar a PrEP, precisava se reconhecer como potencialmente perigoso (Barp; Mitjavila; Ferreira, 2023), internalizando um regime de controle que transcende o âmbito dos consultórios médicos. A figura da “puta” como marcador identitário reflete tanto o processo de individualização dos riscos como a valoração dessa sexualidade como “perigosa” por parte das políticas públicas e pelos próprios usuários, que passam a ser sujeitos de monitoramento e controle. À medida em que a homossexualidade deixa de ser patologizada pelos compêndios psiquiátricos, o controle da sexualidade não-heterossexual migra para a

epidemiologia, a partir do conceito de "grupo de risco" categoria que, mais tarde, deixa de ser utilizada nas políticas de saúde e passa a ser substituída pela perspectiva da vulnerabilidade (Ayres, 1999). Apesar de o paradigma da vulnerabilidade não mais trabalhar com a ideia de "grupos de risco" na gestão das políticas de prevenção, observa-se que o direcionamento da PrEP às chamadas "populações-chave" criou, no imaginário de alguns usuários, uma associação entre uma "tecnologia de prevenção ao hiv" e "grupos específicos". Com isso, reeditaram-se as velhas categorias de "grupos de risco" que, ainda que em desacordo com os princípios das políticas públicas de saúde, passaram a informar a percepção de alguns usuários de saúde, especialmente aqueles para os quais a PrEP inicialmente era ofertada. Se por um lado a intenção das políticas não era reforçar a ideia de grupos de risco, por outro lado entre algumas pessoas integrantes das populações-chave a ideia de "risco" passou a ser subjetivada.

Tanto no uso utilitário quanto identitário do termo "puta", a ideia de "grupo de risco" persiste. Apesar de o paradigma da Prevenção Combinada se aproximar mais da análise da vulnerabilidade, a conotação identitária ainda é evidente. O comentário de @barbudoLagoa, ao expressar surpresa ao saber que era necessário ser "gay" ou "puta" para acessar a PrEP, resgata o imaginário da primeira década da epidemia de hiv. Isso não nega a maior prevalência e incidência do hiv/aids nas "populações-chave" em comparação com a população em geral⁴¹. No entanto, na recepção da ideia de "populações-chave" entre usuários de saúde parece permanecer a constante associação entre hiv e homossexualidade, como se o primeiro conferisse visibilidade ao segundo. Conforme apontado por Trevisan (2018), a mobilização social em torno do hiv/aids está intrinsecamente ligada à epidemia, fazendo com que "a homossexualidade tendesse a se tornar uma realidade social menos invisível: o desvio emergiu e, de certa forma, vingou-se, atacando na forma de vírus avassalador" (Trevisan, 2018, p. 425). Isso alimenta a ideia de repatologização da homossexualidade e reforça a percepção do vírus como uma consequência dos excessos homossexuais (Sontag, 2007), uma noção que ressurgiu no imaginário da "puta" como uma ficção identitária que guia o recorte prescritivo da PrEP como política

⁴¹ Enquanto na população geral a prevalência de hiv é de 0,4%, em grupos como gays e outros homens que fazem sexo com homens, a prevalência de hiv é de 18,4% (Adamy; Casimiro; Benzaken, 2018). Dados utilizados nos anos iniciais de oferta de PrEP para direcionar a tecnologia para grupos específicos e não para toda população.

de saúde e é empregada como um "potencializador", conforme relata @novinho_lizinho.afim, afinal, como ele narra, talvez não seja suficiente ser gay para acessar a PrEP, é necessário também ser "puta".

Se a estratégia da puta instrumental ou da puta identitária podem vincular-se a um histórico que antecede a profilaxia, a oferta limitada nos cinco anos iniciais de PrEP a grupos específicos reatualiza estigmas e preconceitos. Dentre essas paisagens percorridas, uma outra figura da puta emerge em associação com a PrEP, a de um devir puta, ligada à ideia de transgressão e maximização do prazer. Na qual o se tornar uma puta a partir do uso da PrEP estaria mais próximo de uma estratégia de enfrentamento, empoderar-se frente aquilo colocado como marginal:

Não tem aquele lance do *Truvada whore*? Eu, quando vi, achei o máximo, queria até a camiseta (risos) entrei nuns grupos e fiz até umas amigas, eu não tenho grilo com isso, mas vamos aportuguesar para Putinhas PrEP mais latino(...) será que nós gays ainda precisamos de todo esse moralismo dentro, fora já tem tanto(...) tipo a marcha que as gurias fazem, a marcha das vadias (...) temos que nos empoderar e mesmo que usem isso contra nós, vamos reverter, somos puta sim, uso PrEP pra levar leitada sim e daí? É meu direito escolher as minhas práticas sexuais, não estou falando que todo mundo que usa é putão, mas eu sou, cada um com seu motivos mas eu não fico com nove horas, falo a real e acho que se mais gente se posicionasse assim teríamos menos hipocrisia (@SUBBdepósito).

O termo "Truvada whore" referido por @SUBBdepósito tem sido presente ao longo deste mapeamento narrativo. Isso sugere que a influência do anglicismo é marcante nesse contexto. No entanto, como o PrEPArado propõe, o termo poderia ser adaptado para a língua portuguesa como "Putinhas PrEP." O qualificador "Truvada whore," que em uma análise superficial pode parecer pejorativo, também é encontrado em plataformas como Instagram e Twitter. Ele estampa camisetas, bonés, acessórios sexuais e é usado como parte de legendas em fotos de usuários. Isso indica que ser um "Truvada whore" também representa um estilo de vida. O PrEPArado @SUBBdepósito trouxe a ideia de que ter uma camiseta com esta estampa poderia ser motivo de orgulho.

De acordo com o próprio criador do movimento online "Truvada whores," Adam Zeboski, o termo começou a se disseminar amplamente na internet em 2012, após a publicação, no The Huffington Post, de uma crítica ao uso da PrEP. Essa crítica associava a homossexualidade à promiscuidade. O termo, acompanhado da hashtag (#TruvadaWhore), encontrou eco e identificação em milhares de indivíduos que

passaram a se autodenominar dessa forma. Assim, o nome comercial da medicação se transformou em um atributo pessoal e um modelo de sociabilidade.

A figura da "puta" pode ter um valor instrumental ou identitário, mas também assume, a partir de um "devir-puta", uma afirmação transgressora de intensificação dos prazeres em uma das paisagens que foram mapeadas. Provavelmente, o devir-puta é a estratégia desejante mais temida, especialmente nas políticas de saúde e em alguns contextos acadêmicos que se dedicam ao tema. Se a concepção de um "gay puta" já é capaz de causar apreensão em alguns, a ideia de um "devir puta," estimulada por uma tecnologia do SUS e financiada pelo "cidadão de bem," pode ser profundamente perturbadora para o moralismo predominante:

Apesar do constante moralismo à espreita, pronto para julgar e condenar práticas sexuais dissidentes da heteronormatividade e das prescrições higienistas, a emergência da noção de direitos sexuais e a crescente adoção da linguagem dos direitos humanos têm solidificado uma ampla agenda de reivindicações. Isso vem acompanhado do entendimento de que a liberdade sexual e a ideia de autonomia desempenham papéis centrais na seleção de práticas sexuais (Carrara, 2015).⁴² O relato de @SUBBdepósito exemplifica como o devir puta possibilitado pela PrEP modificou o modo pelo qual ele se relacionava com a própria sexualidade:

Eu sempre quis dar no pelo e sofria e muito com isso. A PrEP me libertou. Mais que isso, me transformou numa outra pessoa, menos amarras. Agora posso fazer o que sempre quis e nunca pude ficar cheio de leite macho e estar em paz com isso (@SUBBdepósito).

A declaração de @SUBBdepósito é provocativa, especialmente devido à sua estrutura de denúncia, ao posicionar a PrEP como um direito para maximizar o prazer. Essa afirmação ousada, que sinaliza para uma busca de intensificação dos prazeres, aloca a PrEP como um recurso que possibilita uma nova relação com corpo, com o sexo e com os prazeres, que agora passam a não estar mais permeada pelo medo do contágio. Vale notar que, nessa narrativa, a PrEP não é retratada como um 'panóptico ingerível', uma tecnologia biopolítica de controle dos 'corpos e das práticas transgressoras'. Em vez disso, ela é apresentada como estratégia de potência,

⁴² Embora a PrEP seja apresentada como tecnologia inserida no rol da prevenção combinada, no qual não se hierarquiza métodos de prevenção, mas sim são combinados, seu uso é também indicado para aqueles que já não faziam uso ou faziam um uso inconsistente do preservativo, ou mesmo, para aqueles que desejam interromper o uso da camisinha por não estarem confortáveis com o método.

expressando um movimento por parte dos usuários que poderíamos entender a partir de Foucault (2008) como uma contraconduta, na qual o processo de subjetivação encontra outras vias, e se abrindo para possibilidades de resistências e insurgências frente a norma. As contracondutas⁴³ aparecem como ações ético-políticas, elas se configuram assim como lutas que contestam os modos como se é governado nos mais variados âmbitos onde as tecnologias modernas de governo conseguem alcançar, emergem como efeito do poder pastoral, e se atualizam frente a governamentalidade, instituindo o caráter de insubordinação das reações aos modos de governo (Costa, 2019). Se a PrEP poderia ser correlacionada a um panóptico ingerível como parece indicar Preciado (2015), ela também se mostra como tecnologia de contraconduta para o exercício de um maior governo sobre si mesmo, abrindo outras linhas de subjetivação, orientadas pela maximização do prazer com se faz notar na fala de @SUBBdepósito.

Se um dos componentes que impulsiona o desejo de usar a PrEP envolve uma autoavaliação identitária que reconhece o risco por fazer parte de um grupo com alta incidência e prevalência do hiv/aids. Não se pode ignorar que o reconhecimento do preservativo como um método impositivo e redutor do prazer e do contato íntimo se entrelaça na trama de agenciamentos subjacentes à decisão de adotar a PrEP. Com a entrada em cena das 'putas barebackers' em PrEP, as micropolíticas vigentes passam por uma reconfiguração. Durante muito tempo, desde o início da pandemia do hiv, o preservativo era considerado a única salvaguarda segura contra o vírus nas práticas sexuais. Além de ser prescritivo, em muitos casos, ele era imposto como a norma a ser seguida, uma espécie de "ditadura do látex" como a única possibilidade aceitável para a prática homossexual. Contudo, após mais de cinco anos de uso da PrEP, estamos começando a presenciar o surgimento de um 'novo ethos do uso do preservativo' (Pinheiro, 2015). A noção impositiva cede espaço à via da escolha, abrindo caminho para novas formas de gerir o risco.

⁴³ Para mais detalhes ver Foucault (2008a) Segurança, território e população, aula de 1 março de 1978 onde Foucault introduz a ideia de "contraconduta", originando-se da urgência de expandir e redesenhar o conceito de resistência, devido à mudança na perspectiva sobre o entendimento do poder. A expressão busca superar a conotação pessimista que tradicionalmente se associa ao contrapoder, e cria uma oportunidade para a exploração da interligação entre governo de si e dos outros (Foucault, 2008a; Costa 2019)

Autogestão do risco em PrEP: “a santa medicada” e a hierarquização do sexo bareback

Em contraposição à figura da puta, em seus variados usos estratégicos (instrumental, identitário e/ou devir puta), observamos a emergência de outra figura: a “santa medicada”, que também vem à cena no entrecruzamento dessas paisagens. A fala de *@versátil s/local* ilustra como se encontram tais agenciamentos:

A última vez que voltei, o médico me colocou na parede: perguntou se eu queria continuar usando porque já fazia vários retornos que eu falava que não tinha tido sexo sem camisinha e que só transava com um parceiro fixo. Foi aí nesse dia que entendi que era melhor ser um bare medicado que não ter indicação para usar. Não sou desses que fazem sem [camisinha] com qualquer um, eu tenho critério, prefiro fazer com quem tá em PrEP também, me sinto mais seguro, não que quem tá em PrEP é santa, né? Mas tá medicado, faz exames certinhos e aí a chance de pegar outras doenças também diminui... Então sim eu sou um bare, mas do time dos mais santinhos, não dos pesadões (*@versátil s/local*).

A fala de *@versátil s/local* começa retomando a ideia de que a PrEP é destinada aos “verdadeiros candidatos”. Talvez devido ao fato de ter relações apenas com um parceiro, havia a preocupação de não ser o candidato ideal para receber a profilaxia. Nesse caso, o informante não mobilizou uma identidade (gay) e nem um conjunto de práticas sexuais consideradas de risco. A não utilização dessas estratégias discursivas, o colocou diante da insegurança de não ter mais acesso à PrEP. Além desse aspecto, a declaração traz dois elementos novos como estratégias de gestão de risco na PrEP: (1) uma subdivisão hierárquica para pensar o grupo dos barebackers - os mais aventureiros (pesadões) e os mais cuidadosos (santinhos); (2) relacionar-se com outras pessoas que também fazem uso de PrEP como uma estratégia para reduzir riscos de outras infecções.

Pensar a ideia de uma hierarquização do sexo barebacker, remonta à ideia de estratificação sexual de Gayle Rubin (2018), processo que produz a ideia “de um bom sexo, mau sexo”. A hierarquização do sexo barebacker também introduz uma lógica de biossociabilidade (Ortega, 2005), ao se estabelecer um padrão de sociabilidade que privilegia (ou mesmo busca restringir) o encontro sexual entre usuários da PrEP como uma forma de mitigar riscos.

É notável na construção de *@versátil s/local* a necessidade de demarcar uma linha imaginária que estabelece o “bom barebacker” (a santa medicada) e o “mau

barebacker” (a puta pesadona). Essa demarcação, que institui uma hierarquia nas práticas sexuais sem preservativo, de algum modo mantém a própria autoimagem no moralmente ou sanitariamente mais aceito. Referir-se como um “bare mais santinho”, em contraposição aos “bare mais aventureiros”, parece se constituir como um modo de autogerenciar o risco percebido nessas práticas sexuais. Ao se colocar no grupo “santinho”, @versátil s/local de alguma maneira parece buscar se afastar do enquadramento de suas práticas sexuais nos termos de uma subcultura bare, especialmente nos moldes descritos por Dean (2008), que postula o barebacker como um “terrorista sexual”. Além disso, ele também desvincula sua prática de qualquer desejo, fetichização ou fantasia de infecção, como ocorre em práticas mais extremas, como o *bug chasing*.

Na narrativa do informante, fica evidente o “cálculo do risco” que o leva a preferir se relacionar com usuários da PrEP. Partindo da subjetivação do discurso dos riscos, a vigilância epidemiológica não se restringe mais ao aparato estatal de saúde, mas penetra no sujeito por meio de uma forma de biopolítica, produzindo o que Ortega (2005) chamou de “identidades epidemiológicas”, caracterizadas pela auto-peritagem e orientadas pelo discurso da biomedicina. Ao nos afastarmos de uma compreensão dos informantes em termos de identidade e, em vez disso, pensarmos neles como fluxos móveis de subjetivação, a perspectiva das biossociabilidades (Rabinow, 1996) mostra-se mais precisa para indicar como a PrEP, além de introduzir novos arranjos de gestão de risco e sociabilidade, também oferece oportunidades para o estabelecimento de linhas imaginárias do que seria o “bareback verdadeiro” e o que seria pensado como um “falso bareback”. Com isso, cria-se a noção de uma “puta nem tão puta assim”, ou melhor, de uma não-puta (santa medicada), uma figura responsável que faz escolhas estratégicas de prevenção:

Não vou dizer pra você que demorei pra tomar porque tinha medo de ser taxado de promíscuo. Querido, entre minhas amigas nenhuma tem moral de me apontar o dedo, mas o que aparecia quando eu conversava com algumas pessoas falando que tava pensando em tomar era que eu era muito exagerado. Um amigo me dizia que eu era muito seletivo, que eu não fazia bare raiz, era um bare nutella (risos) não via sentido de tomar um remédio todo dia (...) que isso é coisa da indústria farmacêutica que a PrEP é pra quem mete o louco. Esse foi o ponto da minha reticência em começar. Mas assim, se eu sou seletivo não significa que faço o cara fazer um teste antes de trepar, então sempre estive em risco e sempre fiz sem, foi uma sorte até hoje não ter pego (@Pintosa.PrEPArada).

Enquanto o discurso de @SUBBdepósito apontava para um movimento em direção a um "devir puta" através do uso da PrEP, a fala de @Pintosa.PrEParada aponta que a prática bare já estava presente em todas as suas relações e ele atribuía à sorte o fato de não ter sido infectado. Em seu círculo social, alguns poderiam explicar isso dizendo que ele não era um "bare verdadeiro, raiz", mas sim um "bare nutella", ou seja, seletivo. Por essa razão, não se "recomendava o uso" da profilaxia por seus pares, que viam nosso colaborador como excessivamente preocupado com o risco de infecção, considerando-o "encanado" e exagerado.

Essa hierarquização do barebacking sugerida pelo informante começa a assumir novas nuances com a introdução da PrEP. Teóricos como Greteman (2013) e Dean (2008; 2009) apontam que a entrada em cena da profilaxia química passa a desarticular o barebacking como fenômeno de transgressão diante dos imperativos da saúde, com a promessa de colocar os "pervertidos" de volta a um estado de normalidade. A figura da "puta bare" já não é a mesma; agora, ela também pode ser uma figura medicada e responsável. Além de tomar seu medicamento preventivo diariamente, ela visita uma clínica de saúde a cada três meses, o que redefine o significado de risco nas práticas sexuais sem preservativo.

Um componente significativo na gestão de riscos da PrEP é a compreensão de que estar em PrEP não implica imunidade a outras Ists. A existência de um "filtro" para praticar o bare (seja ele "nutella" ou "raiz") ou suspender parcial ou completamente essa prática em contextos onde um risco iminente é identificado, foi um tema frequentemente presente nas narrativas. Isso afasta qualquer ideia de homogeneidade entre as várias formas de uso da PrEP e desmistifica a noção equivocada de que o uso regular da profilaxia poderia eliminar a necessidade de gerenciar individualmente outros riscos para além da infecção por hiv.

A Prep me fez ressignificar a minha relação com a minha sexualidade, com meus fetiches, meu tesão; como profissional da saúde, eu divulgo a PREP, PEP, prevenção combinada e todas as políticas públicas relacionadas às Ists. Tenho medo das outras infecções e esse sempre é um crivo na tomada de decisão na hora da prática do bare (@Ativasso.afim).

Ao se identificar como profissional da saúde, divulgador da profilaxia e também como alguém que pratica o barebacking e realiza um cálculo de risco para determinar se terá ou não uma relação sexual sem preservativo, @Ativasso.afim nos aponta para a presença de uma lógica pragmática em operação. Essa lógica vai além

da gestão individual do risco, algo que persiste mesmo quando se está em PrEP. Ela se fundamenta tanto no receio de se infectar com outras ISTs quanto na percepção de que o sexo sem preservativo não deve ser conduzido de maneira indiscriminada, independentemente do tipo de parceria sexual:

Assim, não é porque digo que sou bare que curto e procuro fazer no pelo que sempre vou fazer. Também tem momentos que não. Depende muito da sensação que o cara te passa (...) tens uns que você olha e já vê que tem alguma coisa impregnada ali... Assim, é seguro 100% ? Não é... uma probabilidade, uma coisa de intuição mesmo (@bareback_dotado)

Nas narrativas fornecidas por aqueles que se declaram barebackers, observamos que o cálculo de risco é abordado de maneiras distintas. A decisão de não usar preservativo parece estar associada a elementos como o contexto da prática sexual, as características do parceiro e a vontade, que nem sempre é constante. Isso resulta em uma espécie de ciência ou saber próprios de gerenciamento de riscos, o que Pelúcio (2009) chama de "hierarquia de riscos" e Barreto (2017) denomina "Ciência Nativa", processos que guiam as escolhas nas práticas sexuais. No entanto, mapear como essa hierarquia de riscos opera e como o gerenciamento acontece não é uma tarefa simples. Há uma complexa rede de fantasias e representações entrelaçadas com características etárias, raciais, de classe e de papéis sexuais. Como Castiel (2010, p.127) destaca, "as pessoas lidam e percebem seus riscos (e os dos outros) de formas variadas, que vão além do conhecimento científico e combinam dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais".

As posições sexuais também são um elemento crucial nessa lógica de gerenciamento de riscos. Essa hierarquia está relacionada à categorização do parceiro como conhecido/familiar ou desconhecido/estranho, e das associações que isso traz: confiança, segurança versus perigo e risco, respectivamente (Pelúcio, 2009). @bareback_dotado utiliza o termo "intuição" para descrever essa ciência nativa dos riscos. Embora relativize que não seja totalmente seguro, ele atribui a essa percepção a escolha de praticar ou não o sexo bareback, principalmente baseando-se na "sensação de segurança que o parceiro transmite". Na construção dessa lógica de hierarquizar riscos, as práticas eróticas e a posição assumida nas relações sexuais também se mostram como indicadores: o "ativo/penetrador/emissor", seja na penetração anal ou oral, percebe seus riscos diminuídos, enquanto o(a) parceiro(a)

"passivo/penetrado/receptor" assume um risco consideravelmente maior: "Isso envolve todo o simbolismo não apenas dos significados da dinâmica passivo/penetrado/receptor associada a desvio, perigo e impureza, mas também as representações em torno dos fluidos corporais" (Pelúcio, 2009: p. 175).

A primeira que fiz sem já no primeiro mês de PrEP foi como passivo e eu percebi que minha escolha seguiu umas viagens da minha cabeça. Era uma festa de putaria, mas fiquei a maior parte do tempo no bar e conheci um paizão que me chamou bastante atenção conversamos uma meia hora antes de ir pro dark ele falou que era médico e que já tinha sido casado com mulher, era mais gordinho, urso bem o tipo que gosto, cheiroso e tinha cara de saudável. Quem vê cara não vê a doença, né? Mas ele me passou segurança e foi meu debut em Prep em alto nível (...) (@novinho_lizinho.afim).

A decisão de @novinho_lizinho.afim de se aventurar no mundo do barebacking como um PrEPParado não só envolve uma hierarquização de riscos, mas também o que Barreto (2017) chama de "ciência do concreto". Essa abordagem é caracterizada por uma teoria nativa que é influenciada por uma complexa trama de experiências pessoais e "conhecimentos incorporados". Nessa teoria, até mesmo os sentidos como visão, gosto e cheiro funcionam como categorias para identificar qualidades e perigos.

O parceiro de @novinho_lizinho.afim, além de ser um médico - o que poderia ser percebido como um aspecto de segurança - e de ter um histórico de relações heterossexuais, o que desperta a fantasia do "heterossexual menos perigoso", também era descrito como alguém com um "cheiro agradável" e uma "aparência saudável". Embora @novinho_lizinho.afim relativize essa "ciência do concreto" com expressões como "viagens da minha cabeça" e "quem vê cara não vê doença", há uma lógica de gestão do risco operando em sua experiência. Parece que essa lógica adotada por alguns dos PrEPParados se aproxima de um cálculo baseado no prazer sentido, na intensidade da interação e na percepção de riscos menores ou maiores. Diversos tipos de conhecimento são considerados nesse processo. Essa "ciência nativa" (Barreto, 2017) não apenas é construída a partir da experiência íntima, mas também é influenciada por outros saberes, sejam eles populares, científicos ou relacionais. Essa abordagem é fundamentalmente pragmática, inclusive para justificar as práticas realizadas:

Olha, eu acho que virei bare pela praticidade, já tomo cedo [PrEP] e não tenho que me preocupar. Tinha uma época que tava tomando viagra, com a PrEP até parei porque na verdade o que me fazia broxar era a camisinha...

Parar pra por já me tirava do envolvimento e tem o lance de sentir bem menos a pessoa, tem até aquela marca melhorzinha(...) mas que é caríssima e mesmo assim é um plástico né... Aí melhor o azulzinho cedo e daí não preciso tomar o outro azulzinho (@barbudoLagoa).

A PrEP desempenha um papel significativo nesse contexto, oferecendo uma alternativa prática que elimina a necessidade de recorrer a estimulantes de ereção e dispensa também o uso de camisinhas de qualidade superior⁴⁴, que muitas vezes são caras. A integração da PrEP à rotina matinal traz ainda a conveniência de separar o ato sexual da prevenção. Essa separação entre o ato e a prevenção leva a outras implicações interessantes. Pela primeira vez, desde a implantação do dispositivo da aids (Pelúcio; Miskolci, 2002; Perlongher, 1987) que passou a regular as sexualidades gays, a prevenção não é mais imediata ao ato sexual. Agora, a prevenção já deve estar internalizada no comportamento para que possa operar de forma eficaz. A prevenção acontece antes do ato sexual, tornando-se imune às variáveis contextuais que poderiam influenciar a escolha de uma estratégia preventiva, como o uso de álcool, chem sex⁴⁵, a recusa do parceiro em usar proteção ou até mesmo situações de violência sexual.

Emerge-se um outro sentido para o bareback, no qual a gestão do risco não é obliterada, mas sim, integra a prática sexual a partir de uma antecipação temporal da prevenção, o que para alguns além de ser mais prático, é também mais efetivo por afastar as variáveis de contexto. A santa medicalizada também utiliza sua ciência nativa para gerir outros riscos, e pode em alguns casos buscar se relacionar com usuários PrEP como forma de exercer o bareback, mas não qualquer bare, e sim um mais "controlado", diferente dos "pesadões", lidos pela falta de gestão de risco. Assim, a santa medicalizada, inaugura novas configurações para a gestão do sexo sem preservativo entre homens. A troca de fluídos nas práticas sexuais passa a ser mediada por uma nova tecnologia iniciando uma desarticulação histórica do "sexo a pelo" dos significantes moralmente enraizados do perigo e da promiscuidade.

Maximização do prazer, troca de fluidos

⁴⁴ @barbudoLagoa se refere a marca de caminha Skyn que promete aos consumidores ser um produto que oferece uma "sensação mais natural, as camisinhas da Skyn são a melhor opção", produzidos pela marca Blowtex, contam com a tecnologia SKYNFEEL® trazendo no próprio nome a promessa de sentir na pele, aproximando a mote comercial da ideia de um "sexo natural".

⁴⁵ Termo usado para se referir ao uso de drogas, normalmente ilícitas (meta anfetaminas, ketamina, cocaína, poppers, dentre outras) antes, durante ou depois de relações sexuais.

A análise etnográfica de Pelúcio (2017) com transexuais revela uma dinâmica complexa em relação ao uso do preservativo, na qual culpa e desejo se entrelaçam. O preservativo é visto não apenas como um método de prevenção, mas também como um redutor da sensibilidade durante o ato sexual. Isso está relacionado à ideia de que o uso do preservativo pode diminuir o prazer e a sensação de intimidade, uma vez que ele impede o contato direto com o sêmen. O sêmen, carregado de significados simbólicos ligados à troca de fluidos no ato sexual, está associado a um grau mais profundo de intimidade e prazer.

A maximização do prazer está ligada à possibilidade de envolvimento sensorial com o sêmen - seja de modo visual, tátil ou mesmo pela ingestão. A sensação de ter o “leite” (termo êmico para se referir ao sêmen) dentro do corpo é interpretada como uma manifestação de força, masculinidade e vigor. A troca de fluidos é percebida como uma forma de garantir não apenas uma maior intimidade, mas também de estabelecer uma espécie de comunhão entre os parceiros sexuais. Esse aspecto simbólico e sensorial do sêmen está profundamente relacionado à construção do desejo e do prazer dentro das práticas sexuais, garantindo não apenas mais intimidade, mas uma “comunhão”:

Bom, falo por mim. Não sei se com os outros é assim, mas ser leitado é uma comunhão pra mim (risos): “em nome do pai do filho e do leite sagrado”. Pensa o que é a porra do cara? É onde tá a vida, dali sai uma criança (...) é uma semente de vida, eu acho que o desejo tá aí. Se sentir melado depois que o cara tira o pau é uma sensação indescritível, sentir os filhotes dele saindo dá um baita tesão(...) ai a PrEP trouxe a possibilidade de aproveitar isso sem culpa e fico só com a parte boa (@PASSIVO.ONPREP).

A ideia de troca de fluidos, especialmente o sêmen, como um elemento que estabelece laços íntimos entre os participantes é discutida por Dean (2008) a partir da ideia de “brotherhood” (irmandade). Essa figura de linguagem sugere a formação de uma espécie de “irmãos de leite”, os quais, através da troca de sêmen, criam uma conexão especial entre as pessoas envolvidas. No contexto dessa cartografia fica evidente que a menção ao sêmen é recorrente nas narrativas dos PrEPados, apresentando uma variedade de significados e significantes associados a ele. Os termos como “leite”, “leitada”, “porra”, “vitamina”, “filhotes”, “gala” e outros, ocupam um espaço simbólico que evoca uma complexa rede de significados e associações. Esses termos fazem parte do que Bezerra (2019) chama de “circuito econômico do

leite", que ressoa em diversas interpretações antropológicas e psicanalíticas.⁴⁶ Eles possuem múltiplas camadas de sentidos, abrangendo desde os conceitos de dar e receber o sêmen até símbolos de fertilidade, vitalidade, prazer, intimidade compartilhada e a fetichização da ideia de um sêmen infectado pelo hiv (denominado, em alguns casos, de "leite vitaminado" ou, simplesmente, "vitamina").

A presença constante desses termos nas narrativas sugere a importância da troca de fluidos como parte da construção do desejo e prazer nas práticas sexuais dos informantes. Essa complexidade de sentidos é um reflexo da riqueza simbólica e cultural que permeia as interações humanas e as formas como a sexualidade é vivenciada, interpretada e expressada:

Acho que um ponto principal nessa história é o contato direto com a porra. Eu percebo como ativo que se você não gozar dentro para o passivo não é a mesma coisa. Eu tinha um namorado que quando comia ele, ele nem gozava, mas o lance dele é saber que tava com meu leite dentro, dizia que precisa da leitada pra se sentir desejado. Quando a gente usava camisinha no começo ele tirava a porra e bebia, se lambusava todo. Sei lá, acho que é uma coisa instintiva mesmo, o sexo verdadeiro é assim é claro que a PrEP é uma química, tem uma ciência ali, então não é tão primitivo assim, mas não dá pra comparar como a camisinha. Tem a questão de sentir também, ter o contato direto é o que faz a diferença, por isso acho que a PrEP vem pra ficar (@Ativasso.afim).

A associação do sêmen com valores de nutrição e vitalidade está conectada a uma compreensão mais profunda da sexualidade como uma troca de energias e forças entre os parceiros. Essa interpretação é muitas vezes permeada por sentidos ligados à masculinidade, força, reprodução e vida. A ideia de "alimentação", nesse contexto, reflete a noção de que através dessa troca de fluidos há uma assimilação simbólica das qualidades do outro, tornando-se parte da própria identidade e reforçando a sensação de masculinidade e poder. As narrativas podem tanto erotizar os riscos associados à troca de fluidos quanto subverter esses riscos, criando um equilíbrio entre a busca por prazer e a consciência dos possíveis perigos (Barreto,2017; Miller 1997; Pelúcio 2009).

⁴⁶ Ver trabalho de (Herdt, 1994) que mostra entre os povos Sumbias como a retenção do sêmen confere além de força para aquele que recebe proporciona o estabelecimento de uma hierarquia sexual entre quem recebe, doa e quem tem o direito de retê-lo, sendo este um ordenador das práticas sexuais. Os meninos entre 7 e 12 anos iniciam relações sexuais com os homens mais velhos a fim de receber o "princípio da vida", somente recebendo essa substância masculina e nutritiva que os garotos poderiam chegar a maturidade.

Eu antes da PrEP namorava um cara que tinha um pau muito babão. Aquilo me levava a loucura sempre curti muito, é um fetiche meu. Mas na época eu era muito preocupado com doenças e principalmente a aids, né? Porque sabia que ele dava os pulos dele e saia com outros, tínhamos uma relação quase aberta(...) O meu medo fazia eu por a capa nele e aí tinha que pôr lubrificante, ai quando eu tirava a camisinha dele antes mesmo dele gozar ela tava cheia de lubrificação aí eu sempre pensava que coisa antinatural essa camisinha, tenho que pôr uma lubrificação artificial e não posso ganhar a do meu homem (risos). Então assim, quando falam esse papo mal da PrEP, de ser uma coisa que você tá pondo no seu corpo, ser artificial e todo esse papo eu sempre me questiono: e enfiar um plástico e ter que por um gel é natural? (@campeche_versatil).

Tanto nas falas de @Ativasso.afim e @campeche_versatil, há o reconhecimento de que o sexo que realizam não está totalmente desvinculado de uma mediação protetiva. Quando o primeiro afirma, "é claro que a PrEP é uma química, tem uma ciência ali, então não é tão primitivo assim", e o segundo iguala a artificialidade do preservativo à crítica de ser a PrEP uma química, percebemos que a busca por um sexo mais "cru" ou mais "natural" (Dean, 2009) não parece ser um objetivo central dos informantes. Seja mediado por uma tecnologia física ou química, a diferença é que o primeiro impede fisicamente o contato direto com os fluidos sexuais, que estão carregados de variados atributos libidinais, enquanto o segundo possibilita o que nas últimas quatro décadas estava interdito no erotismo gay: a troca de fluidos.

O deslocamento da prevenção física do preservativo para aquilo que Preciado (2015) denomina "*condones quimicos*"⁴⁷ inaugura uma nova gestão do risco. Uma vez que a PrEP não protege de outras IST para além do hiv, passamos a observar outras estratégias de cuidado, com ou sem preservativo, o que sugere que o cálculo de risco permanece ativo mesmo dentre aqueles que se qualificam como barebackers. Esse cálculo do risco também considera o reconhecimento de que estar em PrEP comporta limites na busca pela maximização do prazer:

Eu vejo muito a PrEP ser vendida como a pílula da liberdade. Não é julgamento, eu até acho bem legal termos a oportunidade de viver experiências mais íntimas e escolher quando tirar a camisinha. Mas assim, eu já cansei de pegar bereba (risos)... já foram quase todas (...) e assim isso vai trazendo uma maturidade também porque tomar aquela benzetacil dos dois lados da bunda todo mês ninguém merece... eu sou daqueles que encostei já to pegando alguma coisa. A PrEP me salvou do hiv se não fosse ela eu já tinha pegado certeza, mas as outras já completei o álbum de figurinha. Então assim: nem tudo são flores (@PASSIVO.ONPREP).

⁴⁷ O termo "los condones quimicos" é usado por Preciado (2015) para se referir à PrEP como uma estratégia do capitalismo farmacopornográfico ao maximizar o prazer e estetizar o ato sexual.

Embora a promessa de uma sexualidade mais livre seja oferecida, ela também vem com um limite, uma forma de castração, imposição de um limite no qual a lógica predominantemente orientada para o prazer confronta inevitavelmente o princípio da realidade (Freud, 2006). Ou, para usar uma linguagem além da psicanálise, observa-se que a PrEP, ao ser considerada uma tecnologia protética do capitalismo farmacopornográfico, incorpora a lógica de prazer-frustração. A expressão "nem tudo são flores" evidencia a percepção de @PASSIVO.ONPREP dos limites em pensar a profilaxia como a "pílula da liberdade" é repetida em outras narrativas, muitas vezes sendo a presença das outras lsts o aspecto interditor dessa liberdade total:

Acho que sim, hoje eu tenho tranquilidade de dizer que sou um barebacker talvez a palavra seja pesada, mas faço quase sempre. Mas ser um bareback é de certa forma para marcar uma posição de liberdade de correr atrás do que temos tesão e estar ciente das consequências(...) Então assim, eu se sou um bare? Sou, mas com limites de liberdade, não como aquela galera bem louca do começo que nem tinha remédio eficiente ainda e já estavam fazendo sem, é um outro tipo é assim né eu tenho que ir lá na poli fazer exames, passar pelas consultas... contar com quantos machos eu saí (risos) então assim não é tanta liberdade assim e ainda tem as outras doenças, né? (@bareback_dotado).

Se por um lado a PrEP poderia promover uma nova revolução sexual ao finalmente afastar o espectro do hiv/aids, especialmente entre as dissidências sexuais e de gênero, por outro lado, essa tecnologia encontra limites em relação à possibilidade de prevenir outras infecções, que ainda permanecem descobertas pela prevenção química. Os limites também se fazem notar ao observarmos que o dispositivo da sexualidade permanece em funcionamento, como observa @bareback_dotado ao relatar a necessidade de aderência a um regime de controle (exames e consultas regulares que integram o esquema preventivo da PrEP). A perspectiva do sexo que precisa o tempo todo se "confessar" e do controle das virtualidades dos riscos (Foucault, 2009) se faz notar na necessidade de se submeter aos inquéritos de questões psicossociais relacionados à prática sexual do usuário, como condição para os serviços de saúde dispensarem a PrEP, bem como, a prática trimestral de exames sanguíneos, situação interpretada por @bareback_dotado como: *"não é tanta liberdade assim"*.

No mapa dos barebackers PrEP arados que se esboça já é perceptível que algumas diferenças se apresentam de uma visão de barebackers como transgressores como postula Dean (2009) em suas análises do fenômeno como uma

subcultura. Se “*nem tudo são flores*” (afinal a PrEP nunca prometeu a proteção do variado leque de ISTs), essa tecnologia preventiva traz em si um pacote de controle que inicia no ato de desejar o recurso, no qual a percepção de risco é interiorizada via dispositivo do risco, da aids e da sexualidade, instalando a autorregulação da conduta como a de ir ao serviço de saúde no mínimo trimestralmente e realizar o rastreio de possíveis infecções sexuais. Será que os *barebackers* “bem mais loucos” dos anos iniciais da epidemia, como diz o Preparado @bareback_dotado se submeteriam a essa nova forma de viver “livremente” a sexualidade? Para Dean (2009), a resposta, provavelmente, seria não, argumentando que o propósito do *bareback* como uma prática de resistência às principais normas de saúde foi derrotado.

Considerações finais

Seguindo Preciado (2008), ao problematizar as vicissitudes do farmacopornopoder o tema da derrota do *bare* como movimento contracultural aos imperativos da saúde pode ganhar outros contornos. Ao acompanharmos os movimentos do desejo e das subjetividades no território de sociabilidade de homens que fazem sexo com homens, especialmente quando envolve práticas como o *barebacking* e suas diversas nuances de papéis e fantasias, é mister compreender que classificações rígidas e taxonomias simplistas são insuficientes e sobretudo temporais. O que era considerado “o bom sexo” e o “mau sexo” se aproximam. Nesta fronteira, estão os PreParados que nos cinco anos iniciais de oferta do recurso no sistema de saúde usaram seu corpo para tencionar os limites dos estigmas e buscar caminhos de resistências.

Nesse caminho cartográfico, é relevante lembrar a observação de Bataille (1987) sobre o estudo do erotismo, quando ele afirma que “é no seu todo uma atividade organizada, e é na medida em que é organizado que ele muda através do tempo” (p.71). Isso significa reconhecer que as dinâmicas sexuais e as formas de desejo são mutáveis, complexas e organizadas, e que essa organização está sujeita a mudanças ao longo do tempo. As novas formas de administração da PrEP, como a profilaxia injetável intramuscular, ou mesmo avanços no campo do tratamento e/ou cura do hiv/aids irão alterar substancialmente esse mapa. O que talvez permaneça por um tempo é a força do dispositivo da aids que continuará modulando a produção de subjetividades e práticas sexuais.

Os processos de estilização que surgem no encontro dos dispositivos são variados, assim como as diferentes formas de se utilizar a PrEP e produzir narrativas a partir de seu uso. Se a PrEP foi inicialmente vista como mecanismo de controle de sexualidades periféricas, o chavão foucaultiano deve ser lembrado como premissa, afinal onde existe controle, existirá inevitavelmente resistências, campos abertos para as linhas de fuga se inscreverem. Espaços ocupados pela puta instrumental, identitária e por um devir puta que ao lado de seu par santa medicada reescrevem a história da prevenção do hiv/aids e sua repercussão no tecido social.

REFERÊNCIAS

- ÁVILA, R.; MONTENEGRO, M. Barebacking: condiciones de poder y prácticas de resistencia en la biopolítica de la salud sexual. **Athenea Digital**, v. 11, n. 3, p. 27-49, 2011.
- ADAM, B. D. Constructing the neoliberal sexual actor: Responsibility and care of the self in the discourse of barebackers. **Culture, Health & Sexuality**, v. 7, n. 4, p. 333–346, 2005.
- BATAILLE, G. **O Erotismo**. Porto Alegre: L&PM, 1987.
- BARRETO, V. H. S. **Festas de orgias para homens: territórios de intensidade e socialidade masculina**. Salvador: Devires, 2017.
- BECK, U. **Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade**. São Paulo: Editora 34, 2016.
- BEZERRA, V. P. **O sexo “na pele”: sentidos do corpo e da pele na experiência bareback entre homens na cidade do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Ciências Sociais, 2019.
- BONFANTE, G. M. **Erótica dos signos nos aplicativos de pegação: processos multissemióticos em performances íntimo-espetaculares de si**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Letras, Programa Interdisciplinar de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, 2015.
- BUTLER, J. **Regulações de gênero**. *Cadernos Pagu*, n. 42, p. 249–274, 2014.

BRISSON, J.; NGUYEN, V.K. Science, Technology, Power and Sex: PrEP and HIV-Positive Gay Men in Paris. **Culture, Health & Sexuality**, v. 19, n. 10, p. 1066–1077, 2017.

BRASIL. **Portaria no 22, de 25 de maio de 2017**. Torna pública a decisão de aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da profilaxia pré-exposição de risco à infecção Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022

CARRARA, S. **Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo**. *Mana*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.323-45, ago 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132015000200323&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15/06/2018.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

COSTA, H. S. **O lugar das contracondutas na genealogia foucaultiana do governo**. *Revista de Filosofia Moderna e Contemporânea*, Brasília, v. 7, n. 1, p. 61-78, abr. 2019.

CROSSLEY, M. L. The perils of health promotion and the 'Barebacking' backlash. **Health**, v. 6, p. 47-68, 2002.

CROSSLEY, M. L. Making sense of 'barebacking': Gay men's narratives, unsafe sex and the 'resistance habitus'. **British Journal of Social Psychology**, v. 43, p. 225-244, 2004.

DEAN, T. Breeding Culture: barebacking, Bugchasing, Giftgiving. **The Massachusetts Review**, v. 49, n. 1, p. 80-94, 2008.

DEAN, T. **Unlimited intimacy: Reflections on the subculture of barebacking**. Chicago: University of Chicago Press, 2009.

DELEUZE; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol. 1. São Paulo: Ed. 34, 1995.

DODGE, B. *et al.* Sexual compulsivity among heterosexual college students. **Journal of Sex Research**, v. 41, p. 343-350, 2004.

- DE PAULA, P. S. R. **Barebacking sex: discursividades na mídia impressa brasileira e na internet**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.
- FOUCAULT, M. **Segurança, território e população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade. O uso dos prazeres**. Vol. 2. São Paulo: Graal, 1984.
- FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade. A vontade de saber**. Vol. 1. São Paulo: Graal, 1988.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Organizado e Traduzido por Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- FREUD, S. **Além do princípio do prazer**. In: FREUD, S. Escritos sobre a psicologia do inconsciente. [s.l.]: Imago, 2006.
- GAGNON, J.; SIMON, W. **Sexual Conduct: The social sources of human sexuality**. Chicago: Aldine Transactions, 2009.
- GILMAN, S. L. **“Seeing the Aids Patient”**. In: Disease and Representation – images of illness from madness to aids. Ithaca and Londres: Cornell University Press, 1991. p. 245-272.
- GRETEMAN, A. J. **Fashioning a Bareback Pedagogy: Towards a Theory of Risky (Sex) Education**. In: Sex Education: Sexuality, Society, and Learning, 2013.
- LÉOBON, A.; FRIGAULT, L-R. **La sexualité bareback: d’une culture de sexe à la réalité des prises de risque**. Disponível em: http://www.gaystudies.org/article_leobon_bareback.pdf. Acesso em: 20/10/2006.
- HERDT, G. H. **Guardians of the Flutes**, Volume 1: Idioms of Masculinity. Chicago: Univ of Chicago PR ed, 1994.
- HARPAZ, B. J. **ABC Living News: Risky business**. Disponível em: <http://204.202.137.111/sections/living/DailyNews/safesex990131.html>. Acesso em: 15/06/2009.
- HALKITIS, P. N.; PARSONS, J. T. Intentional unsafe sex (barebacking) among HIV-positive gay men who seek sexual partners on the internet. **AIDS Care**, v. 15, n. 3, p. 367-378.
- HOUSTON, E., *et al.* Depressive Symptoms Among MSM Who Engage in Bareback Sex: Does Mood Matter?. **AIDS Behavior**, v. 16, p. 2209–2215, 2012.

- KASTRUP, V. **O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo**. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 32-51.
- KULICK, D.; WILLSON, M. **Taboo: Sex, Identity and Erotic Subjectivity in Anthropological Fieldwork**. New York, London: Routledge, 1995.
- LACAN, J. **Seminário 17 - o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- MANSENGH G, Marks G, Colfax GN. "Barebacking" in a diverse sample of men who have sex with men. **AIDS**, v. 16, pp. 653-659, 2002.
- MORRIS, P; PAASONEN, S. Risk and Utopia: A Dialogue on Pornography. **GLQ** 1, v. 20, n. 3, pp. 215–239, 2014.
- ORTEGA, F. **Práticas de acese corporal e constituição de bioidentidades**. In: *Cadernos de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 59-77, 2003.
- PASSOS, E.; BENEVIDES, R. **Por uma política da narratividade**. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, Liliana da. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 150-171.
- PAULA, P. S. R. **Barebacking sex: discursividades na mídia impressa brasileira e na internet**. Dissertação (mestrado em Psicologia). Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.
- PELÚCIO, L.; MISKOLCI, R. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. **Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana**, n.1, p.125-57, 2009. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/29/26>. Acesso em: 26/06/2022
- PELÚCIO, L. **O Cu (de) Preciado**. Iberic@l, Revue d'études ibériques et ibéro-américaines. Numéro 9 – Printemps 2016.
- PRECIADO, P, B. "Cartografias 'Queer': O 'Flâneur' Perverso, A Lésbica Topofóbica e A Puta Multicartográfica, Ou Como Fazer uma Cartografia 'Zorra' com Annie Sprinkle". **Revista Performatus**, Inhumas, ano 5, n. 17, jan. 2017.
- PRECIADO, P.B. **Condomes químicos por Paul B. Preciado**. Blog Parole de Queer, 2015. Disponível em: <https://paroledequeer.blogspot.com/2015/06/condones-quimicos-paul-b-preciado.html>. Acesso em 16 de fev. de 2020.

- PRECIDADO, B.P. **Testo Junkie Sexo drogas e biopolítica na era farmacopornografica**. 1 ed, São Paulo:n-1 edições, 2018.
- PERLONGHER, N. **O Negócio do Michê** - Prostituição Viril Em São Paulo. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2008.
- PERLONGHER, N. **O Que é Aids**. São Paulo: Brasiliense,1987.
- ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: UFRGS, 2007.
- ROJAS, D. **Factores asociados a conductas de riesgo en HSH: Barebacking, serosorting**. Comunicación presentada en el X Congreso Nacional Sobre El SIDA, San Sebastián, España, 2007.
- RUBIN, G. Pensando sobre sexo: Notas para uma teoria radical da política da sexualidade. **Cadernos Pagu**, n. 21, pp. 1 - 88. 2003.
- RUBIN, G. Estudando subculturas sexuais: escavando as etnografias das comunidades gays em contextos urbanos da América do Norte. **Interseções entre gênero, sexualidade e curso da vida**, v. 13 n. 1 ,2018.
- WEEKS, J. **O corpo e a Sexualidade**. In: LOURO, G. L. (Org.). O Corpo Educado: pedagogias da sexualidade. Trad. de Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica, 1999, p. 35-82.
- SANTOS, D. K. As produções discursivas sobre a homossexualidade e a construção da homofobia: problematizações necessárias à psicologia. **Revista EPOS**, v. 4, n. 1, 2013.
- SILVA, L.A.V. Barebacking e possibilidade de soroconversão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, pp. 1381-1389, jun, 2009.
- SILVA, L.A.V. Cybersexuality and online research: some reflections about the concept of barebacking. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.34, p.513-27, jul./set. 2010.
- SONTAG, S. **Doença como metáfora, Aids e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.
- SHERNOFF, M. (Ed.). **Without Condoms: Unprotected Sex, Gay Men & Barebacking**. New York: Routledge, 2006.
- SPINK, M. J. P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cadernos De Saúde Pública**, v. 17, n. 6, p. 1277-1311, 2001.

STALL, R. *et al.* Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: The Urban Men's Health Study. **Addiction**, v. 96, p. 1589-1601, 2001.

WOLITSKI, R. J. The emergence of barebacking among gay and bisexual men in the United States: A public health perspective. *In*: HALKITIS, P. N.; WILTON, L.; DRESCHER, J. (Org.). **Barebacking: psychosocial and public health approaches**. New York: Haworth Medical Press, 2005.

TOMSO, G. Bugchasing, barebacking and the risks of care. **Literature and Medicine**, v. 23, n. 1, p. 88-111, 2004.

TREVISAN, J. S. **Devassos no Paraíso: homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade**. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2018.

7.2 ARTIGO 2: POLÍTICAS DE SUBJETIVAÇÃO NA ADESÃO A PROFILAXIA PRÉ EXPOSIÇÃO AO HIV (PREP): A GESTÃO DO RISCO-PRAZER POR HOMENS GAYS CISGÊNERO

Políticas de subjetivação na adesão à Profilaxia Pré Exposição ao hiv (PrEP): a gestão do risco-prazer por homens gays cisgêneros

*Subjectivation Policies in the Adherence to Pre-Exposure Prophylaxis for HIV (PrEP):
The Management of Risk-Pleasure among Cisgender Gay Men*

Resumo: Este estudo tem por objetivo problematizar os agenciamentos envolvidos na adesão à Profilaxia Pré-Exposição ao hiv (PrEP) por homens gays cisgêneros usuários do esquema preventivo por mais de um ano. Com base em uma perspectiva cartográfica realizada entre 2018 e 2022, os resultados foram obtidos a partir de narrativas coletivas de usuários da PrEP, considerando-as como efeitos das políticas de subjetivação relacionadas ao uso de uma tecnologia biomédica de prevenção. Essa tecnologia não apenas oferece uma nova opção de prevenção, mas também traz à tona mudanças, continuidades e deslocamentos no erotismo gay, atualizando o contexto da epidemia de aids. Ao focalizarmos nos motivos da adesão, indagando os sujeitos sobre o desejo pelo uso da PrEP, desvelou-se uma maquinaria de agenciamentos produtores como o discurso do medo-risco e o da sexualidade que, entrecruzados, (co)produzem três afetos micropolíticos: para(nôia) de contágio causal, para(nôia) de contágio ambivalente, para(nôia) de contágio identitária epidemiológica. Pensou-se também sobre os efeitos dessas micropolíticas desejantes com o plano macropolítico, sendo a PrEP compreendida como um novo artefato do regime farmacopornográfico, concebida nas narrativas como a propulsora de sentimentos de liberdade, autonomia, segurança e ampliação do prazer sexual, por mitigar o medo da infecção. Entretanto, identificou-se marcadores de estigmatização do usuário que poderiam afetar a experiência positiva da adesão, como: (1) a ideia de antirretrovirais como uma medicação perigosa, com efeitos colaterais desconhecidos a longo prazo; (2) a possibilidade de um usuário PrEP ser "confundido" como uma pessoa vivendo com hiv em tratamento, por usar a mesma classe de fármacos e frequentar o mesmo equipamento de saúde; (3) a associação entre uso de PrEP e promiscuidade; (4) a correlação linear entre usuários da PrEP como vetores de infecções sexualmente transmissíveis (Ists). A partir dessa atualização do dispositivo da aids, pensou-se como tais novos arranjos afetam o temor pela infecção do hiv/aids e como a sorofobia esmaece, e, por vezes, permanece na produção das narrativas dos informantes.

Palavras chaves: Profilaxia Pré-Exposição; HIV; Políticas de Subjetivação; Risco; Sexualidade.

Abstract: This article aims to problematize the assemblages involved in the adherence to Pre-Exposure Prophylaxis for HIV (PrEP) by cisgender gay men who have been using the preventive regimen for over a year. Based on a cartographic perspective conducted between 2018 and 2022, the results were obtained from collective narratives of PrEP users, considering them as effects of subjectivation policies related to the use of biomedical prevention technology. This technology not only offers a new prevention option but also brings forth changes, continuities, and shifts in gay eroticism, updating the context of the AIDS epidemic. By focusing on the reasons for adherence and questioning the subjects about their desire to use PrEP, a machinery of productive assemblages was unveiled, such as the discourse of fear-risk and that of sexuality, which, when intertwined, (co)produce three micropolitical affects: paranoia of causal contagion, paranoia of ambivalent contagion, paranoia of epidemiological identity contagion. The effects of these desiring micropolitics on the macropolitical level were also considered, with PrEP being understood as a new artifact of the pharmacopornographic regime, conceived in narratives as a catalyst for feelings of freedom, autonomy, security, and an expanded sexual pleasure by mitigating the fear of infection. However, markers of user stigmatization were identified that could affect the positive experience of adherence, such as: (1) the idea of antiretrovirals as dangerous medication with unknown long-term side effects; (2) the possibility of a PrEP user being "confused" as a person living with HIV in treatment, as they use the same class of drugs and frequent the same healthcare facilities; (3) the association between PrEP use and promiscuity; (4) the linear correlation between PrEP users as vectors of sexually transmitted infections (STIs). From this update of the AIDS device, it was considered how these new arrangements affect the fear of HIV/AIDS infection and how serophobia fades, and at times remains in the narratives of the informants.

Keywords: Pre-Exposure Prophylaxis; HIV; Subjectivation Policies; Risk; Sexuality.

1- Profilaxia Pré-Exposição ao hiv (PrEP): uma breve síntese (macro)política

A empreitada de mapear os fluxos de desejo que culminam na adesão a uma nova tecnologia biomédica, a Profilaxia Pré-Exposição ao hiv (PrEP), motivou nossa incursão como pesquisador-cartógrafo em um território com múltiplas camadas: a intersecção entre o erotismo gay e as práticas de controle e o gerenciamento de riscos e vigilância em meio às complexidades do capitalismo farmacopornográfico (Preciado, 2018). Nosso fio condutor se constituiu no mapeamento das forças macro e micropolíticas que produzem a adesão à PrEP e os afetos mobilizados nesse processo de vinculação da sexualidade a uma tecnologia farmacológica. Além disso, também buscamos problematizar as permanências e rupturas discursivas acerca do hiv/aids, especialmente em relação às práticas sexuais, ao uso dos prazeres, à percepção de risco e ao estigma, uma vez que estes, apresentam-se como moduladores da adesão a PrEP.

Desde 2012, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem recomendado a PrEP como uma estratégia preventiva ao hiv. Trata-se de uma tecnologia que faz uso de medicamentos antirretrovirais e que, inicialmente, passou a ser ofertada especialmente para grupos considerados mais vulneráveis à infecção, como gays, homens que fazem sexo com outros homens (HSH), população trans, trabalhadores/as do sexo e casais sorodiscordantes (OMS, 2012). A administração via oral do composto tenofovir/emtricitabina, comercializada como Truvada e patenteada pela empresa farmacêutica estadunidense Gilead, se consolidou como o fármaco que popularizou a abordagem antirretroviral preventiva, tornando-se a principal estratégia profilática biomédica para conter o avanço da epidemia de hiv/aids no mundo⁴⁸.

O laboratório Gilead Sciences desempenhou um papel crucial na promoção da PrEP em várias regiões, exercendo uma influência notável no campo do *advocacy*. Em 2012, ano em que a FDA aprovou o uso do Truvada nos EUA, a Gilead organizou, em colaboração com pesquisadores e entidades como a UNAIDS e a OMS, uma reunião na França na qual se pautou o que ficou foi chamado de "*uma nova era no tratamento e prevenção do HIV/AIDS*". A reunião buscou promover debates sobre os avanços científicos na área e as formas de implementação e financiamento da nova tecnologia preventiva. A estratégia de mercado da Gilead, que visava expandir a utilização de antirretrovirais através de um novo uso para um produto previamente existente, utilizado como parte do tratamento de pacientes vivendo com hiv, gerou, nos primeiros anos da discussão sobre a PrEP, uma percepção social de desconfiança em relação aos reais interesses da farmacêutica em fomentar o uso do Truvada como medida preventiva (Spieldenner, 2016; Bastos *et al.*, 2017). Críticos mais ferrenhos apontavam que a estratégia da Gilead em deslocar o uso de antirretrovirais para a prevenção ampliando o mercado de consumidores era, sobretudo, comercial, uma importante saída para recuperação econômica da empresa (Spieldenner, 2016). Movimento identificado como *disease mongering* (Moynihan, 2006; Tesser; Norman, 2016), no qual a produção de pesquisas direcionadas aos interesses dos grandes complexos econômicos da saúde, passam a produzir a

⁴⁸ Atualmente, já existem outros antirretrovirais sendo utilizados como estratégia componente da PrEP, como o cabotegravir administrado por via injetável, que demonstrou eficácia e já está regulamentado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2023). O Truvada, no entanto, continua sendo o fármaco mais amplamente disseminado e acessado nas políticas públicas de saúde, pelo menos no Brasil.

mercantilização de doenças via manipulação do saber científico médico-especializado e da percepção social, individual e de profissionais da saúde, tornando torpe os limites fluidos entre a saúde, prevenção e doença.

Todavia, as resistências em relação ao Truvada foram se dissipando à medida em que os resultados dos estudos de eficácia, como os provenientes do iPrEX, passaram a circular no debate acadêmico-científico⁴⁹. Este estudo transnacional, conduzido entre julho de 2007 e dezembro de 2009, englobando países como África do Sul, Tailândia, Peru, Equador, Brasil e Estados Unidos, reuniu 2.499 homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transexuais. Sua importância foi crucial para fundamentar, por meio de uma amostra representativa, a eficácia e a efetividade da PrEP. Através de ensaios clínicos duplo-cegos, nos quais foram utilizados o medicamento Truvada (TDF/FTC) e um placebo, constatou-se que o uso diário do composto demonstrou ser seguro e eficaz, tanto com a administração de 4 doses por semana quanto com 7 doses semanais de TDF/FTC. Essas frequências de uso predisseram eficácia na prevenção do hiv entre 96% e 99%, aproximando-se das taxas de eficácia do uso de preservativo (Anderson *et al.*, 2012; Grant *et al.*, 2014).

O debate nacional sobre a inclusão da estratégia preventiva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi embasado pelo estudo PrEP Brasil. Esse estudo, com duração de 48 semanas, foi multicêntrico, longitudinal, prospectivo e de caráter aberto e demonstrativo da PrEP. Sua concepção teve como objetivo avaliar, no contexto do SUS, a tomada de decisão pelo uso, a adesão, a segurança e a viabilidade da oferta da PrEP para homens que fazem sexo com homens (HSH) e transexuais (Brasil, 2015). Os resultados promissores do PrEP Brasil em todas as suas metas estabelecidas embasaram o endosso da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)⁵⁰ para a adoção da PrEP como política pública,

⁴⁹ O estudo ocorreu em três centros de prevenção e tratamento ao hiv, no Rio de Janeiro (RJ) e em São Paulo (SP). Os centros de estudo participantes foram o Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) no RJ, Universidade de São Paulo (USP) e Centro de Referência e Treinamento em DST e AIDS (CRT-SP), ambos em SP. O projeto recebeu fomento da organização financeira internacional Unitaid. A Fiotec foi a responsável pela gestão financeira e administrativa do projeto, gerindo um contrato de financiamento de aproximadamente R\$ 80 milhões (Fiocruz, 2017).

⁵⁰ Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde - MS nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica (Brasil, 2023).

tornando o Brasil pioneiro na América Latina ao implementar essa tecnologia no sistema público de saúde (Brasil, 2017)⁵¹.

Atualmente, a PrEP está acessível em todos os estados do país, inclusive em cidades do interior. Os dados do Painel PrEP, fornecidos pelo Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, registram a presença de 48.643 usuários em todo o território nacional, atendidos por 566 serviços de dispensa. Entre esses usuários, 84% são homens gays e/ou HSH, majoritariamente de etnia branca, com elevado nível de escolaridade, e concentram-se na faixa etária de 30 a 39 anos (Brasil, 2023).

O perfil atualizado dos usuários, conforme demonstrado no Painel PrEP de 2023 (Brasil, 2023), reflete de maneira notável a intuição expressa por Paul Preciado em seu texto célebre "Condomes Químicos", de 2015. Nesse ensaio, ao explorar a assimilação da sexualidade gay pela lógica do capitalismo liberal, o filósofo enfatiza que o Truvada não se configura como uma solução universal para todos os grupos vulneráveis ao hiv, mas sim é focalizado principalmente na audiência masculina, particularmente nos homens gays. Isso suscita questionamentos acerca dos desafios enfrentados por esse grupo quando o Truvada começou a ser distribuído nos Estados Unidos e na Europa a partir de 2015, quando o foco populacional estava delimitado em estratos específicos. Enquanto os ensaios de eficácia foram predominantemente conduzidos no continente africano e envolvendo corpos de pessoas negras, após a validação de sua eficácia e efetividade, a abordagem preventiva iniciou sua trajetória de expansão comercial nos países do Hemisfério Norte, encontrando uma demanda aquecida entre os consumidores. Nesse contexto, o desejo de adotar a PrEP se originou tanto dos "afetos do medo" quanto da busca pela "maximização do prazer".

Os primeiros anos da implantação da PrEP no Brasil foram marcados por críticas direcionadas à política de acesso à tecnologia preventiva, que priorizava determinados grupos, identificados como "população-chave". Essas críticas indicavam um retorno pragmático à lógica do conceito de "grupo de risco", uma vez que a avaliação da vulnerabilidade do indivíduo parecia estar restrita a uma abordagem identitária e ligada a sexualidades dissidentes de determinadas morais

⁵¹ A implementação teve início a partir de dezembro de 2017, com a disponibilidade de sete mil tratamentos distribuídos em 12 cidades, direcionados principalmente para a população de maior exposição ao risco de infecção: homens gays e que têm sexo com outros homens (HSH), profissionais do sexo, casais sorodiscordantes, travestis e população trans (BRASIL, 2017).

sexuais e da cis-heteronormatividade. Esse enfoque, por meio da medicalização social, parecia ressuscitar a visão da homossexualidade como uma fonte de periculosidade social (Barp, Mitjavila, Ferreira, 2023). Em resposta a essas críticas, o discurso no campo da saúde defende o direito de acesso a tecnologias que promovam a garantia de acesso a recursos de saúde pela comunidade LGBTQIA+, que encontra-se em maior vulnerabilidade, uma vez que a incidência de hiv/aids não é uniforme entre diversos grupos populacionais e alguns segmentos populacionais apresentem maior vulnerabilidade à infecção (Adamy; Casimiro; Benzaken, 2018).

O foco da política de oferta de PrEP nos primeiros cinco anos da profilaxia no SUS direcionada apenas a alguns grupos, para além das críticas, pode ser pensada como um desenho de oferta pautada no princípio de equidade, ao se reconhecer que o nível de vulnerabilidade não é o mesmo entre os grupos. Aspecto esse referendado pela necessidade de alocação de recursos escassos e pela perspectiva da Prevenção Combinada (Brasil, 2017), que traz para a lógica da prevenção uma quebra de padrões rígidos, conferindo a esta população historicamente mais exposta, maior autonomia e liberdade sexual, expandindo as opções de prevenção, sem a hierarquização de métodos.

Apesar de o modelo de Prevenção Combinada não ser recente, é com a inserção da PrEP como alternativa preventiva que a estratégia ganha tração e disseminação na forma de pensar a oferta de recursos. Como o próprio nome sugere, a prevenção combinada preconiza o uso “combinado” de métodos preventivos, de acordo com as possibilidades e escolhas de cada indivíduo, sem excluir ou sobrepor um método a outro. Antes da entrada da PrEP no rol da Prevenção Combinada, outros recursos já integravam o cardápio de opções como: a) uso regular de preservativos; b) testagem regular para o HIV e outras ISTs com diagnóstico oportuno e tratamento; c) Profilaxia Pós-Exposição (PEP); d) redução de danos; e) gerenciamento de vulnerabilidades; f) supressão da replicação viral pelo tratamento antirretroviral; g) imunizações (Brasil, 2017). O conjunto de métodos caracterizou, portanto, um modelo preventivo baseado nos enfoques biomédicos, comportamental e estrutural (Adamy; Casimiro; Benzaken, 2018).

Após cinco anos desde sua incorporação no Sistema Único de Saúde (SUS), a política direcionada de oferta da PrEP exclusivamente para certos grupos passou por uma mudança significativa. A partir da Portaria SCTIE/MS Nº 90, emitida em 25 de agosto de 2022, ocorreu uma atualização no Protocolo Clínico e Diretrizes

Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo hiv (Brasil, 2022). A significativa reestruturação do protocolo foi a ampliação do acesso à PrEP para outros grupos além da chamada "população-chave" (Brasil, 2022). Com essa atualização, a abrangência da PrEP não se limita mais apenas a grupos específicos. Agora, adolescentes a partir de 15 anos e indivíduos cisgêneros heterossexuais também podem ter acesso à PrEP⁵². A cartografia esboçada neste estudo com homens gays usuários da PrEP circunscreve-se no que estamos chamando de "primeira onda da PrEP", iniciada em janeiro de 2018, quando o acesso estava limitado a poucas cidades e delimitada aos grupos de maior vulnerabilidade, que foi se expandindo para além dos grandes centros urbanos entre os anos de 2019 e 2021, até agosto de 2022, momento que a oferta da PrEP passa a contemplar a população heterossexual e jovens em situação de vulnerabilidade.

Essa macropolítica da "Primeira Onda da PrEP" é o pano de fundo no qual buscou-se analisar os efeitos discursivos e micropolíticos decorrentes do uso da PrEP, explicitando as formas de apropriação dos discursos biomédicos nas experiências, nas práticas sexuais e nas formas de autorreferencialidade de homens gays cisgêneros usuários da profilaxia. Essa trajetória analítica nos apontou para os agenciamentos vinculados ao desejo de adesão a PrEP e as permanências e rupturas discursivas acerca do hiv/aids, especialmente em relação às práticas sexuais, prazer, percepção de risco e estigma.

Esboçamos um delineamento dos efeitos micropolíticos da macropolítica da PrEP no contexto da "primeira onda de oferta", demarcando sobretudo, algumas linhas de força que compõem o desejo pela adesão à profilaxia. Acompanhar a dinâmica do acesso e do uso da PrEP nos possibilitou mapear os fluxos de desejo mobilizados por essa tecnologia na experiência de homens gays cisgêneros. Em nossa cartografia, ao mapearmos algumas das linhas de força que compõem o desejo pela adesão à PrEP, identificamos três dispositivos que operam na modulação da decisão de "estar em PrEP": 1) o dispositivo do risco, 2) o dispositivo da sexualidade, e 3) o dispositivo da aids. Entendemos que cada um desses dispositivos comportam

⁵² Esta atualização não apenas ampliou os grupos com indicação de prescrição da profilaxia, mas também instituiu outros regimes de adesão, como a PrEP sob demanda - onde uma dose dupla do medicamento preventivo é tomada de 2 a 24 horas antes da relação sexual, com mais duas doses após ato sexual, divididas nos dois dias subsequentes - e a dose de ataque, que oferece proteção para relações sexuais anais, já no primeiro dia de uso, com a estratégia de iniciar a profilaxia fazendo uso de uma dose dupla (Brasil, 2022).

linhas heterogêneas específicas (discursos, práticas, saberes, normas, regimes de verdade, etc). No entanto, consideramos que o dispositivo da aids (Perlongher, 1997; Pelúcio, 2007) passou a atualizar os dispositivos do risco e da sexualidade, refinando as formas de controle dos corpos e produzindo novos regimes de subjetivação. Nesse contexto, o advento da PrEP insere um novo campo de forças no âmbito do dispositivo da aids, produzindo um outro arranjo em suas dinâmicas, práticas, discursos e enunciados. Tal maquinaria é entendida aqui como produtora e efeito de micropolíticas de subjetivação.

Ao nos referirmos a micropolíticas de subjetivação estamos tencionando dois termos que tradicionalmente são tidos como antagônicos: política como a esfera do público; e subjetivação/subjetividade como a esfera do privado/individual. Ao juntar os dois termos, se busca, sobretudo, enfatizar a dimensão política, pública e histórica das subjetividades. Trata-se de pensar a constituição das subjetividades e os processos de subjetivação a partir da análise dos dispositivos e agenciamentos (Foucault, 2008; Deleuze, 1992). No encontro entre políticas de subjetivação e dispositivos, o *dispositivo da aids* é entendido pela seletividade na aplicação de meios de controle e normalização dos comportamentos de grupos específicos, numa economia-política do desejo em que as regras sociais são aplicadas mais a alguns do que a outros. "Exige-se de alguns maior controle e racionalização no que toca a seus desejos, enquanto a outros é atribuída uma inerente normalidade que os libera do mesmo grau de pressão e demanda em relação às suas vidas e aos seus amores" (Pelúcio, 2007, p.157).

O dispositivo da aids, quando em ação, produz políticas de subjetivação específicas que foram cartografadas neste estudo a partir do ato de adesão à tecnologia preventiva, desdobrando-se em múltiplos enunciados sobre risco, circunscritos no enquadre macropolítico da Primeira Onda de oferta de PrEP.

2. Colheita de afetos e construção de narrativas

A trajetória metodológica referente aos achados aqui apresentados, integra um recorte de uma pesquisa cartográfica realizada entre 2018 e 2022, envolvendo homens gays cisgêneros que utilizam a Profilaxia Pré-Exposição ao hiv (PrEP). Optou-se por uma perspectiva de acompanhar processos em curso (Kastrup, 2009), permitindo a máquina cartográfica, traçar um mapa de relações capilares de poder,

dando visibilidade à dinâmica micropolítica do campo numa multiplicidade espaço-temporal e captando modos de objetivação, subjetivação, estetização de si, práticas de resistência e de liberdade (Deleuze, 1988).

Entre as várias formas, ferramentas e técnicas de se produzir cartografias, a presença do corpo do cartógrafo é essencial. Não lido aqui apenas como um corpo físico, mas um corpo vibrátil, aberto as intensidades que percorrem a corporalidade no encontro com os interlocutores que pretende entender (Rolnik, 1989). O corpo vibrátil do pesquisador funcionou como um "instrumento" de pesquisa ao longo de todo o processo, permitindo uma abordagem sensível e afetiva de um campo de pesquisa marcado por tabus e moralidades, mas também permeado por fluxos eróticos e sexuais. Essa abordagem valoriza a "subjetividade erótica do pesquisador" (Kulick, 1995) e reconhece que a afetação erótica e desejanse do pesquisador é relevante para a compreensão das sexualidades estudadas. Assim, o próprio pesquisador-cartógrafo passou a ser usuário da PrEP no contexto da "primeira onda de oferta" de PrEP, frequentando os serviços de saúde do SUS e vivenciando as afetações e intensidades relacionais em presenciar no próprio corpo a inscrição das políticas de subjetivação, dos mecanismos de controle e, não menos importante, da corporeidade do desejo.

Os sujeitos que circulavam pelos territórios cartografados eram todos usuários da PrEP e se identificavam, majoritariamente, como homens cisgêneros gays. A divulgação para participação na pesquisa ocorreu em duas modalidades: uma de caráter mais institucional, divulgada em parceria com os profissionais do Ambulatório PrEP Florianópolis⁵³ nas redes sociais do serviço; e divulgações utilizando as redes sociais do próprio pesquisador, sendo elas: Instagram, Facebook, grupos de WhatsApp e aplicativos de encontros gay (*Grindr* e *Scruff*).⁵⁴ Nessa etapa foram totalizados 152 formulários respondidos.

Foram selecionados 12 homens cis gays para compor o grupo de entrevistados. Tanto nos informantes que responderam ao formulário, como aqueles que compuseram o grupo de entrevistados, o perfil caracterizou-se por uma

⁵³ O ambulatório PrEP, localizado na policlínica do centro de Florianópolis, foi o primeiro serviço de dispensação de PrEP no município, contando com uma equipe multiprofissional, que realiza consultas, exames e integra o serviço do CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento). A divulgação nas redes sociais do Ambulatório da pesquisa, com o link do formulário, foi realizada pelos próprios profissionais do serviço.

⁵⁴ No que se refere a divulgação via Facebook e WhtasApp, focalizou-se no grupo *PrEP Brasil*, comunidade nacional de usuários PrEP que tem grupos de sociabilidade em ambas plataformas.

homogeneidade: homens gays, brancos e com alta escolaridade, entre 30 a 39 anos, constituindo uma composição de informantes muito aproximada em termos de perfil, do mapeamento nacional de usuários do Painei PrEP (Brasil, 2023).

Para além dos achados primários obtidos pelo formulário on-line e pelas 12 entrevistas semi-estruturadas, integraram a análise: conversas informais com homens usuários da PrEP; observações-participantes e interações nos territórios online de sociabilidade, via imersão em grupos de Whatsapp e Telegram, páginas do Twitter sobre o tema cartografado e nos aplicativos de encontros gays (Grindr e Scruff). O registro dessas trocas, experiências e observações foi feito ao longo dos cinco anos de pesquisa no diário de campo do pesquisador cartógrafo.

Os entrevistados escolheram um codinome para identificar sua participação na pesquisa, escolhendo um que melhor represente em termos de seus desejos e práticas sexuais ou que melhor sintetize seus posicionamentos sobre a PrEP. Aqueles que não foram entrevistados, mas compuseram a cartografia virtual seja pelas plataformas de WhatsApp, Facebook e Twitter ou aplicativos de encontro (Grindr, Scruff) tiveram a essência do seu nome de usuário preservada no diário de campo, com alterações feitas pelo pesquisador para garantir o anonimato.

No processo de organização dos achados as narrativas foram agrupadas por temas: a- motivos relacionados à adesão; b- tipo de práticas sexuais realizadas prioritariamente; c- impacto da profilaxia na vida/sexualidade, valorados esses últimos em neutros, positivos e negativos. No processo analítico, os enunciados produzidos pelos colaboradores, longe de serem pensados como individualizados, fazem eco a um plano de forças instituintes (Lourau, 1995); dessa forma, partimos da perspectiva de que as micropolíticas de subjetivação são (co)produzidas por agenciamentos coletivos de enunciação (Deleuze; Parnet, 1998). Assim, para ampliar e transversalizar as possibilidades de interpretação do material, foram convidados quatro dos entrevistados para contribuir na política de narratividade do texto, produzindo uma política cognitiva inventiva (Passos; Benevides, 2009), na qual uma parte dos informantes se implicam na busca pelos analisadores e pactuação das principais diretrizes do texto apresentado⁵⁵.

⁵⁵ A escolha dos colaboradores entrevistados para compor a oficina de analisadores do texto baseou-se em critérios de representatividade, disponibilidade e interesse dos participantes em analisar o material narrativo produzido ao longo dos encontros.

Salienta-se que todos os procedimentos de Ética em pesquisa foram respeitados, atentando-se à resolução 466/2012. A submissão dessa pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) deu-se através de um projeto ampliado com parceria entre pesquisadores do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Pública UFSC e do Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas - PPGICH, intitulado: A construção do dispositivo da profilaxia pré-exposição ao hiv (PrEP) e suas narrativas: a experiência de usuários, gestores de saúde e ativistas em Florianópolis-SC, aprovado e registrado sob o número do parecer: 4.219.418/ CAAE: 35724620.7.0000.0121.

3. Micropolíticas e fluxos desejanos: para(nóias) de contágio

Foi recorrente escutar nas narrativas dos informantes uma constelação de significantes e afetos, que relacionados, passam a orientar a adesão à PrEP: *medo-pavor-ansiedade-fobia-risco-nóia-doença-sofrimento*. Tais nós que integram a estrutura rizomática do desejo pela adesão à PrEP são concebidos pelos colaboradores dessa cartografia como elementos temerosos, redutores do prazer sexual, dificultadores do estabelecimento de relações homoeróticas estáveis e da vivência de uma sexualidade plena. Por essa imbricação de significantes e afetos recorrentemente presente no processo cartográfico, passamos a nomeá-los de “*paranoias de contágio*”: um conjunto maquínico co-produtor do desejo de adesão. A escuta das narrativas produzidas pelos informantes nos permitiu cartografar três estratégias de narratividade no encontro com os dispositivos, revelando pistas sobre o processo de adesão à PrEP e alguns dos seus efeitos, sendo eles: (1) *para(noia) causal*; (2) *para(noia) ambivalente*; (3) *para(noia) identitária-epidemiológica*. Esses três planos foram compreendidos como componentes de subjetivação, permitindo trazer à superfície alguns modos específicos de existência e experiência sexual. Embora as distintas paranoias identificadas se apresentem de forma rizomática, sendo a sua esquematização e separação em tipos distintos apenas um construto operacional de análise, pontos de convergência, ancoragem e divergência entre elas estiveram presentes em todo processo de análise.

Ao dar visibilidade aos motivos da adesão à PrEP, o próprio termo *paranoia*, ou mesmo *noia*, para se referir ao medo da infecção pelo hiv esteve intensamente

presente como elemento central das narrativas. Embora o conceito de paranoia opere na linguagem do senso comum e na esfera clínica assumindo perspectivas polissêmicas na psicologia, psiquiatria e psicanálise, nesta cartografia o concebemos não como uma manifestação clínica de uma estrutura psicótica e/ou alguma manifestação psicopatológica - o que nos colocaria diante da armadilha da patologização das sexualidades; tampouco o situamos no campo da fantasia e do delírio - afinal, o medo de homens gays de se infectar com o hiv está ancorado em aspectos concretos da materialidade epidemiológica e da produção histórica do estigma que correlaciona homossexualidade e hiv. Em nossa cartografia, a noção de *paranoia* é concebida como um afeto biopolítico sobre o qual buscamos problematizar na tentativa de elucidar o emaranhado envolvido no ato de aderir à PrEP, dando destaque ao componente do medo-risco como agenciadores da adesão.

O direcionamento da política de PrEP no contexto denominado "primeira onda" de oferta, ou seja, quando essa tecnologia passou a ser ofertada, via SUS, a grupos específicos, nos levou a indagar se a escolha pelo uso, interpretada como sendo *autônoma* pelo modelo de Prevenção Combinada, estaria ou não modulada por agenciamentos de controle que poderiam impelir os sujeitos ao uso do fármaco frente uma vulnerabilidade moral construída socialmente. Pensar a vulneração moral e sua relação com a PrEP a partir da bioética é estar atento aos contextos em que a autonomia ou a liberdade são enquadradas pela coerção da vontade (Diniz; Guilhem, 2009) na qual diferentes afetos podem ser utilizados como estratégia de assujeitamento. Como um afeto biopolítico (Safatle, 2015), o medo é responsável por significativas modulações nas políticas de subjetivação dos informantes desta cartografia. O medo globalizado iniciado na década de 1980 com a epidemia de hiv/aids irá paulatinamente se transformando à medida que a expertise médica e o complexo industrial-científico avançam sobre a etiologia e o controle viral. O medo difuso do contágio perpassado por uma variedade de estigmas socialmente construídos passa a desenhar contornos mais palpáveis, quando adentra-se a lógica objetificante do risco, na qual as fórmulas matemáticas e as estatísticas passam a compor o quadro compreensivo (Ayres,1997;Douglas,1996), produzindo efeitos

consideráveis na produção de modos específicos de existência, e subjetivações ratificadas pela rubrica do medo-risco⁵⁶.

Tanto o medo como o risco se apresentam como eficientes dispositivos de controle biopolítico (Safatle, 2015) que se fazem notar na história do hiv/aids pelo temeroso fantasma da soroconversão. O agenciamento medo/risco passou a se intensificar na medida em que se cristaliza o estigma da associação entre sexualidades e expressões de gênero dissidentes da cis-heteronormatividade com o hiv/aids (Douglas, 1996). O fantasma da infecção (ou da soroconversão) produz o afeto do medo articulado ao seu par instrumental, o risco, configurando um importante e decisivo dispositivo agenciador da adesão. A para(nóia) como efeito maquínico da adesão passa a modular, via dispositivos de segurança e da sexualidade, ficções identitárias e biossociabilidades, instalando novas formas de viver a sexualidade a partir do atravessamento do medo/risco de contágio⁵⁷, tais como as diferentes formas pelas quais os afetos biopolíticos da paranóia se atualizam nas narrativas dos nossos interlocutores.

3.1 Paranoia causal

O afeto biopolítico que estamos nomeando por paranoia causal esteve presente em grande parte das narrativas produzidas pelos informantes. Esse afeto é caracterizado por um "terror logo após o ato sexual". Medos e ansiedades frente à possibilidade de infecção pelo hiv produzem efeitos dos mais variados, desde uma redução do prazer sexual até quadros mais agudos de uma psicossomatização, ansiedades e fobias representados por terror persecutório. Nos relatos, observamos uma linearidade causal entre aquilo que é identificado pelo sujeito como um comportamento de risco e

⁵⁶ Ver Douglas (1996). Para a autora, a ideia de risco e de perigo como sinônimos será um dos primeiros aspectos ao qual o saber científico irá focalizar, operando a separação discursiva dos termos. A ideia de que vivemos em risco ganhou forte impulso depois da Segunda Guerra Mundial. A nova sociedade capitalista que se configurava no pós-guerra precisava para se estruturar, cunhar um discurso universalizante e racionalizador acerca dos perigos e medos contemporâneos, possibilidade que se torna viável pela semântica do risco, devido sua construção matemática objetificante, separa-se do termo abstrato e nebuloso que envolve a noção de perigo. Quando se opera tal separação, a aproximação com o científico se torna possível e inevitável. Falar de risco, portanto, é falar de algo científico, um saber que nos jogos de poder é correlacionado aos significantes da verdade e da segurança (Castel, 1983).

⁵⁷ A discussão sobre ficções identitárias, e biossociabilidades vinculadas ao uso da PrEP foram tema de outro artigo de resultados dessa tese, intitulado Ficções identitárias em PrEP: a Puta *Barebacker* e a Santa Medicada.

uma preocupação de intensa mobilização emocional pelo receio de ter se infectado. Esse estabelecimento de uma causalidade produz a conseqüente paranoia após ato sexual, que vem acompanhado de um profundo mal-estar. Nesses casos, o risco é percebido como algo real, concreto e ameaçador. O medo-perigo é convertido num cálculo de risco e, a partir do momento em que esse é identificado, instaura-se a *paranóia causal*. Na instalação desse afeto, a ausência do preservativo é aspecto decisivo, elemento eliciador da paranóia:

Sabia muito bem que estava em risco, ainda mais fazendo como passivo, que pela estatística o risco é bem considerável,[...] usava camisinha, mas nem sempre, o ficante da época era bem resistente em usar e, às vezes, eu cedia. Mas quando rolava sem eu entrava em parafuso [...]. Toda vez tava nesse circuito de repetição, os efeitos pós-sexo eram imediatos... tinha crises, achava que já estava doente, a loucura era tanta que até febre real eu tinha, o pavor me colocava em crise de pânico. [...] na minha cabeça eu já tinha tudo esquematizado: se o resultado fosse positivo eu iria me matar; naquela época eu não tinha estrutura pra lidar com isso (@psv c/local).

Tomo PrEP porque sempre gostei de fazer sem e entrava numa espiral de noia depois que transava: culpa, medo... fobia, chegava a ter sintomas físicos desse desespero, mas apesar desse sofrimento todo não consegui por a camisinha em todas as relações, perdi as contas das inúmeras vezes que ia fazer o teste. A enfermeira já até me conhecia, ela é gente boa fiquei até próximo, mas acho que ela sempre pensava: "pronto já tá chegando a bixa neurótica pro milésimo teste do mês" (risos). Eu era encanado até com sexo oral, mas assim quem faz oral com camisinha? Se o cara gozava na boca já era suficiente para eu ir no postinho...(@guloso.sem.culpa).

Observa-se que a ausência do preservativo é relatada de formas distintas nas duas narrativas, entretanto, em ambos os casos, o não uso do preservativo se constitui como um elemento comum para a instalação da paranóia. Para @psv c/local, o uso era intermitente e um dos motivos alegados para o não uso seria a *"insistência do ficante"*. Já para @guloso.sem.culpa a retirada do preservativo é assumida como um desejo pessoal: *"sempre gostei de fazer sem"*. A consequência para ambos era a mesma: um terror após ato sexual. Para nosso primeiro interlocutor, a falta de *"estrutura para lidar com um diagnóstico positivo"* o fazia pensar como consequência do diagnóstico uma saída drástica, o suicídio. O medo da infecção chega ao corpo de ambos informantes produzindo febre e sintomas físicos, representantes de um afeto tão intenso que precisa encontrar no corpo uma forma de se inscrever. Na fala de ambos, se faz notar o aspecto da repetição *"uma espiral de noia"*, *"entrava em parafuso"*, *"circuito de repetição"*: paranoia produzida por culpa da ausência do preservativo, sendo esta desejada ou não. A estratégia encontrada por

@guloso.sem.culpa era a testagem regular, embora tal “saída” possa ser valorada como mais elaborada quando comparada a de @psv c/local, que postulava o suicídio como forma de neutralizar as tensões de uma possível infecção, em ambas, independentemente da “solução” encontrada para amenizar os efeitos no corpo da paranoia causal, essas não eram duradouras nem eficazes.

Depois que gozava o alívio e relaxamento duravam pouco, era um inferno[...] já entrava num filme doentio revisitando toda possibilidade de algo ter dado errado. Mesmo quando usava camisinha muitas vezes o cara esfregava na portinha, ou mesmo dava uma colocada na portinha antes de colocar a camisinha, como passivo se tem que ser vigilante porque se depender de muitos enfiam sem, agora a camisinha tá dentro literalmente (rs), mais fácil (@psv c/local).

A ausência parcial, ou mesmo que por um breve momento, do preservativo já é suficiente para paranoia causal se estabelecer, produzindo estresse e trazendo para vida erótica o temor da infecção. Essa situação parece se modificar quando a camisinha passa a ser química: “*agora está dentro*”, interpretada pelo nosso informante como algo muito mais fácil no que diz respeito à gestão dos riscos. Nestes casos, a trilha para observar como se estabelece a adesão à PrEP passa por esse afeto paranóide que, embora venha representado de forma muitas vezes difusa e somática, é, sobretudo, material e real, produzindo micropolíticas de subjetivação em que o cálculo do risco se transforma numa equação de terror.

Considerando alguns dos relatos, observa-se que a PrEP não se constitui apenas como um recurso eficaz de prevenção no âmbito da saúde física, mas também como um potencializador do prazer ao afetar, ou mesmo bloquear, a instalação da paranoia causal, incidindo, de modo, sobre a saúde sexual e a saúde mental. Nesse sentido, o discurso científico encontra-se com a reivindicação do direito sexual por uma sexualidade mais livre. Desde a disseminação da pandemia de hiv/aids nos anos de 1980 é a primeira vez que a lógica sanitária oferece uma tecnologia profilática bioquímica para além do preservativo, não como um recurso emergencial, como ocorria com a PEP, mas planejado e assimilado à rotina diária do usuário. Com isso, opera-se uma brecha no discurso unívoco, sempre presente e imperativo em relação ao erotismo gay: “*tem que usar camisinha!*”. Este imperativo, quando não seguido, transforma-se no afeto do medo, do perigo, do risco, logo, da culpa. Ao furar, via paradigma da Prevenção Combinada, esse discurso mandatário, a PrEP coloca em

xeque pela primeira vez a “ditadura do látex”, desestabilizando o agenciamento psíquico-somático da paranoia causal.

A narrativa de @psv c/local explicita um outro marcador de inovação da PrEP considerando que essa tecnologia preventiva oferece a mesma eficácia do preservativo para prevenção da infecção pelo hiv e sua efetividade se potencializa ao se separar o ato sexual da estratégia preventiva, como já faz a pílula anticoncepcional para as relações heterossexuais. Quando a escolha do método preventivo passa a não ser mais negociada com a parceria (como acontece no caso do preservativo), outros ganhos são oportunizados.⁵⁸ Antes do uso da profilaxia, quando nosso interlocutor cedia, a consequência era “*entrar em parafuso*”, o medo da possível infecção já era suficiente para uma crise de pânico após a aderência à PrEP, essa configuração afetiva se modifica.

Aderindo à PrEP, algumas saídas para o manejo dos afetos paranoicos passam a ser possíveis. Todavia, para tanto, se faz necessário que o candidato à profilaxia se engaje no regime de adesão diária⁵⁹. Estudos sobre adesão à PrEP (Zucchi,2017; Zimmermann,2019; ; Wood, et al, 2019) sinalizam que quanto mais intensa e presente for a autopercepção de risco de infecção por parte do sujeito maior será o engajamento na adesão. Da mesma forma, se a percepção de risco for baixa, a descontinuidade do recurso pode ocorrer. Essa relação entre “autopercepção de risco” e “necessidade de adesão à PrEP” nos indica a exigência de uma permanente avaliação do risco de infecção como elevada para que a eficácia da PrEP seja assegurada. Assim, tomar diariamente um antirretroviral de forma preventiva, antes de ser algo automatizado na rotina de autocuidado, tem-se como exigência uma anterioridade: a internalização e a subjetivação da linguagem dos riscos. Ou seja, ao observarmos os caminhos da adesão, entendendo essa não apenas como ato inicial de aderir ao recurso, mas de permanecer em uso, há de se reconhecer em perigo,

⁵⁸ A separação da prevenção do ato sexual de forma temporal, também é compreendida como sendo mais eficaz pelo fato da escolha preventiva não ficar subordinada a situações de contexto como o uso de álcool e de chemex, o que poderia influenciar o não uso do preservativo, ao afastar as variáveis de contexto a eficácia é potencializada. Se faz notar, ainda, que pessoas em situação de vulnerabilidade, como profissionais do sexo se beneficiem significativamente ao agregar essa “camada” de proteção ao trabalho, independentemente da escolha de sua clientela. Atributos que trazem à PrEP diferenciais não encontrados nas demais estratégias, como o preservativo, que dependem do acordo da parceria para serem eficazes.

⁵⁹ Neste momento o uso sob demanda da PrEP (antes e depois do ato sexual) apesar de já ter sua eficácia estabelecida, não vigorava no protocolo do SUS de 2018, sendo o uso diário a única forma preconizada, situação alterada em agosto de 2022 (Brasil, 2022).

movimento que permite o medo-pavor ser equacionado de forma objetificante num cálculo de risco considerado elevado:

Quando apareceu a PrEP eu fiquei tão feliz, meu risco sempre foi elevadíssimo,então caiu como uma luva, menino, meus amigos me zoavam que eu era uma bomba de antirretroviral, porque eu sempre tava indo em hospital pegar PEP [profilaxia pós exposição]. Teve uma vez que não consegui[...] ah, fiz um barraco. No fim deu certo, peguei num outro hospital. Mas sempre me via nessa via sacra atrás da PEP; e tem o lance do tempo, né, num pode demorar pra tomar depois que rola, isso me atormentava; agora, além da tranquilidade, tudo é mais fácil, agendado, gosto dessa organização, de estar sempre indo fazer os exames[...] pegar já a PrEP por três meses e ter em mãos, volto todo orgulhoso com a sacola cheia (risos) me sinto agora um bom aluno, mereço estrelinha (@versatil.suldailha).

Conhecer os riscos e fazer sua gestão é algo que sempre se mostrou presente nas subjetividades mais expostas ao hiv, desde os anos iniciais da epidemia. Se o uso de antirretrovirais para evitar a infecção não é inaugurado com a PrEP, haja vista a disponibilidade da PEP desde 1999 no SUS (Brasil,2021), a PrEP instala uma nova gestão do risco com a autogestão como algo mais eficaz e como uma forma de prevenção que traz mais segurança, não apenas por contar com a profilaxia em mãos, mas também pela sensação de organização que essa gestão oportuniza, como a ida regular ao serviço de saúde, o que o faz sentir um “*bom aluno*” e produzir a sensação de tranquilidade.

Essa gestão do risco nem sempre foi estabelecida a partir do discurso médico científico. Quando atingida nos anos 1980 com o início da epidemia, a comunidade gay iniciou as primeiras gestões do medo-risco ainda apartadas da política sanitária e do discurso médico-científico hegemônico. As técnicas de redução de danos nasciam no ativismo da própria comunidade de homens gays (Trevisan, 2018: Pollak,1990) como estratégias de redução de parceiros, uso de preservativos e inclusive abstenção sexual eram os recursos disponíveis para fazer frente às incompreensões da síndrome e seu tratamento pouco eficaz nos anos iniciais. Mais que cooptados pela discursividade sanitária nos anos iniciais da epidemia para aderirem a um regime de controle, a necessidade nasce na própria dinâmica da comunidade e no nascente ativismo para reivindicar tratamentos eficazes⁶⁰, situação que se altera com o avançar

⁶⁰ Embora as estratégias iniciais de gestão do risco-medo não estavam necessariamente apartadas do discurso médico-científico, uma vez que baseiam-se em estratégias de redução de danos, vistas como válidas naquele momento histórico, é necessário demarcar que os porta vozes que revendiam tratamentos e uma melhor compreensão da epidemia, vinham em grande parte do nascente ativismo gay da década anterior a epidemia, instigando a ação dos órgãos governamentais no que se refere à

da epidemia e desenvolvimento técnico da biomedicina, na qual o dispositivo da aids passa a produzir via discurso sanitário o controle sexual assimétrico das sexualidades marginalizadas (Perlongher, 1997; Pelúcio, 2007).

No relato dos informantes vinculados a uma narrativa de para(noia) causal é perceptível que os mecanismos de autorregulação, auto peritagem já estavam presentes antes mesmo do uso da PrEP. O cálculo do risco já era estabelecido como alto, o que irá condicionar a adesão frente aos desconfortos causados pela paranoia causal. Muitos relataram histórico de uso de PEP e testagem recorrente, sugerindo uma aproximação íntima com a discursividade biomédica e suas ferramentas. Conforme aponta @guloso.sem.culpa, antes mesmo de fazer uso da profilaxia, já era um assíduo frequentador do serviço de saúde e reconhecia seu comportamento como de alto risco. A busca frequente pelo serviço o faz ter a percepção de, antes da PrEP, ser uma “*bixa neurótica*” numa via sacra para conseguir a PEP, ou mesmo pra realizar o “*milésimo teste do mês*”. Situações desse tipo se modificam com a adesão à PrEP:

Então assim pra mim PrEP é sinônimo de saúde mental, não acho que fiquei mais safado, eu sempre fui (risos), ela só me deu tranquilidade para fazer o que sempre desejei e fiz, mas agora sem meus dramas e todo mundo ganha com isso até a tia do postinho que não precisa me ver todo dia (risos)... Só de três em três meses agora. (@guloso.sem.culpa)

A ideia de uma saída drástica como o suicídio como resposta a um diagnóstico positivo para infecção do hiv, conforme relata o informante anteriormente, passa se a modificar com a entrada em cena da PrEP: “*hoje seria diferente em grande parte porque usando a PrEP fui domando esse medo*” (@psv c/local). Neste sentido, a PrEP aparece como sinônimo de “saúde mental”, como explicita @guloso.sem.culpa:

A PrEP veio pra me dar mais leveza, paz de espírito, faz bem também pra minha cabeça, num preciso ficar recordando cada segundo do sexo pra identificar se entrei em risco em algum momento[...], ta tudo ali já, a proteção já está dentro de mim. Se sou responsável e tomo certinho a tranquilidade é consequência (@psv c/local).

implantação de programas de prevenção e tratamento eficaz. As redes de alianças solidárias entre expostos mostravam seu protagonismo frente a inoperância do Estado e da fragilidade técnica da compreensão científica do vírus nos anos iniciais da epidemia. Para maior aprofundamento ver Pollak (1990).

Desse modo, a adesão à PrEP vincula-se à paranoia causal como um importante motivador para aderir à profilaxia. Após a adesão, estabeleceu-se uma desarticulação (total ou parcialmente) da paranoia causal. Porém, como diz nosso informante, é necessário para isso ser “*responsável*”, ou seja, aderir ao protocolo de uso diário porque assim a “*tranquilidade é consequência*”. Esse processo sinaliza que a desarticulação da paranoia “custa” ao informante a “sujeição” ao controle sanitário. No entanto, a sujeição não é percebida como tal, mas sim como “*leveza e paz de espírito*”. Neste sentido, a PrEP é relacionada não apenas como mitigador do risco de infecção, mas também provedora de uma sensação de segurança, tecnologia que, para além de impedir a transcriptase reversa do HIV no organismo, é capaz de “domar medos”. Ao desarticular os efeitos da paranoia causal, a PrEP passa a assumir uma “eficácia psíquica”.

O fato de “*agora a camisinha estar dentro*” passa a ser interpretado não só como algo mais fácil, mas mais seguro e garantidor de um maior relaxamento, não havendo mais a necessidade de ser “vigilante” durante o sexo, porém agora, vigilante a partir de uma anterioridade, aderindo à profilaxia. Para garantia da PrEP atuar como redutora da paranoia, o informante traz para si a responsabilidade de “tomar certinho”, explicitando que a gestão pessoal do risco permanece, mas agora descolada do ato sexual, internalizada via panóptico ingerível (Preciado, 2008).

Reconhecer-se em risco e ter como consequência o acionamento de uma lógica paranóide, passa aqui ser mitigado pela adesão à gestão bioquímica da profilaxia, que só pode ocorrer pelo estabelecimento da lógica da *mentalidade sanitária* (Ayres, 1997). Seguindo Preciado (2018), podemos pensar que o corpo de nossos informantes já não habitam apenas os espaços disciplinares, mas está habitado por eles. Nestes casos, para além de habitar espaços de controle e vigilância como os serviços de saúde, os informantes interiorizam o controle, não por coerção externa, mas sim pela via do desejo. Desejo de viver uma sexualidade sem paranóia, motivação que encontra ressonância no aparato sanitário do Estado, ao estabelecer seu controle por um conjunto de técnicas racionais, em que a eficiência da arte de governar “deve-se à sutil integração de tecnologias de coerção e tecnologias do eu” (Foucault, 1993, p. 207).

A escuta das narrativas nos sinaliza que a intimidade dos informantes com a linguagem dos riscos e o uso de tecnologias biomédicas, como a PEP e o recurso de testes sorológicos, já ocorria antes da adesão. Isso nos indica que os usuários da

PrEP, nesse primeiro momento de oferta, já possuíam alguma aproximação com a perspectiva do autocuidado, o que constitui um importante agenciador da adesão para fazer frente ao medo de infecção. Nestes relatos que expressam a paranoia causal é nítida a identificação da percepção de risco e a conseqüente angústia pela possibilidade da infecção ter ocorrido. Aderir a uma gestão de cuidado que exige do sujeito sua submissão ao aparato médico científico é o preço a se pagar para interromper o circuito de repetição no qual a PrEP parece atuar. Submeter-se a um aparelho de vigilância é a moeda para neutralizar o medo da infecção, uma vez que a aderência à PrEP passa a substituir o agente causal da paranóia: a ausência do preservativo, interpretada por décadas pelos significantes do perigo-risco-medo.

3.2 Para(nóia) Ambivalente

Na dinâmica da paranoia ambivalente em relação à PrEP, o afeto paranoico também é visto como uma maneira de neutralizar a ansiedade após a atividade sexual, proporcionando maior segurança e, conseqüentemente, ampliando o prazer. Mas, ao contrário da paranoia causal, onde a percepção de alto risco está diretamente ligada à ausência do preservativo, na paranoia ambivalente a percepção do risco que desencadeia a paranoia é atribuída pelos informantes de maneira difusa, ambígua e dissonante. Embora a autopercepção do risco seja considerada alta, ela está em desacordo com o risco real vivenciado. Essa dissonância é marcada por uma contradição: os informantes se sentem em risco, mesmo que seus comportamentos não sejam de alto risco. A autopercepção de risco é valorada como significativamente elevada, tão ou mais intensa que nas percebidas na paranoia causal.

Além dessa dissonância entre o evento de risco e a autopercepção de risco, há também uma ambigüidade em relação ao desejo de usar a PrEP. Isso é evidenciado pelas dúvidas sobre a eficácia da profilaxia, preocupações com possíveis iatrogenias decorrentes do uso (como a dependência subjetiva da profilaxia para sentir-se seguro) e receios sobre efeitos colaterais físicos a longo prazo. Apesar da presença dessas ambivalências e dissonâncias, elas não levaram a uma interrupção do uso entre os informantes ouvidos.

Um traço notável da paranoia ambivalente é a tendência de relativizar o agente causal da paranóia, o que não é tão facilmente identificado como na dimensão anterior. Declarações como "*sou muito paranoico*", "*sei que racionalmente não faz*

sentido", "*meu medo é infundado pelos fatos, sou exagerado nesse aspecto*" sugerem um movimento de deslocar o agente da paranoia de comportamentos observáveis que poderiam ser considerados de alto risco de contágio. O afeto associado a essa paranoia é o desejo por segurança, característica marcante na sociedade do controle (Deleuze; Parnet, 1998) e reflexiva (Beck, 2016). Esse desejo por segurança se manifesta através da ingestão de um "panóptico ingerível" (Preciado, 2008) neutralizando o desamparo e trazendo ao real do corpo a idílica sensação de segurança. Essa busca pela segurança em meio à ambivalência e à dissonância reflete a complexidade dos fatores emocionais e psicológicos que influenciam a tomada de decisões relacionadas à adesão à PrEP.

Eu sou aquele que toma PrEP e continua usando camisinha, até porque pra mim é muito de boa usar, eu queria mesmo é ter uma proteção a mais. Meu amigo falava que a PrEP não era para pessoas como eu, que o médico nem ia me dar. Se for pensar bem eu uso a PrEP, na verdade, mais pra curar meu pânico do que de se infectar. Eu quando fazia uam pegação, sem sexo, só uma punheta com outro cara eu enloquecia depois, achava que a lubrificação do pênis podia entrar debaixo da unha e já ficava neurótico, racionalmente até sabia que era um absurdo mas mesmo assim (...) pra você ver agora na pandemia [de covid] fiquei meses sem transar e mesmo assim religiosamente tomava minha PrEP pela manhã, a PrEP é meu ansiolítico (risos), o calmante das paranoias, tomar é quase que um comportamento mecânico, pensar sobre isso me gera algumas dúvidas, inclusive se devo continuar usando, mas aí, colocando na balança o medo de ficar sem é maior, aí sigo usando. (@baixinho.peludo)⁶¹.

A autopercepção de um alto nível de risco prevalece, embora a atividade sexual seja racionalmente considerada "menos perigosa". Essa discrepância é reconhecida pelo próprio informante. Mesmo quando o risco é baixo ou assume uma natureza virtual e difícil de ser definida com precisão, ele ainda é suficiente para motivar a adesão. A dúvida que surge – "será que estou realmente em risco?" – é rapidamente respondida por meio de um "comportamento mecânico": a adesão regular à PrEP é a solução. A PrEP assume o papel de "ansiolítico" ou "calmante das paranoias". O medo de infecção é substituído por outro medo, o medo de ficar sem o tratamento preventivo.

Esse cenário revela como a percepção subjetiva de risco pode superar a análise lógica dos comportamentos de risco. Mesmo quando a prática sexual é

⁶¹ Quando @baixinho.peludo produziu sua narrativa o esquema de PrEP sob demanda ainda não estava oficializado, com essa atualização a problemática abordada pelo informante poderia ser repensada ao se mudar o esquema diário para uso sob demanda.

considerada como de baixo risco, a preocupação inerente à possibilidade de infecção permanece latente, alimentando a adesão à PrEP. A rotina de tomar o medicamento torna-se uma resposta automática para essa ansiedade, uma forma de controlar as preocupações que emergem com relação à exposição ao hiv. Dessa forma, a PrEP não apenas oferece proteção física contra a infecção, mas também atua como uma espécie de "antídoto" contra as preocupações e ansiedades que cercam o risco percebido. Essa mudança de foco do medo da infecção para o medo de ficar sem a PrEP ilustra como as emoções e a autopercepção de risco podem desempenhar um papel crucial na tomada de decisões em relação à saúde. O desejo de segurança, mesmo em situações de baixo risco, pode ser um motor poderoso para a adesão contínua.

Pra você ter ideia agora, com quase trinta anos, que eu aproveito de chupar uma rola. Antes morria de medo, mesmo sabendo que os riscos eram baixos. Às vezes comento que tô em PrEP só para chupar tranquilo, não faço nem questão da penetração. Pra vida de solteiro ela vai dar esse espaço de segurança mental que reflete no sexo, podendo aproveitar sem tanto medo. Eu sempre fui muito encanado mesmo, não tinha fatos reais pra justificar, o risco que tinha era com oral, e olha apesar de gostar sempre pedia para o cara gozar fora, mas muitas vezes era tamanha a encanação que eu fazia oral com camisinha, só pra não estressar depois (Trindade c/local).

O próprio sujeito, por conhecer o baixo risco de infecção pelo sexo oral, reconhece a existência de uma dissonância entre sua crença na infecção e o comportamento realizado. No entanto, seu cálculo qualifica o risco como alto, mesmo não sendo compatível com a prática sexual experienciada. Observamos uma situação semelhante narrada por [@baixinho.peludo](#), que relatou se sentir em risco pela possibilidade da lubrificação do pênis do parceiro entrar por debaixo da unha. Em ambos os casos, o risco poderia ser valorado como baixo, mas capaz de produzir o afeto agenciador da adesão, isso porque a autopercepção de risco dos informantes permanece elevada.

A autopercepção de um alto nível de risco emerge como um elemento central na construção da adesão à PrEP. Nesse sentido, a análise da relação dos sujeitos com essa tecnologia preventiva requer uma observação cuidadosa do contexto em que ocorre, bem como dos atores envolvidos. Os amigos de [@baixinho.peludo](#), ao afirmarem que a PrEP não era adequada para ele e que um médico não prescreveria o tratamento para alguém como ele, revelam uma perspectiva que está desalinhada com a lógica da Prevenção Combinada. Essa abordagem preconiza não hierarquizar métodos preventivos, mas sim combiná-los em um "cardápio" de opções. A ideia de

"ter uma proteção a mais", uma vez que o informante relata seguir com o uso do preservativo, vem em consonância com a lógica da Prevenção Combinada. Aspectos que os amigos do informante desconhecem ao fazerem tais declarações, trazendo à tona para o tema da adesão à PrEP outras variações, como o "estigma do usuário da PrEP", reforçando a ideia de que a profilaxia é destinada apenas a alguns grupos de pessoas, frequentemente sendo rotulados como mais promíscuos.

Desde o primeiro protocolo de oferta da PrEP (Brasil, 2017), os profissionais de saúde são orientados a prescrever o tratamento na primeira consulta se a pessoa não viver com hiv e estiver buscando aderir à profilaxia, desde que clinicamente viável após os testes rápidos e avaliação clínica. Embora a análise dos contextos de vulnerabilidade do paciente seja levada em consideração e registrada, essa avaliação não constitui o elemento central da prescrição. Isso coloca a responsabilidade de "mensurar seus próprios riscos" sobre o paciente. Os profissionais envolvidos nos serviços de dispensação de PrEP (como assistentes sociais, enfermeiros, médicos e farmacêuticos) atuam como facilitadores no processo de avaliação da adesão, mas não são os responsáveis finais pela avaliação dos riscos enfrentados pelo sujeito. Mesmo que a autopercepção do risco seja influenciada pelos serviços de saúde, a palavra final recai sobre o sujeito, o que coloca essa autopercepção no centro do ato de adesão. Isso se torna possível devido à perspectiva de autonomia e não hierarquização de métodos, conforme proposto pelo paradigma da Prevenção Combinada⁶².

Nossos informantes, ao habitarem a sociedade reflexiva, conforme descrito por Beck (2016) pelo tripé da globalização, individualização e reflexividade, ao produzirem sua autopercepção de risco, se tornam capazes de se autoquestionar, principalmente através da ciência, o que leva a novos arranjos sociais. Dessa forma,

⁶² A autopercepção do risco interpretada pelos informantes como sendo alta, também é influenciada pelo desejo de obter uma camada extra de segurança, vista como um "ansiolítico", uma forma de controlar o pânico mais do que o risco de infecção. Mesmo durante a pandemia de covid 19, @baixinho.peludo continuou utilizando a PrEP, temendo interromper o uso. A sensação de segurança advinda da rotina regular de utilização, que garante tanto a eficácia fisiológica da PrEP quanto sua eficácia psicológica, é interpretada como um meio de incorporar a proteção ao cotidiano e de eliminar a necessidade constante de "pensar sobre isso". Alia-se assim a praticidade ao autocuidado físico e psicológico, co produzindo subjetividades específicas, como parte de uma estratégia para tornar os indivíduos pessoalmente responsáveis pela gestão de riscos – os quais, apesar de possuírem dimensões individuais, são socialmente construídos (Castel, 1987; Castiel, 1999; 2007). Aspecto importante de ser explicitado, sobretudo quando evidenciamos a grande centralidade dada no paradigma da prevenção combinada na valoração de alta autopercepção de risco do próprio sujeito, como elemento decisivo para a prescrição da profilaxia.

é estabelecido que "prevenir é, em primeiro lugar, vigiar, ou seja, colocar-se em uma posição que antecipa a emergência de eventos indesejados" (Castel, 1987, p. 125). A declaração de @versátil.s/local a seguir aponta que, mesmo ao usar a PrEP, a internalização da linguagem do risco permanece ativa e se estende para outras dimensões além do medo da infecção:

Eu acho que a Prep alterou positivamente, sim, minha vida sexual, mas tenho ressalvas e coisas que me incomodam. No começo achei estranho ter que tomar todo dia, depois alterei pro uso sob demanda, mas também não achei funcional, e honestamente não me parece seguro, essa história que posso tomar os dois comprimidos duas horas antes do sexo, quando fiz me senti super inseguro. Bom mesmo é a vacina ou a cura, né, mas enquanto não vem vamos nos entupindo de PrEP e num futuro vamos saber se isso tem consequências...nós somos sempre a linha de frente, cobaias que fala, né? Sei que já tem bastante estudo e tal, mas, assim, é um remédio, né, e todo dia. Mas isso não significa que eu quero parar de usar. Não me vejo mais sem, já tô dependente, PrEP pra mim é sinônimo de estar mais tranquilo na hora do sexo, fiquei com medo quando o Bozo ganhou de cortarem, deu desespero, num dá mais pra ficar sem (@versátil.s/local).

A discussão sobre a PrEP não necessariamente ser a solução ideal, mas sim a disponível, introduz o debate sobre a avaliação de riscos entre os benefícios proporcionados pela PrEP e suas possíveis contraproduktividades. Assim como @baixinho.peludo, @versátil.s/local responde prontamente a uma ambivalência semelhante. Enquanto dúvidas sobre a descontinuidade pairam como uma possibilidade, a perspectiva de "*não ser mais possível ficar sem*" ou de já estar "*dependente*" revela um desejo maior por segurança. Através dessas respostas, os informantes exploram camadas mais profundas do desejo de adesão, introduzindo a dimensão iatrogênica, tanto clínica quanto sociocultural, como possíveis contraproduktividades da PrEP.⁶³ A sensação de segurança parece requerer o uso regular, ou seja, a adesão mesmo em face de outros riscos potenciais que possam surgir no futuro, conforme mencionado por @versátil.s/local.

Apesar de trazer à tona possíveis efeitos colaterais da PrEP e questionar sua segurança, @versátil.s/local relativiza esse aspecto ao reconhecer os estudos que atestam a segurança do uso da medicação. No entanto, ao problematizar a

⁶³ Entende-se por iatrogenia, um dano, material, psíquico ou social/cultural causado ao paciente pelo modelo de cuidado biomédico. Uma vez que as ferramentas de cuidado possuem uma dimensão contraprodutiva (efeitos colaterais, que por sua vez não são apenas e necessariamente fisiológicos). Para uma discussão ampliada dos níveis de iatrogenia e as consequentes contraproduktividades, ver: ILLICH, I. *Clinical damage, medical monopoly, the expropriation of health: Three dimensions of iatrogenic*. Journal of Medical Ethics, Londres, v. 1, n. 2, p. 78-80, 1975.

dependência dessa estratégia para alcançar uma sexualidade mais livre, ele chama a atenção para a iatrogenia sociocultural. A expressão "*não ser mais possível ficar sem*" contrasta com as ressalvas feitas pelo informante sobre a segurança a longo prazo da PrEP. Nessas construções narrativas, o afeto da paranoia ambivalente são identificados com clareza no cálculo de risco feito pelo usuário, não apenas por relativizar o risco real frente à sensação de medo perigo, como por cogitar possíveis consequências de um uso regular do recurso a longo prazo. Mesmo admitindo uma ambivalência aparente, não há dúvidas sobre a continuidade do uso. O comentário "*já tô dependente*" sugere uma possível erosão da autonomia do usuário diante dos métodos preventivos, como proposto pelo conceito de Prevenção Combinada, sendo substituída por uma sensação de imposição. Aspectos estes característicos da paranoia ambivalente, em que a dúvida sobre a adesão é colocada em um movimento de problematizar a própria autopercepção de riscos e estabelecer um cálculo de risco que ultrapassa a possibilidade de infecção pelo hiv, mas abrange outros desdobramentos do uso da profilaxia.

Nesse cenário de paranoia ambivalente, os afetos e a autopercepção do risco são intensificados pelo desejo de maior segurança. No entanto, é evidente que a própria noção de segurança entra em discussão devido a algumas potenciais contraproduktividades da PrEP. A visão dos antirretrovirais como substâncias potencialmente tóxicas e capazes de gerar consequências, mesmo que não predominante nas narrativas dos informantes, se faz presente:

Faço tudo certinho, os exames renais para verificar se tá tudo certo, mas sei lá, é algo tóxico que estou colocando todo dia em meu corpo. Acho que até tem estudos sobre isso, que dá uma segurança... mas às vezes acho que minha pele deu uma envelhecida depois que comecei usar... já tem 4 anos que estou usando, mas pode ser bobagem da minha cabeça [...] apenas observando a idade chegar (risos), mas penso sim que é uma toxina a mais pro meu corpo eliminar e dá medo (@Atv.carinhoso).

No contexto da ambivalência em relação às contraproduktividades da PrEP, surgem duas principais preocupações: a possibilidade de toxicidade do medicamento (iatrogenia clínica) e a dependência da profilaxia como uma forma de enfrentar a paranoia (iatrogenia social/cultural). Algumas dúvidas quanto à eficácia da PrEP também se manifestam nas declarações dos informantes, embora em menor número.

Especificamente em relação ao uso sob demanda⁶⁴, @versátil.s/local expressa sua desconfiança em relação a esse método e, em nome da segurança, opta por continuar com o uso diário da PrEP. Entretanto, essa escolha é permeada pela preocupação de que o uso excessivo do medicamento possa resultar em consequências desconhecidas no futuro.

Embora diversos estudos de meta-análise documentem a eficácia e segurança do uso de antirretrovirais como estratégia preventiva (Pilkington, 2018; Mugwanya *et al.*, 2016; Forner *et al.*, 2016; Solomon *et al.*, 2016), algumas narrativas dos informantes destacam a ideia de toxicidade da PrEP e a possibilidade de se tornarem psicologicamente dependentes dela. Ainda que essas visões não se apliquem a todos os informantes, esses relatos emergem como reações e efeitos a uma percepção pessoal de risco extremamente elevado, mesmo que não corroborado por comportamentos de baixo risco mencionados pelos próprios informantes em suas práticas sexuais.

Dúvidas e apreensões sobre possíveis efeitos colaterais a longo prazo surgem como um obstáculo à adesão, levando a interrupções no uso da PrEP, conforme documentado em estudos anteriores (Owens *et al.*, 2020; Jackson-Gibson *et al.*, 2021; Koppe *et al.*, 2021)⁶⁵. Apesar dessas preocupações com efeitos adversos em longo prazo terem sido identificadas como barreiras potenciais (especialmente em relação a efeitos renais e hepáticos)⁶⁶, para os informantes entrevistados esses receios não representam elementos significativos que levem à interrupção da profilaxia, contrariando o que parte da literatura afirma sobre o tema. Embora a ambivalência seja um componente notório dessa dinâmica paranóica, os possíveis efeitos

⁶⁴ No momento em que grande parte dos entrevistados foram ouvidos o esquema sob demanda de uso da PrEP não estava ainda reconhecido nos protocolos oficiais nacionais, ocorrendo apenas em novembro de 2022, mas já se observava o uso do esquema por alguns usuários, seja por sugestão do profissional de saúde, ou mesmo, por escolha pessoal. A pandemia de covid 19 com o isolamento imposto, ao reduzir os encontros sexuais casuais e números de parceiros apareceu como uma das justificativas para migração do esquema diário para o uso sob demanda.

⁶⁵ O estudo de Koppe *et al.* (2021) identificou que a preocupação com efeitos colaterais da PrEP como elementos responsáveis pela interrupção da profilaxia, era mais frequente em usuários de curto prazo de PrEP, por não quererem também tomar uma substância química regularmente.

⁶⁶ Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV (Brasil, 2022), o comprometimento significativo da função renal não foi observado nos ensaios clínicos e estudos de demonstração realizados. Entretanto, preconiza-se avaliação da função renal por meio de dosagem de creatinina sérica, com cálculo de *clearance* de creatinina estimado (CICr). O uso de TDF pode levar a uma perda progressiva da função renal, podendo ocorrer, em raros casos, insuficiência renal aguda e síndrome de Fanconi. Não é raro que ocorra uma discreta alteração no *clearance*, totalmente reversível com a interrupção do uso da medicação. A dosagem de enzimas hepáticas (AST/ALT) é também recomendada antes da introdução da PrEP.

prejudiciais da PrEP passam a ser encarados como um compromisso necessário diante da percepção individual do risco iminente de infecção. Em última análise, essa ambivalência reflete a complexidade das decisões relacionadas à saúde sexual, em que fatores como a avaliação do risco, a confiança na eficácia do tratamento e a preocupação com efeitos colaterais entram em jogo.

Tanto o medo da infecção quanto o temor em relação aos possíveis efeitos contraproducentes da PrEP, conforme apontado por nossos interlocutores, operam num contexto de paranoia semelhante àquela delineada no item acima, a partir da mobilização do afeto do medo como agenciador/regulador da adesão. Nesse contexto, à luz das ideias de Safatle (2015), torna-se imperativo compreender as sociedades como sistemas de interações afetivas, circuitos de afetos, o que nos leva a observar com atenção os mecanismos que conduzem a gestão social do medo. Observamos que muitas vezes o medo relatado por nossos informantes desarticula-se quando confrontado com a perspectiva objetificante do risco, gerando uma discrepância entre o risco real vivenciado nas práticas sexuais e a autopercepção desse mesmo risco. Esta discrepância, por sua vez, nos leva a refletir sobre a regulação do medo nas sociedades reflexivas contemporâneas. Nesse contexto, o processo de regulação emerge como uma teia complexa, na qual a formação de mentalidades governamentais (O'Malley, 2008; Mendes, 2015) e mentalidades sanitárias (Ayres, 1995) delineiam uma estrutura de poder que vai além da dominação direta. O risco passa, então, a ser internalizado de forma individualizada. Autores como Ortega (2003) propõem uma abordagem que concebe esse tipo de poder como uma construção de identidades epidemiológicas. Essas identidades se forjam a partir da subjetivação da linguagem objetificante dos riscos, estabelecendo novas dinâmicas interpessoais e promovendo a conformidade com as normas estabelecidas.⁶⁷

Ao localizarmos nessa paranóia ambivalente uma lacuna entre baixo risco real das práticas sexuais em contrapartida a uma alta autopercepção de risco, pode ser precipitado afirmar que os informantes estão dissonantes entre o risco percebido e o risco real de suas práticas. Pode ser que a aparente dissonância encontrada nesse

⁶⁷ A partir da interiorização da linguagem dos riscos, a vigilância epidemiológica não seria mais externa, tampouco proveniente do aparelho estatal de saúde, mas estaria instalada no interior dos grupos, principalmente daqueles considerados "vulneráveis", em um formato de bioescena, na qual se observa uma permuta de identidades, sendo a nova subjetividade assumida, construída a partir da lógica dos riscos. Com isso se produz sujeitos que se autocontrolam, autovigiam e autogovernam - movimento esse entendido por Ortega (2003) como produtor de identidades epidemiológicas.

afeto paranóico se converta em uma evidente consonância: a histórica ligação enraizada entre homossexualidade e a ideia de risco inerente de infecção. Ao voltarmos nossa atenção para essa associação histórica estabelece-se uma ligação profunda entre a homossexualidade e a noção de ameaça, alimentando um anseio por controle não apenas por parte das instituições estatais em relação a essas subjetividades, mas também por parte dos próprios indivíduos envolvidos, responsáveis por gerenciar seus riscos. É importante reconhecer que essa conexão não é meramente uma coincidência; ela surge como resultado de um complexo processo sociocultural e histórico de marginalização e estigmatização. A compreensão desse contexto é crucial para decifrar as raízes profundas desse desejo de controle e a sensação de perigo intrínseco associado à homossexualidade.

3.3 Para(noia) identitária-epidemiológica

Além dos afetos presentes nas modalidades de paranoia causal ou ambivalente, surge outra perspectiva em relação à adesão: o atributo identitário. É claro que esse agenciador também está presente nas outras formas de paranoia, porém, é notável a presença de relatos de informantes nos quais a motivação para aderir à PrEP não está necessariamente ligada a comportamentos de risco que os exponham a situações vulneráveis, mas sim ao reconhecimento de sua identidade e orientação sexual como preditoras de infecção. Nessas narrativas, independentemente de o risco ser percebido com precisão ou não, a homossexualidade é destacada como um fator de risco e de perigo. A necessidade de aderir à PrEP é assumida em face do reconhecimento dessa periculosidade, seja ela percebida como concreta ou difusa.

Essa periculosidade é reforçada pelos critérios de elegibilidade para o uso da profilaxia, principalmente naquilo que estamos denominando como a "primeira onda" de oferta da PrEP, que até 2022 foi restrita a identidades de gênero e orientações sexuais que não se enquadram na hegemonia cis-heteronormativa⁶⁸. Embora a formulação desses critérios tenha se baseado na ideia de acesso equitativo e

⁶⁸ Apesar de nos primeiros protocolos de PrEP a população chave também englobava casais sorodivergentes e profissionais do sexo, primeira onda de oferta, é sobretudo caracterizada por uma população majoritariamente de homens cis gays como os principais usuários contemplados pela política (Brasil, 2023).

priorização dos mais vulneráveis, ela tem contribuído para perpetuar o estigma existente em relação a determinados grupos populacionais e à infecção pelo hiv. Isso tem reavivado a lógica de "grupo de risco", que, embora tenha sido superada no âmbito da saúde pública por meio do enfoque nas vulnerabilidades (Ayres, 2002), acaba sendo reafirmada nas práticas discursivas ao posicionar a PrEP como um recurso destinado não a todos, mas apenas a um grupo específico – um grupo marcado por uma longa história de estigmatização e patologização.

A trajetória histórica de patologização da homossexualidade é extensa, remontando à sua categorização como perversão, anormalidade ou transtorno nos manuais psiquiátricos e nos textos sexológicos do século XIX e parte do século XX, até as tentativas mais recentes de buscar uma etiologia para a homossexualidade. Esses processos foram permeados pela perspectiva do desvio e pela visão do homossexual como uma ameaça social e um perigo para a saúde pública (Trevisan, 2018; Green, 2019). A transformação desse cenário ocorreu institucionalmente na década de 1970, quando a homossexualidade foi retirada da lista de doenças mentais na terceira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM* (1973), bem como nas edições posteriores da Associação Psiquiátrica Americana. No entanto, nos anos 1980, a homossexualidade passou por outra fase marcante, sendo associada à crise do hiv/aids, tanto por sua identificação e concentração na comunidade de homens gays, quanto pela abordagem sensacionalista da mídia, culminando no imaginário da epidemia como "câncer gay" (Sontag, 2007).

Nessa trama social, o risco de infecção não seria pensado e vivenciado de forma objetiva e racional em termos de probabilidade, mas estaria fortemente vinculado com a moral, os valores, as crenças e os juízos, visando, principalmente, garantir o controle sobre os fenômenos considerados contrários à ordem social. Seguindo os ecos da história da patologização da figura do homossexual, será pela linguagem dos riscos que antigos fantasmas se atualizam, fazendo com que os processos de subjetivação sejam marcados pela rubrica do risco-perigo e, conseqüentemente, da homossexualidade como ameaça social. Ao passo que no âmbito científico o conceito de risco vinculado à aids passa a ser construído a partir dos estudos epidemiológicos, nos quais se procura quantificar as: "chances probabilísticas de suscetibilidade, atribuíveis a um indivíduo qualquer de grupos populacionais particularizados, delimitados em função da exposição a agentes (agressores ou protetores) de interesse técnico ou científico" (Ayres, 1997, p. 294).

Tal formação enunciativa garantirá a lógica dos riscos de infecção uma roupagem matemática estatística inquestionável, produzindo dados e segmentações da realidade em grupos de sociabilidades, o que ocorre não apenas no caso do hiv, mas de todos os perigos, que passam a ser transformados em riscos.

Nessa direção, os trabalhos antropológicos de Douglas (1984, 1996) foram de fundamental importância para problematizar a neutralidade da ideia de risco em sua aproximação com o campo científico. O risco não seria pensado e vivenciado de forma objetiva e racional em termos de probabilidade, mas estaria fortemente vinculado com a moral, os valores, as crenças e os juízos, visando, principalmente, garantir o controle sobre os fenômenos considerados contrários à ordem social. Assim, o risco começa a assumir, como dispositivo, novas funções sociais, entre elas, aquelas relativas às propriedades forenses do risco, (Douglas, 1984,1996; Mitjavila, 2002). Em paralelo ao que acontece como o tabu, o risco pode agir tanto retrospectivamente, ao explicar os infortúnios individuais ou coletivos, em função das condutas do passado, e/ou para adiante, através da predição de recompensas futuras, o que nos sugere ser uma linguagem de grande aplicabilidade, exigindo uma reflexão ética não apenas de seu conteúdo, mas, sobretudo, de sua forma, de sua política de narratividade.

É nessa prática discursiva que observamos com mais precisão a interconexão complexa de dispositivos que influenciam a adesão à PrEP. O dispositivo de segurança dos riscos está entrelaçado com o dispositivo da sexualidade, formando uma enunciação coletiva que produz um regime de verdade: "Sou gay, logo estou em risco". Esse regime interpela a estrutura das narrativas produzidas e nos leva a considerar a presença marcante de agenciamentos de controle circunscritos no regime heteronormativo, produzindo, via vulneração moral, estratégias de adesão. Seguindo essa trilha, a percepção do risco não se baseia apenas nos ditos "dados da realidade", mas é filtrada por uma trama política e histórica, social e científica. Este contexto é refletido nas narrativas produzidas pelos informantes que tiveram seu regime de adesão à PrEP na primeira onda de sua oferta, quando esta era restrita a grupos específicos, o que nos permite captar alguns efeitos do desenho da política nos processos de subjetivação:

Quando eu vi na sauna o folheto explicativo da PrEP, algo mudou na minha vida, parece exagero falar assim, mas é verdade. Ali estava a solução pro meu pavor que tenho desde que me reconheci gay, não serei um gay aidético, vi que me equadrava nos itens por ser gay e ali a profecia que teria aids por ser viado estava quebrada. Acho que ali de fato sai do armário. Quando me

assumi pra minha família, minha mãe na época conta que chorou não porque estava decepcionada, mas porque tinha medo de ter um filho doente, pra você ver, na cabeça dela a relação era clara entre ser gay e ter aids, mas pelo visto não era só na dela que isso estava, quando comecei a PrEP senti isso se dissolvendo (@gaucho.vesátil)

A construção feita por @gaucho.vesátil é um, dentre os vários relatos de informantes desta cartografia, que tiveram a “saída do armário” ser acompanhada da sombra sempre presente do hiv/aids. Esse fantasma é produzido por evidente elemento moral e heteronormativo, mas também, articulado a aspectos concretos da materialidade epidemiológica, uma vez que a incidência e a prevalência do vírus se localizam com maior significância estatística nos grupos de gays, homens que fazem sexo com homens e transexuais (Kerr, 2018).

Todavia, tal processo é condicionado por elementos da cultura, no qual o estigma da associação histórica do hiv/aids com as sexualidades dissidentes da cis-heteronormatividade integra esse repertório, o qual se reatualiza na formulação de políticas públicas de saúde que direcionaram nos cinco anos da implantação da PrEP o acesso não para toda população, mas, sim, para determinados grupos, produzindo dentre tantos eventos adversos, o efeito de que a prevenção não é para todos, mas apenas para alguns (Calabrese, 2016) atualizando o dispositivo da aids no contexto de neoliberalização da epidemia, caracterizado pela ênfase nas estratégias biomédicas e enfraquecimento da reposta social (Seffner; Parker, 2016).

Embora tal desenho de oferta justifica-se do ponto de vista epidemiológico e de gestão dos recursos, inevitavelmente produzem efeitos iatrogênicos no corpo social e nos processos de subjetivação de pessoas cuja as orientações sexuais e identidades de gênero são enquadradas pelo discurso científico como sendo de maior risco de infecção. A possibilidade da PrEP para além de ser um redutor do pânico de infecção, atuando como nos fala @comlocal/sempressa um “ansiolítico” contra as noias, mostra-se como tecnologia capaz de desarticular, ao menos em parte, históricas correlações entre a homossexualidade e o hiv/aids. Neste sentido, a tecnologia permite a saída do armário de um homossexual não mais marcado pelos estigmas de uma das doenças mais temidas das últimas décadas operando para este sujeito uma ruptura da associação histórica entre homossexualidade e patologia. Embora uma generalização desse caso seja insuficiente e arriscada para pensar no plano social rupturas promovidas pela PrEP nos enraizados processos de estigma,

para esse interlocutor a profilaxia passa a ser um álibi, um facilitador para uma saída do armário.

Todavia, apesar dessa hipótese de ruptura da PrEP, via dispositivo da aids em operar mudanças na associação entre homossexualidade e os estigmas envolvidos no hiv/aids (o qual aprofundaremos no item abaixo), é necessário pontuar que a atuação da tecnologia preventiva se estabelece por um dupla via: pelo campo da medicalização social (Conrad, 2007) e pelo enquadre direcionado da política⁶⁹. Isso nos sugere pensar que a autonomia, entendida aqui no sentido de liberdade de escolha dos melhores métodos de proteção, teria também um componente agenciador de outra ordem. O de uma vulnerabilidade, mas não de natureza biológica epidemiológica, mas sim moral. Vulnerabilidade atravessada pela coerção da vontade, na qual a escolha pela aderência à profilaxia poderia estar agenciada por modelos de uma homossexualidade perigosa:

Quando a PrEP estiver liberada pra todo mundo vai ser ótimo, todo mundo tem chance de pegar hiv, mas vamos combinar que nós [gays] somos mais safados (risos) [pesquisador: - como assim?] Ah lance de exposição mesmo, gay transa muito mais que os héteros, pegação em todo lugar, banheiro, lance de potencializar o risco mesmo quando junta dois homens. É mais perigoso mesmo[...] a questão de muitas mulheres que se infectam é porque os maridos aprontam, muitos gays no armário que fazem elas de tonta. Se temos mais risco, tá certo temos algo pra nossa comunidade se proteger e se temos isso controlado dentro da comunidade até os heteros saem ganhando (@turista.afim).

Para além dos essencialismos identificados na fala de @turista.afim no que se refere ao gênero e orientação sexual, seu raciocínio demonstra como o ideário da homossexualidade como ameaça social está presente em sua própria lógica ao defender a PrEP como um instrumento de proteção da sociedade frente à "promiscuidade" do homossexual. Neste sentido, a estratégia da medicalização passa a ser um recurso não para proteger apenas a comunidade gay, mas como entende nosso informante: "até os heteros saem ganhando". Aparece aqui em cena a divisão nos termos esboçados por Douglas (1984; 1996) entre "poluentes" e "não poluentes", enquadrando-os primeiros em compartimentos que representam perigo/riscos aos

⁶⁹ Para Rose (2007), o termo medicalização pode ser o ponto de partida de uma análise, um sinal da sua necessidade, mas não deve ser a conclusão de uma análise. Adota-se a perspectiva conceitual da medicalização como o processo social de transformação dos problemas anteriormente não considerados de ordem médica em problemas médicos - usualmente sob a forma de transtornos ou doenças (Conrad, 2007). Salientando que a medicalização da homossexualidade tem um histórico vasto, que não foi objetivo dessa discussão.

outros e operando os “ritos de segregação”, operação realizada via dispositivo da aids. Neste sentido, o papel do dispositivo da aids no agenciamento da adesão passa ter grande relevância, uma vez que a coação e normalização de comportamentos não se dá de forma homogênea em toda população. A autonomia ou a liberdade, em contextos onde se identifica coerção da vontade, ou, o que bioeticistas chamam de vulneração moral (Diniz; Guilhem, 2009) são elementos que não podem ser obliterados na elucidação do processo de adesão.

Dessa forma, a paranóia identitária-epidemiológica coloca o dispositivo da aids em seu pleno funcionamento, escalonando via lógica do risco os mais perigosos, passíveis de intervenção imediata e aqueles menos perigosos que têm suas condutas e práticas sexuais avaliadas por outro prisma, operação realizada via subjetivação da linguagem dos riscos, na qual discursos morais, científicos e políticos instauram regimes de adesão à PrEP, retomando a perspectiva da homossexualidade como ameaça social.

4. Estigmas como moduladores da adesão: estamos PrEPParados?

Se os tipos de paranoias mapeados como agenciadores da adesão mostraram que, independente do caso, a PrEP atuou positivamente, trazendo mais confiança, libertando os usuários de medos e permitindo o exercício de uma sexualidade mais prazerosa, é inevitável observar que os processos de estigma envolvendo tanto o hiv/aids, como o uso da PrEP estão presentes integrando os agenciamentos rizomáticos da adesão. Assim, torna-se necessário problematizar de que forma a adesão continuada da comunidade à PrEP poderia contribuir no enfrentamento de posturas como a sorofobia e tanto outros estigmas envolvendo o uso dos antirretrovirais como estratégia preventiva. Estaríamos de fato PrEPParados para a superação de processos estigmatizantes tão enraizados na cultura? Embora não pretendamos responder por completo essa indagação, ela se faz necessária, uma vez que os múltiplos estigmas da relação PrEP e hiv/aids são atuantes e constituem importantes moduladores da adesão.

A perspectiva do estigma como forma de controle social é denunciada desde os primeiros casos da pandemia nos anos de 1980 pela militância, sociedade de base e pesquisadores como Parker e Aggleton (2021), que ampliaram os conceitos fundamentais do estigma para dimensões estruturais, apontando a disputa de poder

e as desigualdades sociais como domínios relacionais centrais do estigma do hiv/aids⁷⁰. Mais que um atributo significativamente desacreditador (Goffman, 1988) o estigma é um fenômeno intimamente ligado à reprodução das desigualdades sociais, bem como à discriminação, estando presente nas mais variadas dinâmicas do poder. Em trabalhos envolvendo a relação uso de PrEP e estigmatização dos usuários (Mimiaga *et al.*, 2014; Collins *et al.*, 2017; Eaton *et al.*, 2017; Franks *et al.*, 2018; Haire *et al.* 2018; Brooks *et al.*, 2019), o estigma passa a ser entendido como barreiras da adesão ao esquema preventivo. Destacamos que o estigma envolvendo a profilaxia pode se configurar como: 1- antecipado, envolvendo percepções e expectativas de julgamento ou discriminação em relação ao futuro; 2- imposto, referindo-se a experiências vividas de discriminação, rejeição e violência; e 3- internalizado, englobando o reconhecimento pessoal de um indivíduo de crenças negativas ou sentimentos sobre si mesmo (Earnshaw *et al.*, 2009). Nas três dimensões supracitada, operam forças agenciadoras, inibitórias e regulatórias da adesão à profilaxia.

Destacam-se alguns temas referentes a isso: (1) a ideia de antirretrovirais como uma medicação perigosa, com efeitos colaterais desconhecidos a longo prazo, presentes em algumas narrativas de para(noa) dissonante; (2) a possibilidade de um usuário PrEP ser "confundido" com uma pessoa vivendo com hiv em tratamento, por usar a mesma classe de fármaco e frequentar o mesmo equipamento de saúde; (3) a associação entre uso de PrEP e promiscuidade, conhecidos no contexto americano por Truvada Whore; (4) a correlação linear entre usuários da PrEP como vetores de Ists; elementos fortemente presentes nos afetos de paranoia causal e identitária-epidemiológica.

Não obstante tais aspectos tenham sido identificados em estudos anteriores como elementos que podem interferir no ato de adesão a PrEP, assim como promover uma descontinuidade do uso (Mimiaga *et al.*, 2014; Collins *et al.*, 2017; Eaton *et al.*, 2017), nesta cartografia os entendemos como moduladores da adesão e constituintes das paranoias delineadas. Embora significativamente presente em muitos dos relatos,

⁷⁰ Importante ressaltar que os trabalhos clássicos de Goffman (1988) sobre o estigma são fundamentais para a discussão do estigma como “uma diferença indesejável”, um valor cultural ou mesmo individual que não é fixo, todavia, como salienta Parker e Aggleton(2021) a aplicação do constructo em pesquisas envolvendo o hiv/aids tende a encorajar uma análise altamente individualizada, se opondo a própria perspectiva de Goffman que destacava o acento das questões da mudança social e da construção social das realidades individuais.

não foram apontados pelos informantes como aspectos responsáveis em promover a descontinuidade do uso da PrEP.

4.1 Putas do Truvada: compensação de risco e Ists

O estigma de ser interpretado como promíscuo por ser usuário da PrEP e as consequências disso para adesão já é um aspecto bem discutido na literatura⁷¹. Nesta cartografia, não diferente, foi recorrente em falas dos próprios usuários a ideia estigmatizante da PrEP associada à promiscuidade e seus usuários como vetores de ISTs. A construção de @ursinho.pass e @bb.atv abaixo é representativa dessa discussão e apontam para perspectivas semelhantes e diferentes sobre esse tema:

Grande parte das pessoas que usam prep não se preocupam com as outras ISTs e nem com o próximo. Usar a camisinha tem a ver com isso. É tanta falta de amor próprio, que pouco importa se o outro vai se contaminar com algo. Na realidade, grande parte das pessoas não se importam com nada. Até o dia que Sífilis e a Gonorreia ficarem resistentes aos antibióticos [...], eu uso por mim e pelos outro[camisinha], continuo tendo muito medo das outras[ists] Mesmo usando PrEP não vou ser o responsável por espalhar doenças (@ursinho.pass)

As pessoas acham que nós que usamos PrEP saímos por aí transando com tudo, todas, todes, rs, alguns sim, mas olha, pegar sífilis e gonorreia direto não é fácil, o tratamento é chatinho. Mas também essa história do pessoal que fala que toma PrEP e continua sempre usando camisinha é balela. Sei lá, usa até, algumas pouquíssimas vezes numa pegação mais nervosa... acho que falam mais pelo medo de serem estigmatizados. Eu já sofri vários julgamentos de colocar no app que estou em PrEP e falarem que sou puto e na verdade não é bem assim, fiz varias vezes sem desde que comecei a usar, aí pegava uma bereba e voltava a usar, aí passa e acabamos nos expondo mais.... é uma escolha, eu sou ciente das consequências. Não significa que vou fazer sempre sem, mas ela vai me dar a liberdade do dia que quiser fazer sem, no máximo vou ter que tomar umas injeções (@bb.atv)

Nas narrativa parece existir uma compreensão que as Ists são fundamentais para decisão de permanecer ou não com o uso do preservativo. O contágio por outras Ists é visto como marca de uma interdição, da impossibilidade de viver a sexualidade sem medo algum. Embora para o primeiro a decisão se dá de forma mais impositiva: "eu uso por mim e pelos outro" e o não uso é valorado como uma falha moral, aqui a ideia de PrEP e compensação de riscos é mais destacada. Enquanto que para o

⁷¹ Ver levantamento realizado por Calabrese; Underhill (2015) in: *How Stigma Surrounding the Use of HIV Preexposure Prophylaxis Undermines Prevention and Pleasure: A Call to Destigmatize "Truvada Whores"*. American Journal of Public Health, v. 105, p. 1960-1964, 2015.

segundo, não se trata de abandonar por completo o uso, mas ter uma margem segura para dispensar o preservativo em algumas situações e em outras, interpretadas como mais arriscadas, seguir em uso. Se para @bb.atv "o pessoal que fala que toma PrEP e continua sempre usando camisinha é balela", para @ursinho trata-se de "falta de amor próprio". Operam-se nessas narrativas várias camadas de estigmas modulando a experiência de estar em PrEP no contexto da própria comunidade de usuários, criando diferenciações entre os usuários e hierarquizando-os pelo nível de preocupação com as demais lsts e aderência (ou não) ao preservativo.

4.2 Antirretrovirais e Sorofobia

A ideia de antirretrovirais como uma medicação perigosa, com efeitos colaterais desconhecidos a longo prazo esteve presente sobretudo a partir de uma para(noia) dissonante, que mesmo entendendo a PrEP como uma redutora das fobias, vem acompanhada de uma ambivalência nas ideias de: *"é algo tóxico que estou todo dia colocando em meu corpo"* como traz @Atv.carinhoso ao localizar possíveis iatrogenias clínicas, ou mesmo na perspectiva de uma iatrogenia social expressa por @Versatils/local como uma dependência da profilaxia para vivenciar sua sexualidade: *"não dá mais pra ficar sem"*. Entretanto, tais aspectos são também relativizados por outros informantes:

Me sinto seguro em usar. Tenho um colega que sobreviveu ao AZT e toma o efavirenz até hoje e está muito bem. Nós, em PrEP, estamos tomando a linhagem mais recente. Se eles estão sobrevivendo há décadas com os efeitos colaterais, quem está em PrEP não tem que reclamar. Não sei se você já ouviu aquela frase tosca: "Por que você toma todo dia um antirretroviral para impedir que você tenha que tomar todo dia um antirretroviral?" Essa argumentação é desonestidade intelectual. Eu posso parar a PrEP quando quiser, o soropositivo não. Eu tomo porque desejo, ele toma porque precisa. (@Pintosa.PrEPArada)

A perspectiva apresentada pelos interlocutores ao discutir a segurança da profilaxia nos remete à década de 1980, um período em que surgiram os primeiros tratamentos para o hiv e os antirretrovirais passaram a ser estigmatizados. Esse estigma não apenas se originou do fato de que estavam sendo utilizados para tratar uma infecção temida na sociedade, bem como a forte carga de moralidade, mas também, devido aos efeitos colaterais marcantes associados a esses medicamentos,

principalmente os da primeira década da pandemia como o AZT⁷². No entanto, avanços científicos significativos, impulsionados principalmente pela indústria farmacêutica, ocorreram nas últimas décadas, resultando em tratamentos para o hiv/aids cada vez mais eficazes, especialmente no que diz respeito aos efeitos colaterais. Esses avanços transformaram a infecção em uma condição crônica e, não menos importante, possibilitaram que as pessoas vivendo com aids alcançassem o estado de carga viral indetectável.

Embora a preocupação com a segurança da profilaxia deva ser constantemente abordada, uma vez que é uma preocupação legítima na gestão da adesão à profilaxia, outro aspecto importante merece atenção: a diferença e a distância entre os usuários de antirretrovirais. A crítica de @Pintosa.PrEPArada aponta para uma desonestidade intelectual que consiste em equiparar pessoas vivendo com hiv e aquelas que fazem uso profilático da PrEP, considerando-os semelhantes e próximos simplesmente porque ambos utilizam regularmente antirretrovirais. O informante ressalta uma distinção crucial entre necessidade e desejo: "Eu tomo porque desejo, ele toma porque precisa". Explicitar esse ponto é essencial, visto que um dos argumentos para considerar a PrEP como uma ferramenta no enfrentamento da sorofobia envolve a ideia de que, por meio da ampliação e disseminação do uso de antirretrovirais, os estigmas associados a essa classe de medicamentos, poderiam ser atenuados, consequentemente reduzindo a estigmatização enfrentada por pessoas vivendo com hiv. Entretanto, os limites dessa hipótese se fazem notar também na narrativa de @meninodoro:

Tem uma coisa que eu fazia no começo, hoje em dia parei com essa palhaçada, que era pegar os frascos e já esconder na bolsa, o pior dia de todos foi uma vez que esqueci a mochila e moça da farmácia me deu os frascos para três meses numa sacolinha de plástico transparente[...] fiquei muito incomodado aquele dia. Hoje depois de um tempo questiono isso [...] assim, de uma forma mais crítica, a verdade é que eu não queria que as pessoas ali da sala de espera achassem que eram os coquetéis [...] porque

⁷² Também conhecido por zidovudina, retrovir ou azidotimidina, o AZT, foi desenvolvido na década de 1960 como um possível tratamento para o câncer. Mas apresentou baixa eficácia como medicação oncológica. Com a emergência do hiv/aids o laboratório americano Burroughs Wellcome, que tinha a patente da molécula apresentou resultados promissores no controle do vírus, tornando o AZT o primeiro tratamento antirretroviral em 1987. Os efeitos colaterais significativos do medicamento contribuíram para uma ideia disseminada de que seu uso era mais ou tão letal como o vírus. Os efeitos adversos mais comuns são a anorexia, fadiga, cefaleia, mal estar, mialgia, náuseas e insônia e desenvolvimento de anemia em apenas 4 semanas, apresentando significativos efeitos tóxicos sobre as células-tronco eritróides (Jota, 2011).

eu já vi como são esses do SUS e a embalagem é quase a mesma dos da PrEP (@meninodorio).

O temor que um usuário da PrEP seja erroneamente "confundido" com alguém vivendo com hiv em tratamento, devido ao uso da mesma classe de medicamentos, vai além de uma denúncia explícita da persistência do estigma. Esse receio nos leva de volta ao papel dos antirretrovirais nas dinâmicas eróticas e práticas sexuais. Se para pessoas vivendo com hiv trata-se de um imperativo, para os que usam como preventivo seria em tese facultativo, a partir da construção de sua autopercepção de risco. Apesar das diferenças, ambos os grupos passam a utilizar a mesma ferramenta, ocupando posições similares nas poláticas de desejo. O estigma em torno do hiv/aids é aqui reconfigurado, não apenas por ambos grupos fazerem uso da mesma classe de medicamentos⁷³.

Mais do que apenas impedir o desenvolvimento da aids, os antirretrovirais possibilitam que os indivíduos vivendo com hiv modifiquem sua posição de sujeitos temidos e perigosos enquanto agentes de contágio. Ao alcançarem a indetectabilidade viral, teoricamente podem ter práticas sexuais sem a necessidade do uso de preservativo, sem representar um risco para seus parceiros. Isso se assemelha à motivação de muitos usuários da PrEP, que buscam uma liberdade da "ditadura do látex". Esse efeito é compreendido de maneiras diversas por @Pintosa.PrEPParada ao descrever os jogos eróticos presentes nos aplicativos de encontro sexual, como o Grindr. e como a PrEP possibilitou um reposicionamento em relação a pessoas vivendo com o hiv, trazendo o tema da sorofobia para o debate:

Quando iniciei a PrEP, comecei um trabalho de educação de pares, não só para divulgar mas também para pensar a questão da sorofobia. No meu caso a PrEP me ajudou muito a lidar com isso. Perder o medo de me infectar me fez ver com mais carinho as pessoas que já vivem com o vírus, e muitas vezes vivem escondidas pelo tabu. Depois que percebi o tamanho quase irracional desse medo, entendi mais a fundo o preconceito que essas pessoas sofrem e por isso faço questão de falar abertamente sobre a PrEP, mas sei que o acesso à informação é só o primeiro passo. Você que está estudando isso deve ter percebido que tem muita gente colocando que está em PrEP nos

⁷³ Embora o composto tenofovir/emtricitabina esteja presente nos esquemas de Terapia Antirretroviral (TARV), muitas vezes é complementado por outros antirretrovirais que fazem parte do tratamento, como o "3 em 1," que inclui tenofovir, lamivudina e efavirenz, sendo amplamente utilizado a partir de 2015. Em 2018, o esquema antirretroviral preferencial passou a ser o que combina tenofovir, lamivudina e dolutegravir. Em 2023, o esquema em comprimido único diário com lamivudina e dolutegravir tornou-se a referência, momento em que o tenofovir foi retirado do esquema. De acordo com Vasconcelos (2023), o uso de apenas um comprimido, além de ser mais prático, poderia contribuir para reduzir o impacto da sorofobia na rotina de vida dos usuários

aplicativos. Eu sei de muitos positivos que colocam que estão em PrEP para não ter que enfrentar o preconceito com a sorologia, não acho errado, na verdade, cada um à sua maneira de driblar o preconceito e na verdade é quase a mesma coisa... nesse sentido tão usando uma droga parecida, é uma mentirinha do bem, né? (risos). Importante que se um tá indetectável e outro em PrEP é algo seguro não importando no fundo a sorologia (@Pintosa.PrEPArada)

Quando nosso interlocutor demarca ser o acesso à informação apenas o primeiro passo, entende a partir de sua história que a PrEP foi capaz de atuar não apenas como uma redutora das para(noias) mas também de modificar seu olhar para as pessoas vivendo com o hiv/aids. Para ele, a divulgação da PrEP é também uma forma de tornar o debate social mais sensível para a discussão do hiv/aids. Aqui as múltiplas camadas mencionadas envolvendo a PrEP, a sorofobia e o processo de adesão nos sugere cautela na perspectiva de ser a PrEP uma tecnologia capaz de mitigar os clássicos estigmas do hiv/aids, uma vez que, também tem a capacidade de os reeditar, colocando em circulação antigos fantasmas do início da pandemia. Se o medo da infecção pode ser arrefecido pelo novo regime preventivo isso não significa que ele é colocado fora de cena. É no campo dos estigmas onde novos medos são deslocados.

Neste contexto, o uso da PrEP passa a ocupar distintos lugares, um deles é garantir o afrouxamento da barreira entre o paciente crônico vivendo com hiv que utiliza os antirretrovirais diariamente, daqueles que também tomam diariamente os mesmos fármacos (com diferença apenas na combinação dos antirretrovirais), o que pode sugerir uma naturalização do uso dos medicamentos antirretrovirais, reduzindo a carga simbólica do tratamento medicamentoso das pessoas vivendo com hiv. Mas também poderia servir como forma de encobrir a revelação da sorologia ou mesmo em contrapartida, ser uma estratégia para que a discussão sobre a sorologia esteja mais presente nas relações. Aspectos que se confundem ao pensar o papel da PrEP no enfrentamento da sorofobia, e como essa por sua vez, condiciona os processos de adesão. A capacidade da PrEP atuar como elemento mitigador do estigma antecipado e imposto exige que seu componente internalizado também sofra deslocamentos, operação nem sempre de efeito imediato e causal a partir do uso da profilaxia, ou mesmo a partir do compartilhamento de conhecimento de informações sobre o tema:

Bom, o pânico do hiv não é novidade, acho que muitos dos que você conversou falaram sobre isso. Para mim, não foi diferente. Mas só quando eu me apaixonei por um positivo é que pude perceber que ainda tinha muito

medo internalizado. Quando ele me contou, claro que fui super receptivo e disse que aquilo não seria um problema. Nessa época, eu já estava na PrEP fazia um bom tempo, e pelo que ele me contou, ele também já estava indetectável. Nessa mesma noite, fomos transar e aí o que aconteceu? Ou melhor, não aconteceu. [...] Nada do pau endurecer, e olha, se tinha um menino que tinha tesão era esse. Depois de muitas tentativas, tive que ouvir dele: "- Acho que ainda não está tudo certo", e tive que concordar e pedir desculpas. Tenho vergonha disso, o preconceito ainda estava dentro de mim, mesmo estando seguro com a PrEP, e sei que isso é totalmente irracional. (@tranquilo.suldailha).

A perspectiva compartilhada por @tranquilo.suldailha ilustra claramente o impacto simbólico da epidemia e como o medo ainda persiste mesmo entre aqueles que estão em PrEP. Ao mencionar o conceito de "medo internalizado", o informante não está apenas questionando a eficácia bioquímica da PrEP, mas também está explorando sua capacidade de combater o estigma relacionado ao hiv/aids. Embora o informante parece compreender racionalmente a equação que ganhou popularidade nos últimos anos ("indetectável = intransmissível")⁷⁴, relativiza a sua assimilação reconhecendo a falta de ereção na prática sexual com o parceiro indetectável, como uma evidência do seu estigma internalizado.

A discussão dos estigmas vinculados à experiência de estar em PrEP abre a possibilidade de pensarmos a partir das narrativas dos informantes que elementos da sorofobia estão presentes agenciando a adesão pela profilaxia e também os caminhos abertos pelo uso da prevenção bioquímica em mitigar os clássicos estigmas, uma vez que no panorama delineado acima a PrEP mostrou-se eficaz em reduzir a fobia frente a uma possível infecção. Não se tem a intenção de reduzir as diversas formas de fobias ao hiv, como as delineadas acima nas paranóias narradas, a elementos sorofóbicos. Apesar de reconhecermos em alguns casos a sorofobia modulando a adesão a PrEP, é mister a compreensão que os medos relatados por nossos colaboradores foram construídos num cenário no qual a ideia de indetectabilidade como sinônimo de não risco/perigo parecia algo distante. Neste sentido, a popularização dos antirretrovirais e aderência ao tratamento, seja o profilático ou via TARV podem afetar e produzir novos arranjos no tecido social, sobretudo em uma

⁷⁴ Essa perspectiva é ainda recente no debate público. Sua popularização inicia-se em 2018, quando a UNAIDS começou uma campanha de comunicação para popularizar o conceito de "indetectável = intransmissível", acreditando que essa estratégia poderia combater o estigma e motivar as pessoas vivendo com hiv a aderirem ao tratamento e alcançarem a supressão viral (UNAIDS, 2018) É relevante mencionar que essa compreensão se torna já estabelecida no cenário acadêmico em 2016 com os estudos PARTNER 1 e 2, ao evidenciar que casais sorodivergentes gays não transmitiam o hiv quando o parceiro positivo estava em tratamento e com carga viral indetectável (Cohen *et al.*, 2016; Rodger *et al.*, 2016, 2019; Lancet, 2017).

segunda onda de oferta de PrEP, na qual os critérios de adesão não mais se vinculam a orientações sexuais e práticas sexuais de alguns grupos, mas sim, passam a ser disponíveis a todos interessados.

Considerações finais

Em nossa cartografia, nos deparamos com relatos sobre como a PrEP passou a ser percebida como um elemento transformador da sexualidade dos usuários, produzindo sentimentos de maior liberdade, segurança e ampliação do prazer sexual. Operando não apenas como agente bioquímico de proteção ao hiv/aids, a PrEP passou a ser correlacionada com um esquema de promoção da saúde mental dos usuários ao permitir a vivência de uma sexualidade menos mediada pelo medo da infecção. Isso nos permite inferir que a PrEP é mais que uma proteção bioquímica, mas também um aparato integrante do dispositivo da aids, trazendo rupturas com o modelo de cuidado anterior e outras formas de vivenciar a sexualidade para aqueles mais acometidos pelos efeitos psicossociais da pandemia.

Integrando o rol da Prevenção Combinada, a oferta da PrEP no SUS operou via recorte epidemiológico da incidência e prevalência do vírus na população, oferecendo inicialmente o recurso exclusivamente a sujeitos em maior vulnerabilidade de infecção. De 2017 a agosto de 2022, apenas esse último grupo populacional estava contemplado na política de acesso ao preventivo. Se a visão que o indivíduo tem do risco não é direta, mas sim condicionada por valores socialmente produzidos, torna-se evidente que ao falarmos de riscos, ou melhor, da percepção que se tem deles, não é apenas a ciência epidemiológica que deve ser chamada para o debate. Ao discutirmos a percepção dos sujeitos de infectar-se com o hiv, não podemos obliterar que a atitude de um indivíduo face tais temas depende fundamentalmente das fontes de informação que privilegia para construção de sua percepção de risco. Essas podem ser de uma racionalidade/moral científica, religiosa ou de um grupo específico de sociabilidade. Assim, a construção da percepção de vulnerabilidade é produzida numa anterioridade sócio-histórica, devendo as discursividades científicas levarem isso em conta e terem uma acurácia não apenas com seus dados da realidade (materialidade epidemiológica), mas também, com a política de narrativa que se depreende deles. Afinal é a percepção de risco do usuário que garantirá sua entrada no regime profilático e sua permanência.

Nos encontros com o dispositivo da sexualidade, identificamos independentemente do enquadre da para(noia), seja ela causal, ambivalente ou identitária-epidemiológica uma forma de pensar a PrEP como um antídoto das paranoias. O reconhecimento do medo como o principal agente de motivação à adesão permitiu a observação do modo como se deu o processo de gestão do medo-risco pelos usuários antes e após um período de uso, observando o deslocamento desse agenciador, suas transformações e, em alguns casos, sua atualização em outras formas de temores e receios, agora vinculadas ao uso diário da PrEP. Para além do medo-risco como agenciadores da adesão, destacam-se ainda dois aspectos percebidos nas paisagens cartografadas como elementos condicionantes da adesão: o estigma com os antirretrovirais associados à imagem das pessoas vivendo com hiv, e a ideia de promiscuidade associada ao uso da PrEP e, ainda, dúvidas em relação à eficácia e segurança da profilaxia. Tais camadas apontam para deslocamentos do sentimento de medo, relativizando os condicionantes da sensação de liberdade sexual proporcionada pela adesão em alguns casos.

Referências

- ADAMY, P; CASIMIRO, G ; BENZAKEN, A. **Na era da prevenção combinada** In: Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção (organizadores Parker, *et al*). Rio de Janeiro: ABIA, 2018.
- ANDERSON, P. L., *et al*. Emtricitabine-tenofovir concentrations and pre-exposure prophylaxis efficacy in men who have sex with men. **Science translational medicine**, v.4, n. 151, 2012.
- ANVISA. **Anvisa aprova novo medicamento para prevenção do HIV**. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2023/anvisa-aprovou-um-novo-medicamento-para-a-profilaxia-do-hiv>. Acesso em: 20 de agosto de 2023.
- AYRES, J. R. C. M. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.
- AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu**, v. 6, n. 11, p. 11-24, ago, 2002.
- BECK, U. **Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade**. São Paulo: Editora 34,,2016

BARP,L: MITJAVILA, M Ferreira, D, **Gestão biopolítica da Aids: a homossexualidade como fonte de periculosidade social**. Saúde em Debate [online]. v. 46, n. spe7, pp. 223-236. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E716>. Acesso: 17/09/2023.

BASTOS;L;VENTURA,I;SIMAS,L. **Identidades de gênero, sexualidades e truvada: uma reflexão sobre a acessibilidade à profilaxia pré-exposição ao hiv/aids e a reivindicação de mulheres cisgênero para utilizá-lo**. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (AnaisEletrônicos), Florianópolis, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da infecção pelo HIV com uso de terapia antirretroviral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.561, de 07 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV**. Brasília:Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SCTIE/MS Nº 90, de 25 de agosto de 2022. Atualiza o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília:Diário Oficial da União, 2022.

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

CASTIEL L, **A Saúde Persecutória e os limites da responsabilidade**.Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CALABRESE, S. K.; UNDERHILL, K. How Stigma Surrounding the Use of HIV Preexposure Prophylaxis Undermines Prevention and Pleasure: A Call to Destigmatize “Truvada Whores”. **American Journal of Public Health**, v. 105, p. 1960-1964, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302816>. Acesso em: 21/11/2023.

COLLINS, S.P.; MCMAHAN, V.M.; STEKLER, J.D. The impact of HIV Preexposure Prophylaxis (PrEP) use on the sexual health of men who have sex with men: a qualitative study in Seattle, WA. **International Journal of Sex Health**. v.29, n.1, pp. 55–68, 2017.

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: JHU Press, 2007.

- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- DELEUZE; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Ed.34, 1995.
- DELEUZE, G. **Cursos sobre Spinoza** (Vincennes, 1978 – 1981). Fortaleza: EdUECE, 2009.
- DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. Trad. Eloisa Araújo Ribeiro, São Paulo: Editora Escuta, 1998.
- DINIZ, D; GUILHEM, D. **Bioética Feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade**. Revista Bioética, Brasília, v. 7, n. 2, 2009.
- DOUGLAS, M. **Risk and Blame: essays in cultural theory**. Londres: Routledge, 1994.
- DOUGLAS, M. **Pureza e Perigo**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1976.
- EATON, L.A. *et al.* Stigma and conspiracy beliefs related to pre-exposure prophylaxis (PrEP) and interest in using PrEP among black and white men and transgender women who have sex with men. **AIDS Behavior**, v.21, n. 5, pp. 1236–46, 2017.
- EARNSHAW, V.A.; CHAUDOIR, S.R. From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. **AIDS Behavior**, v.13, n.6, pp.116, 2019.
- PRADO FILHO, K; TETI, M. A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. *In: Barbaroi*, Santa Cruz do Sul, n. 38, p. 45-49, jun. 2013.
- FOUCAULT. **Verdade e subjetividade**. Lisboa: Edições Cosmos, 1993.
- FOUCAULT. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- FOUCAULT, M. Segurança, território e população. São Paulo: Martins Fontes, 2008
- FRANKS, J. *et al.* Sex, PrEP, and stigma: experiences with HIV pre-exposure prophylaxis among New York City MSM participating in the HPTN 067/ADAPT Study. **AIDS Behavior**, v.22, n. 4, pp.1139–49, 2018.
- GRINSZTEJN, B. **The network for multidisciplinary studies on arv-based hiv prevention. O estudo demonstrativo PrEP-Brasil: dados do recrutamento e início do seguimento**. 2016. Trabalho apresentado no 6o Webinar Nemus em 28 de setembro de 2016. Acesso em: 1 ago. 2017.
- GRINSZTEJN, B. *et al.* Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. **Lancet HIV**, v. 4, p. e169-e176, 2017.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: Cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

- GRANT, R. M., *et al.* Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. **New England Journal of Medicine**, v.376, n.23, pp. 2233-2242, 2014.
- GREEN, J. **Além do Carnaval: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX**. 2. ed. São Paulo: Unesp; 2019.
- HAIRE, B *et al.* G. Preexposure prophylaxis-related stigma: strategies to improve uptake and adherence—a narrative review. **HIV/AIDS**, v.7, n. 241, 2015.
- ILLICH, I . **Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde**. Nova Fronteira, São Paulo,1975.
- JOTA,F, A. **Os antirretrovirais através da história, da descoberta até os dias atuais**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto de Tecnologia em Fármacos/Farmanguinhos, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.
- LOURAU, R. **A análise institucional**. 2ª. Ed. rev. Petrópolis: Vozes: 1995
- MOLINA J. M.; CAPITANT, C.; SPIRE, B. *et al.* On-Demand Pre-exposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. **NEJM**, [s.l.], v. 373, n. 23, p. 2237-46, 2015.
- MITJAVILA, M. O risco como recurso para a arbitragem social. **Tempo Social**, v. 14, n. 2, p. 129–145, out. 2002.
- MIMIAGA, M.J.; CLOSSON, E.F.; KOTHARY, V.; MITTY, J.A. Sexual partnerships and considerations for HIV antiretroviral pre-exposure prophylaxis utilization among high-risk substance using men who have sex with men. **Archives of sexual behavior**, v.43, n.1, pp. 99–106, 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach**. Geneva: World Health Organization, 2012.
- PASSOS, E. KASTRUP, V. & ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- PARKER, R. **Estigma, discriminação e AIDS** . *In*: PARKER, R.; AGGLETON Peter. 2. ed. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinas de Aids - ABIA, 2021.
- PERLONGHER, N. **O Que é Aids**. São Paulo: Brasiliense,1987.
- PERLONGHER, N. **O Negócio do Michê - Prostituição Viril Em São Paulo**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2008.
- PELÚCIO, L. **Abjeção e Desejo: Uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids**.São Paulo: Annablume, 2009.

- POLLAK, M. **Os homossexuais e a AIDS: sociologia de uma epidemia**; tradução de Paula Rosas. São Paulo: Estação Liberdade; 1990.
- PRECIADO, P. B. **Testo Junkie Sexo drogas e biopolítica na era farmacopornográfica**. 1 ed, São Paulo:n-1 edições.
- PRECIADO, P. B. “**Cartografias ‘Queer’: O ‘Flâneur’ Perverso, A Lésbica Topofóbica e A Puta Multicartográfica, Ou Como Fazer uma Cartografia ‘Zorra’ com Annie Sprinkle**”.In: Revista Performatus, Inhumas, ano 5, n. 17, jan. 2017. ISSN: 2316-8102.
- PRECIADO, P.B. **Condomes Químico**. In: Blog Parole de Queer, 2015- [URL]. Acesso janeiro de 2018.
- KERR *et al.* **HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling**. In: Medicine 97:S1, 2018.
- ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.
- ROSE, N. **Para além da medicalização**. In: Lancet , 369: 700-01, 2007.
- RUBIN, G. 2003. **Pensando sobre Sexo: Notas para uma teoria radical da política da sexualidade**. cadernos pagu, Campinas: Núcleo de Estudos de Gênero Pagu UNICAMP, no. 21. pp. 01-88.
- SAFATLE, V. **O circuito dos afetos**. São Paulo: CosacNaify, 2015.
- SANCHES, *et al.* Vulnerabilidade moral: leitura das exclusões no contexto da bioética. **Revista Bioética**, v.26, n.1,Brasília Jan./Mar. 2018.
- SEFFNER, F; PARKER, R. **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.
- SONTAG, S. **Doença como metáfora, Aids e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.
- SCHNARRS, P.W.; GORDON, D.; MARTIN-VALENZUELA R, *et al.* **Perceived social norms about oral PrEP use: Differences Between AfricanAmerican, Latino and White gay, bisexual and other men who have sex with men in Texas**. AIDS Behav. 2018;30:1–5.

SPIELDENNER, A.. **Truvada whores?: An analysis of stigma and user perceptions of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) efficacy.** In International AIDS Society Conference on HIV Science. International AIDS Society, 2016.

TESSER CD, NORMAN AH. Differentiating clinical care from disease prevention: a prerequisite for practicing quaternary prevention. In: **Cadernos de Saúde Pública**;32(10):e00012316, 2016.

TREVISAN J. **Devassos no paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia a atualidade.** 4. ed. Rio de Janeiro:Objetiva; 2018.

UNAIDS. **Profilaxia pré-exposição oral - contextualizando uma nova opção.** In: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), 2014.

ZUCCHI, E. M., *et al.* Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00206617, Nov. 2017. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/485/da-evidencia-ao-desafios-dosistema-nico-de-sade-para-ofertar-a-profilaxia-pr-exposio-sexual-prep-ao-hiv-s-pessoasem-maior-vulnerabilidade>. Acesso em: 10 Out. 2022.

ZIMMERMANN, H. M. *et al.* Motives for choosing, switching and stopping daily or event-driven pre-exposure prophylaxis - a qualitative analysis. **Journal of the International AIDS Society.** v. 22, n.10, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31612621/>. Acesso em: 2 Jun 2022.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O início dessa cartografia foi marcado por um enquadre digno de ser explicitado. A discussão sobre a PrEP era incipiente, a divulgação dos resultados do PrEP Brasil estava começando a ser publicados, existia em vários setores da sociedade um certo receio com a ideia de se utilizar anti-retrovirais como esteja de prevenção. Mesmo no âmbito acadêmico existia um certo desconforto com a restrição da oferta apenas à chamada “população chave”. Pensar o recurso exclusivo a esse grupo ao mesmo tempo que como sanitaristas em formação nos trazia a esperança de pensar que muitas infecções poderiam ser evitadas, nos traziam o desconforto de pensar nas consequências de um possível retorno à ideia de grupo de riscos e as possíveis iatrogenias dessa política de acesso direcionada.

O primeiro ano de envolvimento com o tema, momento em que decidi também iniciar o uso da PrEP foi marcado por uma visão mais crítica do recurso. As paranoias ambivalentes que escutei posteriormente no campo com as narrativas de alguns usuários, em suas dúvidas sobre a necessidade de se estar em PrEP e possíveis receios quanto a efeitos colaterais futuros, também fizeram parte de meu processo de adesão. Esse momento fez com que me aproximasse de uma lente biopolítica mais dura para pensar a adesão à PrEP. Uma linha dura que conduzia meu olhar para pensar a profilaxia mais próxima de um panóptico de vigilância sanitária e controle de corpos marginalizados pela racionalidade heteronormativa.

Retomar os textos clássicos foucautianos, analisar a patologização da homossexualidade pelas novas estratégias de biomedicalização contemporâneas foi um momento decisivo nessa tese. A leitura da produção de Larissa Pelúcio, minha querida professora da graduação em psicologia na UNESP de Bauru, me fez lembrar a potência do trabalho cartográfico de Néstor Perlongher e o conceito de dispositivo da aids passou a guiar meu olhar para pensar o objeto dessa tese.

A perspectiva dos estudos sobre o risco generosamente apresentados de forma magistral pela professora Myriam Mitjavila em disciplinas optativas que fiz no Programa Interdisciplinar em Ciências Humanas (UFSC), trouxeram uma importante camada analítica para minhas análises e desenho do projeto de pesquisa apresentado para qualificação. As contribuições da banca foram também decisivas. Um dos comentários feitos pela querida professora Sandra Caponi com sua perspicácia e potência teórica me afetou e abriu outras possibilidades para observar o objeto. Será

que uma epidemia que matou tantos, produziu tantas estigmatização e que foram atenuadas só a partir do momento em que os modernos antirretrovirais surgiram, teria no campo da biopolítica dura e dos estudos da medicalização o melhor ancoramento teórico para as análises? Essa provocação me fez retomar uma das ideias de Rose (2007) que já estavam no projeto da qualificação, mas que talvez não compreendida em sua simplicidade e objetividade, a de que a observação dos processos de medicalização das sociedades deve ser o ponto de partida de uma análise e jamais a sua constatação final.

Algumas linhas maleáveis começam a se apresentar nesse momento, e aqui destaco a importância dos textos de Paul Preciado, que tanto me influenciaram nesse percurso. A ideia de um capitalismo farmacopornográfico me parecia potente para pensar a produção de subjetividades envolvidas no processo de aderência a PrEP. O célebre texto “condones químicos” (2015) ao aproximar a PrEP da pílula anticoncepcional e por sua vez de um panóptico ingerível, ao passo que retomava uma biopolítica foucaultiana trazia um elemento essencial para equação: o desejo. Mais que coagidos a aderir à PrEP por uma pressão exclusivamente sanitária, outras camadas também estavam presentes. A possibilidade de maximizar o prazer pelo recurso.

O movimento das “ Truvada Whores” ou como bem traduzido por um dos nossos informantes como Putinhas da PrEP ,ao salientar para a importância de não aderirmos aos estrangeirismos, é um importante aspecto para pensarmos como ao falarmos de dispositivos/ agenciamentos há de se notar que várias linhas os compõem, temos linhas duras, maleáveis, mas também linhas de fuga, a escuta de muitos informantes nos mostrou como a PrEP ao apresentar-se como um antídoto das paranoias de infecção possibilitou novos arranjos de existência. Produziu novas estéticas e formas de se relacionar e viver as práticas sexuais.

Por sua vez, as elaborações teóricas e escuta das narrativas com nossos informantes nos ajudaram a formular uma compreensão de ser o risco não apenas uma forma objetificante e científica de mensurar o perigo, antes disso, configura-se como dispositivo de segurança, permitindo a interiorização do controle e, com isso, produção de subjetividades ratificadas na gramática dos riscos. Muitas histórias nos conduziram a olhar o processo de adesão a PrEP como uma resposta muitas vezes automáticas a uma percepção de risco estrutural, de reconhecimento da

homossexualidade como um perigo. Nesse contexto, as linhas duras do dispositivo da aids pareciam estar atuando com mais força orientando os processos de adesão.

As linhas maleáveis ora identificadas nas paranoias ambivalentes de nossos informantes e presentes no próprio dispositivo da PrEP ao oferecer um controle dos corpos, ao passo que promete uma maior liberdade de viver com menos medo e maior amplificação do prazer, também integram o mapa dos agenciamentos da adesão. Segundo Rolnik (1989) toda e qualquer composição do desejo no campo social se dará através do exercício dessas três linhas sempre emaranhadas e imanentes umas às outras. Numa cartografia ao explicitar as linhas que compõem os dispositivos, separamos, desmontamos algumas delas de forma artificial, criamos categorias, construtos, mas sempre há de se compreender que no plano da produção da subjetividade tal separação é impossível de ser feita.

Os desafios de apresentar os resultados dessa cartografia em forma de dois artigos, foram imensos, cada um dos textos a sua forma procurou explicitar esse emaranhado de linhas. Objetivar os processos subjetivos acarretou em riscos que contornamos aqui com a ressalva sempre necessária de pontuar que tratam-se de mapas móveis. Datados e que retratam uma fotografia de um filme. Mostram um pouco como a subjetividade de homens gays olham para um passado de pânico e medo em que se reconhecer gay era o mesmo que se ver em risco de viver com hiv e o surgimento de uma nova forma de pensar o erotismo a partir dessa nova estratégia de prevenção. Vimos que muitos estigmas são revisitados a partir da disseminação da PrEP entre a comunidade de homens gays. Refletimos criticamente que a liberdade oportunizada pelo dispositivo também comporta limites. Nessa vivência em PrEP e as ricas trocas com todos aqueles que integraram essa cartografia nos mostraram o quão complexa é a interface da sexualidade com lógica e discursos da saúde, sendo esse texto apenas um exercício de esboçar um mapa que jamais deve ser confundido com o território.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- ABIA. Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. Rio de Janeiro: ABIA, 2016.
- ADAM, B. D. Constructing the neoliberal sexual actor: Responsibility and care of the self in the discourse of barebackers. **Culture, Health & Sexuality**, v. 7, n. 4, p. 333–346, 2005.
- ADAMY, P.; CASIMIRO, G.; BENZAKEN, A. Na era da prevenção combinada. *In*: PARKER *et al.* (org.). **Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção**. Rio de Janeiro: ABIA, 2018.
- ANDERSON, P. L., *et al.* Emtricitabine-tenofovir concentrations and pre-exposure prophylaxis efficacy in men who have sex with men. **Science translational medicine**, v.4, n. 151, 2012.
- ANGELL, M. **The truth about the drug companies: how they deceive us and what to do about it**. New York: Random House Digital, Inc., 2005.
- ANVISA. **Anvisa aprova novo medicamento para prevenção do HIV**. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2023/anvisa-aprovou-um-novo-medicamento-para-a-profilaxia-do-hiv>. Acesso em: 20 de agosto de 2023.
- AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: Editora UNESP; 2003.
- ÁVILA, R.; MONTENEGRO, M. **Barebacking: condiciones de poder y prácticas de resistencia en la biopolítica de la salud sexual**. *Athenea Digital*, v. 11, n. 3, p. 27-49, 2011.
- AYRES J. R. C. M. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.
- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA, I.J.R.; CALAZANZ, G. J. **Aids, Vulnerabilidade e Prevenção**. São Paulo: Mimeo, 1993.
- AYRES, J.R.C.M. *et al.* **Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999. Acesso em: 21 nov. 2023.
- AYRES, J.R.C.M. O enfoque de risco na programação em saúde: fundamentos e perspectivas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 4, n. 1-2, p. 72-74, jan.-dez. 1995.
- AYRES, J.R.C.M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu**, v. 6, n. 11, p. 11-24, ago, 2002.

AZEVEDO, R. O “Truvada”, a AIDS e a lógica. Ou: Um remédio de combate à AIDS que pode induzir uma elevação dos casos de contaminação. **Veja**: 16 de julho de 2012. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/coluna/reinaldo/o-truvada-a-aids-e-a-logica-ou-um-remedio-de-combate-a-aids-que-pode-induzir-uma-elevacao-dos-casos-de-contaminacao>. Acesso: 27/11/2023.

BAMPI, L. Governo, Subjetivação e Resistência em Foucault. **Educação & Realidade**, v. 27, n. 1, 2002.

BARP, L.; MITJAVILA, M.; FERREIRA, D. D. Gestão biopolítica da Aids: a homossexualidade como fonte de periculosidade social. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe7, p. 223–236, 2022.

BARRETO, V. H. S. **Festas de orgias para homens: territórios de intensidade e socialidade masculina**. Salvador: Devires, 2017.

BASTOS, L.; VENTURA, L.; SIMAS, L. Identidades de gênero, sexualidades e Truvada: uma reflexão sobre a acessibilidade à profilaxia pré-exposição ao HIV/AIDS e a reivindicação de mulheres cisgênero para utilizá-lo. In: **Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women’s Worlds Congress**, 2017, Florianópolis. Anais Eletrônicos. Disponível em: https://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499540255_ARQUIVO_Trabalhocompleto_FG.pdf. Acesso em: 27/11/23.

BATAILLE, G. **O Erotismo**. Porto Alegre: L&PM, 1987.

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Principles of biomedical ethics**. New York: Oxford University Press; 1979

BECK, U. **Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade**. São Paulo: Editora 34, 2016.

BENTO, B. **A Reinvenção do Corpo – sexualidade e gênero na experiência transexual**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2006.

BERLANT, L.; WARNER, M. Sexo em público. In: JIMÉNEZ, R. M. M. (org). **Sexualidades transgressoras: uma antologia de estudos queer**. Barcelona: Içaria, p. 229-257, 2002.

BEZERRA, V. P. **O sexo “na pele”: sentidos do corpo e da pele na experiência bareback entre homens na cidade do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Ciências Sociais, 2019.

BIERNARCKI, P.; WALDORF, D. **Snowball sampling-problems and techniques of chain referral sampling**. **Sociological Methods and Research** v. 10, n. 2, p. 141-163, Novembro, 1981.

BONFANTE, G. M. **Erótica dos signos nos aplicativos de pegação: processos multissemióticos em performances íntimo-espetaculares de si**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Letras, Programa Interdisciplinar de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, 2015.

BRASIL. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Painel PrEP**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/@@search?SearchableText=Painel%20PrEP>
Acesso em: 10/08/2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.561, de 07 de novembro de 2017**. Dispõe sobre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV. Brasília: Diário Oficial da União, 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SCTIE/MS Nº 90, de 25 de agosto de 2022. Atualiza o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília: Diário Oficial da União, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da infecção pelo HIV com uso de terapia antirretroviral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de implantação da Profilaxia Pré-Exposição – PreP**. Brasília: Ministério da Saúde.2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. SZWARCOWALD, C.L. **Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo**. Disponível em: http://sistemas.aids.gov.br/prevencao2010/sites/default/files/page/2010/18.06.2010/MR_CeliaLandmann.pdf. Acesso em: 27/11/2023.

BRASIL. **Portaria no 22, de 25 de maio de 2017**. Torna pública a decisão de aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da profilaxia pré-exposição de risco à infecção. Brasília: Diário Oficial da União, 2017c.

BRASIL. **Profilaxia pré-exposição sexual ao HIV - PrEP HIV Orientações para profissionais de saúde - guia de consulta rápida**. Brasília: Diário Oficial da União, 2017d.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**– Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRISSON, J.; NGUYEN, V.K. Science, Technology, Power and Sex: PrEP and HIV-Positive Gay Men in Paris. **Culture, Health & Sexuality**, v. 19, n. 10, p. 1066–1077, 2017.

BUTLER, J. **Precarious life: the powers of mourning and violence**. New York: Verso, 2004.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2018.

BUTLER, J. Regulações de gênero. **Cadernos Pagu**, n. 42, p. 249–274, 2014.

CALABRESE, S. K.; UNDERHILL, K. How Stigma Surrounding the Use of HIV Preexposure Prophylaxis Undermines Prevention and Pleasure: A Call to Destigmatize “Truvada Whores”. **American Journal of Public Health**, v. 105, p. 1960-1964, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302816>. Acesso em: 21/11/2023.

CAMARGO, K.R.Jr. Medicalization, pharmaceuticalization, and health imperialism. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 29, n. 5, p. 844–846, maio 2013.

CAMARGO, W.; RIAL, C. Hormônios e micropolíticas de gênero na era farmacopornográfica. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 34, p. 363-371, 2019.

CANDIOTTO, C. Ética e política em Michel Foucault. **TRANS/FORM/AÇÃO: Revista de Filosofia da Unesp**. v. 33, n. 2, 2010.

CAPONI, S. Viver e deixar morrer. **Revista ed bioética/UNESCO**. v.2, n.10, pp. 27-37, 2014. Disponível em: <https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/Art3-Caponi-R10.pdf>. Acesso em: 27/11/2023.

CARRARA, S. A Aids e a História das Doenças Venéreas no Brasil (do século XIX aos anos 20). In: LOYOLA, M. A. (Org.). **Aids e Sexualidade – o ponto de vista das Ciências Humanas**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, pp. 73-108.

CARRARA, S. Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo. **Mana**. v.21, n.2, p. 323-45, ago 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132015000200323&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15/08/2018.

CASSIANO, M; FURLAN, R. O processo de subjetivação segundo a esquizoanálise. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n.2, pp. 373-378, 2013.

CASTEL, R. **A discriminação negativa: cidadãos ou autóctones?**. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

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

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 1999.

CASTIEL L, **A Saúde Persecutória e os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CASTIEL, L, D. **A medida do possível saúde, risco e tecnobiociências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CLARKE, A.; MAMO, L.; FISHMAN, J.; SHIM, J.; FOSKET, J. Biomedicalization. A theoretical and substantive introduction. *In*: CLARKE, A.; *et al.* **Biomedicalization. technoscience, health and illnesses in the U.S.** Durham: Duke University Press; 2010.

COLLINS, S.P.; MCMAHAN, V.M.; STEKLER, J.D. The impact of HIV Preexposure Prophylaxis (PrEP) use on the sexual health of men who have sex with men: a qualitative study in Seattle, WA. **International Journal of Sex Health**. v.29, n.1, pp. 55-68, 2017.

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: JHU Press, 2007.

COSTA, H. S. O lugar das contracondutas na genealogia foucaultiana do governo. **Revista de Filosofia Moderna e Contemporânea**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 61-78, abr. 2019.

CROSSLEY, M. L. Making sense of 'barebacking': Gay men's narratives, unsafe sex and the 'resistance habitus'. **British Journal of Social Psychology**, v. 43, p. 225-244, 2004.

CROSSLEY, M. L. **The perils of health promotion and the 'Barebacking' backlash**. *Health*, v. 6, p. 47-68, 2002.
Currículo sem Fronteiras, v. 11, n. 1, p. 54-71, jan./jun. 2011.

DE PAULA, P. S. R. **Barebacking sex: discursividades na mídia impressa brasileira e na internet**. 2009. Dissertação (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis 2009.

DEAN, T. **Breeding Culture: barebacking, Bugchasing, Giftgiving**. The Massachusetts Review, v. 49, n. 1, p. 80-94, 2008.

DEAN, T. **Unlimited intimacy: Reflections on the subculture of barebacking**. Chicago: University of Chicago Press, 2009.

DELEUZE, G. **Crítica e clínica**. São Paulo: Editora 34, 1997.

DELEUZE, G. **Cursos sobre Spinoza** (Vincennes, 1978 – 1981). Fortaleza: EdUECE, 2009.

DELEUZE, G. Rachar as coisas, rachar as palavras. In: conversações, 1992a, p. 105-117.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs – Capitalismo e Esquizofrenia: vol.3**. Rio de Janeiro: São Paulo: Ed.34, 1996.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. Trad. Eloisa Araújo Ribeiro, São Paulo: Editora Escuta, 1998.

DELEUZE; GUATTARI, F. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

DELEUZE; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol. 1. São Paulo: Ed. 34, 1995.

DINIZ, D; GUILHEM, D. **Bioética Feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade**. Revista Bioética, Brasília, v. 7, n. 2, 2009.

DODGE, B. *et al.* Sexual compulsivity among heterosexual college students. **Journal of Sex Research**, v. 41, p. 343-350, 2004.

DOUGLAS, M. **La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales**. Trad. Víctor Abelardo Martínez. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1996.

DOUGLAS, M; WILDAVSKY, A. **Risk and Culture**. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1984.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e Perigo**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1976.

DOUGLAS, Mary. **Risk and Blame: essays in cultural theory**. Londres: Routledge, 1994.

EARNSHAW, V.A.; CHAUDOIR, S.R. From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. **AIDS Behavior**, v.13, n.6, pp.116, 2019.

EATON, L.A. *et al.* Stigma and conspiracy beliefs related to pre-exposure prophylaxis (PrEP) and interest in using PrEP among black and white men and transgender women who have sex with men. **AIDS Behavior**, v.21, n. 5, pp. 1236–46, 2017.

ELIAS, N. **O Processo Civilizador. Formação do Estado e civilização**. Trad. Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.

EPSTEIN, S. **Impure Science: AIDS, Activism and the politics of knowledge**. Berkeley: University of California Press, 284 p.,1996.

FERRARI, F. **A emergência da profilaxia pré-exposição (prep): uma narrativa sobre diferentes engajamentos com a produção do saber científico na prevenção ao hiv**. 2016.Trabalho de Conclusão do Curso (Graduação) – Curso de Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre,2016.

FERREIRA-JÚNIOR, O.D.C.*et al.* Prevalence estimates of HIV, syphilis, hepatitis B and C among female sex workers (FSW) in Brazil, 2016. **Medicine** (Baltimore). Maio, 2018.

FONTANELLA, B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.2, pp.389-394, 2001.

FOUCAULT, M. A escrita de si. *In*: MOTTA, M.B. (org). **Ditos e escritos**. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

FOUCAULT, M. **A Hermenêutica do Sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade**. São Paulo: Graal, 2009.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade III - o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade. A vontade de saber**. Vol. 1. São Paulo: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade. O uso dos prazeres**. Vol. 2. São Paulo: Graal, 1984.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes,2008c.

FOUCAULT, M. O uso dos prazeres e as técnicas de si. A ética do cuidado de si como prática de liberdade. Uma estética da existência. *In*: MOTTA, M.B. (org). **Ditos e escritos**. Rio de Janeiro: Forense, 2004

FOUCAULT, M. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, M. **Segurança, território e população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, M. **Verdade e subjetividade**. Lisboa: Edições Cosmos, 1993.

FRAGOSO, S.; RECUERO, R.; AMARAL, A. **Métodos de pesquisa para internet**. Porto Alegre: Sulina, 2011.

FRANKS, J. *et al.* Sex, PrEP, and stigma: experiences with HIV pre-exposure prophylaxis among New York City MSM participating in the HPTN 067/ADAPT Study. **AIDS Behavior**, v.22, n. 4, pp.1139–49, 2018.

FREUD, S. Além do princípio do prazer. In: FREUD, S. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. [s.l.]: Imago, 2006.

GAGNON, J.; SIMON, W. **Sexual Conduct: The social sources of human sexuality**. Chicago: Aldine Transactions, 2009.

GARRAFA, V. *et al.* Críticas ao princípalismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul. **Saúde e Sociedade**. v.25, n.2, pp. 442-51, 2016. Disponível: <https://bit.ly/2PLSmb6>. Acesso em: 2/02/2018.

GILMAN, S. L. **Disease and Representation – images of illness from madness to aids**. Ithaca and Londres: Cornell University Press, 1991.

GIRARD, G. “La pilule qui change tout”? **Analyse des débats québécois autour de la prophylaxie pré-exposition du VIH**. Québec: Presses de l’Université du Québec, 2016

GRANT, R. M., *et al.* Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. **New England Journal of Medicine**, v.376, n.23, pp. 2233-2242, 2014.

GREEN, J. **Além do Carnaval: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX**. 2. ed. São Paulo: Unesp; 2019.

GRETEMAN, A. J. Fashioning a Bareback Pedagogy: Towards a Theory of Risky (Sex) Education. **Sex Education: Sexuality, Society, and Learning**, v.13, pp. S20-S31, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/14681811.2012.760154>. Acesso em: 27/11/2023.

GRINSZTEJN, B. *et al.* Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. **Lancet HIV**, v. 4, p. e169-e176, 2017.

GRINSZTEJN, B. **The network for multidisciplinary studies on ARV-based HIV prevention. O estudo demonstrativo PrEP-Brasil: dados do recrutamento e início do seguimento**. 2016. Apresentado no 6º Webinar Nemus em 28 de setembro de 2016.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: Cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

GUIMARÃES, C. D. **Descobrimo as Mulheres: uma Antropologia da Aids nas Camadas Populares**. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação do Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mimeo, 1998.

HAIRE, B. G *et al.* Preexposure prophylaxis-related stigma: strategies to improve uptake and adherence—a narrative review. **HIV/AIDS**, v.7, n. 241, 2015.

HALKITIS, P. N.; PARSONS, J. T. Intentional unsafe sex (barebacking) among HIV-positive gay men who seek sexual partners on the internet. **AIDS Care**, v. 15, n. 3, p. 367-378, 2003.

HARAWAY, D. A Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late Twentieth Century. *In*: HARAWAY, D. **Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature**. New York: Routledge, 1991, pp.149-181.

HARPAZ, B. J. **ABC Living News: Risky business**. [Podcast]. ABC. Disponível em: <http://204.202.137.111/sections/living/DailyNews/safesex990131.html>. Acesso em: 15 de junho de 2023.

HELLMANN, F.; VERDI, M. Contribuições da Genealogia de Michel Foucault à Bioética: aspectos metodológicos para o estudo dos dispositivos do biopoder. **Caderno de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, v.15, n.107, p. 158-179, ago/dez 2014.

HERDT, G. H. **Guardians of the Flutes, Volume 1: Idioms of Masculinity**. Chicago: University of Chicago PR, 1994.

HOUSTON, E., *et al.* Depressive Symptoms Among MSM Who Engage in Bareback Sex: Does Mood Matter?. **AIDS Behavior**, v. 16, pp. 2209–2215, 2012.

ILLICH, I. **Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde**. Nova Fronteira, São Paulo, 1975.

IRIART, C.; MERHY, E. E. Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 63, p. 1005–1016, out. 2017.

JOTA, F. A. **Os antirretrovirais através da história, da descoberta até os dias atuais**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto de Tecnologia em Fármacos/Farmanguinhos, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *In*: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 32-51.

KERR, L. *et al.* HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. **Medicine**, 97(1S Suppl 1), pp. S9–S15, 2018.

KULICK, D.; WILLSON, M. **Taboo: Sex, Identity and Erotic Subjectivity in Anthropological Fieldwork**. New York, London: Routledge, 1995.

LACAN, J. **Seminário 17 - o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LÉOBON, A.; FRIGAULT, L-R. **La sexualité bareback: d'une culture de sexe à la réalité des prises de risque**. Disponível em: http://www.gaystudies.org/article_leobon_bareback.pdf. Acesso em: 20/10/2006.

LOPES, A. M. P. **Saúde no Processo de Democratização Brasileiro: promoção da saúde, biopolíticas e práticas de si na constituição de sujeitos de saúde**. 2012. 312f. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Florianópolis, 2012.

LOURAU, R. **A análise institucional**. 2ª. Ed. rev. Petrópolis: Vozes: 1995

LOURO, G. L. (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001

LUPTON, D. **Risk**. London: Routledge, 2003.

MAIA, A. Do biopoder à governamentalidade: sobre a trajetória da genealogia do poder.

MAIRESSE, D.; FONSECA, T. M. G. Dizer, escutar, escrever: redes de tradução impressas na arte de cartografar. **Psicologia em Estudo**, v.7, n.2, pp.111-116, 2002.

MANSENGH G, M. G.; COLFAX, G.N. “Barebacking” in a diverse sample of men who have sex with men. **AIDS**, v.16, pp. 653-659, 2002.

MARRAZZO, J. M., *et al.* Tenofovir-Based Preexposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women. **New England Journal of Medicine**, v. 372, pp.509-518, 2015.

MARTINS, L. A. M.; PEIXOTO JUNIOR, C. A. Deslocamentos na Governamentalidade: a subjetivação como resistência ético-política em Foucault. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 13, n. 27, p. 245- 259, ago. 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2013000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22/11/2023

MENDES, J.M. **Sociologia do risco: uma breve introdução e algumas lições**. [s.l.]: Imprensa da Universidade de Coimbra,2015.

MIMIAGA, M.J.; CLOSSON, E.F.; KOTHARY, V.; MITTY, J.A. Sexual partnerships and considerations for HIV antiretroviral pre-exposure prophylaxis utilization among high-risk substance using men who have sex with men. **Archives of sexual behavior**, v.43, n.1, pp. 99–106, 2014.

MISKOLCI, R. A Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. **Sociologias**, ano 11, n. 21, p. 150-182, jan./jun., 2009.

MITJAVILA, M. O risco como recurso para a arbitragem social. **Tempo Social**, v. 14, n. 2, p. 129–145, out. 2002.

MOLINA J. M.; CAPITANT, C.; SPIRE, B. *et al.* On-Demand Pre-exposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. **NEJM**, [s.l.], v. 373, n. 23, p. 2237-46, 2015.

MORRIS,P.; PAASONEN, S. Risk and Utopia: A Dialogue on Pornography. **GLQ**, v. 20, n. 3, pp. 215–239, 2014.

MOTTA, R. Risco e modernidade: uma nova teoria social?. **Revista Brasileira De Ciências Sociais**, v. 29, n. 86, 2014.

MOYNIHAN, R.; HENRY, D. The fight against disease mongering: generating knowledge for action. **PloS Med**. v.3, n. 4, p. e191, 2006.

NEVES, E.; JEOLÁS, L. Para um debate sobre risco nas ciências sociais: aproximações e dificuldades. **Revista de Ciências Sociais**, n. 37, pp. 13-31, 2012.

O'MALLEY, P. Governmentality and Risk. *In*: ZINN, J. **Social Theories Of Risk And Uncertainty**. Sydney: Oxford Sydney Law School Research Paper, n. 09/98, pp. 52-75, 2008. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=1478289>. Acesso em: 27/11/23.

ORTEGA, F. **Práticas de acese corporal e constituição de bioidentidades**. *In*: Cadernos de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 59-77, 2003.

PAIVA, V, g. “Os Simbolismos da Aids: alteridade e cidadania”. *In*: PAIVA, V. (Org.) **Em tempos de AIDS**. São Paulo: Summus, pp. 53-62,1992.

PARKER, R. **A Construção da Solidariedade – AIDS, Sexualidade e Política no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará,1994.

PARKER, R. **Abaixo do Equador – Cultura do Desejo, Homossexualidade Masculina e Comunidade Gay no Brasil**. Rio de Janeiro: Record,2002.

PARKER, R. **Estigma, discriminação e AIDS** [livro eletrônico] / Richard Parker e Peter Aggleton. 2. ed. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinas de Aids - ABIA, 2021.

PARKER, R.; ANGLENTON, P. **Estigma, Discriminação e Aids. Coleção Abia – Cidadania e Diretos**, no 1. Rio de Janeiro: Abia.,2001.

PASSOS, E. KASTRUP, V. & ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Por uma política da narratividade. *In*: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 150-171.

PAULA, P. S. R. **Barebacking sex: discursividades na mídia impressa brasileira e na internet**. Dissertação (mestrado em Psicologia). Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

PECHENY, M.; DEHESA, R. “**Sexualidades y políticas en América Latina: un esbozo para la discusión**”. *In*: Diálogo Latinoamericano sobre Sexualidade e Geopolítica, Rio de Janeiro, agosto 2009.

PELÚCIO, L. **Abjeção e Desejo: Uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids**. São Paulo: Annablume, 2009.

PELÚCIO, L. **O Cu (de) Preciado**. *In*: Iberic@l, Revue d'études ibériques et ibéro-américaines, Numéro 9 – Printemps, 2016.

PELÚCIO, L. **ONGS/Aids e Estado: parceria e conflito**. Dissertação (mestrado) em Ciências Sociais apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2002

PELÚCIO, L.; MISKOLCI, R. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. **Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana**, n.1, p.125-57, 2009. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/29/26>. Acesso em: 26/06/2022.

PERETTI-WATEL, P. **Sociologie du risque**. Paris: Armand Colin, 2000.

PERLONGHER, N. “Territórios Marginais”. *In*: GREEN, J.; TRINDADE, R. **Homossexualismo em São Paulo e Outros Escritos**. São Paulo: Editora Unesp, pp. 263-290, 2005.

PERLONGHER, N. **O Negócio do Michê - Prostituição Viril Em São Paulo**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2008.

PERLONGHER, N. **O Que é Aids**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

PERRUSI A; FRANCH M. Carne com carne gestão do risco e hiv/aids em casais sorodiscordantes no estado da paraíba. *In*: **Revista de Ciências Sociais**, n. 37, pp. 179-200, 2012.

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

POLLAK, M. **Os homossexuais e a AIDS: sociologia de uma epidemia**; tradução de Paula Rosas. São Paulo: Estação Liberdade; 1990.

PORTO, D.; GARRAFA, V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. **Revista Bioética**, v. 13, n. 1, p. 111-123, 2005.

POTTE-BONEVILLE, M. **Michel Foucault, la inquietud de la história**. Buenos Aires: Manantial, 2007.

PRADO FILHO, K; TETI, M. A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. *In: Barbaroi*, Santa Cruz do Sul, n. 38, p. 45-49, jun. 2013.

PRADO FILHO, Kleber; TETI, Marcela Montalvão. A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 38, p. 45-49, jun. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27/11/2023.

PRECIADO, B. **Qui défend l'enfant queer?**. Libération, 14.fev.2013.

PRECIADO, B. **Testo Yonqui**. Madrid: Espasa, 2008.

PRECIADO, P, B. "Cartografias 'Queer': O 'Flâneur' Perverso, A Lésbica Topofóbica e A Puta Multicartográfica, Ou Como Fazer uma Cartografia 'Zorra' com Annie Sprinkle". **Revista Performatus**, Inhumas, ano 5, n. 17, jan. 2017.

PRECIADO, P.B. **Condomes químicos por Paul B. Preciado**. Blog Parole de Queer, 2015. Disponível em: <https://paroledequeer.blogspot.com/2015/06/condones-quimicos-paul-b-preciado.html>. Acesso em 16 de fev. de 2020.

PRECIDADO, B.P. **Testo Junkie Sexo drogas e biopolítica na era farmacopornográfica**. 1 ed, São Paulo:n-1 edições, 2018.

QUEIROZ, A.A.F.L.N.; SOUSA, A.F.L.. Fórum PrEP: um debate on-line sobre uso da profilaxia pré-exposição no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n.11, 2017.

RABINONOW, P. **Antropologia razão**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

RABINOW, P. **Essays on the anthropology of reason**. Princenton: Princenton University, 1996.

RABINOW, P.; ROSE, N.. O conceito de biopoder hoje. **Revista de Ciências Sociais - Política & Trabalho**, João Pessoa, n. 24, pp. 27-57, 2006.

REVEL, J. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Editora Clara Luz, 2005.

ROHDEN, F. Produção e consumo de novas referências e tecnologias de intervenção na sexualidade. *In: SANTOS, L.H.S.; RIBEIRO, P.R.G. (Org.). Corpo, gênero e sexualidade: instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida*. Rio Grande: FURG, 2011.

ROHDEN, F.. A centralidade do sexo nas estratégias recentes de promoção da saúde do homem no Brasil. **Revista De Antropologia**, v. 57, n. 2, pp. 173-214, 2014. Disponível: <https://doi.org/10.11606/2179-0892.ra.2014.89112>. Acesso em: 27/11/23.

ROJAS, D. **Factores asociados a conductas de riesgo en HSH: Barebacking, serosorting**. Comunicación presentada en el X Congreso Nacional Sobre El SIDA, San Sebastián, España, 2007.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: UFRGS, 2007.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

ROSE, N. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século xxi**. São Paulo: Paulus, 2013.

ROSE, N. Biopolítica molecular, ética somática e o espírito do biocapital. In: SANTOS, L.H.S.; RIBEIRO, P.R.G. (orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade: instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida**. Rio Grande: FURG, 2011.

ROSE, N. **Para além da medicalização**. *Lancet*, v.369, pp. 700-01, 2007.

ROSEMBERG, S. **Neuropatologia**. São Paulo: Sarver, 1992.

ROSENGARTEN, M. **HIV Interventions: biomedicine and the traffic between information and flesh**. Seattle: University of Washington Press, 2009.

ROSENGARTEN, M.; MICHAEL, M. The performative function of expectations in translating treatment to prevention: the case of HIV pre-exposure prophylaxis, or PrEP. **Social Science & Medicine**, n.69, p.1049-1055, 2009.

RUBIN, G. Estudando subculturas sexuais: escavando as etnografias das comunidades gays em contextos urbanos da América do Norte. **Interseções entre gênero, sexualidade e curso da vida**, v. 13 n. 1, 2018.

RUBIN, G. Pensando sobre sexo: Notas para uma teoria radical da política da sexualidade. **Cadernos Pagu**, n. 21, pp. 1 - 88. 2003.

SAFATLE, V. **O circuito dos afetos**. São Paulo: CosacNaify, 2015.

SANCHES, *et al.* Vulnerabilidade moral: leitura das exclusões no contexto da bioética. **Revista Bioética**, v.26, n.1, Jan./Mar. 2018.

SANTOS, D. K. As produções discursivas sobre a homossexualidade e a construção da homofobia: problematizações necessárias à psicologia. **Revista EPOS**, v. 4, n. 1, 2013.

SANTOS, N. T. V.; ALMEIDA, R. B. F.; BRITO, A. M. **Vulnerabilidade de usuários de crack ao HIV e outras doenças transmissíveis: estudo sociocomportamental e de prevalência no estado de Pernambuco**. Recife: s.n, 2016.

SCHNARRS, P.W.; GORDON, D.; MARTIN-VALENZUELA, R. *et al.* Perceived social norms about oral PrEP use: Differences Between AfricanAmerican, Latino and White gay, bisexual and other men who have sex with men in Texas. **AIDS Behavior**, v.30, pp. 1-5, 2018.

SCHRAMM, F. A bioética como forma de resistência à biopolítica e ao biopoder. **Revista Bioética**, v.18, n. 3, pp. 519 – 35, 2010.

SCHRAMM, F.R. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, v.16, n.1, pp. 11-23, 2008.

SEFFNER, F. “Aids, Estigma e Corpo”. In: LEAL, O. F. (Org.) **Corpo e Significado – Ensaios de Antropologia Social**. Porto Alegre: Editora da Universidade, pp. 391-415,1995.

SEFFNER, F; PARKER, R. A neoliberalização da prevenção do hiv e a resposta brasileira à Aids. In: ABIA (Org.). **Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. Rio de Janeiro: ABIA. 2016.

SHERNOFF, M. (Ed.). **Without Condoms: Unprotected Sex, Gay Men & Barebacking**. New York: Routledge, 2006.

SILVA, L.A.V. Barebacking e possibilidade de soroconversão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, pp. 1381-1389, jun, 2009.

SILVA, L.A.V. Cybersexuality and online research: some reflections about the concept of barebacking. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.34, p.513-27, jul./set. 2010.

SILVA-BRANDÃO, R. **Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) no contexto do processo de individualização e saúde**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2018.

SONTAG, S. **Doença como metáfora, Aids e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.

SPIELDENNER, A.. **Truvada whores?: An analysis of stigma and user perceptions of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) efficacy**. International AIDS Society Conference on HIV Science. International AIDS Society, 2016.

SPINK, M. J. P.. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cadernos De Saúde Pública**, v. 17, n. 6, p. 1277-1311, 2001.

SPINK, M.J.; CAMARGO, J.K.. Reflexões sobre autoridade epistêmica na área da saúde: uma conversa com Kenneth Camargo. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.38, n. 102, p. 654-669, jul-set 2014.

STALL, R. *et al.* Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: The Urban Men's Health Study. **Addiction**, v. 96, p. 1589-1601, 2001.

STARFIELD, B.; HYDE, J.; GÉRVAS, J.; HEATH, I. The concept of prevention: a good idea gone astray?. **Journal Epidemiology Community Health**, v.62, n.7, pp. 580-583, 2008. TEDESCO, S. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, pp. 299-322, Maio/Ago. 2013. TESSER, C. D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção?. **Revista de Saúde Pública**, v 51, 2017.

TESSER, C.D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface (Botucatu)** [online]. vol.10, n.19, 2006.

TESSER, C.D.; NORMAN, A.H. Differentiating clinical care from disease prevention: a prerequisite for practicing quaternary prevention. **Caderno de Saúde Pública**, v. 32, n.10, e00012316, 2016.

TIM, D. No Sex Please, We're American. **American Literary History**, v. 27, n. 3, pp. 614–624, 2015.

TOMSO, G. Bugchasing, barebacking and the risks of care. **Literature and Medicine**, v. 23, n. 1, p. 88-111, 2004.

TREVISAN, J. S. **Devassos no Paraíso: homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade**. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2018.

UNAIDS. **Profilaxia pré-exposição oral - contextualizando uma nova opção**. Geneva: UNAIDS, 2014.

UOL. Capa da Revista Época – A outra pílula azul. Observatório UOL. Disponível em: <https://observatoriog.bol.uol.com.br/noticias>. Acesso em: 20/05/2019.

VAN DAMME L, *et al.* Preexposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women. **The New England journal of medicine**. 2012.

VIDARTE, P. **La necesidad de una ética marica**. In: VIDARTE, P. Ética Marica. Proclamas libertarias para una militancia LGTBQ. Barcelona–Madrid: Egales Editorial, 2007

WEEKS, J. **O corpo e a Sexualidade**. In: LOURO, G. L. (Org.). O Corpo Educado: pedagogias da sexualidade. Trad. de Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica, 1999, p. 35-82.

WHO. **Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach**. [s.l.]: World Health Organization, 2012.

WILTON, L.; DRESCHER, J. (Org.). **Barebacking: psychosocial and public health approaches**. New York: Haworth Medical Press, 2005.

WOLITSKI, R. J. The emergence of barebacking among gay and bisexual men in the United States: A public health perspective. In: HALKITIS, P. N.;

ZAMBENEDETTI, G; SILVA, R. Cartografia e genealogia: aproximações possíveis para a pesquisa em psicologia social. **Psicologia Social**, Florianópolis , v. 23, n. 3, p. 454-463, Dec. 2011.

ZIMMERMANN, H. M. *et al.* Motives for choosing, switching and stopping daily or event-driven pre-exposure prophylaxis - a qualitative analysis. **The Journal of the International AIDS Society**. v. 22, n.10, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31612621/>. Acesso em: 2 Jun 2022.

ZUCCHI, E. M., *et al.* Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. **Caderno de Saúde Pública**, v. 34, n. 7, e00206617, Nov. 2017. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/485/da-evidncia-ao-desafios-dosistema-nico-de-sade-para-ofertar-a-profilaxia-pr-exposio-sexual-prep-ao-hiv-s-pessoasem-maior-vulnerabilidade>. Acesso em: 10/10/ 2022.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DAS SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Em acordo com a Resolução CNS 466/2012)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa:
**POLÍTICAS DE SUBJETIVAÇÃO EM USUÁRIOS E EX USUÁRIOS DA
PROFILAXIA PRÉ EXPOSIÇÃO AO HIV (PrEP): UMA CARTOGRAFIA DOS
AFETOS EM SEXUALIDADES**

TRANS-VIADAS. Esta pesquisa será realizada pelo doutorando Diego Diz Ferreira, discente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Explicações do pesquisador sobre a pesquisa:

1. **Justificativa e objetivo da pesquisa:** O principal objetivo é analisar o processo de subjetivação em usuários e ex usuários da Profilaxia Pré Exposição ao hiv (PrEP), conhecer as dinâmicas psico sociais envolvidas a partir da decisão de fazer uso do fármaco. Avaliar esses efeitos de ordem psíquica, comportamental e valorativa são fundamentais pois a PrEP é um recurso novo, sendo necessário ampliar esse campo de estudo.
2. **Procedimento de coleta de informações:** Se você concordar em fazer parte desta pesquisa, você participará de uma entrevista de aproximadamente 90 minutos. Você também poderá ser convidado a participar de um encontro coletivo para aprofundar os temas trabalhados neste primeiro encontro, em ambas as etapas você pode deixar de participar sem que isso acarrete qualquer tipo de penalidade.
3. **Riscos:** Durante a pesquisa você poderá sentir algum desconforto, como timidez, ansiedade e constrangimento, ao falar sobre suas experiências de uso com a PrEP. O pesquisador tentará evitar qualquer desconforto, mas caso isto ocorra, tende a ser passageiro e o pesquisador estará, a todo momento, disponível a ajudá-lo com estes sentimentos, inclusive após o término da pesquisa.
4. **Benefícios:** Ao participar da pesquisa você será escutado com respeito e consideração. O relato de sua experiência trará conhecimentos importantes

sobre a prática de uso da PrEP, contribuindo na produção acadêmica sobre esse assunto.

5. **Sigilo e anonimato:** Ao participar da pesquisa você terá garantido o sigilo e privacidade em todas as etapas da pesquisa. Você também não será identificado em qualquer publicação que esta pesquisa possa resultar.
6. **Custos e indenização:** Para participar da pesquisa você não terá custos, ou seja, sua participação será gratuita e voluntária. O pesquisador garantirá indenização a qualquer dano decorrente da pesquisa.
7. **Esclarecimentos:** Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo ao seu tratamento ou benefícios. Saliento que este TCLE atende a Resolução 466/2012 e suas complementares, bem como este projeto tem avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC (CEP/UFSC), com seu endereço no Prédio Reitoria II, na rua Desembargador Vitor Lima, no 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. pelo telefone (48) 3721-6094 ou pelo email: cep.propesq@contato.ufsc.br. Este documento TCLE será impresso em duas vias assinadas e rubricadas, ficando uma em poder do participante. Em caso de dúvida fazer contato com os pesquisadores responsáveis: Diego Diz Ferreira , domiciliado Av. Prefeito Waldemar Vieira 635 ap, 105 Saco dos Limões, Florianópolis/SC. Contato pelo celular (48) 998022509 e/ou email: diego.psicoufsc@gamil.com e Marta Inês Machado Verdi, domiciliada em Rua Laurindo Januário da Silveira 5125, Lagoa ,Florianópolis/SC. Contato pelo (48) 99721499 e/ou email: marverdi@hotmail.com

Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e mudar minha decisão, se assim eu desejar.

Declaro que concordo em participar dessa pesquisa. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Florianópolis, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador Diego Diz Ferreira

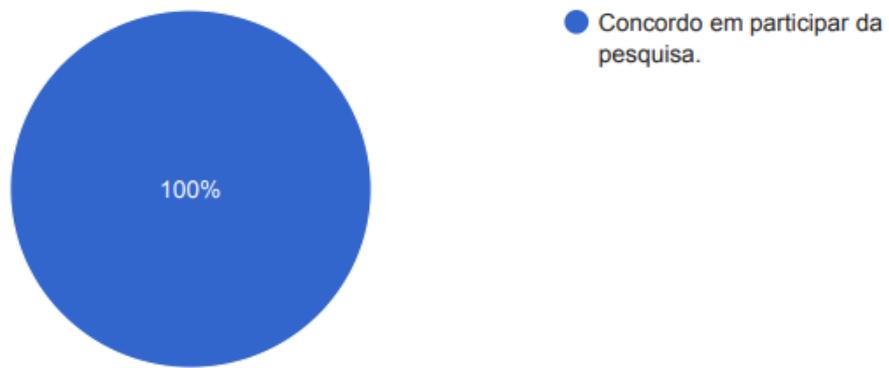
ANEXO B – FORMULÁRIO E RESPOSTAS DA PESQUISA

Pesquisa PrEP

152 respostas

Termo de Consentimento Livre Esclarecido 

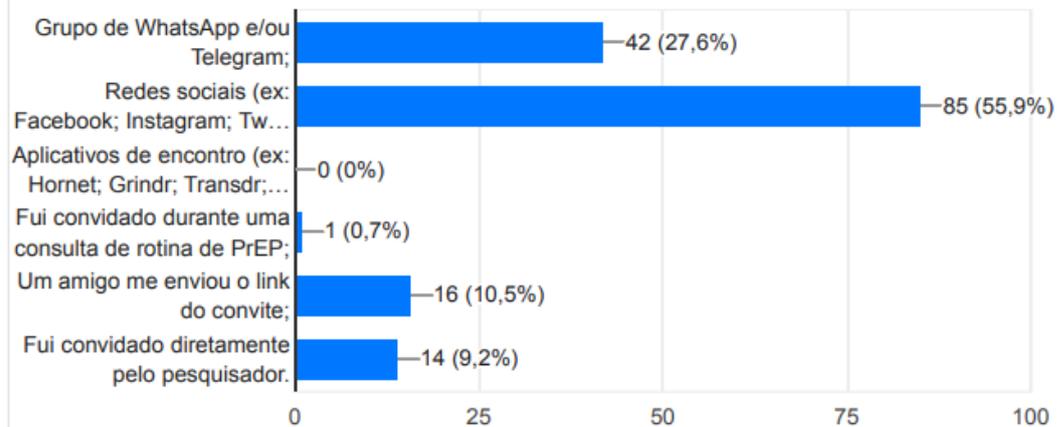
152 respostas



Como você teve acesso ao convite para participar desta pesquisa?

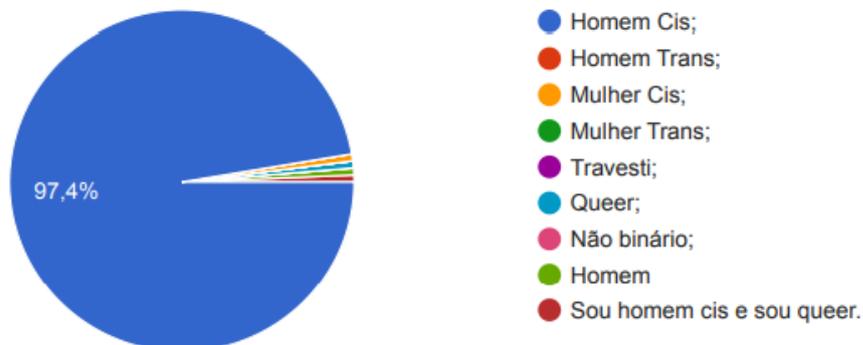
 Copiar

152 respostas



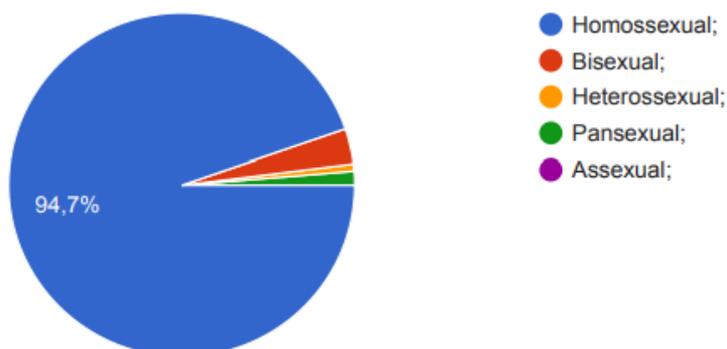
Como você se identifica?

152 respostas



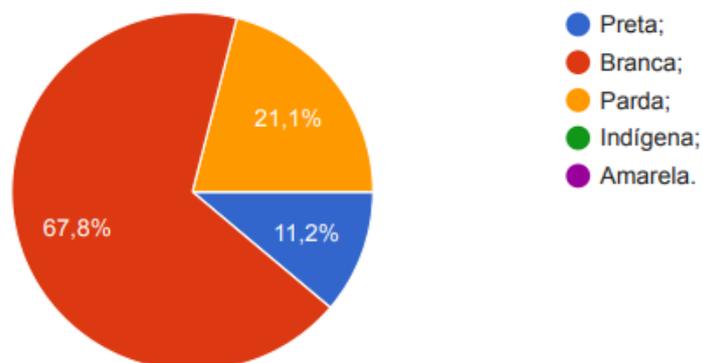
Qual sua orientação sexual?

152 respostas



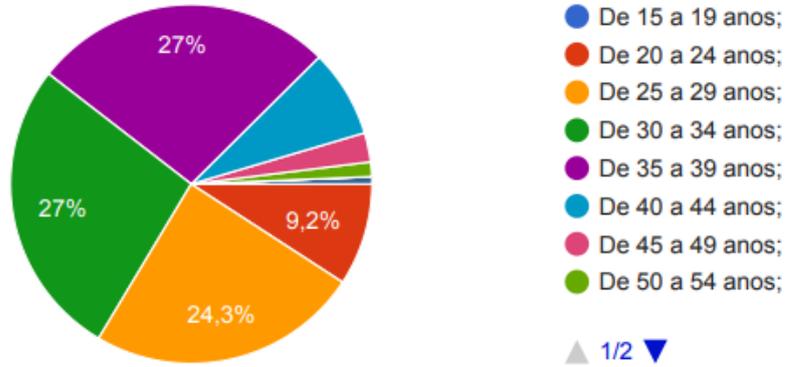
Qual sua raça/cor ?

152 respostas



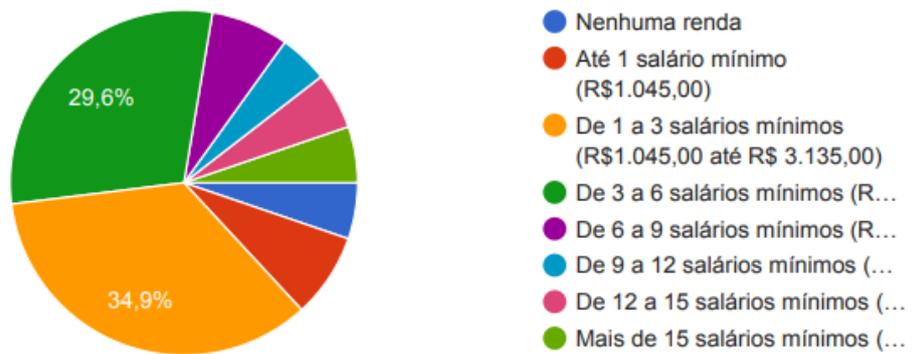
Qual sua faixa etária ?

152 respostas



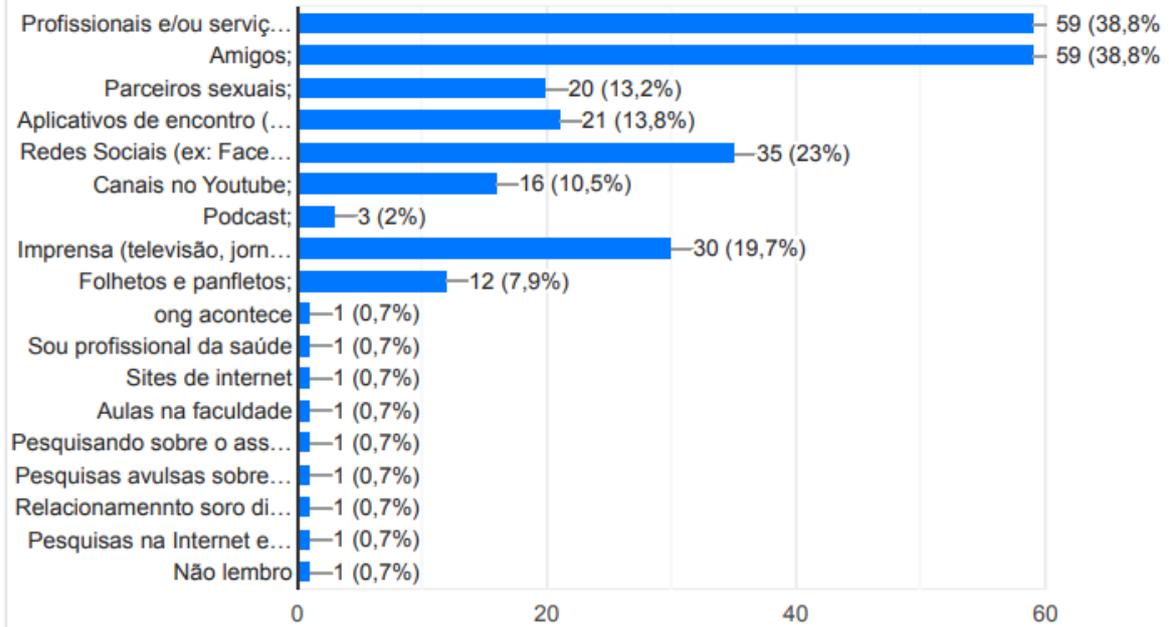
Qual sua renda mensal média?

152 respostas



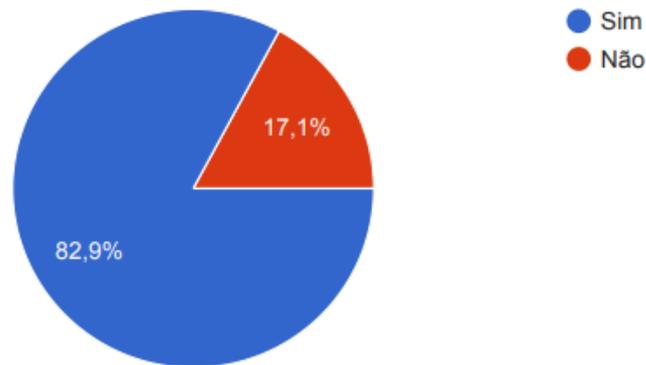
Como você ficou sabendo sobre a PrEP?

152 respostas



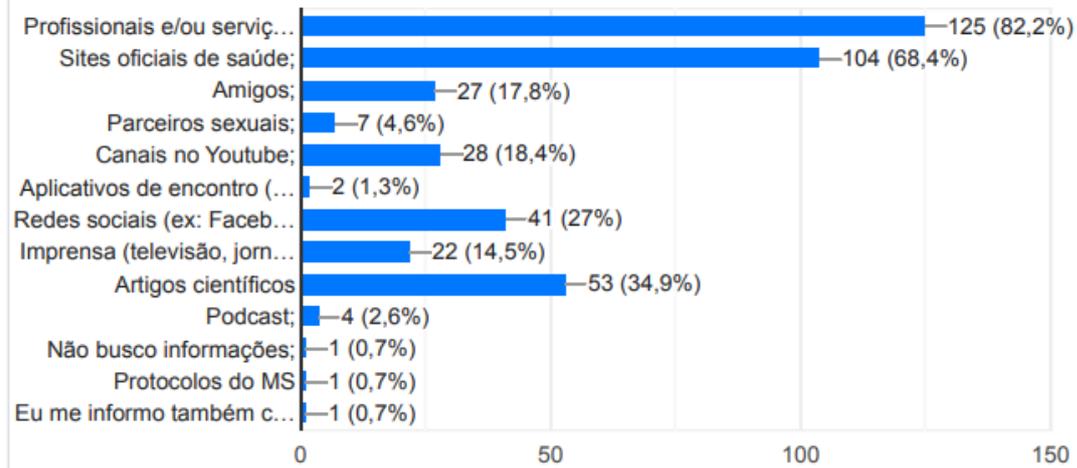
A cidade em que você retira a PrEP é a mesma onde mora?

152 respostas



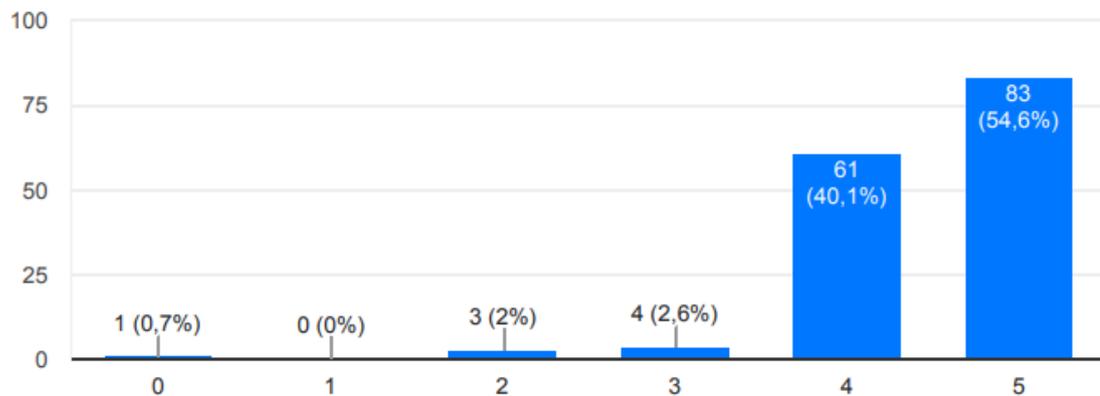
Onde você busca informações sobre a PrEP?

152 respostas



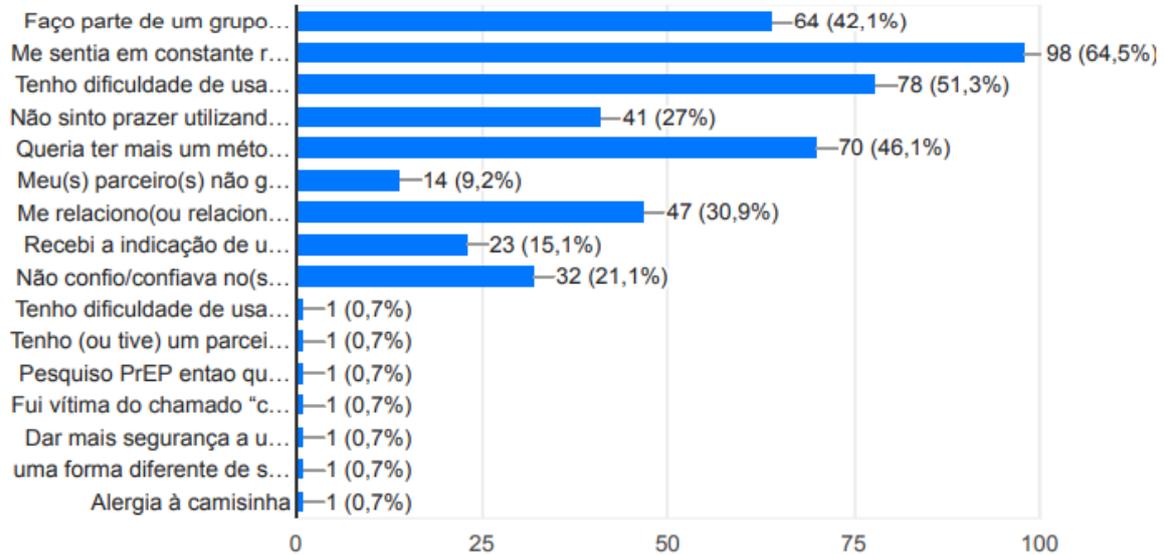
Em uma escala de 0 a 5 qual sua sensação de proteção ao HIV usando a PrEP?

152 respostas



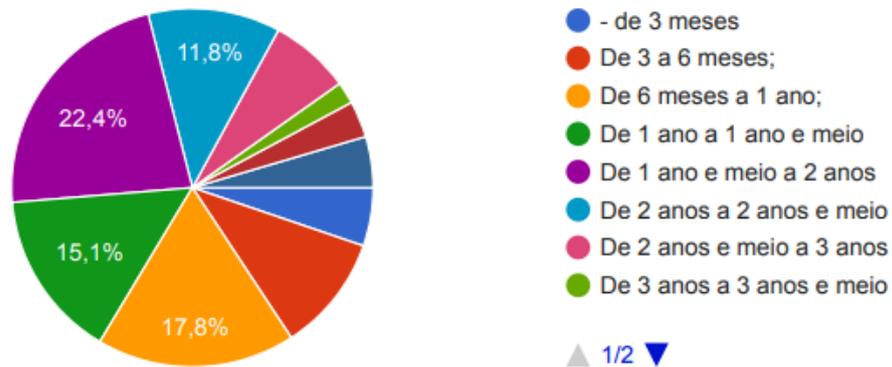
Dos motivos listados abaixo, selecione aquele(s) que mais se relacionam com sua decisão em iniciar o uso da PrEP:

152 respostas



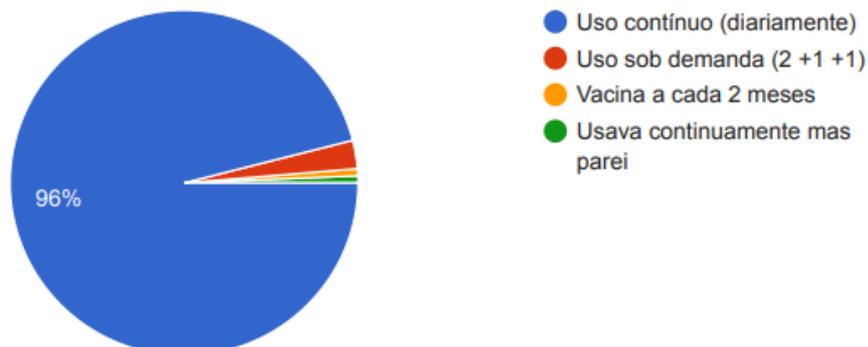
Há quanto tempo você está utilizando (ou utilizou) a PrEP?

152 respostas



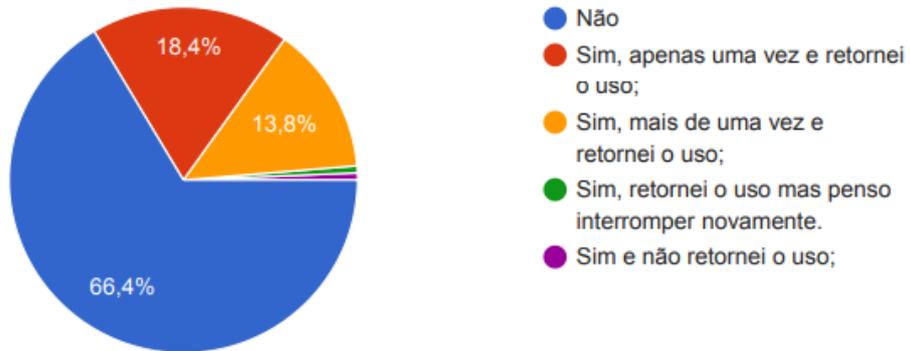
Como você utiliza a PrEP?

151 respostas



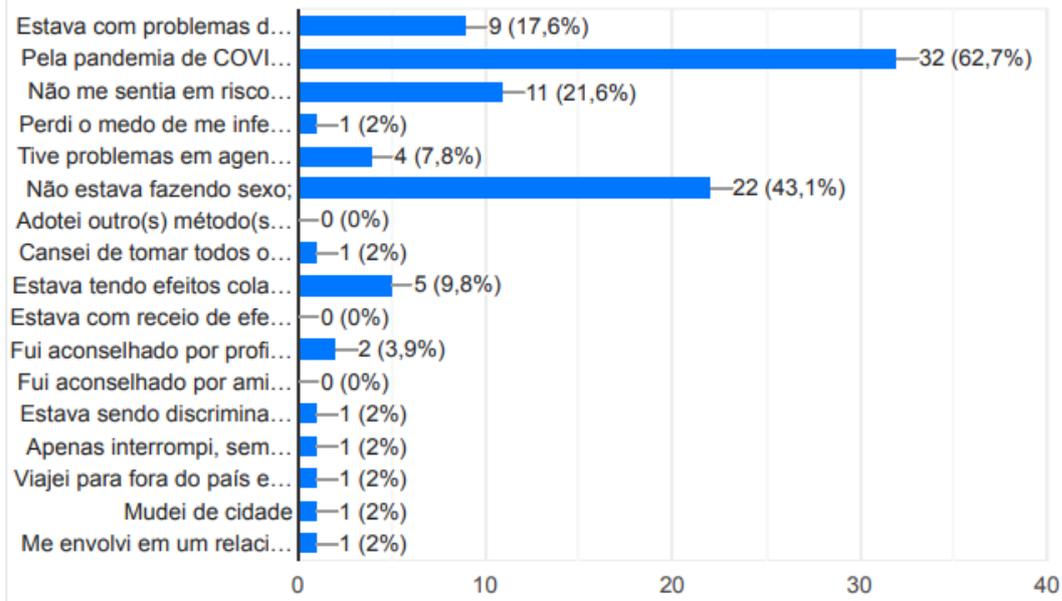
Durante o uso da PrEP você em algum momento interrompeu o uso por mais de duas semanas?

152 respostas



Selecione o(s) fatores mais relacionado(s) com a interrupção do uso da PrEP:

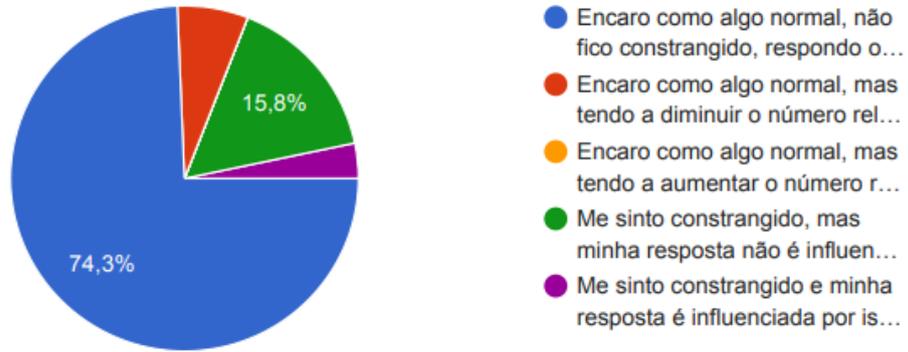
51 respostas



Durante as consultas trimestrais de PrEP quando você é perguntado sobre o número de parceiros sexuais como você tende a reagir?

r

152 respostas



Durante as consultas trimestrais de PrEP quando você é perguntado sobre a frequência no uso da camisinha, como você tende a reagir?

152 respostas



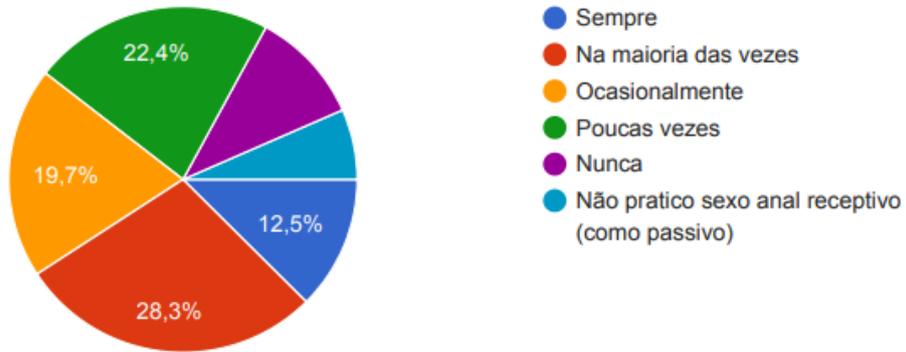
Se você esta usando a PrEP e sabe antes do ato sexual que o parceiro é soropositivo, como você tende a reagir:

152 respostas



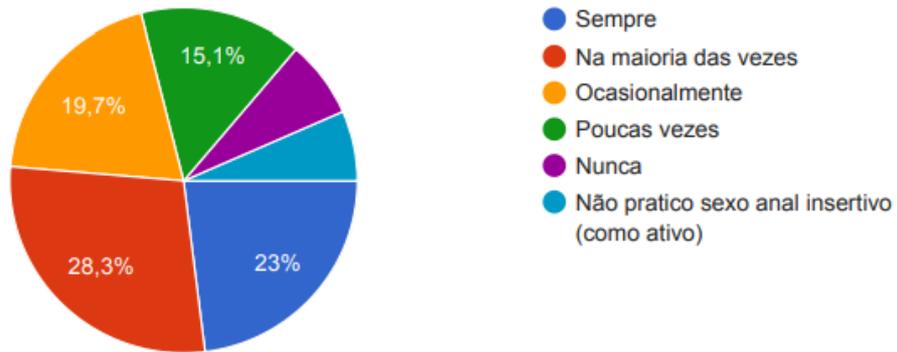
Durante o uso da PrEP você praticou sexo anal receptivo (como passivo) sem o uso da camisinha?

152 respostas



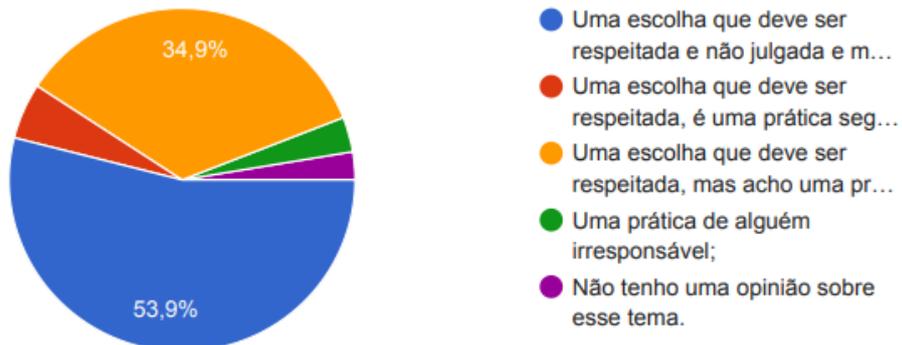
Durante o uso da PrEP você praticou sexo anal insertivo (como ativo) sem o uso da camisinha?

152 respostas



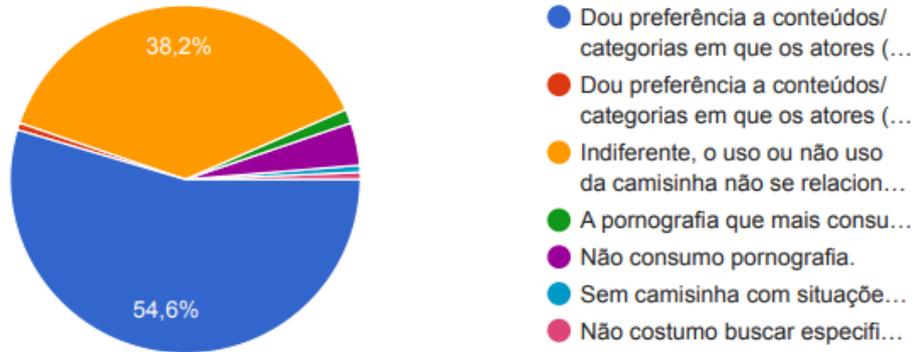
Uma pessoa que esta em PrEP se relacionando com parceiro fixo e eventuais e decide não usar mais a camisinha é para você:

152 respostas

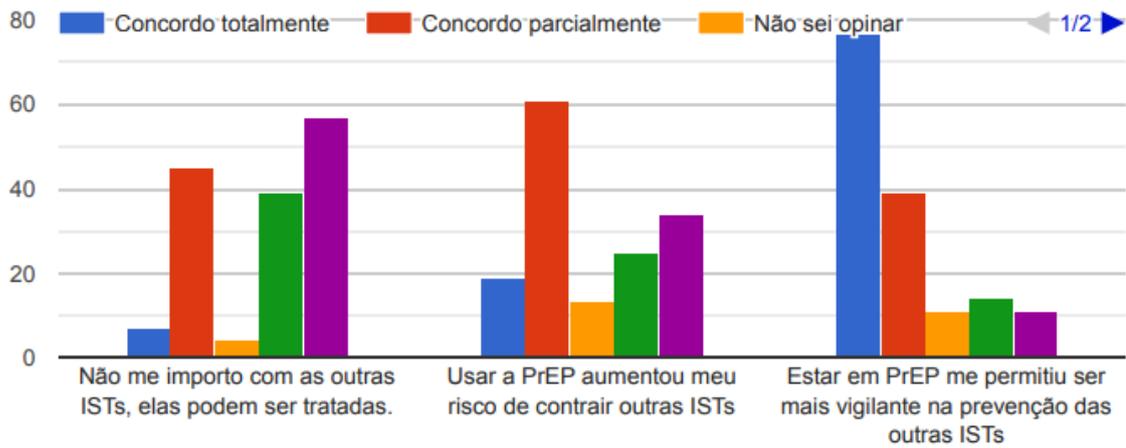


Sobre sua relação com a pornografia, responda:

152 respostas

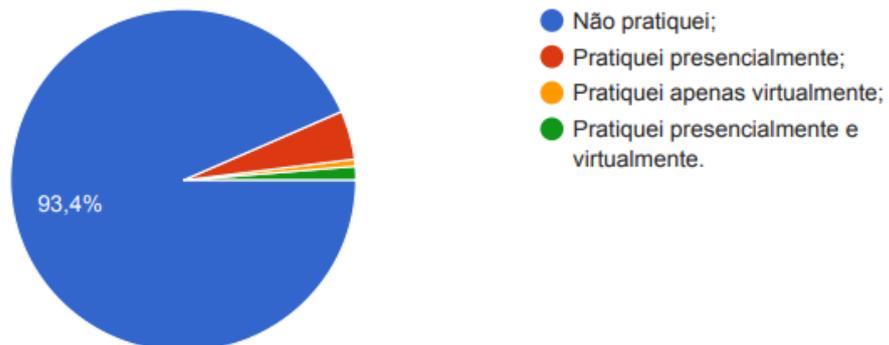


Sobre a relação da PrEP com outras Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) além do HIV, indique seu grau de concordância:



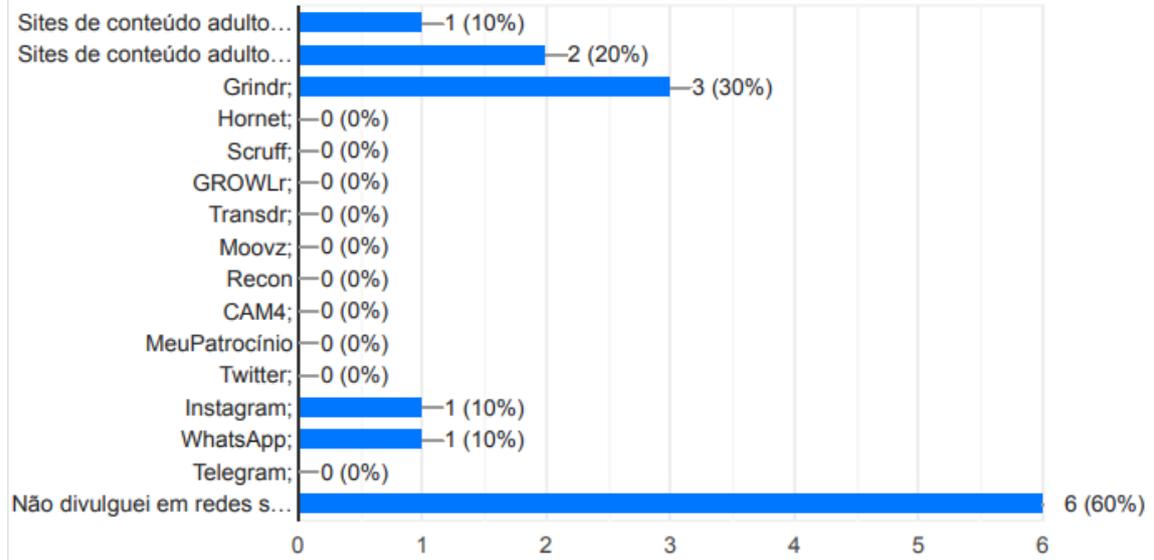
Durante o uso da PrEP você realizou alguma prática sexual remunerada* presencial ou virtualmente?

152 respostas



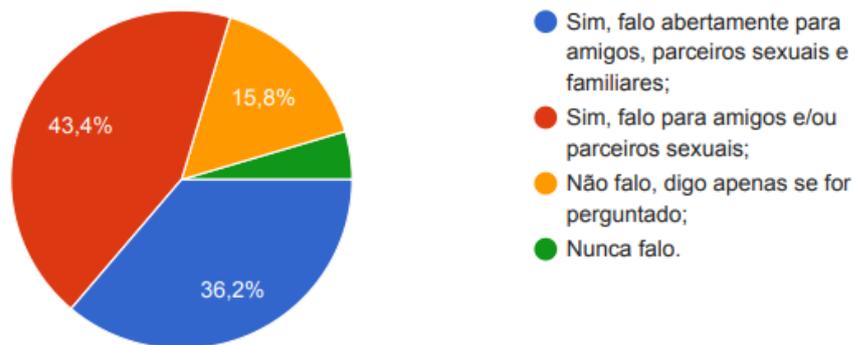
Em qual (is) plataforma(s) você realizou esse trabalho e/ou utilizou para divulgar seu trabalho?

10 respostas



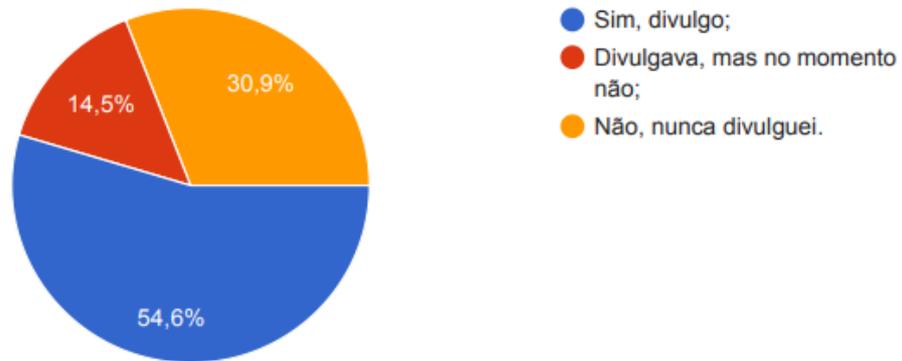
Você fala abertamente para outras pessoas que está em PrEP?

152 respostas



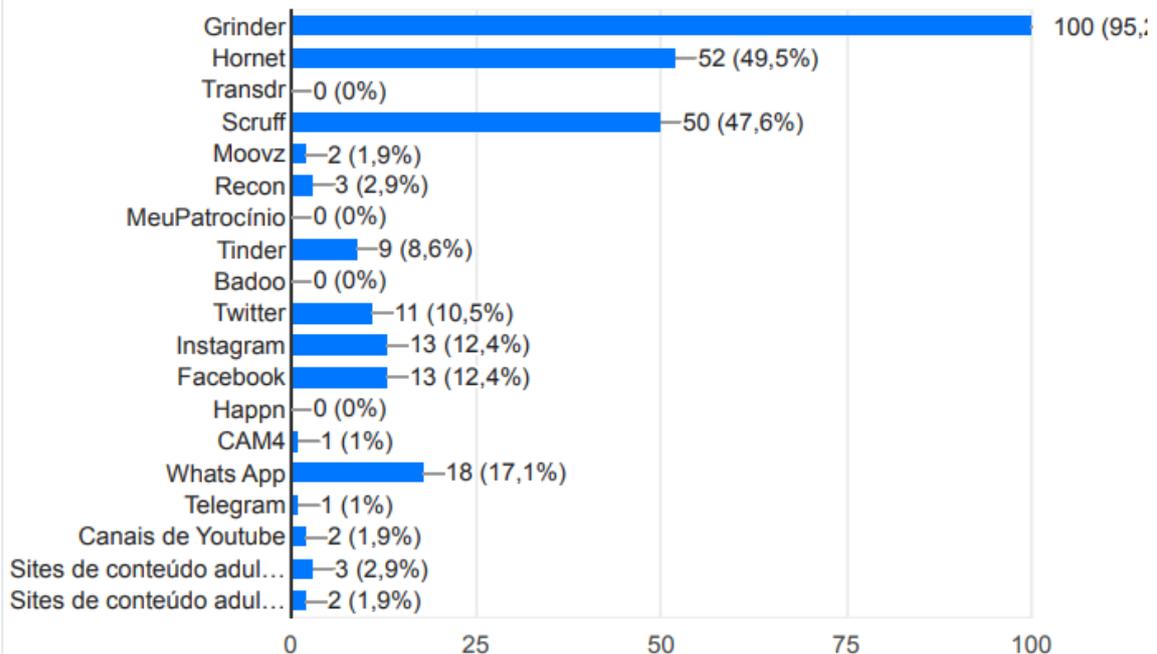
Você divulga em redes sociais e/ou aplicativos de encontro (ex: Grindr, Scruff, Transdr, Hornet) que está usando a PrEP?

152 respostas



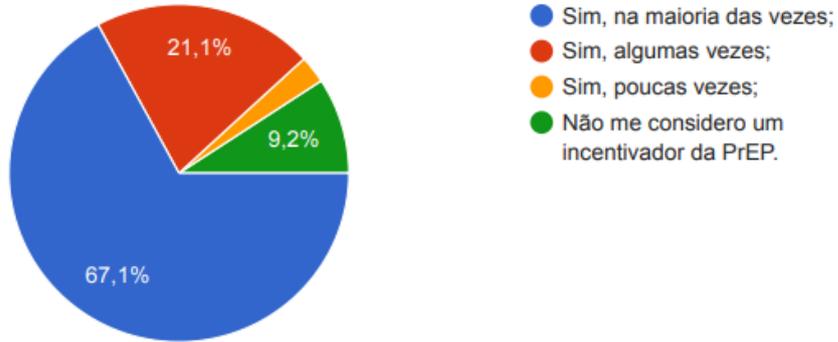
Em qual (ais) redes você divulga ou divulgou que esta/estava em PrEP?

105 respostas



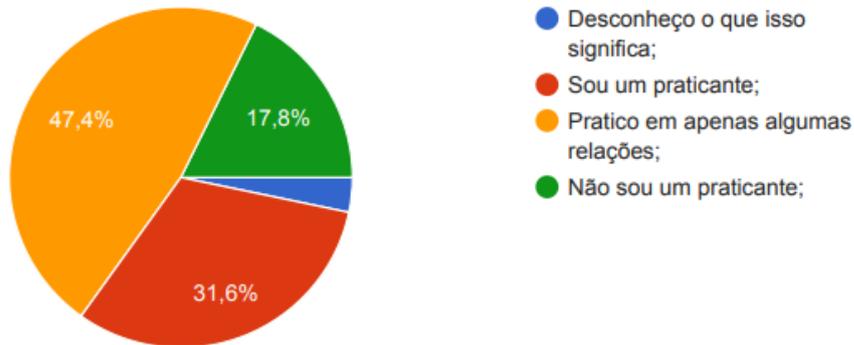
Você se considera um incentivador do uso da PrEP? Sugerindo que outras pessoas busquem o recurso?

152 respostas



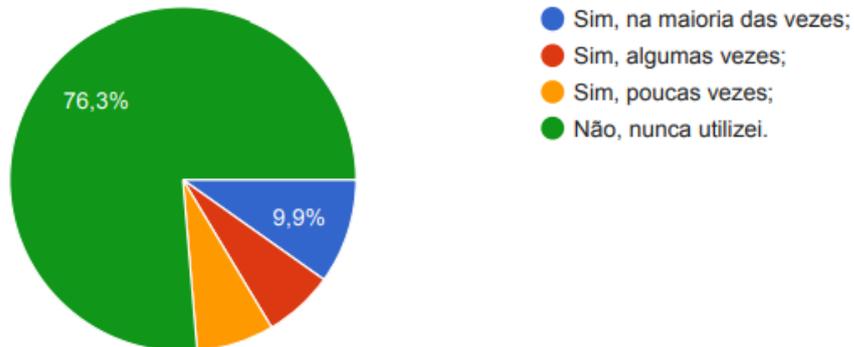
Você se considera um praticante do barebacking?

152 respostas



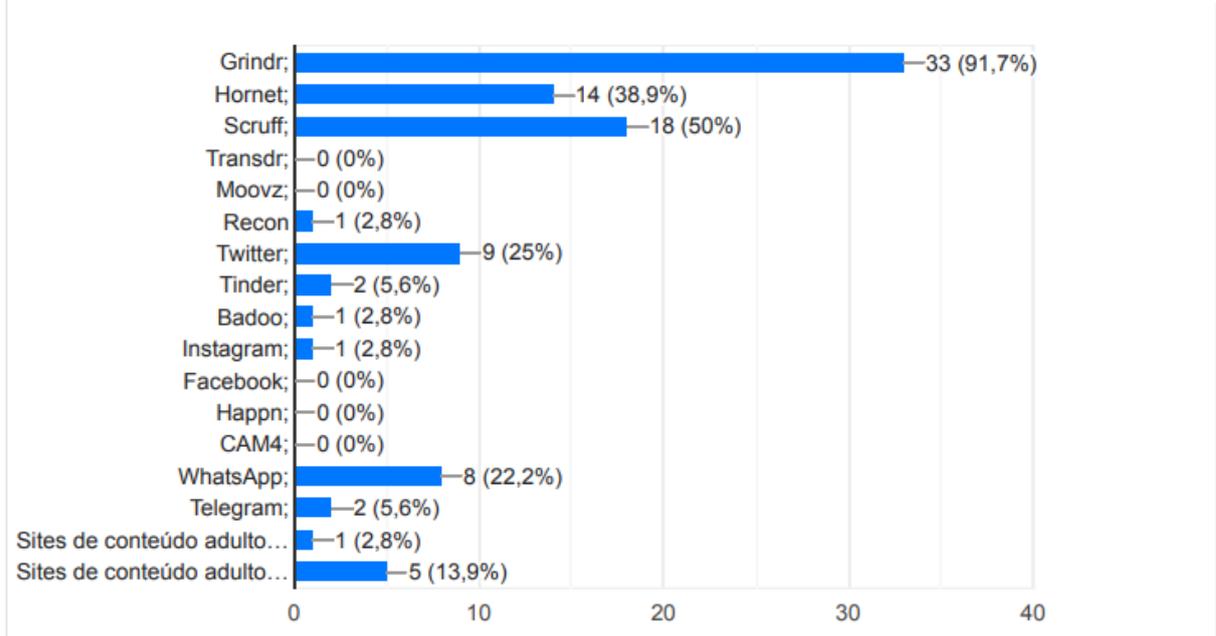
Você utiliza (ou já utilizou) em redes sociais e/ou aplicativos de encontro descrições de perfil indicando que você gosta ou procura sexo sem camisinha (ex: bareback, bare, sem camisinha, sem capa, raw sex, no pêlo)?

152 respostas



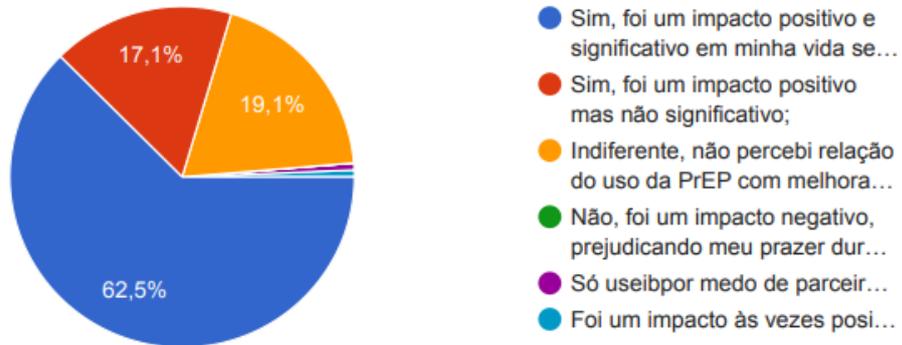
Em qual(ais) redes você divulga (ou divulgou) a prática do bareback?

36 respostas



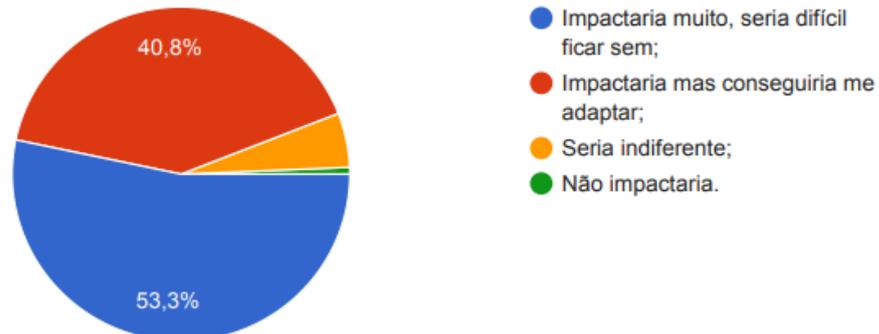
O uso da PrEP afetou positivamente sua vida sexual, trazendo mais prazer para o ato sexual?

152 respostas



Se a PrEP deixasse de ser ofertada como um recurso preventivo, como isso impactaria sua vida?

152 respostas



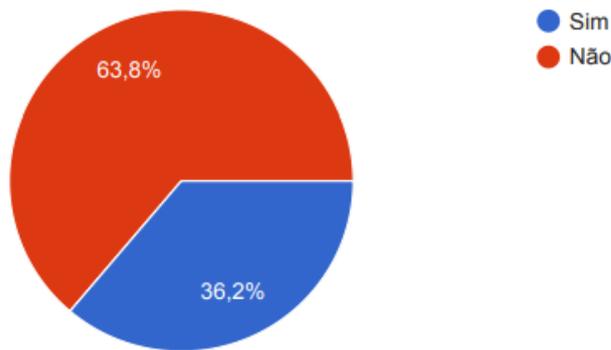
Você se preocupa com possíveis efeitos colaterais da PrEP a longo prazo?

152 respostas



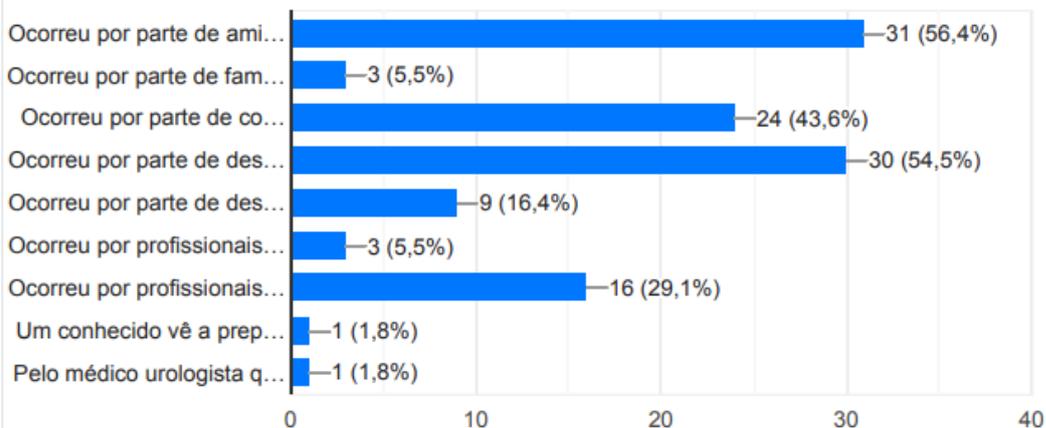
Você já foi discriminado por estar em PrEP?

152 respostas



Sobre esta vivência de discriminação, selecione a(s) opções mais relacionada(s) com sua experiência:

55 respostas



Se desejar o espaço abaixo é um campo aberto (opcional) para você relatar sobre o impacto da PrEP em sua vida e/ou algum aspecto que você julga importante compartilhar com os pesquisadores.

49 respostas

A Prep me fez ressignificar a minha relação com a minha sexualidade, com meus fetiches, meu tesão e como profissional da saúde eu divulgo a PREP, PEP, prevenção combinada e todas as políticas públicas relacionadas as Ists. Tenho medo das outras infecções e esse sempre é um crivo na tomada de decisão na hora da prática do bare

Tive problemas de fígado devido ao uso da Prep.

Me preocupo bem menos com ists do q antes

Dentre todas as possibilidades da PreP, o mais me agrada é a possibilidade de ser franco com o pessoal do posto de saúde que faz os testes, sem ser julgado ou discriminado sobre minhas opções.

Considerando que vivia preocupado sobre contrair HIV, a utilização da PrEP me traz segurança e muito conforto perante minha saúde. Uma importante incentivador, comparado a relatos de amigos estrangeiros é o fato de que no Brasil é gratuito e acessível, o que pesaria bastante na utilização, caso tivesse que pagar caro como em outros países.

Estar usando, serviu para poder controlar mais frequentemente as outras dst's e aumentar as opções de relações sexuais , pois via que algumas pessoas que usam optam por transar por quem está em uso tb.

O constrangimento em ter que fazer consultas periódicas respondendo as mesmas perguntas sobre a vida sexual me fez pensar diversas vezes em parar de tomar a prep. Poderia haver um método de acesso aos medicamentos de forma sigilosa, como ocorre com os testes de HIV que podemos pegar de forma anônima.

A PrEP ampliou meu olhar, compreensão e possibilidades de uma vivência da vida sexual de forma mais aberta e sem medos. Tanto comigo mesmo quanto com terceiros.

A PrEP e o conhecimentos sobre a Prevenção Combinada me aproximou do movimento do HIV/Aids e me tornou comprometido na construir de uma sociedade menos sorofóbica.

Até ter iniciado a PrEP eu vivia na paranoia de que poderia ter ISTs e ficava desesperado. Sempre usava a camisinha, mas nunca realmente conseguia sentir prazer. Não apenas por ela envolver o pênis e impedir o contato direto do meu corpo com o do parceiro, mas pq eu me sentia muito desprotegido. Era como se eu fosse me infectar com algo a qualquer momento. Então, nunca consegui relaxar.

Minha resistência inicial com a PrEP foi por não acreditar que eu me manteria fazendo uso dela por muito tempo e por não achar que eu faria o uso diário como deve ser feito.

Contudo, faz cerca de um ano que venho tomando perfeitamente. Só esqueci os comprimidos umas duas ou três vezes ao longo de todo esse tempo. Além disso, na Fiocruz, posso fazer outros exames, me informar sobre outras ISTs e tratá-las, o que é muito bom. Por exemplo, tive gonorreia mês passado, mandei mensagem para uma das médicas que trabalham lá e ela me disse o que deveria fazer. No mesmo dia resolvi o problema.

Uso apenas de PrEP ou camisinha+PrEP é uma escolha individual

Passei a me cuidar bem mais do que antes por causa do prep. Antes eu nem sequer fazia exames e agora faço trimestralmente sem me preocupar.

Namoro um soropositivo e me sinto mais seguro com a prep, mesmo ele já estando indetectável.

A prep, até agora não fez nenhum efeito colateral em mim, me sinto mais seguro tomando o medicamento.

A PrEP foi um paradigma da vida antes e depois. Sou outra pessoa e isso me ajudou não só na minha saúde física, como mental e emocional. Me sinto seguro pelo acompanhamento e pela utilização.

Parece que estou ganhando barriga, pratico exercícios e estou tentando perder. Os efeitos a longo prazo me preocupa muito.

Nada a declarar

A Prep para mim é a segurança de que minhas escolhas muitas vezes arriscadas nas relações sexuais sejam minimizadas, pois infelizmente o HIV ainda não tem cura e isso faz com que mesmo transando sem camisinha e exposto a outras DST's o impacto psicológico é menor

A PREP me deu a liberdade de transar sem medo, mesmo fazendo da prep uma parte da prevenção combinada.

Mesmo não tendo muitos parceiros, o PrEP tem um efeito psicológico para mim que eu considero muito positivo. Eu sentia que o medo do HIV atrapalhava relaxar durante o sexo, mesmo com o uso da camisinha.

A PrEP permitiu que eu tenha relações sem "paranoia", me deixando mais realizado. Antes tinha muita preocupação de estar em risco e me sentia menos livre.

Acredito que se bem acompanhada, é possível cuidar de forma geral do corpo.

Depois que iniciei a PrEP e passei a falar disso, muitos parceiros soropositivos se sentiram à vontade para falar de seu status e acho que isso foi um grande ganho para mim, pois acho muito triste o fato de haver um tabu sobre esse assunto que faz com que os soropositivos se escondam. Espero que um dia a gente consiga lidar com isso com a mesma naturalidade com que lidamos com outras condições de saúde: sem tanto julgamento moral.

Acho que suma importância, independentemente de gostar ou não de transar sem camisinha, é ter a ciência e exata noção de como se constitui a prevenção combinada. Além de ter como maior motivo do uso, a militância, fomento da ciência, pesquisa e a importância de passar essa informação pra frente!

Para mim foi libertador no sentido de transar com um número maior de parceiros e me sentir mais seguro. Porém ao mesmo tempo comecei a transar sem camisinha com alguma frequência, sempre costumo checar se a pessoa também está em prep. Não sei como voltar a usar camisinha com frequência, deixei de pensar em pegar a camisinha quando vou fazer a penetração, e os meninos passivos não tem insistido tbm, nem falam. Tenho consciência das outras istms mas não vem na cabeça na hora do sexo, apenas que estou seguro pela prep.

O aspecto mais importante, pra mim, foi a evolução do modo como eu encarava o HIV. Perder o medo de me infectar me fez ver com mais carinho as pessoas que já vivem com o vírus. Depois que percebi o tamanho quase irracional desse medo, entendi mais a fundo o preconceito que essa comunidade sofre, e hoje acredito que HIV se combate com informação, não com terror. Levo isso comigo sempre que falo abertamente sobre a PrEP.

Até meus 37 anos, não tinha prazer sexual sendo ativo, como tive um relacionamento muito longo e ser passivo nessa relação...

Quando com outros parceiros não satisfazia como ativo, o uso da camisinha me vazia brochar...

Com o uso da Prep sou mais ativo, minha vida sexual melhorou muito....

Gostaria de parabenizar a pesquisa, acho que a prep tem levantado várias questões interessantes a serem trabalhadas, principalmente sobre preconceito, discriminação e repressão sexual. Acho que ainda existe muito desconhecimento dos profissionais da saúde, que não trabalham diretamente com IST's e afins. Falo por experiência própria, de já ter tido que explicar para médicos e enfermeiros o que era a PreP. Na minha vida a PreP teve um impacto bastante significativo, pois tenho um parceiro soropositivo e eu vivia preocupado. Por fim, acho que cabe parabenizar todos os profissionais que estão envolvidos nesse projeto. Ter um meio de prevenção ao HIV como este, e totalmente gratuito, é algo que todo mundo deveria valorizar. Deixo aqui também o agradecimento à toda equipe da PreP de Floripa pelo atendimento atencioso e acolhedor.

Acredito que o maior impacto foi de ter liberdade para fazer escolhas (mesmo que sejam arriscadas, como fazer sexo sem camisinha) em relação a minha vida sexual e mesmo assim me ver livre de pelo menos uma das infecções que existem por aí.

Nada digno de nota.

Tenho muita dificuldade de gozar usando camisinha, o prep me ajudou a melhorar muito minhas relações sexuais.

Não conseguia ter relação sexual com alguém antes do uso da Prep, foi algo libertador, pois na minha adolescência passei por um processo traumático em relação ao vírus. Felizmente consegui mudar meu pensamento, me sinto livre e continuo com a prevenção combinada (Prep e preservativo).

A minha decisão de iniciar a prep num programa não ligado ao SUS foi por medo que o atual presidente pudesse descontinuar os programas de Prep/HIV/DSTs existentes do SUS

Percebo que com a Prep fiquei mais seguro em ter relações sexuais. Mas não deixo de usar a camisinha.

Melhorou a segurança em relacionamento q tinha na época pelo fato q eramos soro divergentes

Me preocupo com impactos da PrEP a longo prazo pois já li artigos científicos que trazem evidências disto.

Sou casado em um relacionamento semi-aberto, no qual nos relacionamos com outras pessoas juntos, incluindo saunas e orgias, e a prep me proporciona uma maior segurança por ser somente passivo e sempre ter me sentido vulnerável em relação a infecção por HIV. Com a prep posso exercer minha sexualidade sem culpa e sem "ressaca moral", por ser um grande adepto de sexo grupal.

Eu entendo como um medicamento em desenvolvimento de uso combinado, que pode haver reações pelo seu uso e não deve ser interrompido o tratamento. Sem ele não estava conseguindo ter prazer nas minhas relações sexuais.

Grande parte das pessoas que usam prep não se preocupam com as outras ISTs e nem com o próximo. É tanta falta de amor próprio, que pouco importa se o outro vai se contaminar com algo. Na realidade, grande parte das pessoas não se importam com nada. Até o dia que Sífilis e a Gonorreia ficarem resistente aos antibióticos utilizados.

Dores de cabeça frequente.

Na minha experiência pessoal e de pessoas próximas que já se expunham por vontade ou não à relações de maior risco, estar em PrEP aumentou MUITO o número de parceiros. Acho que sem, eu preferia deixar de fazer sexo e fazer PEP de vez em nunca do que usar camisinha, pois não sinto tédio NENHUM com ela.

Desde que comecei a tomar, passei a me preocupar muito mais com a minha saúde e ir mais ao médico. Nesse ano passei por diversos especialistas (além da infectologista que me acompanha). Dermato, clínico geral, reumatologista, nefrologista, urologista. Nenhum deles sabia do que se tratava, e APENAS o Nefrologista e a Dermato não fizeram críticas ao fato de usar PrEP (e ambos se interessaram em buscar conhecer sobre e conversaram comigo em outras consultas sobre)

O uso da Prep trouxe uma segurança a mais no momento do sexo, mudando até a forma de aproveitá-lo. Nunca tive efeitos colaterais. Se possível usarei para a vida.

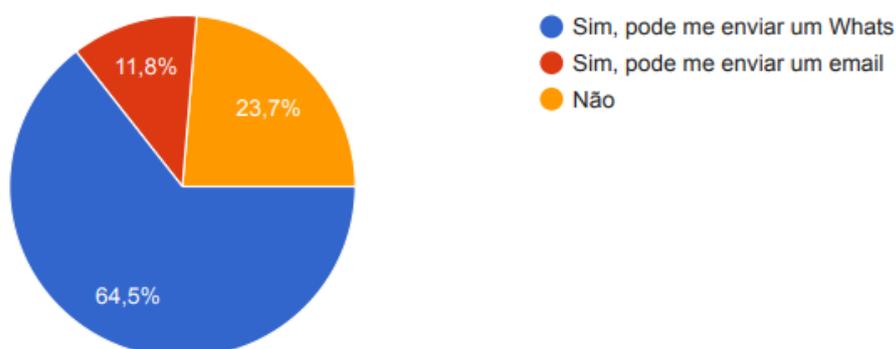
Alterou minha rotina de banheiro/defecar significativamente por falta de qualidade das fezes

O PreP, para mim, é um espaço de segurança sexual, mas, como todos os espaços mentais, aprendi que precisa de uma higiene emocional que sustente meus valores morais. O consumo de PreP, nas minhas experiências, sem empatia (nem pelos outros nem, sobretudo, pelo próprio indivíduo) pode ser, no fundo, irresponsável. Com isso, não quero ser um moralista, mas declarar minha aprendizagem áspera e abrupta durante uma idade inocente e jovem. Enfim, quero dizer que nem todas as minhas práticas sempre foram saudáveis e que, por outro lado, o consumo de PreP, no meu caso, certamente também é dado pelo contexto em que vivo (pelas relações hegemônicas que se estabelecem em aplicativos de namoro, devido à eventual imprudência de potenciais parceiros sexuais e, sobretudo, sem dúvida, devido ao estado civil de solteiro em que me encontro). Imagino e confesso, dito isso, que se tivesse uma relação sincera e monogâmica, deixaria de usar o PreP, pois confio que haveria um novo espaço higiênico e empático de segurança sexual na relação.

Tive uma IST um mês após começar a prep, o que fez ser Mais cauteloso

Se possível, eu gostaria de entrar em contato para entender melhor o seu cotidiano usando a PrEP. Nesta pesquisa não buscamos fazer juízos morais de nenhum tipo, ou seja, você pode falar sobre sua sexualidade sem receio algum. Para preservar sua identidade e sigilo de informações pessoais iremos escolher juntos um @nickname (nome fictício) para representar seus dados na pesquisa. Seu sigilo será preservado ao máximo, e apenas eu, o pesquisador (Diego), terei acesso a sua identidade. Posso entrar em contato pelo whats ou email para darmos sequência?

152 respostas



ANEXO C – ROTEIRO SEMI ESTRUTURADO ENTREVISTA COM USUÁRIOS PrEP

(continua).

Eixos	Perguntas Orientadoras
<p>Autopercepção do risco e epidemia hiv/aids</p> <p>Identifica a visão do sujeito a respeito da epidemia hiv/aids e avaliar sua autopercepção de risco.</p>	<p>Você tem alguma opinião/avaliação sobre o comportamento da epidemia de hiv/aids atualmente?</p> <p>Para você como foi a relação com esse tema? Sua sexualidade foi influenciada? Como?</p> <p>Qual a sua percepção de risco de se infectar com o hiv? (antes e depois de fazer uso da PrEP)</p> <p>Hoje utilizando a PrEP qual seu grau de segurança? Numa escala de 0 a 10?</p> <p>O fato de você ser (gay/trans/profissional do sexo) te influenciou na decisão de fazer uso?</p> <p>Quais são seus sentimentos associados ao risco de infectar-se? (Medo? Prazer? Culpa?...)</p>
<p>Motivação</p> <p>Mapear as motivações e agenciamentos envolvidos na escolha de fazer uso da PrEP</p>	<p>Por que você usa a PrEP?</p> <p>Como você tomou conhecimento da PrEP?</p> <p>Cite os principais fatos ou eventos que o motivaram iniciar o uso?</p> <p>Você utiliza aplicativos de encontro? Recebe informações sobre a PrEP nessas plataformas?</p> <p>Você tem no seu círculo social amigos que utilizam?</p> <p>Sua motivação e escolha em utilizar a PrEP foi livre e autônoma? ou se sentiu pressionado a fazer o uso por algum motivo?</p> <p>Você considera-se um ativista e/ou entusiasta da PrEP? O que te move?</p>

ANEXO C – ROTEIRO SEMI ESTRUTURADO ENTREVISTA COM USUÁRIOS PrEP

(continua)

Eixos	Perguntas Orientadoras
<p>Contexto de uso</p> <p>Mapear aspectos gerais do uso, vantagens, desvantagens e especificidades da adesão</p>	<p>Cite algumas facilidades/vantagens e dificuldades/desvantagens em fazer uso da PrEP?</p> <p>Como você utiliza a PrEP, diariamente ou sob demanda?</p> <p>Você já precisou descontinuar o uso da PrEP? Sim/Não e porquê.</p>
<p>Mudanças a partir do uso</p> <p>Perguntas que estabelecem nexos causal entre início do uso e possíveis mudanças (sexuais, afetivas, valorativas, relacionais)</p>	<p>O que mudou em sua vida desde que você iniciou o uso da PrEP?</p> <p>Sexual: Como seus desejos sexuais foram afetados pelo uso da PrEP? - Você descobriu novas formas de desejo e prazer ao usar a PrEP? - Você passou a fazer alguma prática sexual que antes de usar a PrEP não fazia?</p> <p>Você deixou de usar o preservativo? - Qual sua relação com as ISTs a partir do uso da PrEP?</p> <p>Você se sente mais livre sexualmente? Você sente-se dependente da PrEP para fazer sexo ou se sentir seguro?</p> <p>Relacional: Você procura outros parceiros que estão fazendo uso para se relacionar? Você participa de algum grupo de usuários de PrEP? Você fala abertamente para amigos, familiares e parceiros que está fazendo uso? Como é essa relação? A PrEP te trouxe uma nova maneira de se relacionar?</p> <p>Afetivo e valorativo:</p> <p>Seus medos e valores em relação a infecção pelo hiv se alteraram?</p> <p>O uso da PrEP lhe trouxe uma nova maneira de se enxergar? Uma nova identidade?</p>

ANEXO C – ROTEIRO SEMI ESTRUTURADO ENTREVISTA COM USUÁRIOS PrEP

(conclusão)

Eixos	Perguntas Orientadoras
<p>Estigma</p> <p>Perguntas que vinculam PrEP e estigma</p>	<p>Você sofreu algum preconceito por fazer uso da PrEP?</p> <p>O que você acha das pessoas que dizem que esse recurso só serve para os gays transarem sem camisinha? Posicione-se.</p> <p>Como você se sente frequentando o mesmo serviço que pacientes soropositivos utilizam para consultas, exames e retirada do medicamento?</p> <p>Você acha que a discriminação e o estigma das pessoas vivendo com hiv/aids será afetado pelo uso de PrEP em larga escala?</p>
<p>Perspectivas/ Expectativas</p> <p>Perguntas prospectivas sobre as expectativas envolvendo a PrEP</p>	<p>Você pretende continuar usando?</p> <p>Você recomendaria a PrEP para outras pessoas? Se sim, com base na sua experiência quais seriam suas recomendações para um iniciante de PrEP?</p> <p>Você se preocupa com possíveis efeitos colaterais a longo prazo?</p> <p>Você tem receio que a oferta de PrEP via SUS pode ser interrompida?</p> <p>Você se vê sem usar a PrEP num período próximo? Por que?</p> <p>O que você acha que deveria ser feito para que as pessoas tivessem mais acesso a PrEP?</p>

Fonte: elaborado pelo autor (2023).