



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INTERDISCIPLINAR
EM CIÊNCIAS HUMANAS
NÍVEL DOUTORADO

Luiz Fernando Greiner Barp

(PrEP)arados: a construção técnico-científica da homossexualidade masculina a partir da implementação da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV no Brasil

Florianópolis

2023

Luiz Fernando Greiner Barp

(PrEP)arados: a construção técnico-científica da homossexualidade masculina a partir da implementação da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV no Brasil

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências Humanas.

Orientador(a): Prof^ª. Dra. Myriam Raquel Mitjavila
Coorientador(a): Prof^ª. Dra. Marta Inez Machado Verdi.

Florianópolis

2023

Barp, Luiz Fernando Greiner
(PrEP)arados : a construção técnico-científica da
homossexualidade masculina a partir da implementação da
Profilaxia Pré-Exposição ao HIV no Brasil / Luiz Fernando
Greiner Barp ; orientadora, Myriam Raquel Mitjavila,
coorientadora, Martha Inez Machado Verdi, 2023.
243 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina,
Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-
Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Florianópolis,
2023.

Inclui referências.

1. Ciências Humanas. 2. Homossexualidade. 3. HIV. 4. PrEP. 5.
Medicalização. I. Mitjavila, Myriam Raquel. II. Verdi, Martha
Inez Machado. III. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas.
IV. Título.

Luiz Fernando Greiner Barp

PrEP)arados: a construção técnico-científica da homossexualidade masculina a partir da implementação da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV no Brasil

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 14 de julho de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Guilherme Rodrigues Passamani, Dr.(a)
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Prof.(a) Aurea Maria Zöllner Ianni, Dr.(a)
Universidade de São Paulo (USP)

Prof.(a) Javier Ignacio Vernal, Dr.(a)
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 Ciências Humanas.

Insira neste espaço a
assinatura digital

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Insira neste espaço a
assinatura digital

Prof.(a) Myriam Raquel Mitjavila, Dr.(a)
Orientador(a)

Florianópolis, 2023

Aos sodomitas, uranistas, homossexuais, invertidos, gays, maricas bichas, viados [...] e tantos outros que no curso da história foram submetidos ao exercício do poder unicamente por ser quem eram.

AGRADECIMENTOS

Este foi um trabalho escrito por muitas mãos. Agradeço a todos que direta ou indiretamente me auxiliaram na realização deste estudo. Contribuições muitas vezes ocultas ou silenciosas, mas que possibilitaram as análises aqui contidas. Especialmente agradeço:

À minha mãe Elza, que desde que decidi ingressar no campo acadêmico tem adiado seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus.

À professora Myriam, figura imprescindível para a conclusão desta tese e que há cinco anos acreditou em meu trabalho e caminhou comigo nesta construção. Profundamente grato pelas suas valiosas orientações, trazidas com muito respeito, carinho e delicadeza. Para mim um exemplo de pesquisadora e orientadora que sabe partilhar seu conhecimento com muita humildade e sabedoria.

Ao meu amigo Lucas, que nos meses finais da escrita desta tese compreendeu minhas ausências, me substituiu em obrigações cotidianas e dividiu comigo as angústias e felicidades que este trabalho proporcionou. O caminho ficou mais fácil com o seu apoio diário, seja através das inúmeras conversas durante a madrugada ou com as xícaras de café alcançadas com muito afeto.

À minha amiga Maira, minha companheira de pós-graduação e que desde o processo seletivo do doutorado divide comigo as aflições que nossas escolhas trouxeram. Quando um de nós duvidava do seu potencial, estava o outro disposto a provar o contrário. Rimos e lamentamos juntos e, como prometido, encerramos cada um à sua tese provando nossas capacidades.

Ao Ricardo e a Liliane, amigos-irmãos que mesmo de longe sempre se mostraram interessados e preocupados com a minha saúde mental e com o desenvolvimento do meu trabalho. Obrigado por compreenderem as ausências e por enxergarem possibilidades de futuro que eu mesmo não vislumbrava.

Aos demais amigos que estiveram presentes total ou parcialmente durante o desenvolvimento deste trabalho. Muitas das reflexões que aqui desenvolvi só foram possíveis graças a conversas despretensiosas, fruto de momentos de descontração.

Aos amores, paixões e afetos que transitam ou transitaram pela minha vida durante os últimos cinco anos. Alguns mais diretamente, lendo, opinando e ajudando

na escrita das minhas análises; outros apenas escutando em silêncio sobre minha produção. Porém todos, à sua maneira, possibilitaram que esta pesquisa fosse concluída, seja com a partilha de suas biografias, seja com gestos de cuidado e compreensão.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas (UFSC) pelos ensinamentos e trocas de conhecimentos durante todos esses anos de trabalho. Especialmente aos professores Marta, Miriam, Javier, Aurea e Guilherme que aceitaram contribuir com esta tese nas etapas de qualificação e defesa.

À equipe de profissionais de saúde da PrEP Florianópolis pela disponibilidade em participar deste trabalho a partir de suas experiências e narrativas.

Por fim, a todos os demais que, mesmo não identificados nominalmente, tiveram participação na realização do meu trabalho.

Obrigado!

“Com quatro letras pode-se escrever amor, sexo ou Aids.
A economia libidinal de hoje tem preferido escrever a sigla,
pois parece uma coisa mais técnica e sem desvios”

Herbert Daniel

RESUMO

O objetivo desta tese é analisar o papel da medicina científico-técnica nos processos de construção social da homossexualidade masculina no contexto da gestão da epidemia de HIV/aids. O foco da pesquisa é constituído pela Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP), recurso farmacológico inicialmente destinado a segmentos da população brasileira definidos como grupos prioritários ou vulneráveis à infecção por HIV. De acordo com a hipótese geral que orientou a pesquisa, a introdução dessa estratégia preventiva criou condições para a emergência de uma nova fase dos processos de medicalização da homossexualidade, caracterizada por modalidades inéditas de monitoramento epidemiológico e clínico-laboratorial das práticas sexuais entre os usuários da PrEP e, conseqüentemente, pela renovação das formas de construção médica da figura do homossexual. O ponto de vista adotado neste trabalho corresponde a uma perspectiva arqueogenealógica sobre o funcionamento da sexualidade como dispositivo de saber e de poder. Nos termos formulados por Michel Foucault, caracteriza-se pela problematização social da sexualidade no âmbito de estratégias e tecnologias políticas que intervêm, simultaneamente, no disciplinamento individual dos corpos e na gestão biopolítica das populações. A estratégia metodológica utilizada envolveu uma análise qualitativa de material oriundo de dois tipos de fontes: (i) documentos oficiais relativos a políticas, estratégias e instrumentos de gestão da epidemia de HIV/aids e da administração da PrEP no Brasil, (ii) entrevistas individuais com agentes profissionais dos serviços de saúde responsáveis pela organização e funcionamento da PrEP no município de Florianópolis. No que se refere aos resultados deste estudo, destacam-se a continuidade histórica de alguns padrões de medicalização da homossexualidade bem como o surgimento de novas modalidades e mecanismos que, como no caso da PrEP, redefinem a relevância biopolítica da sexualidade. Foi possível observar a vigência de elementos que denotam a preocupação médico-sanitária com a homossexualidade como fonte de periculosidade social, reformulada nos moldes da lógica do risco como recurso técnico e político que se firmou a partir da emergência da epidemia de HIV/aids. Os resultados da pesquisa mostram, ao mesmo tempo, o funcionamento da PrEP como mecanismo de individualização social por meio de discursos e práticas voltados à responsabilização dos homossexuais promovendo o autogoverno da periculosidade que eles mesmos transportam se não aderirem ao consumo da PrEP. O apelo à responsabilidade individual dos usuários junto com a ausência de estratégias de ampliação ou de universalização da cobertura da PrEP são interpretados neste trabalho como parte de uma racionalidade neoliberal e neoconservadora que orienta a gestão biopolítica da vida social no mundo contemporâneo. Por fim, os resultados da pesquisa são discutidos sob a ótica da construção médico-sanitária de um perfil de homossexual na atualidade, uma vez que as estratégias e as técnicas utilizadas na captação de usuários conduzem a espaços majoritariamente frequentados por homens brancos das classes média e alta. Esse viés, além de transportar um perfil homogeneizante, estaria privilegiando no acesso à PrEP o segmento da população-alvo que é considerado como capaz de se autogovernar. Isso evidencia o caráter excludente da cobertura da profilaxia para a população homossexual definida pela interseccionalidade baseada em outras condições de existência decorrentes de desigualdades de classe social e étnico-raciais.

Palavras-chave: Homossexualidade; HIV; PrEP; Medicalização; Biopolítica.

ABSTRACT

The objective of this thesis is to analyze the role of technical-scientific medicine in the social construction processes of male homosexuality in the context of the HIV/Aids epidemic management. This research focuses on the HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP), pharmacological resource initially allocated to the sectors of Brazilian population defined as priority groups, or groups with a higher vulnerability to the HIV infection. According to the general hypothesis that has guided the research, the introduction of this preemptive strategy has created favorable conditions for the rise of a new stage in the medicalization processes of homosexuality, characterized by unprecedented forms of epidemiological and clinical-laboratorial monitoring of sexual practices over PrEP users and, consequently, by new constructs of the homosexual medical profile. The approach taken on this paper corresponds to an archeological-genealogical perspective over the role of sexuality as a knowledge and power device. On Michel Foucault's terms, it is characterized by the social stigma of sexuality in the sphere of strategical and technological policies that intervene, simultaneously, in the individual disciplining of bodies and on the biopolitical management of populations. The methodological strategy basing the research involves a qualitative analysis of data from two sources: (i) official documents related to politics, strategies and instruments of the HIV/Aids epidemic management and PrEP administration in Brazil, (ii) individual interviews with health professionals, responsible for planning and executing the PrEP program in the city of Florianópolis. Concerning the results of this study, the carryover of historical patterns of medicalization of male homosexuality must be highlighted, together with the rise of new modes and mechanisms that, as well as in the PrEP discussion, redefine the biopolitical relevancy of sexuality. In that regard, the existence of elements that denote the medical-sanitary concern over homosexuality as a source of social hazard, reformed under the risk-based logic as a technical and political resource that was developed after the HIV/Aids epidemic emergence, was observed. The outcomes of this research show that the PrEP protocol currently functions as a mechanism of social individualization through speeches and practices that aim on transferring this accountability to the homosexuals, promoting the self-governance of hazard that they are responsible for if not adhering to PrEP, also named as the "responsibility pill" by the health professionals working in this area. The appeal to the individual responsibility of the users, together with the lack of strategies for increasing the coverage of the PrEP protocol to the wider population, are interpreted on this study as part of a neoliberal and neoconservative rationale that orients the biopolitical management of social life in the contemporary world. Finally, the results of this research are discussed under the lenses of the health-sanitary construct of a homosexual profile in current society, once the strategies and techniques chosen to reach the PrEP users lead to spaces mainly frequented by white, middle and upper class, males. This bias, besides carrying over a homogenizing profile of the homosexual figure, privileges PrEP access to the population considered capable of taking care of themselves. This evidences the excluding character of the current coverage of this prophylaxis strategy to the homosexual population defined by the intersectionality and social and racial-ethnic disparities.

Keywords: Homosexuality; HIV; PrEP; Medicalization; Biopolitics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Capa da edição 1.031 da revista Época	92
Figura 2 – Populações-chave para o HIV	104
Figura 3 – Populações prioritárias para o HIV	105
Figura 4 – Dimensões do modelo brasileiro de Prevenção Combinada do HIV	106
Figura 5 - Estudos de avaliação de PrEP planejados, em andamento e concluídos (junho de 2015)	115
Figura 6 - Mandala da Prevenção Combinada	116
Figura 7 - Perfil dos(as) usuários(as) em PrEP - por grupos	135
Figura 8 - Perfil dos usuários homossexuais em PrEP - por raça/cor	140
Figura 9 - Perfil dos usuários homossexuais em PrEP - por escolaridade	143
Figura 10 - Perfil dos usuários homossexuais em PrEP - por faixa etária	144
Figura 11 - Página da PrEP-Florianópolis no Instagram	194

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Segmentos populacionais prioritários e critérios de indicação	120
--	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Questionário Critérios de Elegibilidade para a PrEP	152
Tabela 2 - Exames de triagem e monitoramento para uso da PrEP	159

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARV - Antirretroviral

CDC - Centers for Disease Control

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

CFM - Conselho Federal de Medicina

CID - Classificação Internacional de Doenças

GRI - Imunodeficiência Gay Adquirida

EMA - European Medicines Agency

FDA - Food and Drug Association

FTC - Emtricitabina

IST - Infecção sexualmente transmissível

PCDT - Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas

PrEP - Profilaxia Pré-Exposição ao HIV

PEP - Profilaxia Pós-Exposição ao HIV

SUS - Sistema Único de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

TasP - Tratamento como Prevenção

TARV - Terapia Antirretroviral

TDF - Tenofovir

TTP - Tratamento para Todas as Pessoas

HSH - Homens que fazem sexo com homens

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	16
1	POR UMA ARQUEGENEALOGIA DA HOMO(SEXUALIDADE): QUESTÕES METODOLÓGICAS	28
1.1	Biopoder e sexualidade	30
1.2	Estratégia metodológica	36
1.3	Construção do desenho de análise	40
1.3.1	Organização político-institucional da PrEP	41
1.3.2	Serviços de saúde nas estratégias de prevenção do HIV/aids	43
2	HOMOSSEXUALIDADE E PERICULOSIDADE SOCIAL: TRANSFORMAÇÕES RECENTES	46
2.1	Alicerces teórico-conceituais da periculosidade social	48
2.2	Entre a perversão e o perigo: nasce a figura homossexual	57
2.3	Reações médico-legais à homossexualidade no Brasil	67
2.4	Reestruturação do perigo: uma doença para o ex-doente	77
2.4.1	Controles à “epidemia homossexual”	78
2.4.2	Construção das primeiras políticas públicas da prevenção ao HIV/aids	85
3	MEDICAR PARA PREVENIR: PARÂMETROS POLÍTICOS INSTITUCIONAIS DA PREP	92
3.1	Tratamento como Prevenção: estudos estratégias e grupos prioritários	100
3.2	PrEP: onde, quando e por quê?	110
3.3	Diretrizes terapêuticas no Brasil: um labirinto em construção	116
4	UM NOVO ESTILO DE VIDA HOMOSSEXUAL	123
4.1	PrEP para quem? Perfil do usuário	127
4.1.1	Do epidemiológico ao social: o risco e a escolha do homossexual	128
4.1.2	PrEP, homossexualidade e marcadores sociais da diferença: uma análise interseccional	135
4.2	Monitoramento clínico laboratorial: de volta aos consultórios	149
4.2.1	Elegível? A primeira consulta e a prática da confissão	151
4.2.2	Testes laboratoriais e a decomposição dos corpos em exame	159
4.3	Comprimido da responsabilidade: individualização e estilo de vida	165
5	O DISPOSITIVO EM AÇÃO: ESTRATÉGIAS DE CONVENCIMENTO E RESISTÊNCIA EM UM REGIME DE PODER NECONSERVADOR E NEOLIBERAL	178
5.1	A divulgação alternativa e a captura de usuários	185
5.1.1	Educação entre pares: à procura dos semelhantes	187
5.1.2	Estou online! Redes sociais e aplicativos de relacionamento	193

5.2	Ativismo e a redefinição dos padrões de gestão biopolítica	199
5.2.1	Eu uso, eu recomendo!	202
5.2.2	Ciberativismo e a (des)institucionalização do serviço PrEP	207
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	213
	REFERÊNCIAS	221
	ANEXO A – Roteiro de entrevista com gestores de saúde	238
	ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	241

INTRODUÇÃO

Em 29 de julho de 1591, Frutuoso Alvares sentava-se diante do visitador português Heitor Furtado de Mendonça. O encontro devia-se às denúncias de mau comportamento de Frutuoso, que há não muitos anos tinha sido enviado de Portugal para atuar como sacerdote nas recém invadidas terras tupiniquins. Natural da cidade de Braga, padre Frutuoso era filho de Janalvarez, um picheleiro casado com Maria Gonçalves. Na época com 65 anos, já tinha barba branca e certamente não foi surpresa o motivo da investigação que pesava contra ele.

Padre Frutuoso desafiou o chicote, a fogueira ou a prisão perpétua quando confessou que desde que desembarcou no Brasil havia praticado tocamentos desonestos com cerca de 40 homens; atos que incluíam abraços, beijos e troca de carícias enquanto estavam nus. Admitiu também que com alguns desses homens não somente dividiu a cama, mas consentiu que eles cometessem no seu vaso traseiro, consumando com a penetração anal o pecado terrível da sodomia. Embora dos nomes lembrasse apenas de quatro - Cristóvão de Aguiar, 18 anos; Antônio, com 17; Jerônimo, com 12; e Medina, também de 17 – a coroa portuguesa conseguiu identificar que se tratava de criados, sobrinhos, feitores e estudantes aqueles com quem partilhava seus desejos homoeróticos.

Aparentemente, padre Frutuoso era considerado alguém incorrigível, pois não era a primeira vez que o acusavam do mesmo pecado. Antes de morar na colônia brasileira, já havia vivido no reino, em Portugal, e em Cabo Verde, na África; em ambos os lugares sofreu perseguições pelos mesmos motivos. E na Bahia também não era a primeira vez: alguns anos antes já tinha sido condenado pela sodomia com a suspensão das ordens sacras e multa, tendo como cúmplices Diogo Martins e os irmãos Antônio e Manoel Alvares.

A confissão que realizava diante do visitador Furtado era pelo menos a sétima em sua agitada vida em que ora pregava os preceitos cristãos, ora se rebelava contra eles. Na confissão em questão, foi orientado para que se afastasse de seus parceiros de pecado. Dois anos depois, em 1593, encontra-se novamente com o interrogador e afirma que se regenerou, mas traído pelas próprias palavras, acabou confidenciando que Jerônimo Parada teria derramado semente viril em seu vaso traseiro. Com isso,

entrega-se à “sodomia perfeita”, isto é, o pecado mais grave e passível de ser punido com a fogueira. Como consequência, perde mais uma vez suas ordens sacras e recebe a penitência de durante cinco meses ter de rezar os salmos penitenciais e evitar o pecado, caso contrário, o castigo da reincidência teria todo o rigor da justiça cristã.

A história de padre Frutuoso está arquivada no principal arquivo lusitano do país, o Arquivo Nacional da Torre do Tombo, e é contada brilhantemente por Luiz Mott, pesquisador da vasta documentação inquisitorial contra os crimes de sodomia, publicados em *Homossexuais da Bahia* (1999). No livro, o autor cria uma espécie de dicionário das perseguições, dando detalhes das vidas de 178 homens e 24 mulheres, entre brancos, índios, negros e mestiços, livres e escravos, estudantes, professores e políticos, que se arriscaram ao desafiar a rígida moral-sexual cristã. A história de padre Frutuoso encabeça esta pesquisa, uma vez ter sido ele o primeiro homem da história do Brasil a cair nas malhas da inquisição por práticas homoeróticas¹ (MOTT, 1999).

Ao avançarmos alguns séculos, deparamo-nos com a conhecida figura de Traviata. Das suas características, sabe-se que tinha cabelos encaracolados, um bigode preto e apreciava vestimentas extravagantes que destoavam do padrão comportamental da época em que viveu, durante os últimos anos do século XIX. Nos seus melhores dias, vestia um vistoso jaquetão à mexicana, com gola de veludo. A gravata na cor vermelha fazia par com o lenço branco que carregava consigo. Nas pernas, uma calça de cachemir cor flor de alecrim, junto de sapatos envernizados que revelavam uma meia de seda. Na cabeça, um chapéu de palha envolvido em uma fita na cor azul (GREEN, 2019).

Traviata era chapeleiro, criava chapéus femininos na cidade do Rio de Janeiro. Tarde da noite, caminhava pelo parque Largo do Rossio ou pelo Passeio Público onde, com voz contralto, cantarolava músicas da opera *La Traviatta*, de onde então surgiu o apelido. Ganhou a atenção e o registro histórico, porém, por outros motivos: “Libidinoso e efeminado até o extremo, a sua voz era dulçorosa, sibilante, sua frase curta e ameigada, seus requebros petulantes, construindo-se no todo o

¹ Baseado em Costa (1992), neste momento utilizo a expressão homoerotismo para me referir às variadas manifestações e nuances das relações e práticas eróticas, afetivas e sexuais praticadas entre pessoas “do mesmo sexo”.

pederasta mais convidativo e cínico” (PIRES DE ALMEIDA, 1906, p. 79 apud FRY, 1982).

O chapeleiro cantor tinha, no diagnóstico do médico carioca José Ricardo Pires de Almeida, um andar típico dos uranistas². Caminhava rebolando suas nádegas empinadas, tornando os joelhos mais curvados, o que imitava o andar de uma mulher. Era Traviata, de acordo com os registros, um pederasta ativo e passivo, que sem qualquer moderação se entregou ao vício homossexual que o tornava saliente. Parte de sua biografia, aos olhos da medicina, aparece no livro *Homossexualismo (a libertinagem no Rio de Janeiro): estudo sobre as perversões e inversões do instituto genital* (1906). A obra serviu para documentar práticas homoeróticas de homens brasileiros, situando-as no campo do saber médico, e também foi extensamente utilizada para que outros médicos discutissem o que seria “a degeneração do instinto sexual” (GREEN, 2019).

Recaio agora no século XX, mais precisamente em 26 de abril de 1989, no dia em que a tradicional revista *Veja* colocou nas bancas uma edição com a manchete: *Cazuza: uma vítima da aids agoniza em praça pública*³. Autoexplicativa, embora também metafórica, a revista tinha como reportagem principal detalhes da vida de um dos ícones musicais daquela década. Contudo, não se tratava de detalhes casuais, tratava-se de ambos os extremos, vida e morte, entrecruzados por aquele que desde o século anterior havia se tornado motivo de disputas e regulações: o sexo.

Agenor de Miranda Araújo Neto, o Cazuza, na época com 31 anos, foi retratado como alguém que “faz[ia] questão de morrer em público, sem esconder o que está lhe passando”. A abordagem da revista escancarou a referência ao seu passado, cujas consequências se davam entre o presente e o futuro. Ao longo de sua carreira, o cantor ídolo do pop-rock caminhou pelos trilhos do que convencionalmente se chamou de período pós-revolução sexual⁴, compondo e cantando músicas que

² Inspirado na filosofia de Platão, uranista foi a expressão utilizada durante anos para se referir a homens que possuíam uma alma feminina que habitava o corpo em sua forma masculina (SIMIÃO, 2015).

³ Revista *Veja*, Editora Abril, Edição 1.077 de 26 de abril de 1989.

⁴ A expressão faz referência às mudanças profundas experimentadas pela sociedade ocidental entre os anos de 1960 e 1970, que incluía liberar a sexualidade de certos tabus introjetados por uma moral repressiva das práticas sexuais. Para melhor compreensão, sugiro a leitura de “Ética sexual e novos padrões culturais” (1995), de José Roque Jungues.

faziam referência ao sexo e afeto entre iguais, além de na prática viver experiências desatadas do modelo heterossexual e monogâmico, considerado como padrão comportamental de prazer e desejo (GAYLE, 2017). Aliado a isso, carregou consigo o diagnóstico do vírus da aids, que ao longo dos anos de 1980 foi taxativamente associado aos mesmos princípios e práticas que o cantor experimentava, como forma de “punição aos desvios”.

Cazuza foi involuntariamente considerado o corpo ou mesmo a cara da aids (BESSA, 2002). Por suas relações homoeróticas e o diagnóstico público da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids⁵), em 1987, materializou o imaginário de “câncer homossexual”, em clara associação do HIV/aids com a homossexualidade (PERLONGHER, 1987). Em referência a uma figura “aidética”, a reportagem que marcava sua associação com a doença não o poupava de punições pelo que julgava como excessos sexuais. Abordava a perda de peso do cantor, sua dificuldade de fazer atividades diárias, além da clara resposta que recebia sobre suas condutas diante do “calvário” que vivia, passíveis de pena e sensacionalismo.

A edição da *Veja* foi duramente criticada após sua publicação e até hoje é utilizada como mau exemplo do fazer jornalístico. Nas próprias biografias de Cazuza, e em depoimentos de seus amigos e familiares, a matéria dessa revista foi apontada como uma das causas da forte depressão pela qual o artista passou meses antes da sua morte, em outubro de 1989, devido ao seu tom fúnebre e estigmatizante (BESSA, 2002). Mas se publicada de forma infeliz, fixou-se na história, tendo seus exemplares vendidos até hoje com valores dignos de colecionadores, dado o seu caráter raro e polêmico, além de ter refletido os anos em que as práticas associadas à homossexualidade masculina foram tratadas como perigosas e o HIV/aids servia para dosar ou mesmo punir os descontroles homoeróticos.

Agora em um salto temporal para o ano de 2023, o jornalista e sociólogo Luiz Barp se debruça sobre livros grifados, rascunhos escritos a lápis e textos inacabados. Amparado em uma literatura sobre o passado, escreve esta tese de doutorado com o

⁵ Apesar de os documentos institucionais de órgãos de saúde utilizarem a sigla “Aids” com a inicial maiúscula, assim como Miskolci e Pelúcio (2009), sigo nesta pesquisa uma perspectiva crítica em relação ao pânico criando em torno da doença e opto por nomeá-la como “aids”, em minúsculo. Desse modo, também sigo as orientações de Castilho (1997 apud Silva, 1999), que defende que nomes de doenças, por serem substantivos comuns, devam ser grifados com letras minúsculas.

intuito de interpretar o presente e, em um gesto audacioso, provocar o futuro. Luiz, assim como Frutuoso, teve suas práticas homoeróticas julgadas e punidas pela religião cristã enquanto adolescente. Luiz, assim como Traviata, vestiu roupas espalhafatosas e por seu jeito efeminado, foi motivo de chacota enquanto caminhava pelas ruas do interior de Santa Catarina, onde passou parte da sua infância. Luiz, assim como Cazuzza, foi infectado pelo HIV e teve sua sorologia exposta publicamente contra sua vontade. No mesmo momento em que buscava formas de administrar uma vida que sabia que seria estigmatizada, foi hostilizado por aqueles que consideravam sua nova condição um castigo pelos excessos homossexuais.

As histórias de Frutuoso, Traviata e Cazuzza não foram descritas nesta tese de maneira fortuita. São biografias que se cruzam com as de Luiz - o autor deste trabalho. Embora pertencentes a diferentes momentos históricos, esses quatro homens mantêm pontos de convergência; são homens que, em épocas diversas, vivenciaram suas experiências homoeróticas e foram punidos socialmente por elas. Práticas essas que adquirem grande importância nas sociedades modernas, principalmente a partir do século XIX, quando foram reunidas no que Foucault (2017) denominou de “personagem do homossexual”, uma espécie definida em termos científicos a partir de certos comportamentos sexuais postos em discurso.

Se trago narrativas passadas e me situo em um mesmo lugar é porque são essas biografias que me motivam a construir este estudo. Quando Caetano (2016), a partir da leitura da feminista e pesquisadora Marcela Lagarde, sugere que nossas vidas são formadoras de epistemologias, destaca o fato de que nossas biografias ocupam um lugar privilegiado e, como tal, inspiram nossas teorias. Por isso, esta pesquisa nasce do anseio de compreender os jogos de força que me constituem e constituem a tantos outros para que também possamos resistir. Ao mesmo tempo, surge pelo desejo de honrar aqueles que antes de mim também sofreram sanções por desafiar normas sociais que moldaram corpos e desejos. E, ainda, irrompe com a ambição de promover algum tipo de conhecimento que possa operar no futuro sobre a constituição e a emancipação de novas homo(sexualidades)⁶.

⁶ Ao utilizar a expressão homo(sexualidade) integro a categoria homossexual ao plano mais abrangente da sexualidade que, nos termos de Foucault (2017), refere-se a um tipo de saber específico sobre o sexo, materializado através dos discursos científicos.

Isso porque embora não faltem registros de que a relação sexual entre pessoas do mesmo sexo esteja presente em grande parte da história da humanidade, somente é possível refletir sobre sua formulação quando colocada em discurso. Como problematiza Butler (2017), mesmo que haja indícios de construções socioculturais da homossexualidade em períodos históricos anteriores, o corpo, o sexo e o desejo são experiências e aspectos diversos que apenas são percebidos e ilustrados quando inseridos no discurso que os produz. Portanto, assim como Fry e Macrae (1985), desacredito em uma verdade inquestionável sobre a homossexualidade, entendendo que tanto as ideias quanto as práticas a elas associadas são produzidas historicamente e estão intimamente relacionadas com o conjunto da sociedade em que estão incluídas.

A literatura científica vem demonstrando que desde o seu aparecimento enquanto categoria científica, definida pela medicina em 1869, diferentes foram as formas de compreensão e exercício prático da homossexualidade⁷. Entretanto, embora não se trate de um assunto novo, a sua construção segue inacabada, uma vez que diferentes jogos de força e domínios de saber incidem continuamente sobre ela. Esse fato por si só torna válido, atual e necessário dar continuidade a sua investigação enquanto fenômeno social. Além do mais, ao considerar que nas sociedades contemporâneas o repertório sexual se ampliou, às normas e as trajetórias da vida sexual se diversificaram (BOZON, 2004), questões ligadas à sexualidade humana, como a homossexualidade, são uma importante engrenagem da vida moderna, que se relaciona com inúmeros processos de socialização e organização social.

Diante disso, nesta pesquisa direciono meu olhar para compreender aspectos referentes à homossexualidade masculina (dorovante homossexualidade⁸); incluindo-

⁷ Trabalhos como o de Fry (1982), Fry e Macrae (1985), Perlongher (1993) e Trevisan (2018) são bons exemplos de investigação social sobre a homossexualidade e por vezes servirão de base para esta tese.

⁸ Apesar de hoje outras nomenclaturas servirem para questionar a visão clínica da palavra homossexualidade (MISKOLCI, 2007), opto por utilizar nesta tese sempre a expressão “homossexual” justamente para aludir ao tratamento técnico-científico conferido a esses sujeitos e suas práticas ao longo dos séculos, objeto de problematização deste estudo. Não quero com isso recusar ou relativizar outras expressões utilizadas pelas ciências humanas e sociais ou pelos próprios sujeitos, a exemplo dos termos gay, bicha, viado. Pelo contrário, reconheço neles seu potencial de resistência e de expressões despatologizantes e, se não os emprego, é para que possa evidenciar sob que aspectos desta cacofônica categoria busco me deter.

a em um domínio de sexualidade com desigualdades e modos de opressão próprios, mas que também interage com outros fatores da vida social. Neste caso específico, proponho compreendê-la com base na epidemia do HIV/aids: fenômeno que ultrapassa o campo epidemiológico e da saúde pública, e que desde os anos de 1980 incide sobre a homossexualidade e aguça o interesse de diversos pesquisadores (SONTAG, 1989; POLLAK, 1990; LOYALA, 1994; PARKER, 1994; 2000; GALVÃO, 2000).

Contudo, assim como a homossexualidade, o próprio vírus e a doença não se mantêm estanques, como nos primeiros anos da epidemia na década de 1980. Frequentemente somos abastecidos com novos saberes: medicações menos agressivas, tratamentos e métodos preventivos mais fáceis e eficazes, aumento ou redução de infecções em determinados grupos sociais, etc. Transcorridas quatro décadas desde a primeira notificação de infecção, o cenário criado a respeito do HIV/aids modificou e, conseqüentemente, seus desdobramentos sobre a categoria homossexual.

Uma das mais recentes atualizações que a temática do HIV/aids experimenta se refere à implementação da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP), um esquema medicamentoso destinado a conter novas infecções por HIV, ofertado partir de dezembro de 2017 no Brasil via Sistema Único de Saúde (SUS)⁹. De nome comercial Truvada, começou a ser fabricada pela empresa de biofarmacologia americana *Gilead Sciences*, considerada a maior produtora de medicamentos para HIV do mundo (DEAN, 2015). No Brasil atualmente também é disponibilizada pelo nome comercial Binav, do laboratório Blanver, e na versão genérica, do mesmo laboratório. A PrEP combina duas drogas que trabalham juntas para prevenir a replicação viral do HIV, tenofovir e emtricitabina, e que desde 2004 eram prescritas no tratamento aos infectados pelo vírus. Baseia-se, portanto, no uso de antirretrovirais (ARV) por pessoas não infectadas pelo HIV e que compõem segmentos populacionais específicos (BRASIL, 2017a).

⁹ Embora desde 2016 a PrEP já esteja sendo comercializada nas farmácias privadas do Brasil, interessa para esta tese compreendê-la enquanto política pública de saúde e suas implicações sobre a homossexualidade. Por esse motivo, as investigações que desenvolvo dizem respeito exclusivamente aos métodos de implementação via SUS.

Embora o Brasil seja um dos primeiros países a oferecer a profilaxia como método preventivo, seu uso é indicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 2012 (OMS; UNAIDS, 2015), após a publicação de estudos que comprovaram sua eficácia como método preventivo¹⁰. Atualmente é comercializada em países como Estados Unidos, Bélgica, Escócia e Canadá, na rede privada, além da França, África do Sul, entre outros, que a incorporaram aos sistemas públicos de saúde.

Em um plano global, a PrEP se junta com outras estratégias de prevenção ao HIV subsidiadas pelo conceito científico de Tratamento como Prevenção (TasP), isto é, a utilização de métodos preventivos cujo objetivo é limitar a capacidade do HIV de infectar indivíduos através do uso de medicamento ARV (BRASIL, 2017b). Nos últimos 10 anos o Brasil já vinha incorporando o TasP através da ampliação do tratamento ARV para todos os pacientes com diagnóstico de HIV, independentemente do estado imunológico; e a partir da expansão da Profilaxia Pós-Exposição (PEP)¹¹ a todos os expostos a situações de contato com o vírus. Com a implementação da PrEP, consolida-se a ideia de que é possível prevenir a partir do tratamento, o que representa um novo capítulo na história da epidemia do HIV/aids e, conseqüentemente, nas biografias da homossexualidade (FONSECA; BASTOS, 2017).

Além de sua atualidade enquanto estratégia preventiva do HIV/aids, há na PrEP singularidades que despertam a minha atenção. Primeiramente a paradoxal incorporação do conceito de tratamento como prevenção, pois é destinado para pessoas HIV negativas medicamentos que anteriormente apenas pessoas soropositivas tomavam. Além disso, temos o singular fato de que profilaxia foi inicialmente dirigida para segmentos populacionais considerados prioritários, sendo eles: gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH¹²), pessoas

¹⁰ A efetividade da PrEP é marcada a partir da publicação do estudo iPrEX, ensaio clínico com primeiros resultados divulgados em 2010, e que assegura a efetividade do medicamento (GRANT et al, 2010).

¹¹ A Profilaxia Pós-exposição (PEP) se refere a um tratamento preventivo via utilização de ARV após uma situação de exposição do vírus. Entretanto, diferentemente da PrEP, não se trata de um tratamento contínuo e sim durante um período específico de 28 dias. Desde 2004 era indicado aos profissionais de saúde que sofressem exposições com risco significativo de contaminação pelo HIV e em 2015 passou a ser recomendada para todos que tivessem alguma exposição (BRASIL, 2021).

¹² “HSH fez parte de uma estratégia epidemiológica que se supunha contemplar a especificidade do contingente de homens que se relacionavam sexualmente com pessoas do mesmo sexo e não se reconheciam como “homossexuais”, “gays”, “entendidos” etc” (CARRARA; SIMÕES, 2007).

transexuais, profissionais do sexo e parcerias sorodiscordantes para o HIV, o que a torna o único recurso preventivo para o HIV/aids cuja oferta é oficialmente destinada para populações específicas¹³.

Essas características não somente tornam a PrEP inédita, como respondem, ademais, àquilo o que vem sendo chamado por autores das áreas da saúde como terceira fase da epidemia do HIV/aids (ADAMY; CASIMIRO; BENZAKEN, 2018), cenário em que as notificações de infecção voltam a se concentrar principalmente em grupos específicos, como homossexuais e transexuais. Considero, portanto, que a PrEP não somente cumpre uma necessidade epidemiológica, a fim de evitar o crescimento de novas infecções, como inaugura um novo momento para a prevenção do HIV/aids no Brasil, cujos esforços voltam a se concentrar em populações específicas, similarmente ao que ocorreu no início da epidemia nos anos de 1980.

Por se tratar de um medicamento preventivo que mantém relação direta com a prática sexual, entendo que a partir da PrEP saúde e sexualidade se entrelaçam, resultando na produção de um discurso sobre o sexo. A homossexualidade está diretamente interligada com esse discurso, pois integra as populações prioritárias do medicamento através das categorias gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH).

Para além das importantes questões epidemiológicas, as implicações sociais da implementação PrEP vêm começando a ganhar destaque entre as ciências humanas e sociais. Embora ainda enxuta, a literatura científica já tem destacado alguns desdobramentos da utilização do medicamento, sobretudo nos grupos historicamente marginalizados pela epidemia do HIV/aids, como homossexuais e transexuais. Pode-se citar Dean (2015), que sinaliza no Truvada efeitos colaterais biopolíticos que merecem uma atenção crítica; e Thomann (2018), que reconhece as controvérsias e debates do neoliberalismo farmacológico e sugere que os cientistas sociais interroguem não apenas sobre o uso ou não da PrEP, mas os significados divergentes atribuídos ao medicamento concomitantemente a sua implementação.

¹³ Essas populações integram o que os relatórios técnicos do Ministério da Saúde chamam de populações-chave/prioritárias para a prevenção ao HIV, isto é, segmentos populacionais cujas taxas de prevalência do vírus sejam superiores à média nacional, que é de 0,4% (BRASIL, 2017b).

Algumas respostas sobre esses significados são percebidas já com Greteman (2018), que identifica como a PrEP tem surgido para normalizar um sexo previamente dissidente, com a ressalva de que isso vem ocorrendo através de remédios que anteriormente só eram consumidos por soropositivos. Silva-Brandão e Ianni (2020) contribuem com as pioneiras reflexões ao identificarem como o Truvada tem influenciado os desejos sexuais a partir de uma socialização individualizada, que atribui aos usuários do medicamento o gerenciamento dos riscos do HIV/aids.

Especificamente sobre a realidade brasileira, os primeiros trabalhos publicados têm se preocupado principalmente em adicionar à PrEP na cronologia das inovações das políticas públicas de saúde para o HIV/aids. Cito como exemplo Ferrari (2017), que trata o medicamento como uma promissora intervenção biomédica, mas que também integra um debate moral mais amplo, em que circulam discursos que a associam com um comportamento de risco para o HIV. Outro aspecto em discussão se refere à seletividade do tratamento no país, em que as diretrizes nacionais excluem outros grupos com alta prevalência do HIV, como adolescentes, usuários de drogas e heterossexuais (ZUCCHI et al, 2018). Esse fato se une ao que já publicamos em Barp e Mitjavila (2020), quando percebemos que devido à seletividade do tratamento, até este momento, a PrEP tem contribuído para criação de uma nova figura de homossexual que, para ter acesso ao recurso profilático, deve-se reconhecer a si mesmo como indivíduo potencialmente perigoso que retorna ao espaço disciplinar dos consultórios médicos.

Em suma, a implementação da PrEP adiciona novos ingredientes à homossexualidade, mas também, de maneira geral, ao tecido social. Sua incorporação enquanto método preventivo parece tocar em pontos particularmente sensíveis à sociedade contemporânea, tão preocupada com a higiene, o cuidado do corpo e o exercício regulado da sexualidade (PERLONGHER, 1987). Incorporada a uma política pública¹⁴ mais ampla de prevenção ao HIV/aids, a PrEP tem demonstrado cumprir tanto com finalidades de saúde pública quanto de organização social. Nesse sentido, este trabalho se une às primeiras investigações sociais sobre este fenômeno

¹⁴ Sigo a leitura de Teixeira (1997, p. 43) e entendo política pública como o conjunto de diretrizes e referenciais ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta.

e interroga: que tipo de racionalidade organiza a implementação da PrEP no Brasil e como incide nas trajetórias sociais da homossexualidade masculina?

A fim responder a este questionamento norteador, esta pesquisa insere-se em um campo interdisciplinar para que possa transitar por diferentes disciplinas contempladas pelas ciências humanas. Recuso a rigidez das fronteiras disciplinares por compreender que para dar conta das repercussões sociais que a problemática da homossexualidade e do HIV/aids colocam em movimento é preciso construir pontes entre os saberes. Tomo por base a reflexão de Loyola (1994) ao afirmar que não existe uma abordagem unitária para tratar de aspectos referentes à sexualidade, sendo que o que caracteriza tratá-la como objeto de estudo é a tentativa de articulação entre abordagens situadas em diferentes disciplinas.

O tipo de interdisciplinaridade que proponho, portanto, não pretende restituir a unicidade do saber; tampouco produzir novas formas de conhecimento que abranjam e reconciliem as múltiplas faces do saber científico, como critica Raynaut (2014). Trata-se de usufruir de um arcabouço teórico desenvolvido por diferentes disciplinas que já investigaram a problemática da sexualidade, homossexualidade e do HIV/aids para poder construir um conhecimento explicativo desta recente realidade ainda em movimento.

Assumo como ponto de partida para este desafio a visão de Michel Foucault sobre a sexualidade humana, entendendo-a não como uma prática biológica preexistente, mas constituída no decorrer das práticas sociais (FOUCAULT, 2017). Ao dar ênfase aos aspectos de organização social do sexo, esta perspectiva permite compreender como novas sexualidades são constantemente produzidas. Mais do que isso, possibilita reconhecer que nas sociedades ocidentais a sexualidade está submetida a controles formais e informais, que organizam um sistema hierárquico de valor (GAYLE, 2017).

Para além das contribuições acadêmicas que este estudo pode trazer às ciências humanas e sociais, localizo questões que ultrapassam as fronteiras do conhecimento científico e incidem diretamente na vida das pessoas. Acredito que esta pesquisa pode auxiliar na compreensão das diferenças sociais ligadas à sexualidade na contemporaneidade, o que pode servir de embasamento para a construção de futuras políticas públicas que priorizem a garantia dos direitos humanos no campo da

saúde e da sexualidade, reconhecendo marcadores sociais de diferenças de gênero, orientação sexual, classe, entre outros.

Entendo que tornar a homossexualidade objeto de investigação científica em um momento em que o conservadorismo político-institucional opera se torna de extrema relevância, pois as contribuições das ciências humanas são essenciais tanto para o desenvolvimento social quanto para resistir e estimular a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Compreendo que o saber científico, além de produzir inovações no campo epistemológico, deve ter como premissa propiciar espaços de debate e de produção de conhecimento crítico e responsável. Por isso, o estudo que apresento não somente caminha para aprimoramento científico como também se torna relevante ao relacionar questões ligadas à diversidade sexual com a formulação e implementação de políticas públicas de prevenção ao HIV/aids destinadas a um dos segmentos ainda estigmatizados da população brasileira.

Enquanto sujeito diretamente envolvido e constituído pela temática que investigo, reconheço a necessidade de certo distanciamento do lugar da experiência para assumir o da ciência nesta tese. Contudo, as marcas de minha vivência não poderão ser apagadas. Talvez sejam elas que, orientadas pelo rigor científico, ofereçam um novo olhar para essa temática tão contemporânea. Por fim, sem qualquer pretensão de totalizar o saber construído, espero ao final deste estudo oferecer novas compreensões e possibilidades neste cenário cacofônico de discussão sobre a (homo)sexualidade.

1 POR UMA ARQUEGENEALOGIA DA HOMO(SEXUALIDADE): QUESTÕES METODOLÓGICAS

Sexta-feira, 31 de janeiro de 2014, aproximadamente 22 horas. É muito provável que grande parte da população brasileira, se não envolvida, pelo menos sabia o que estava acontecendo naquele momento. No maior canal aberto de televisão brasileira, a exibição do capítulo final da novela *Amor à Vida*, folhetim que quebrou recordes de audiência e mobilizou o interesse popular. Nos últimos minutos da histórica fictícia, o protagonista Félix se aproxima de Niko e, em um gesto romantizado após uma troca de declarações de afeto, os personagens se beijam. O ato durou especificamente 10 segundos, mas concretizou uma expectativa criada ao longo de meses: foi o primeiro beijo entre dois homens na teledramaturgia do país.

Nas semanas que antecederam a cena, muito se falou da possibilidade do esperado beijo acontecer. Portais de notícia resgataram as novelas anteriores que tiveram beijos censurados. Na internet, usuários das redes sociais se posicionavam contra e a favor. E os setores mais conservadores, em grande medida relacionados com a religião cristã, propunham boicotes, acusando a emissora de querer “difundir a homossexualidade”.

Caso estipulasse como recorte temporal a exibição deste beijo ficcional até o tempo presente, não faltariam outros exemplos que exemplificassem as controvérsias produzidas em torno da homossexualidade no Brasil na última década. Kit gay, mamadeira de piroca, tratamentos psicológicos de reversão, união estável etc., enfim, um conjunto de polêmicas que vêm mobilizando diferentes setores sociais. Mas acima de qualquer fato isolado, o que emerge nesses episódios é um conjunto de discursos, saberes e disputas que escancaram as relações de poder que atuam sobre a homo(sexualidade).

Dada a sua importância social, não são poucas as tentativas de compreender a homossexualidade nos últimos anos. Assim como também são diversas as ferramentas teórico-metodológicas disponíveis para analisar este fenômeno do ponto de vista social. É possível que cada lente conceitual ofereça respostas distintas e que nem por isso uma se sobreponha a outras. Contudo, considero pertinente e necessário situar a homossexualidade num plano mais abrangente de discussão

sobre a sexualidade, cujas tensões têm se amplificado desde o século XIX a partir do surgimento de uma *scientia sexualis*, isto é, da produção de um discurso científico sobre o sexo.

Neste sentido, esta tese adota uma postura epistemológica depreendida dos trabalhos de Michel Foucault, utilizando como principal referência teórico-metodológica os estudos que o teórico francês desenvolveu a respeito da sexualidade. Tomo como recorte analítico a implementação da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) para compreender aspectos referentes à homossexualidade masculina no Brasil. E, para isso, proponho uma análise arqueogenealógica cujo desenho da pesquisa se define como um estudo de caso, como proposto por Becker (1994), construído com o emprego de técnicas de entrevista e análise documental.

Na medida em que esta pesquisa se dirige à compreensão de aspectos da homossexualidade de forma arqueogenealógica, algumas dimensões da análise terão um tratamento diacrônico, o que não lhe imprime um caráter histórico ao estudo. A escolha metodológica supõe uma abordagem principalmente sincrônica, pois toma como lente de compreensão uma recente estratégia de prevenção ao HIV/aids, focalizando em questões sociais relativas à sua relação com a homossexualidade. De maneira geral, busco uma explicação qualitativa a respeito determinados aspectos da homossexualidade, de forma interdisciplinar, partir de autores situados em diferentes disciplinas no campo das ciências humanas.

No que se refere aos aspectos éticos, o protocolo desta pesquisa foi submetido primeiramente à avaliação do Comitê de Ética da Prefeitura de Florianópolis (SC) e, em seguida, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sendo registrado e aprovado sob o nº 35724620.7.0000.0121. A metodologia empregada segue as orientações presentes na resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dizem respeito às diretrizes éticas das pesquisas realizadas com participação de seres humanos.

A seguir, detenho-me em esboçar alguns conceitos-chave da ótica foucaultiana a respeito da sexualidade, com o intuito de apresentar a perspectiva teórica sobre a homossexualidade utilizada ao longo deste trabalho. Em seguida, apresento o desenho da pesquisa, bem como os demais aspectos metodológicos que servem de referência para a análise do material empírico.

1.1 Biopoder e sexualidade

Com seu legado teórico, Michel Foucault deixou à disposição uma vasta literatura que percorreu temas muitas vezes distintos, mas que se unem ao tratar do exercício do poder nas sociedades ocidentais. Embora o filósofo não tenha sido o primeiro a se preocupar com essa temática, o poder para ele não constrói uma história universal e atemporal; pelo contrário, trabalha na superfície do presente, muitas vezes de maneiras distintas e disseminadas em todas as esferas sociais, por meio de micro relações de poder (FOUCAULT, 2016).

A entrada do século XIX consolida essas micro relações de poder com a assunção da vida pelo poder (FOUCAULT, 2010), isto é, a tomada do poder sobre o indivíduo enquanto um ser vivo. Neste período a teoria clássica da soberania passa a ser sobreposta nas sociedades modernas com a emergência de um poder constituinte, interessado em organizar a vida em sociedade. Daí decorre a clássica passagem de Foucault de que se o poder soberano detinha o direito da morte sobre seus súditos, de fazer morrer para deixar viver, temos vivenciado um poder cujos Estados modernos se interessam agora em fazer viver e deixar morrer (FOUCAULT, 2010). A este tipo de poder que penetra, perpassa e modifica os antigos sistemas de administração social, o autor nomeia como biopoder: centrado na vida e controlando seus acidentes, eventualidades e deficiências.

Para sua efetivação, a noção de biopoder leva em conta união de duas estratégias distintas, uma disciplinar - centrada no corpo e que produz efeitos individualizantes (FOUCAULT, 2014); e outra biopolítica - direcionada à população enquanto fenômeno global (FOUCAULT, 2010). Não há uma sobreposição entre elas, pois atuam em níveis distintos, ou seja, disciplina e biopolítica são técnicas que constituem mutuamente as mais variadas relações sociais. Em síntese, não há justaposição alguma entre, mas, sim, articulação.

A emergência de estratégias disciplinares é localizada, na perspectiva de Foucault, no decorrer do século XVIII. Referem-se a um conjunto de técnicas e procedimentos, distribuídos em diferentes instituições, que observam, analisam e decompõem o corpo dos indivíduos como forma de impor relações de docilidade, utilidade e adestramento (FOUCAULT, 2014). Essas técnicas chamadas de

disciplinas visam o aumento das habilidades dos indivíduos, a partir de uma espécie de treinamento constante e sujeição, haja vista que controlam sua forma de ser e estar no mundo. Desse modo, a partir das técnicas disciplinares, o corpo humano é situado em uma maquinaria que o esquadrinha, desarticula e recompõe.

Em relação aos indivíduos, resume Fonseca (2016, p. 79) que os mecanismos disciplinares “[...] elaboram sua história e arquivam-na, distribuem-na no espaço de forma particularizada, elaboram suas atividades, controlam e relacionam seu tempo e o combinam com outros indivíduos”. Para isso são utilizadas sempre técnicas minuciosas, muitas vezes intercambiáveis, que situam os indivíduos no espaço, controlam suas atividades, organizam sua gênese e compõem suas formas (FOUCAULT, 2014).

Já a biopolítica é identificada por Foucault entre o fim do século XVIII e início do século XIX, não em substituição, mas como complemento da organização social de tipo disciplinar. A biopolítica diz respeito às estratégias de poder-saber que não se preocupam com o corpo do indivíduo, mas no equilíbrio global da população a partir do controle de eventos fortuitos que podem afetá-la. Trata-se de uma tecnologia que se dirige à multiplicidade, na medida em que formam “[...] uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc” (FOUCAULT 2010, p. 204).

No modelo biopolítico, a população se torna um problema de administração social e o objetivo primordial é o seu equilíbrio global, no sentido de controle de diferentes variáveis ou eventos fortuitos que atinjam um determinado grupo populacional. Para isso, lança-se mão da medição estatística de diferentes fenômenos para observá-los e propor soluções a fim de controlar os problemas de forma preventiva. Para Foucault (2008), enquanto a lei proíbe e a disciplina prescreve as condutas do indivíduo, a biopolítica responde a uma realidade de maneira que essa resposta anule essa realidade a que a ela responde. Em síntese, a regulação social é o elemento fundamental na biopolítica.

A junção entre as técnicas disciplinar e biopolítica resulta em um biopoder centrado na vida, ou melhor, centrado no direito de fazer viver, controlando as deficiências e eventualidades. Neste contexto, o poder unitário e repressivo divide espaço com um poder que se estilhaça em efeitos produtivos tanto sobre os corpos

na sua individualidade quanto sobre a população. Ocorre que entre o indivíduo e a população, entre o corpo e os fenômenos globais, a sexualidade está exatamente na encruzilhada dessas estratégias. De um lado, expõe comportamentos corporais, o que demanda controles disciplinares. Do outro, inscreve-se nos processos biológicos de vida, a partir de seus efeitos de procriação e que incidem na coletividade.

Neste contexto, a partir do século XIX os governos começaram a perceber os indivíduos não mais isoladamente, mas sim como uma coletividade, que necessita de estratégias de equilíbrio para garantir a ordem e a produtividade. Diante disso, surgem mecanismos sutis de controle sobre as práticas sexuais, uma vez que administrar o indivíduo e a população exige também o controle sobre a natalidade, fecundidade etc., funcionando exatamente nos limites entre o biológico e o econômico. “Entre o Estado e o indivíduo, o sexo tornou-se objeto de disputa, e disputa pública; toda uma teia de discursos, de saberes, de análises e de injunções o investiram” (FOUCAULT, 2017, p. 30).

Ao desenvolver uma série de estudos a respeito das relações históricas entre o poder, saber e os discursos sobre o sexo, Foucault rejeita a representação negativa do poder, abdicando pensá-lo apenas como interdição. Pelo contrário, defende que as sociedades modernas revelam uma “tecnologia do sexo”, de certo modo mais positiva do que excludente. Por considerar que “[...] o poder, para exercer-se nesses mecanismos sutis, é obrigado a formar, organizar e pôr em circulação um saber, ou melhor, aparelhos de saber” (FOUCAULT, 2016, p. 280), o filósofo sugere analisar a formação de certo tipo de discurso sobre o sexo, não em termos de repressão, mas materializadas por meio de domínios de saber.

Foucault (2017) dá o nome de *scientia sexualis* à formação de um tipo de saber específico, fruto de discursos científicos sobre o sexo, que emerge a partir do século XIX. Ainda, entende por “sexualidade” o correlato dessa prática discursiva que

[...] foi definida como sendo, “por natureza”, um domínio penetrável por processos patológicos, solicitando, portanto, intervenções terapêuticas ou de normalização; um campo de significações a decifrar; um lugar de processos ocultos por mecanismos específicos; um foco de relações causais infinitas, uma palavra obscura que é preciso, ao mesmo tempo, desencavar e escutar. É a “economia” dos discursos, ou seja, sua tecnologia intrínseca, as necessidades de seu funcionamento, as táticas que instauram, os efeitos de poder que os sustêm e que veiculam — é isso, e não um sistema de

representações, o que determina as características fundamentais do que eles dizem (FOUCAULT, 2017, p. 66-67).

A sexualidade é considerada então uma produção da discursividade científica que, além de induzir ações individuais e coletivas, ajuda-nos a compreender como as sociedades são investidas por relações de poder. Nesse cruzamento entre os saberes sobre o sexo e a incidência deles sobre os indivíduos e a população, o prazer sexual surge como palco do agenciamento concreto de disciplinas e regulamentações biopolíticas, isto é, estratégias que regimentam o corpo e o desejo, visando à criação de uma norma histórico-social.

O surgimento de uma nova codificação do sexo a partir da *scientia sexualis* resulta na multiplicação dos discursos sobre o sexo, subordinados aos imperativos de uma moral matrimonial, heterossexual e monogâmica, que aparecem principalmente na forma de normas médicas (FOUCAULT, 2017). Esses discursos acabam por produzir verdades, não somente verdades científicas, mas verdades sobre o sexo, uma vez que também moldam e criam formas de obtenção de prazer.

É nesse contexto de controle do sexo a partir da sexualidade que emerge a figura do homossexual, fabricada cientificamente pela via da perversão como objetivação do anormal durante o século XIX. Seu surgimento, em termos conceituais, é fruto da intervenção médica sobre o sexo, que ao se debruçar sobre relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo biológico inventou o termo o homossexual como categoria patológica (FRY; MACRAE, 1985). Esta figura, portanto, nasce enquanto categoria técnico-científica, no sentido de colocar em discurso aquilo que historicamente era exercido sem uma explicação racional. No limiar das técnicas disciplinares e biopolíticas, a homossexualidade emerge como categoria que engloba aqueles sujeitos que ameaçam contaminar a saúde da sociedade e levar à degeneração da espécie ao adular a descendência com seus instintos e delírios sem controle (FOUCAULT, 2010).

Ao atribuir à medicina a responsabilidade pela “criação” do homossexual, não desconsidero a variedade de formatos de relações sexuais e afetivas entre pessoas do mesmo sexo biológico durante os séculos anteriores tampouco afirmo que essas práticas sejam resultado da emergência do biopoder e da *scientia sexualis*. Entretanto, considero que as pessoas hoje chamadas de homossexuais receberam esse termo

exatamente no momento da assunção da vida pelo biopoder, quando técnicas disciplinares e biopolíticas são empregadas para controlar o indivíduo e a população.

É fato que não se pode mais associar a homossexualidade unicamente a um conceito técnico-científico. Ao longo dos dois últimos séculos a noção foi ressignificada, assumindo proporções muito mais identitárias do que objetivantes (TREVISAN, 2018). Ao mesmo tempo, não se pode desconsiderar como os domínios de saber e poder vêm operando de diferentes formas para tensionar essa categoria ainda em construção. Como tão bem atesta Foucault (2017), o discurso sobre o sexo tem se multiplicado ao invés de rarefeito, o que indica que cada vez mais se fale sobre a homossexualidade, de diferentes maneiras, argumentos e justificativas.

A entrada do sexo no campo do discurso tem possibilitado que a homossexualidade seja incorporada a diferentes racionalidades. Uma das mais significativas pode ser identificada nos anos mais recentes, quando sua associação direta com HIV/aids desloca a inicial patologização médica do indivíduo para uma patologização das condutas sexuais atribuídas a ele. E embora o cenário da epidemia tenha rapidamente se modificado, inclusive com inserção de novas doenças epidêmicas no corpo social, à exemplo da recente epidemia do Covid-19, a relação da homossexualidade com o HIV/aids vem adquirindo contornos tão interessantes quanto os identificados em décadas anteriores.

Diante disso, considero pertinente continuar escrevendo aquilo que Foucault chamou de História da Sexualidade, isto é, história daquilo que opera como domínio de verdade específica sobre o sexo e sobre a homo(sexualidade). Entendo que essa história deva ser escrita do ponto de vista de uma história dos discursos, uma vez que o que “se diz sobre o sexo não deve ser analisado como simples tela de projeção desses mecanismos de poder. É justamente no discurso que vêm a se articular poder e saber” (FOUCAULT, 2017, p. 109).

Embora reconheça a extensa discussão identitária, proponho nesta tese examinar a construção da homossexualidade masculina especificamente no domínio do saber técnico-científico, compreendendo-a a partir da epidemia do HIV/aids. Isso porque reconheço na epidemia um perigo, interno e externo, que sob a ótica foucaultiana do biopoder representaria uma ameaça à população e justificaria intervenções voltadas a proteger a integridade e qualidade de sua composição. Nesse

sentido, direciono meu olhar para uma das mais recentes estratégias preventivas para o HIV/aids, a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) e a utilizo como recorte para compreender a situação atual da homossexualidade.

Tomo como objetivo principal deste desafio identificar em qual classe de racionalidade mais ampla se insere o discurso de implementação da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) a respeito da homossexualidade masculina no Brasil. Especificamente, proponho-me a analisar os saberes técnico-científicos envolvendo (homo)sexualidade, enunciados em documentos institucionais e por profissionais da área da saúde que se dedicam ao trabalho de prevenção ao HIV/aids. Pretendo indagar, em particular, a existência de possíveis mudanças sociais e morais nas concepções técnico-científicas da homossexualidade.

Trata-se, também, de identificar, no âmbito das recentes estratégias sanitárias de combate ao HIV/aids, elementos disciplinares e biopolíticos que caracterizam as formas típicas de gestão do social na contemporaneidade, atreladas ao caráter reflexivo da modernidade tardia e lógica do risco, individualização e tecnologias biopolíticas de caráter neoliberal (GIDDENS, 1991; MITJAVILA, 2002).

Sugiro como hipótese geral desta pesquisa que a PrEP vem possibilitando que a homossexualidade seja objeto de problematização médica e social, nos moldes de um tipo de racionalidade que se caracteriza pela detecção e controle da homossexualidade enquanto atributo que continua a se apresentar como um desvio da heteronormatividade. Nesse sentido, a sexualidade parece estar retornando como dispositivo biopolítico, mas assumindo novas funções estratégicas possibilitadas por tecnologias de informação epidemiológica voltadas para o monitoramento e controle simultâneos do indivíduo e da população efetiva ou potencialmente consumidora da PrEP. Acrescento ainda a suposição de que o sucesso da implementação desta profilaxia se deve à utilização de estratégias que mobilizam nos homossexuais uma individualização do risco para o HIV, o que permite tornar mais eficientes as técnicas disciplinares e biopolíticas de gestão da homossexualidade como uma ameaça tanto sanitária como social.

1.2 Estratégia metodológica

Quando investiga a sexualidade, Foucault (2010) desenvolve uma série de estudos a respeito das relações históricas entre poder, saber e discursos sobre o sexo. Isso porque analisar a formação de saber sobre o sexo implica também reconhecer a emergência de relações de poder. Não um poder pelo viés da dominação, mas como sinônimo de relações de força, que tensionam e constituem as diferentes relações sociais. No caso da homossexualidade, construir uma metodologia de análise pela ótica foucaultiana implica tanto situá-la enquanto objeto de problematizações discursivas como reconhecer as relações de poder que a incidem, disciplinando e regulando sua existência.

Uma vez reconhecidas as bases conceituais que situam esta pesquisa, opto por construir uma metodologia de investigação científica também inspirada no traçado teórico de Michel Foucault. Refiro-me a uma “construção” porque embora com uma vasta literatura, o filósofo nunca definiu um traçado metodológico exato. Sua principal contribuição consiste em ter nos proporcionado pontos de vista, estratégias e pistas sobre as formas de indagar a produção de verdade e os mecanismos de poder que a sustentam. Como afirma Roberto Machado, um dos principais intérpretes no Brasil das obras de Michel Foucault,

Uma das singularidades importantes de Foucault como filósofo é que ele não elabora um método de investigação rígido, invariável, universalmente válido. Sua atitude teórica é marcada - de maneira assumida e refletida - pelo provisório. Em vez de um sistema conceitual, o que há é um processo, ele mesmo histórico, pelo qual seu método é definido de modo diferente em cada obra (MISSE; MACHADO, 2017, p.20).

De maneira formal, inspiro-me em diversos autores das ciências humanas que utilizam a nomenclatura “arqueogenealogia” em referência aos trabalhos desenvolvidos por Foucault e a proponho como método de investigação nesta tese. A utilização desta metodologia, contudo, não implica que noções conceituais do próprio autor sejam questionadas ou complementadas com referenciais teóricos mais contemporâneos. Mantenho, contudo, uma perspectiva teórica que reúne as reflexões do autor em suas duas primeiras fases de investigação: arqueologia e genealogia,

resultando na nomenclatura arqueogenealógica (CASCAIS; 1993; ALMEIDA, 2004; BRUGGE, 2010).

A arqueologia propõe uma análise que entende o discurso como acontecimento, ou seja, na sua descontinuidade e ruptura. Em oposição à história das ideias, considerada como o estudo das construções simbólicas em sua continuidade e evolução, a arqueologia não busca uma verdade universal que se oculta ou se manifesta no discurso, mas toma o discurso “enquanto práticas que obedecem a regras” (FOUCAULT, 2015, p. 169). Essas regras existem no interior do próprio discurso que em sua opacidade importuna, as atravessam. Deste modo, o método arqueológico pretende discutir os elementos, limites e relações das práticas discursivas.

Longe de propor apenas uma teoria descritiva do discurso, Foucault defende que as práticas discursivas têm em si o poder de produzir objetos e sujeitos. A partir da análise de suas regularidades, “[...] o arqueólogo se coloca em uma posição ortogonal em relação a todas as formações discursivas, a seus objetos, sujeitos, conceitos e estratégias com sentido e às tentativas de descobrir a verdade” (DREYFUS; RABINOW, 2013, p. 139). O autor entende a verdade não como algo atemporal ou universal, mas sim enquanto produção construída historicamente a partir dos discursos científicos considerados verdadeiros em determinado momento histórico-social.

Do ponto de vista da arqueologia, estudam-se as práticas discursivas na tentativa de demonstrar os limites da legitimidade do saber. Contudo, o próprio Foucault, ao final do clássico livro *A Arqueologia do Saber* (1969), admitiu que o método não devia se transformar em uma disciplina estável e autônoma. Alguns anos mais tarde, quando avançou em seus trabalhos, modificou seu método ao elaborar novas estratégias para decifrar as práticas sociais emergentes nos discursos e que chamou de genealogia.

Em seus primeiros trabalhos, Foucault utilizou variantes de análise estrutural estrita dos discursos, o que resultou em uma atenção maior àquilo que condiciona, limita e institucionaliza as formações discursivas. Com a genealogia, passou a identificar elementos extradiscursivos para compreender como se definem e organizam as práticas sociais. Como refletem Dreyfus e Rabinow (2013, p. 139) “não

há pré e pós-arqueologia ou genealogia em Foucault. Contudo, o peso e a concepção dessas abordagens mudaram no decorrer de seu trabalho”.

A concepção da análise genealógica se preocupa com o que percorreu as inúmeras reflexões de Foucault: o poder. Ao invés de questionar a validade dos enfoques preocupados com as origens e as verdades imutáveis, a genealogia se distancia do método histórico tradicional para analisar as singularidades dos acontecimentos. Se retorna ao passado é para explicar o presente. “Busca a superfície dos acontecimentos, os mínimos detalhes, as menores mudanças e os contornos mais sutis” (DREYFUS; RABINOW, 2013, p. 142).

Ao desenvolver o método genealógico de investigação, Foucault mostra que os indivíduos, os discursos e as práticas sociais estão inseridos sempre em um campo político de tensões, cujas relações de poder não somente as capturam, como organizam seu funcionamento. Analisar a problemática do poder passa a ser uma tarefa integrada ao trabalho do genealogista, sem que isso implique tratá-lo separadamente do saber, uma vez que poder e saber legitimam e constituem as relações sociais.

Temos que admitir que o poder produz saber (e não favorecendo-o porque o serve ou aplicando-o porque é útil); que poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder. Essas relações “poder-saber” não devem então ser analisadas a partir de um sujeito do conhecimento que seria ou não livre em relação ao sistema de poder. mas é preciso considerar ao contrário que o sujeito que conhece, os objetos a conhecer e as modalidades de conhecimento são outros tantos efeitos dessas implicações fundamentais do poder-saber e de suas transformações históricas. Resumindo, não é a atividade do sujeito de conhecimento que produziria um saber, útil ou arredo ao poder, mas o poder-saber, os processos e as lutas que o atravessam e que o constituem, que determinam as formas e os campos possíveis do conhecimento (FOUCAULT, 2014, p. 31).

Ao analisar o poder pela perspectiva foucaultiana alguns cuidados metodológicos devem ser tomados. O primeiro e mais importante é recusar sua identidade negativa, atribuindo às instituições e ao Estado a sujeição dos indivíduos por meio unicamente da repressão. Qualquer forma de lei ou unidade de dominação deve ser considerada não o início, mas a forma final do poder (FOUCAULT, 2010).

No que se refere à homossexualidade, portanto, não se pode dizer que o poder apenas reprime; pelo contrário, se reprime é para fazê-la funcionar.

É preciso também desconsiderar a origem ou essência do poder, afinal, o poder não advém de um único lugar ou decreto, mas provém de múltiplos lugares. A abordagem genealógica considera o poder não como algo que se adquire, no sentido da conquista do poder. Compreende o poder como algo que se exerce a partir de inúmeras ações e procedimentos, o que significa que não se encontra em posição de exterioridade a respeito de qualquer outro tipo de relação, a exemplo do conhecimento científico e das práticas sexuais. Como reflete Mitjavila (1994, p. 65):

[...] a caracterização foucaultiana do poder constitui uma resposta antagônica às noções essencialistas que geralmente percebem nele um mero reflexo de clivagens sociais fundamentais. A definição de poder em Foucault é de natureza relacional e estratégica; sua onipresença é de caráter multifocal (provém de todas as partes), situada (exerce-se e não se possui como um atributo), não é exterior nem posterior às estruturas sociais, é móvel, existe em função de relações que são intencionais e não subjetivas.

Em Foucault também se recusa conceber o poder como fruto da decisão de um sujeito individualmente; o que não significa que não sejam intencionais, isto é, que não tenham um objetivo previsto. Em relação ao domínio da sexualidade, é preciso reconhecer o “[...] caráter implícito das grandes estratégias anônimas, quase mudas, que coordenam táticas loquazes, cujos “inventores” ou responsáveis quase nunca são hipócritas” (FOUCAULT, 2017, p. 92).

Em síntese, é em um campo de correlações de força que a genealogia reconhece o poder, separado do sistema de soberania da lei ou da pressão do Estado, o que não significa, é claro, que não faça uso dessas técnicas para operar. Mas muito mais do que a repressão, o poder apresenta uma configuração diagramática, “aparece como uma multiplicidade espaço-temporal fluente que, como um mapa instável, tem a capacidade de registrar a densidade, a mobilidade e a intensidade das relações de forças” (MITJAVILA, 1994, p. 65-66). Em par com o saber, o poder constitui a formação histórica dos regimes de verdade que fazem funcionar a sociedade e incidem diretamente na constituição da homo(sexualidade).

Sem considerar uma classificação engessada dos trabalhos de Foucault, proponho como método analítico o que convencionalmente passou a se chamar nas

ciências humanas de arqueogenealogia, que consiste na união das técnicas arqueológica e genealógica de investigação científica. Trata-se nesta tese interrogar aspectos referentes à homossexualidade a partir do discurso técnico-científico, entendendo-o como um domínio de saber que adquire valor de verdade em determinado momento histórico-social. Não se trata de empreender uma análise linguística formal do discurso sobre a homossexualidade, mas de localizar nesta categoria elementos explicativos da história da sexualidade. Em síntese, analisar a formação de certo tipo de saber sobre a homossexualidade, não em termos de repressão ou de lei, mas em termos de poder.

1.3 Construção do desenho de pesquisa

Uma vez definido os aspectos teóricos-conceituais básicos desta pesquisa, baseado no método arqueogenealógico de investigação social, busco construir um material empírico que compreenda aspectos da homossexualidade a partir de lugares específicos em que emergem rituais de poder e saber. Utilizo novamente o termo “construção” por reconhecer que não há neutralidade na ciência, no sentido de que a própria escolha de uma metodologia presume direcionamentos que situam o saber científico em consonância com o poder. Também porque entendo não existir um material analítico sobre a homossexualidade construído *a priori*, cabendo ao pesquisador “produzir” seu objeto de análise a partir de diferentes lentes, sejam elas teóricas ou técnicas.

Dado o propósito deste trabalho de investigar aspectos da homossexualidade a partir da implementação da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP), opto por uma análise dividida em dois níveis, referentes a *1) organização político-institucional programática da PrEP; 2) estratégias e tecnologias de prevenção e abordagem terapêutica do HIV/aids.*

Essa divisão conduz à necessidade de trabalhar com *dados primários*, oriundos de entrevistas com profissionais de saúde que trabalham com a oferta da PrEP. Observa-se, também, a importância de examinar fontes documentais relativas a Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, destinados a regulamentar a

implementação da PrEP e a orientar o trabalho dos profissionais de saúde que atuam na oferta da profilaxia.

A construção do material empírico a partir de entrevistas e documentos oficiais ocorreu pelo entendimento de que, desse modo, seria possível contemplar um discurso norteador da prática preventiva PrEP permitindo igualmente observar a própria execução e mobilização dessa prática. A seguir detalho cada um dos níveis de análise e suas características.

1.3.1 Organização político-institucional da PrEP

Compreendo a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) como um novo elemento impulsionador da prática sexual saudável. Sua oferta vem embasada em pesquisas e diretrizes de diferentes países, além da Organização Mundial da Saúde (OMS), que recomendam sua utilização para populações consideradas sob alto risco de infecção para o HIV, incluindo a população homossexual (GRANT et al 2010). Especificamente no Brasil, também é sustentada pelos estudos como o PrEP-Brasil¹⁵, que investigou sua eficácia, entre 2014 e 2015, a partir do monitoramento de 450 homens que mantinham relações sexuais com homens e mulheres transexuais; e o Estudo Combina!¹⁶, realizado em 2016 e 2017, com cerca de 380 pessoas consideradas com alta exposição para o HIV.

Resultado do saber técnico-científico, a PrEP foi incorporada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2018, por meio da Portaria no 21 de maio de 2017, que estabelece que o antirretroviral tenofovir, associado com o entricitabina, compostos integrantes do medicamento Truvada, passassem a ser oferecidos via sistema público de saúde como estratégia preventiva à infecção pelo HIV (BRASIL, 2017a). O documento que institucionaliza sua oferta no país é o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para a PrEP, elaborado pelo Ministério da Saúde e publicado

¹⁵ HOAGLAND, Brenda, et al. High pre-exposure prophylaxis uptake and early adherence among men who have sex with men and transgender women at risk for HIV Infection: the PrEP Brasil demonstration project. *Journal of the International AIDS Society*, v. 20, n.1, 2017.

¹⁶ GRANGEIRO, Alexandre, et al. Pre-exposure and postexposure prophylaxes and the combi - nation HIV prevention methods (The Combine! study): protocol for a pragmatic clinical trial at public healthcare clinics in Brazil. *BMJ Open*, 2015.

em sua primeira versão no final de 2017 pelo então Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

Documentos institucionais, portanto, garantem a implementação da PrEP e norteiam sua oferta, o que me leva a considerá-los como o primeiro nível de análise necessário para investigar o funcionamento da profilaxia e sua relação com a homossexualidade. Nesse sentido, foram incorporados para análise os seguintes documentos:

- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV (BRASIL, 2017a);
- Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b);
- Orientações para a expansão da oferta da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV na rede de serviços de saúde (BRASIL, 2018);
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (BRASIL, 2015).

Na prática, esses documentos institucionalizam orientações profissionais, uma vez que se dirigem aos profissionais de saúde que atuam na prevenção e controle do HIV/aids e, especificamente, na oferta da PrEP. Compreendo que a partir das indicações e orientações presentes nos documentos, a PrEP passa a ser ofertada no país, cumprindo com determinadas finalidades preventivas que se relacionam diretamente com a homossexualidade. Diante disso, as análises documentais possuem a finalidade de responder os seguintes questionamentos: 1) qual é a relação entre homossexualidade e PrEP?; 2) como são decididas as “populações-chave”/”Grupos prioritários” para a PrEP?; 3) quais os níveis de responsabilidade do Estado e do indivíduo na oferta da PrEP?; e 4) como se dá o programa de prevenção ao HIV/aids em relação à Prevenção Combinada e; especificamente, à PrEP?

1.3.2 Serviços de saúde nas estratégias de prevenção do HIV/aids

O segundo nível de análise diz respeito à execução das práticas previstas nos protocolos e nos documentos oficiais analisados no item anterior. Os esforços estão dedicados à compreensão do trabalho técnico diante das estratégias de prevenção da infecção por HIV/aids, especialmente no que concerne à oferta da PrEP e sua relação com a homossexualidade.

Este nível de investigação se dá pelo entendimento de que entre o Estado, enquanto responsável pelas políticas públicas de enfrentamento às doenças e epidemias, e o homossexual, enquanto sujeito dessas políticas, existe toda uma teia de discursos, de saberes e de práticas profissionais. Fato esse já comprovado por Foucault (2012; 2017) ao identificar como a população, a partir do século XVIII, já havia se transformado em um problema político e econômico. Na medida em que o trabalho técnico exercido por profissionais de saúde desempenha um papel indispensável para garantir a oferta da PrEP, funcionando como “ponte” entre a política pública de saúde e seu público-alvo, suas ações podem ser consideradas “peças-chave” na efetivação da PrEP. Esse caráter estratégico das ações profissionais vem legitimado pelas prerrogativas profissionais e institucionais, que autorizam as decisões por eles tomadas em função das diretrizes e parâmetros legais e institucionais. O trabalho técnico, portanto, exerce um papel estruturante na aplicação dos protocolos clínicos, pois arbitra, em grande parte, tomadas de decisões a respeito de quem pode ser considerado apto ou não para fazer uso da profilaxia.

A análise do serviço técnico nas estratégias de prevenção ao HIV/aids ocorreu por meio de entrevistas com gestores e profissionais de saúde que atuam na oferta da PrEP em Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)¹⁷ Florianópolis (SC). A escolha da cidade se deu pelo fato de ser uma das 36 primeiras a receber o serviço no país; decisão que levou em consideração “municípios estratégicos, com foco nas

¹⁷ Os CTAs surgiram no país ainda na década de 80 e fazem parte da estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS). Suas unidades, espalhadas em todas as regiões do Brasil, tem como função diagnosticar e também prevenir infecções sexualmente transmissíveis, além de apoiar as pessoas vivendo com HIV/Aids e os portadores de hepatites virais. Entre suas principais atividades, destacam-se o diagnóstico sorológico de HIV, sífilis e hepatites B e C; o aconselhamento dos pacientes; e a distribuição de preservativos e medicamentos preventivos (BRASIL, 2010). Em Florianópolis (SC), atualmente, há três CTAs em funcionamento: Centro de Saúde Carianos, Centro de Saúde Tapera e Policlínica Municipal do Continente (Fonte: www.aids.sc.gov.br. Acesso em: 04 de setembro de 2020).

populações sob risco substancial de infecção pelo HIV” (BRASIL, 2018, p. 9). Além disso, por uma gestão logística, também diz respeito à mesma cidade sede do programa de pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), curso em que esta tese foi desenvolvida.

Em relação à quantidade, não houve um número predeterminado de sujeitos entrevistados, sendo que a estrutura administrativo-institucional do espaço determinou essa quantidade, bem como a disponibilidade dos gestores e profissionais de saúde. Em termos práticos, o estudo contou com a participação de 6 (seis) pessoas, sendo eles: 2 (dois) médicos; 1 (um) enfermeiro; 1 (um) farmacêutico; 1 (um) assistente social; e 1 (um) educador de par¹⁸. Para a realização das entrevistas, foi feito um contato prévio via e-mail com os responsáveis pelo serviço em Florianópolis, com o intuito inicial de compreender como funciona a gestão da oferta da PrEP. De posse dessas informações, foi feito o convite aos gestores responsáveis e profissionais de saúde (nos diferentes níveis e processos) para que participassem das entrevistas.

Esse trabalho de campo foi pautado no modelo geral de entrevista semiestruturada, baseado na formulação de um roteiro prévio de perguntas¹⁹ suscetível de ser ampliado e reformulado ao longo do processo. Este formato, como pontua Triviños (1987), parte de interrogações básicas, apoiadas em teorias e hipóteses, que a partir das respostas do entrevistado podem resultar em novas indagações e hipóteses. “O informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa” (TRIVIÑOS, 1987, p. 146). Desse modo, foi possível uma flexibilidade interativa entre entrevistador e entrevistado, permitindo que informações significativas pudessem surgir durante a conversa.

Embora tenha sistematicamente buscado zelar pelo rigor científico ao longo da realização das entrevistas, pontuo como no caminho de construção desta tese alguns obstáculos inesperados foram apresentados, o que demandou novos

¹⁸ Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disponível no Anexo 2 deste trabalho.

¹⁹ Disponível no Anexo 1 deste trabalho.

posicionamentos acerca das escolhas metodológicas. Ao mesmo tempo em que me debruçava sobre os reflexos da epidemia do HIV/aids na medicalização da homossexualidade, não por ironia, o mundo se deparou com o aparecimento de uma nova epidemia, a Covid-19, que alterou, entre tantas esferas possíveis, a forma de manter o contato social. Esta tese que inicialmente se estruturava de uma forma precisou ser revista em vários aspectos, adequando-se à realidade de uma época nebulosa e assustadora, com um novo vírus deixando lastros de pavor e insegurança.

Diante disto, as entrevistas que inicialmente seriam realizadas presencialmente, com o propósito de permitir um maior contato e interação com profissionais de saúde, foram deslocadas para o ambiente virtual, através de videochamadas, uma das poucas formas de manter o contato pessoal com segurança. Por esse motivo, se bem considero que os objetivos das entrevistas foram alcançados, reconheço que alguns elementos possam ter escapado pela incapacidade de construir presencialmente uma relação de confiança entre pesquisador e entrevistado.

Por fim, por se tratar de uma investigação de caráter arqueogenealógico, o material empírico foi obtido a partir de construções discursivas registradas sob a forma de conteúdo textual verbal. No caso das entrevistas com gestores e profissionais de saúde, foi realizada a transcrição textual das videochamadas, mantendo a fidelidade enunciativa do material. No que se refere ao manuseio dos documentos oficiais assim como das entrevistas, foram seguidos os preceitos éticos do fazer científico, especialmente acerca da proteção do anonimato de informações que porventura aparecessem nas transcrições, tais como referências a nomes, características físicas, indicativos de moradia e emprego específicos, substituindo esses dados por meio de um procedimento de codificação que garantisse o anonimato dos participantes.

2 HOMOSSEXUALIDADE E PERICULOSIDADE SOCIAL: TRANSFORMAÇÕES RECENTES²⁰

Durante um dos debates presidenciais das eleições de 2014 no Brasil, promovido pela rede Record de Televisão, o então candidato Levy Fidelix (PRTB) foi questionado pela concorrente Luciana Genro (PSOL) sobre suas propostas para a defesa dos direitos da população LGBT caso fosse eleito. Sua resposta, exibida em cadeia nacional, foi categórica: “[...] *desculpe, mas aparelho excretor não reproduz*”²¹. Ao rejeitar qualquer proposta de seu possível governo direcionada às minorias sexuais²², Fidelix ainda tratou de complementar sua fala produzindo uma associação entre a prática homossexual e os crimes sexuais: “[...] *Eu vi agora o santo padre, o papa, expurgar - fez muito bem - do Vaticano um pedófilo*”.

Amplamente repercutida nos dias posteriores ao debate, a resposta do candidato à presidência não passou despercebida. Nas semanas posteriores, embora tenha recebido um pequeno apoio de setores conservadores, a manifestação do candidato foi criticada na mídia e em discussões na internet. Já no cenário jurídico a situação se estendeu por três anos até que a Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo o multasse em R\$ 25 mil por “prática de discriminação homofóbica” devido às suas declarações.

Contudo, esta não foi a primeira vez que uma associação pejorativa entre homossexualidade e prática sexual anal emergiu midiaticamente no Brasil. Antes de se eleger presidente da república em 2018, Jair Bolsonaro, na época deputado federal, envolveu-se em inúmeras discussões sobre a proposta de criminalização da LGBTfobia²³ - projeto que percorre o legislativo há mais de 10 anos. Em uma de suas

²⁰ Uma versão sintetizada deste capítulo já está publicada no artigo “Gestão biopolítica da Aids: a homossexualidade como fonte de periculosidade social” (BARP; MITJAVILA; FERREIRA, 2022).

²¹ A íntegra do momento de pergunta e resposta entre os candidatos está disponível no link <https://www.youtube.com/watch?v=o2WmtekXUDM>. Acesso em: 19 de set de 2020.

²² Pela expressão “minorias sexuais” me refiro a grupos sociais cuja orientação sexual, identidade de gênero ou práticas sexuais consentidas diferem do padrão heterossexual-cisgênero-monogâmico.

²³ A partir da leitura de Ramos e Nicoli (2016), a LGBTfobia pode ser entendida como a intolerância praticada contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em virtude de suas orientações sexuais ou identidades de gênero. Embora ainda não seja criminalizada pelo Código Penal Brasileiro dada a estagnação dessa discussão nos poderes Executivo e Legislativo, esse tipo de intolerância é hoje passível de punição, uma vez ter sido equiparado ao crime de racismo (Lei nº 7.716) pelo Supremo Tribunal Federal (STF), em junho de 2019.

declarações, como argumento para defender o direito à discriminação, afirmou: *“E eu vou se preso em flagrante só porque esse cara faz sexo com seu aparelho excretor?”*.

Ambos os episódios apontam para a incidência dos setores conservadores da política brasileira sobre as minorias sexuais nas últimas décadas (TREVISAN, 2018), além de revelarem a evidente existência de uma espécie de LGBTfobia estrutural, marcada por associações entre crime e homossexualidade. Ainda, apresentam certa racionalidade em que o sexo estaria especificamente relacionado com a finalidade da reprodução, o que torna perversa qualquer outra maneira de praticá-lo.

A utilização, tanto na fala de Fidelix quanto na de Bolsonaro, da expressão “aparelho excretor” para se referir ao ânus produz uma associação direta com a eliminação de fezes, e ao mesmo tempo, critica sua utilização enquanto objeto de prazer sexual. Esses enunciados, não meramente fortuitos, unem-se à cadeia imaginária que historicamente associa a penetração anal com a sujeira e a homossexualidade (SAEZ, 2016). Para compreender os fatores que possibilitam sua enunciação no atual cenário brasileiro e como esses episódios se relacionam com as recentes mudanças experimentadas pela homossexualidade no espaço técnico-científico, observo a necessidade de compreender o universo de saberes dentro do qual se move o sujeito homossexual, constituído por conhecimentos e relações de saber-poder muitas vezes conflitantes entre si.

Entendo que sua construção está ligada muito mais a fatos sociais e culturais do que biológicos ou psicológicos. Em outras palavras, reconheço que a categoria homossexualidade é produzida em um contexto mais amplo do que somente suas características e práticas individuais. Neste sentido, busco discutir neste capítulo alguns elementos que possibilitaram sua construção social e que justificam atuais medidas de controle e administração da sua existência.

Utilizo como arcabouço teórico autores do campo da sexualidade e, principalmente, o conceito de periculosidade tão bem problematizado por Foucault (1996; 2006; 2008), posteriormente desdobrado por autores contemporâneos. Em um primeiro momento será preciso se distanciar da temática da sexualidade e retomar algumas noções jurídicas e psiquiátricas que evidenciam a complexidade da problemática para, em seguida, examinar sua incorporação no contexto da sexualidade.

2.1 Alicerces teórico-conceituais da noção de periculosidade social

O episódio protagonizado entre os dois presidenciáveis em 2014, descritos no início deste capítulo, serve para problematizar, entre outras questões, os esforços que ainda vigoram para produzir a exclusão da homossexualidade no campo político e no corpo social. Mas, para além da superfície, também materializa a existência de estratégias de poder-saber que não se esgotam no pleito eleitoral. Por esse motivo, gostaria de retomar o episódio mais uma vez para exemplificar como esses jogos de força produzem efeitos que se multiplicam não apenas entre indivíduos, mas também em nível populacional.

Quando a candidata Luciana Genro introduz a temática da homossexualidade ao candidato Levy Fidelix, o faz em termos estatísticos, afirmando que o Brasil é o país que mais mata a população LGBT e, em complemento, questiona: *por que as pessoas que defendem tanto a família se recusam a reconhecer um casal do mesmo sexo?* Um de seus argumentos para justificar a pergunta se refere à vida desses sujeitos, ameaçada por aqueles que não os reconhecem como dignos de exercer determinados papéis sociais.

Identifico nesta discussão uma preocupação evidente com a vida, não somente em termos biológicos, mas como manutenção da vida do homossexual enquanto parte da população. O questionamento da candidata de *“por que o homossexual não é reconhecido como família?”* tem uma preocupação em agregá-lo ao corpo social. A resposta de seu concorrente, a partir de valores morais atrelados a uma sexualidade “correta” (*“aparelho excretor não reproduz”*), tem uma clara intenção de afastá-lo. Se utilizo esse exemplo, é porque tal episódio mantém não poucas familiaridades com a noção de biopoder elaborada por Michel Foucault, isto é, estratégias de poder que incidem sobre a vida em sociedade, tornando-a organizada e protegida (FOUCAULT, 2010).

É na articulação das vertentes anatomopolítica e biopolítica que se consolida o biopoder; e é neste mesmo espaço teórico-conceitual que situo a homossexualidade e a carga de tensões que a constroem, exemplificada pelo debate presidencial anteriormente citado. Isso porque o homossexual é, em si, um organismo vivo, cuja constituição depende de aspectos individualizantes. Mas a homossexualidade é, ao

mesmo tempo, um fenômeno global, pois afeta a população quando desestabiliza certas variáveis relacionadas a questões como natalidade, família e assuntos morais atrelados à uma escala de valores relativos à sexualidade.

Como destaca Gayle Rubin em seu clássico ensaio "*Pensando o sexo*", publicado em 1984, as sociedades ocidentais modernas têm avaliado os atos sexuais segundo um sistema hierárquico de valor sexual. Para a antropóloga americana, os heterossexuais que se casam e procriam estão sozinhos no topo da pirâmide da sexualidade, seguido dos casais heterossexuais e sem filhos. Mais abaixo se encontram os praticantes do sexo solitário, isto é, da masturbação, fortemente condenada durante o século XIX. No limite da respeitabilidade, são situados os casais lésbicos e homossexuais de longa data e estáveis; e, em um nível inferior nessa hierarquia, aparecem os homens homossexuais considerados promíscuos. Por fim, "[...] as classes sexuais mais desprezadas incluem transexuais, travestis, fetichistas, sadomasoquistas, profissionais do sexo, como as prostitutas e modelos pornográficos" (GAYLE, 2017, p. 83).

Embora em anos mais recentes seja possível atualizar com pequenas variações a pirâmide esboçada, é igualmente possível manter o princípio de que aqueles cujo comportamento está no topo da hierarquia são recompensados com certa respeitabilidade e legalidade. Contudo, à medida que se vai descendo na escala social de comportamentos sexuais, os indivíduos estão propensos a serem julgados sob a presunção de doença mental, falta de idoneidade, tendência à criminalidade, perda de apoio institucional etc. (GAYLE, 2017).

No caso específico da homossexualidade, desde que a ciência a conceituou no século XIX, um dos principais argumentos que justificam o interesse e a intervenção sobre os homossexuais diz respeito ao grau em que eles representam uma ameaça social. A compreensão desse problema toma como pilar o conceito de periculosidade; uma noção tão enraizada no tecido social que antes de qualquer problematização precisa ter suas bases teóricas e políticas identificadas. Por isso, primeiramente retomo algumas transformações políticas, sociais e econômicas ocorridas na passagem do século XVIII para o XIX, que servem de pano de fundo para o futuro aparecimento da homossexualidade como problema a ser enfrentado.

Nesse período, o mundo ocidental experimenta uma transformação nas instituições jurídico-penais. Após séculos de castigos e suplícios corporais em praças públicas, a prisão fixa-se como modelo ideal de punição com base na técnica disciplinar de controle sobre os corpos. Sustentada pela racionalidade científico-técnica, a pena passa a ser estipulada visando a proporcionalidade do delito e a correção do criminoso, em oposição aos anteriores castigos corporais que respondiam aos desejos de um soberano cruel. A prisão nasce em substituição às execuções públicas, mutilações, enforcamento, de forma a constituir um “espaço entre dois mundos”, “[...] um lugar para transformações individuais que devolverão ao Estado os indivíduos que este perdera” (FOUCAULT, 2014, p. 43).

De forma quase concomitante, esse processo é acompanhado do surgimento de uma nova *episteme*, com uma inquietação quase narcísica, em que a ciência define o ser humano como objeto privilegiado de investigação. Ocorre nesse período uma espécie de objetivação de si, com grande interesse dos diferentes campos de saber em compreender o indivíduo. A razão emerge como instrumento de compreensão da realidade, em substituição às divindades e mitologias dos séculos precedentes, conduzindo o processo de institucionalização da ciência como recurso fundamental para dirimir problemas repletos de incertezas, suscitados por fenômenos que vão muito além do que até então se apresentava como o delírio enigmático e indecifrável do louco. Ao oferecer a objetividade científica como base para diagnosticar e tratar a loucura, a medicina alcança um novo *status*, agora científico, que legitima a ampliação do universo de objetos oriundos do campo dos problemas sociais.

É no ponto de fusão das novas formas de punição com a consolidação da psiquiatria como campo legítimo de saber que localizo a emergência da noção de periculosidade. Por este motivo é preciso ingressar em contextos institucionais aparentemente alheios à sexualidade para entender as condições que tornam a homossexualidade um problema tão importante a ser combatido.

O contexto da emergência de uma nova racionalidade na abordagem do crime proporcionou condições favoráveis para a construção científica e política da periculosidade, pois é quando o universo jurídico passa a contar com um conjunto de saberes externos a ele que auxiliam na tarefa de corrigir, investigar, penalizar e corrigir os transgressores da lei penal. É neste momento que se inicia uma transformação na

lógica da punição, onde o crime em si perde força e as atenções se voltam para o criminoso e suas características e potencialidades (FOUCAULT, 2014).

A psiquiatria se insere neste espaço inicialmente pela incapacidade da justiça em resolver sozinha uma série de crimes “sem explicação”, isto é, de crimes para os quais a teoria clássica do direito penal, embasada pela lógica do livre arbítrio e da imputação de responsabilidade, não encontrava explicações plausíveis. Esses crimes tinham em comum o fato de serem quase todos graves, como assassinatos acompanhados de estranhas crueldades, geralmente cometidos no cenário doméstico, cujos autores não tinham sintomas prévios ou visíveis de loucura (FOUCAULT, 2006). Eram mães que assassinavam filhos, empregados que matavam patrões, homicídios entre familiares. Eram infanticidas, parricidas e assassinos bárbaros que transgrediram leis penais, mas também leis da natureza humana, o que os tornou verdadeiros monstros diante da sociedade.

O pressuposto da teoria clássica do direito defendia a capacidade de autodeterminação do sujeito ou, em outros termos, sua lucidez em escolher, ou não, cometer um crime (MATSUDA, 2009). É o que Foucault (2013; 2014) também chamou de “princípio da porta giratória”; quando a loucura entra em cena o crime desaparece. A partir do momento em que a lucidez pode ser questionada em uma investigação criminal, isto é, quando a incapacidade das faculdades mentais do acusado é interrogada, o crime e a consequente punição são postos suspensos, necessitando-se de novos elementos para sua elucidação.

Os psiquiatras encontram no conceito de monomania uma base racional para os crimes cruéis que a justiça sozinha não conseguia resolver. Essa noção surge com Philippe Pinel (1745-1826) quando teorizou sobre a existência de uma loucura sem delírio, ou seja, um louco que não aparentava os sinais de seu distúrbio. Mais tarde, seu discípulo Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) aprimorou a definição, caracterizando-a como “uma paixão alegre ou triste, excitante ou opressiva, [que] produz o delírio fixo e permanente de desejos e de determinações relativos ao caráter da paixão dominante” (ESQUIROL apud ALMEIDA, 2005, p. 61).

Embora com diferentes variações, os alienistas concordavam em que a monomania era um “perigo” social, já que a loucura mantinha ligações com condições insalubres de vida, tais como superpopulação, promiscuidade, vida urbana,

alcoolismo, libertinagem (FOUCAULT, 2006). Concebida como fonte de perigo, a monomania permite à psiquiatria inserir no aparato judiciário a concepção de monomania homicida, uma espécie de assassinato justificado pela loucura enquanto alienação mental, como doença não necessariamente caracterizada pelo delírio.

Não cabe a este trabalho reconstruir a genealogia da loucura, porém julgo pertinente retomar as reflexões de Barros-Brisset (2011) ao questionar como foi possível costurar a sua racionalização enquanto problema social pelos alienistas. A autora localiza já no final da Antiguidade Grega a ideia de que alterações no comportamento poderiam ser atribuídas a alguma doença da mente. E se na Idade Média as afecções mentais perdem força devido à predominância da teodiceia divina, a loucura passa a ser permeada por aspectos negativos ao carregar consigo a materialização do mal e do pecado.

Já nos séculos XV e XVI, os loucos são misturados aos desordeiros, trancafiados em castelos, pensões de força e prisões. Daí que a passagem do mal demoníaco para o mal psíquico, com a emergência da ciência, não deixa de carregar elementos que, em períodos precedentes, concebiam a loucura ora como algo doentio, ora como comportamento sujeito a punição. Quando, no século XVIII, os alienistas vão buscar no louco trancafiado um indivíduo para ser tratado e não excluído, constroem um edifício conceitual que conjuga “[...] o déficit permanente (concepção herdeira das interpretações galênicas sobre as afecções mentais) e as manifestações do mal moral (ideia presente nas classificações patológicas dos manuais dos inquisidores)” (BARROS-BRISSET, 2011, p. 44).

A possibilidade da loucura como explicação para o crime não foi em si um fato novo. Castel (1978) lembra que ainda antes da consolidação da psiquiatria, alienistas já eram chamados para desempenhar o papel de peritos e desvendar crimes cuja suspeita de loucura pairava. Eram crimes, em grande medida, considerados leves, como pequenas violências e vagabundagem que, quando constatada a loucura, escapavam dos muros da prisão e recebiam como punição alguma forma de confinamento.

Pela teoria clássica do direito penal, “[...] a loucura apaga o crime, a loucura não pode ser o lugar do crime e, inversamente, o crime não pode ser, em si, um ato que se arraiga na loucura” (FOUCAULT, 2014, p. 27). Por esse motivo, não se pode

dizer que a entrada da psiquiatria nas instituições jurídicas tenha se dado sem tensões ou de forma neutra, haja vista que o diagnóstico de louco em teoria impossibilitava a justiça de punir. Entretanto, muito mais do que uma atenuação ou exclusão da pena, essa mudança de racionalidade interliga poder e saber, pois se relaciona com a busca por novos elementos punitivos que encontrarão na disciplina uma resposta à altura das novas demandas biopolíticas.

Nesse sentido, a emergência de técnicas disciplinares e biopolíticas exigia novos elementos de administração, seja do indivíduo enquanto tal, seja da organização populacional. Para a maquinaria penal, não havia mais como funcionar apenas com uma lei repressiva, tratando a infração e o seu responsável de forma causal. Os juízes só conseguiriam desempenhar seu trabalho agregando novos elementos que embasassem o poder de punir.

Quando questiona o que possibilitou a cooperação entre psiquiatras e juristas em torno do acontecimento criminoso a partir do século XIX, Matsuda (2009) elenca a necessidade da justiça de produzir justificativas não arbitrárias para o poder de punir. Uma vez que não se conseguia compreender o motivo de determinados crimes ocorrerem, era preciso encontrar causas, fatores, elementos que justificassem sua penalidade. Esses elementos foram trazidos pela medicina psiquiátrica quando, mais do que definir a patologia, sinalizou nesses criminosos a existência de uma periculosidade que ameaçava a ordem social.

A punição já estava se consolidando como meio de proteção social e não como resposta individual ao crime. Diante do perigo que o delinquente oferecia ao meio, as próprias legislações que encerravam a jurisdição penal diante da loucura foram sendo alteradas. Sem hesitar em manter o poder conferido à punição, gradativamente a justiça transferia a noção de responsabilidade penal à inteligibilidade do crime, isto é, aos antecedentes do indivíduo antes que à materialidade do fenômeno em si (FOUCAULT, 2016a).

Se a justiça se beneficiou da parceria médico-criminal a fim suprir novas demandas, a psiquiatria também encontrou na função explicativa do crime o reconhecimento de seu estatuto científico e a sua legitimidade no meio social, conquistando certa autonomia entre as áreas da medicina. Matsuda (2009) recorda que, ao desvendar delitos que pareciam não ter explicação, identificando neles

elementos da loucura, os médicos conquistaram o prestígio que faltava para a consolidação da profissão. Foucault (2009) acrescenta a esta questão o fato de que ao se debruçar sobre questões relativas ao crime, a psiquiatria não precisou “conquistar” um campo de atuação, mas fazer parte de uma problemática já consolidada, facilitando sua solidificação enquanto novo domínio de saber.

Diante disso, a aliança entre justiça e psiquiatria ajustou mecanismos de poder e saber às transformações sociais. O que antes era um crime monstruoso, um crime sem razão de ocorrer, ganha agora contornos definidos, em um momento em que a penalidade não pode mais se fixar na emoção da vingança pelo mal promovido, sendo preciso, antes de tudo, aventar uma explicação racional para o delito e suas motivações.

O conceito de monomania homicida é o que inscreve o tema do indivíduo perigoso na sociedade moderna (FOUCAULT, 2006). Isso porque na essência da noção psiquiátrica reside um indivíduo com traços não aparentes de loucura, um louco sem delírio, que ameaça o corpo social e exige respostas tanto da instituição psiquiátrica como da judiciária. A partir do século XIX, a fusão jurídico-psiquiátrica busca nos crimes traços patológicos que possam colocar a sociedade em perigo. Com isso, elenca Matsuda (2009, p. 19), a dualidade criminoso ou não criminoso passa a importar menos, e “[...] tornam-se operantes outras categorias classificatórias, dentre as quais a de perigoso e não perigoso, ou ainda, quando perigoso o indivíduo, qual é o grau de sua periculosidade”.

Barros-Brisset (2011) identifica três momentos, ao longo do século XIX, da incorporação da loucura nos códigos legais. O primeiro, baseado na psiquiatria de Esquirol, considerava a monomania homicida como um déficit moral intrínseco, que poderia ser visto apenas no crime mesmo. A reincidência levou ao segundo momento: se não há sintomas, de que maneira é possível proteger esses indivíduos que não respondem aos tratamentos penais? A solução seria uma profilaxia defensiva, que classificasse os criminosos a partir de seus graus de perigo, premeditando o delito. Aparece, então, a ideia de que “[...] aqueles que portam um estado doentio, como o da alienação mental, são perigosos para a segurança pública e, portanto, mesmo sem ser culpados, devem ser sequestrados da sociedade” (BARROS-BRISSET, 2011, p. 46).

Em um terceiro momento, a tendência passa a ser encontrar no criminoso a expressão de uma patologia intrínseca. Baseado nos preceitos do psiquiatra Cesare Lambroso (1835-1909), elimina-se a diferença entre a demência e a delinquência: quem comete crimes graves é sempre um doente que precisa mais de médicos do que da justiça. Essa ideia, ressalta Barros-Brisset (2011), sustentou a discussão dos reformadores do direito penal, que questionavam eficácia da escola clássica, tomando como parâmetro os casos de reincidência.

É óbvio que a figura do juiz não desaparece, tampouco é anulada do processo jurídico, mas se mistura com a do médico. Se o psiquiatra agora julga, o juiz também cura. A entrada da psiquiatria gradativamente estimula uma mudança nos códigos legais, e ao juiz também se dá a possibilidade de sentenciar penas diferentes do encarceramento, como medidas corretivas, de readaptação ou reinserção (FOUCAULT, 2014).

Ao longo de 100 anos, essa fusão de papéis se legitima pelo objeto da apreciação. Em um contexto de racionalidade do indivíduo, a materialidade do crime importa menos do que indivíduo. No momento em que a psiquiatria passa a elucidar os crimes violentos, substitui-se a atribuição de responsabilidade para a pergunta: esse indivíduo é perigoso? “A sanção penal deverá ter dorovante por objeto não um sujeito de direito tido como responsável, mas um elemento correlativo de uma técnica que consiste em pôr de lado os indivíduos perigosos” (FOUCAULT, 2014, p. 22).

Contudo, se noção de monomania homicida deu início a esse processo de julgamento da periculosidade, começou a ser abandonada na entrada no século XX para dar lugar a outros tipos de patologias mentais. Na monomania a loucura era parcial e se manifestava apenas em certos momentos - daí a ocorrência dos crimes monstruosos inadmissíveis em um estado de plena razão. Gradativamente, a preocupação e o interesse da psiquiatria passam a residir em doenças mentais que prejudicavam instintos, comportamentos, mesmo que não alterassem as formas do pensamento. Essa mudança representa uma ampliação do campo de atuação da medicina, passando a ser possível encontrar em pequenos crimes e comportamentos expressões de perturbações mentais em diferentes estágios de desenvolvimento.

O grande abalo no aparelho judiciário, em seus moldes tradicionais, completa-se com o surgimento da Antropologia Criminal nos últimos anos do século XIX. Esse

movimento promove uma “despenalização” do crime, propondo de maneira mais geral um abandono da noção jurídica de responsabilidade e sua substituição pela noção de periculosidade criminal como objeto de tratamento médico-legal (FOUCAULT, 2006). De maneira mais específica, a Antropologia Criminal tenta demonstrar que o indivíduo louco, aparentemente doente, é mais perigoso do que um criminoso comum devido aos seus impulsos. A pena, portanto, não deve ser mera punição, mas sim um elemento de proteção e defesa da sociedade.

Para comprovar seu estatuto de ciência positiva, a Antropologia Criminal propunha como método uma série de técnicas da antropometria e da craniometria, voltadas para a medição anatômica ou fisiológica. Tanto traços como ausência de pelos, comprimento dos braços, maxilares proeminentes, quanto características como insensibilidade à dor, capacidade de rápida recuperação de ferimentos, impulsividade, precocidade, entre outras, eram utilizadas para explicar determinadas condutas sociais. Essas medições não somente incidiam sobre o indivíduo em análise, como resultaram em estatísticas que apontavam a existência de padrões e desvios comportamentais (MATSUDA, 2009).

Uma vez se tratar de características na maioria das vezes inatas, o que esse movimento acrescentou ao crime foi um princípio de indivíduo irrecuperável ou incorrigível, o que, é claro, não os isentava de uma responsabilização. Com concepções positivistas, lembra Foucault (2006), as ideias da Antropologia Criminal eram difíceis de serem operadas no âmbito da prática judiciária, o que não demorou para que fossem questionadas e abandonadas; sem antes deixarem suas cicatrizes:

[...] a antropologia criminal, pelo menos em suas formas gerais, não desapareceu tão completamente como se pretende afirmar; é que algumas de suas teses mais fundamentais, e também as mais exorbitantes em relação ao direito tradicional, foram se enraizando no pensamento e na prática penal. Porém, isso não teria podido ocorrer unicamente pelo valor de verdade ou, pelo menos, unicamente pela força de persuasão dessa teoria psiquiátrica do crime. Isso porque se produziu de fato toda uma mutação do lado do direito (FOUCAULT, 2006, p. 19).

Uma das maiores heranças, se não a maior deixada pela Antropologia Criminal, foi a cristalização da noção de periculosidade. Essa noção se liga às transgressões não necessariamente de normas jurídicas, mas sociais; une-se não somente à ameaça que acarreta, mas a impossibilidade de recuperação (MATSUDA, 2009). A

periculosidade, incorporada ao discurso jurídico, diz respeito a indivíduos que, a partir de determinadas características e comportamentos, demonstram que são incapazes de conviver na sociedade.

Quando Foucault (2009, p. 85) tão bem sintetiza o conceito de periculosidade afirmando que “[...] surge para que um indivíduo seja considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam” é porque gradativamente o sujeito perigoso ultrapassa os termos da lei jurídica. Se o conceito foi introduzido no tecido social a partir do crime, bastou menos de um século para que também fosse utilizado para racionalizar uma série de outros comportamentos, alguns deles ainda não tipificados em códigos legais.

Uma vez que o que torna o indivíduo perigoso é seu grau de ameaça, rapidamente foi possível deslocar a noção de periculosidade para outros contextos que não os do assassino cruel. Trata-se, portanto, de um conceito claramente híbrido, que se aplica a partir das necessidades de organização social. Esse resgate ocorre porque a institucionalização da psiquiatria através da inserção da noção de periculosidade não demorou para recair em um tema que, em um contexto disciplinar e biopolítico, não passa despercebido: a homo(sexualidade).

2.2 Entre a perversão e o perigo: nasce a figura homossexual

Os exames médico-legais foram os primeiros métodos racionais utilizados para definir a periculosidade de um indivíduo. Tratava-se de descrições técnicas, elaboradas por médicos psiquiatras e acrescentadas em processos judiciais a partir do século XIX. Com base na observação do comportamento dos indivíduos, esses laudos possuíam um valor de suprallegalidade jurídica, pois substituíam a análise do delito pela análise da conduta. Esses exames, como analisa Foucault (2014), estabeleceram antecedentes infraliminares do crime, isto é, julgavam a maneira de ser e agir. Termos como “imaturidade psicológica”, “má apreciação do real”, entre outros, começaram a direcionar as sentenças judiciais, e assim o psiquiatra se torna efetivamente um juiz ao determinar as razões para crime ocorrer.

Mitjavila (2010, p. 440), ao discutir sobre esses mecanismos supralegais, destaca como o campo jurídico se tornou um laboratório de dispositivos periciais de origem médica, que posteriormente se expandiram a outros domínios “[...] fabricando verdades que se instituíram como referências morais de amplo alcance institucional e populacional no mundo ocidental”. Com isso, atribui-se à medicina uma espécie de monopólio da apuração de responsabilidade e periculosidade, o que ultrapassa os níveis de autonomia da profissão e cria categorias conceituais e regras técnicas que são incorporadas ao meio social.

O que possibilitou essa dupla qualificação médica e judiciária da periculosidade, e da sua aceitação como instrumento comprobatório, foi o aparecimento nesses laudos da noção de perversidade (FOUCAULT, 2014). O perverso, do ponto de vista conceitual, forma par com o indivíduo perigoso. Perverso no campo disciplinar e, ao mesmo tempo, individualizante do ponto de vista do poder. Perigoso do ponto de vista biopolítico, uma vez que se converte em uma ameaça. A noção de perversidade, posta em circulação a partir de um léxico relativo a “infrações morais”, permite que estratégias médicas funcionem no campo do poder judiciário e, inversamente, que noções jurídicas de punição atuem no espaço da medicina.

O que se torna interessante nessa irrupção do par perversão-periculosidade não é apenas a articulação de dois campos institucionais, o médico e o judiciário, mas fundamentalmente a ampliação do universo de objetos sobre os que elas passam a atuar. Não é unicamente o diagnóstico da doença, tampouco a investigação do crime; e, sim, um terceiro elemento que emerge como resultado dessa fusão: o anormal. Nem criminoso e nem doente, trata-se de um indivíduo cujas ações são permeadas por alguma espécie de monstruosidade incorrigível, que se distribui a partir de categorias elementares de moralidade e não de uma patologia ou delito.

Foucault (2009), quando constrói uma arqueologia do anormal, retoma três figuras que precedem a sua constituição. Modelo de todas as pequenas discrepâncias, a primeira é o “*monstro humano*”, um indivíduo que rompe as leis jurídicas por antes atacar as leis naturais. Influenciado pelas figuras mitológicas e da Idade Média, refere-se àquele que transgride as fronteiras essencialistas (humano/animal; homem/mulher).

A segunda figura é constituída pelo que Foucault chama de “*indivíduo a ser corrigido*”, cujo contexto de referência não é mais a natureza e sim a sociedade; no espaço da família, da escola, do bairro etc. Fruto de um saber que produziu as técnicas disciplinares pedagógicas e educacionais no século XVIII, sua existência requer intervenções específicas de correção. Paradoxal, seu aparecimento reside justamente no fato de que fracassam todas as técnicas ou procedimentos que buscam corrigi-lo. “O que define o indivíduo a ser corrigido, portanto, é que ele é incorrigível” (FOUCAULT, 2014, p. 50).

Em terceiro lugar, o autor destaca a figura do “*masturbador*” que, de forma similar ao “*indivíduo a ser corrigido*”, surge a partir do final do século XVIII no contexto do lar e fruto do saber pedagógico. Esta figura difere das duas primeiras devido à sua localização social mais restrita, pois se relaciona menos com a sociedade e mais com o próprio indivíduo. Esse tipo de anormal remete à posição da criança no interior do grupo parental, dando uma nova importância a sua relação com o corpo (FOUCAULT, 1996). O fato de a masturbação ser uma prática universal sigilosa - todos a praticam, mas ninguém fala abertamente sobre isso -, permite que instituições de controle produzam um arsenal de estratégias para tratá-la, a partir da patologização da sua prática e na busca racional de sua etiologia.

É claro que essas três figuras mantêm particularidades, bem como domínios de saber e poder específicos. Contudo, embora em níveis distintos, comunicam-se entre si quando não se submetem às leis da civilização de cada época. Ademais, essas três figuras possibilitam o deslocamento da perversão e da periculosidade para outro contexto que não o da loucura do criminoso. O monstro, o incorrigível e o masturbador, reunidos na produção do anormal, abrem precedentes para a construção de novos saberes e formas de exercício do poder, dentre os quais emergem aqueles construídos em torno da questão da sexualidade.

Temos, com o indivíduo anormal, um deslocamento da periculosidade criminal para a sexual. Não quero dizer com isso que crimes deixem de existir, tampouco que outros modelos de indivíduos perigosos percam importância, muito menos que cessem os esforços médico-jurídicos para controlar uma série de outras práticas moralmente condenáveis. Ocorre que, ao reconhecermos a perspectiva do biopoder,

a sexualidade assume uma posição privilegiada, pois se situa entre o organismo e população, entre o corpo individual e os fenômenos globais.

Daí também a ideia médica segundo a qual a sexualidade, quando é indisciplinada e irregular, tem sempre duas ordens de efeitos: um sobre o corpo, sobre o corpo indisciplinado que é imediatamente punido por todas as doenças individuais que o devasso sexual atrai sobre si. [...] Mas ao mesmo tempo, uma sexualidade devassa, pervertida, etc., tem efeitos na plano da população, uma vez que se supõe que aquele que foi devasso sexualmente tem uma hereditariedade, uma descendência que, ela também, vai ser perturbada, e isso durante gerações e gerações (FOUCAULT, 2010, p. 2012).

Não foi ao acaso que a homossexualidade enquanto categoria científica emergiu na segunda metade do XIX, no mesmo momento da ascensão do biopoder, a partir da união das técnicas disciplinares e biopolíticas. Embora seja difícil precisar desde quando práticas atribuídas a ela existiram, designações específicas para categorizar indivíduos que sentem desejo sexual pelo mesmo sexo só ocorreram quando o discurso científico encontrou nas classificações opções explicativas. Antes desse período, a homossexualidade era associada à sodomia ou à pederastia. A primeira, considerada um pecado e/ou crime de base cristã que servia para nomear e penalizar homens que mantinham relações sexuais com outros homens. A segunda, entendida como relação sexual praticada entre homens e meninos, considerada crime em vários códigos penais²⁴.

Dada a importância da instituição jurídica, não é surpresa que a primeira classificação científica da homossexualidade tenha sido formulada pelo jurista alemão Karl Heinrich Ulrichs, em 1860. O termo empregado era o de uranista, inspirado na filosofia de Platão, e dizia respeito aos indivíduos que possuíam uma alma feminina que habitava o corpo de forma masculina²⁵. A definição, destaca Simião (2015),

²⁴ Ao optar por tomar como ponto da partida a homossexualidade enquanto categoria técnico-científica, não discutirei as noções de sodomia e pederastia, especificamente. Sugiro a leitura do capítulo “*Da sodomia ao silêncio tácito*”, de Trevisan (2018), para uma melhor compreensão.

²⁵ Ulrichs retira a definição de uranista de um dos diálogos do livro *O Banquete* de Platão, no qual o filósofo difere Afrodite Pandemia, filha de Zeus e Dione, de Afrodite Urânia, filha do esperma de Urano. Como sintetiza Simião (2015, p. 168-169), “Considerando que existissem duas Vênus, existiriam também dois tipos de amor. O amor que Afrodite Urânia, por ela própria não ter uma mulher envolvida em sua concepção, seria de participação inteiramente masculina. Aqueles inspirados por esse amor procurariam mais as características de maior excelência do corpo e da mente, e desde a juventude escolheriam como objeto de amor seus semelhantes (outros homens) mais experientes, nos quais o caráter e as qualidades físicas masculinas já estivessem totalmente formadas”. Assim como no amor

funcionou como uma autodefesa para o próprio Ulrichs que, assumindo-se uranista, defendia o caráter inato da condição, o que a afastava da concepção criminosa das práticas sexuais associadas a essa categoria. Por alguns anos o termo uranista foi amplamente aceito enquanto categoria científica, até a medicina psiquiátrica assumir o controle da homossexualidade como objeto de conhecimento e intervenção profissional, propondo modificações conceituais e práticas.

Em uma carta endereçada ao próprio Ulrichs, foi o médico húngaro Karoly Maria Benkerdsua quem definiu a categoria homossexual pela primeira vez. A expressão surgiu em 1869, em substituição ao poético uranista, assumindo uma conotação estritamente clínica que servia para descrever a realidade das pessoas que tinham um impulso sexual voltado para alguém do seu mesmo sexo biológico. A visão de Benkerdsua toma como parâmetro o ato sexual, onde o homossexual, ao se relacionar sexualmente entre pares, praticaria o coito contra a natureza. Em oposição, surge também a categoria de heterossexual que, de forma natural, realizava-se sexualmente a partir do coito procriador, o que corresponderia à maioria populacional (SIMIÃO, 2015).

Nota-se como a homossexualidade, dentro do discurso científico, nasce vinculada à atividade sexual ou, mais especificamente, à penetração sexual anal enquanto algo antinatural. Em Ulrichs há uma visão essencialista relacionada ao que seria uma “alma feminina”, que associa a função da mulher no ato sexual com a prática de obtenção do prazer uranista. Com o médico Benkerdsua essa associação é ainda mais fortalecida pois, embora não enuncie explicitamente sobre a utilização do ânus, o patologiza quando associa à homossexualidade ao coito contra natureza, que não resulta na reprodução. Em síntese, a construção científica do homossexual dependeu da definição de um parâmetro de normalidade, marcado pela lógica biopolítica que excluiu o ânus em virtude da sua incapacidade de afetar qualquer taxa de natalidade.

Quando Foucault (2010) desenvolve sua análise sobre o normal e o patológico, utiliza como arcabouço teórico-conceitual o trabalho de Georges Canguilhem, que aponta na expressão *normal* duas acepções que frequentemente se confundem: por um lado, algo pode ser considerado normal quando não se apresenta como anomalia

de Afrodite Urânia, de acordo com Ulrichs, os uranistas escolheriam como objetos de afeição outros homens. Seriam, portanto, homens cuja alma era feminina.

ou fenômeno insólito, permanecendo nos moldes da regularidade estatística; por outro lado, o normal pode ser entendido como aquilo que não se afasta ou desvia de uma determinada norma de vida de acordo com determinadas normas sociais (CANGUILHEM, 2009).

Ocorre que em Canguilhem a distinção entre normal e patológico era de natureza quantitativa e compreendida a partir do campo biológico. Como destacam Coelho e Almeida Filho (1999, p. 19), “não seria a ausência de normalidade que constituiria o anormal, ou seja, o patológico também seria normal, pois a experiência de ser vivo incluiria a doença”. O que Foucault faz enquanto herdeiro de Canguilhem é interpretar suas reflexões e direcioná-las aos aspectos sociais. Por isso, aprofunda suas análises e postula como a partir do século XIX a medicina constrói a diferença entre normal e patológico para indicar onde o indivíduo teria se desviado do ponto de vista social.

Em grande medida, a separação que o médico húngaro faz entre hetero e homossexual tem como premissa os argumentos de Canguilhem interpretados por Foucault. Primeiro, a regularidade da relação sexual entre homem e mulher, funcionando como norma pelo viés estatístico da reprodução. Em segundo lugar, esse argumento também serve para justificar a utilização de um parâmetro social que desqualifica o coito anal, convertido em emblema da definição de homossexualidade devido a incapacidade para contribuir com a reprodução humana. A medicina, portanto, constrói a norma da relação sexual com base no argumento biopolítico de controle sobre a reprodução e, a partir disso, todo um arsenal de anormalidade passa a ser objetivado e decomposto.

Perlongher (1987), em tom irônico, chega a afirmar que a homossexualidade mantém certa “dívida” com a medicina, pois coube a ela inventar e organizar seus modos de nomenclatura e implantação. Enfatizo essa definição conceitual do homossexual porque não se trata de mera retórica: ao categorizar e explicar sua origem pela base patológica, a medicina inscreveu esse personagem no plano da anormalidade. E, uma vez contrário às normas biopolíticas de organização social, o homossexual se tornou rapidamente em um indivíduo que, se não criminoso, pelo menos era considerado perigoso.

De forma conceitual, o aparecimento do homossexual não ocorre fortuitamente; segue o fluxo da forte incidência da medicina psiquiátrica como representante de um saber dominante e, mais do que isso, detentor do monopólio das explicações sobre a sexualidade. A publicação de *Psychopathia Sexualis*, de Heinrich Kaan, em 1844, é considerada um marco das problematizações sobre os anormais. Não é à toa que Foucault (2017) nomeia da mesma forma o aparecimento da racionalidade sobre o sexo no século XIX. Longe de ser singular, o texto de Kaan encabeça toda a rede de saber-poder que, a partir deste momento, preocupa-se fortemente com o perigo da sexualidade; ou melhor, dos seus desvios anormais. Da masturbação enquanto ato individual até as funções dos papéis sexuais na reprodução da espécie, todos os comportamentos sexuais entraram em uma rede que decompôs os instintos visando controlar as perversões perigosas.

A homossexualidade encabeça os estudos sobre as anormalidades sexuais na segunda metade do século XIX. O objetivo inicial dos psiquiatras era explicar com rigor científico os casos apresentados e modificar, num sentido liberal e tolerante, a legislação penal extremamente repressiva da época²⁶. A articulação medicina-judiciário é o pano de fundo dessas primeiras investigações científicas, pois se a homossexualidade nasce como patologia, suas práticas moralmente questionáveis já eram enquadradas nos códigos legais ao redor do mundo.

Uma das maiores obras da época sobre as perversões sexuais é *Psychopathia Sexualis*, do psiquiatra Krafft-Ebing, publicada pela primeira vez em 1886. No livro, a sexualidade anormal é racionalizada, havendo uma preocupação em afastá-la das metáforas da filosofia, das artes ou mesmo da psicologia. A perversão sexual, isto é, a sexualidade anormal, constitui o foco de todo o seu trabalho, com extensas descrições, categorizações e separações sobre cada desvio comportamental. Atente-me especificamente a esta obra, pois o grande mérito do trabalho para a época foi o levantamento sistemático de variadas formas de anormalidade sexual, organizadas

²⁶ A severidade com que as práticas homoeróticas eram tratadas na maioria dos países ocidentais é resgatada no trabalho de Simião (2015), e pode ser exemplificada pelo código penal para os estados germânicos, que previa: “Ato sexual não naturais, cometidos entre indivíduos do sexo masculino ou entre humanos e animais, devem ser punidos com prisão; infratores também podem ser punidos com a retirada de seus direitos civis” (SIMIÃO, 2015, p. 197). De maneira geral, a maioria dos países tratava as relações sexuais entre homens como crime, exigindo em muitos casos a comprovação da penetração do órgão sexual no corpo do outro.

como transtornos da mente, fossem eles congênitos ou adquiridos ao longo da vida, o que serviu de base para outros estudos desenvolvidos no mesmo período. A perspectiva do psiquiatra não é diferente das que assumiram outros médicos da época ao adotar uma noção biológica onde o prazer sexual é considerado natural desde que contribua para a reprodução da espécie; caso contrário, assume o caráter de perversão (SIMIÃO, 2015).

Krafft-Ebing usa tanto as expressões homossexual como *sexualidade invertida* para se referir os indivíduos que têm grande diminuição ou ausência completa de sensação sexual em relação ao sexo oposto. Há, para o psiquiatra, tanto uma homossexualidade espontânea enquanto fenômeno congênito a partir do desenvolvimento da vida sexual quanto uma sexualidade invertida adquirida, isto é, desenvolvida ao longo da vida devido a influências que causam distúrbios na satisfação sexual normal. Essa distinção se tornou importante, lembra Simão (2015), porque ao ser convocado pelo aparato jurídico para avaliar qualquer acusado de cometer algum crime relacionado à sexualidade, por exemplo, o médico deveria não somente analisar o delito em si, mas atentar para o quadro clínico do suspeito para diferenciar se era um ato cruel (passível de punição) ou uma perversão moral. No caso da homossexualidade, depois de atestar o ato homossexual, “[...] o próximo passo seria saber se a ocorrência seria um caso congênito ou adquirido, porque em algumas manifestações a homossexualidade adquirida também seria um ato cruel e não uma insanidade moral (SIMIÃO, 2015, p. 199).

Para Krafft-Ebing, um dos principais fatores que influenciavam o desenvolvimento da homossexualidade era a prática da masturbação, uma vez que “[...] o brilho da sensibilidade sensual diminui, e a inclinação para o sexo oposto torna-se enfraquecida. Este defeito influencia a moral, o caráter, a fantasia e o sentimento” (KRAFFT-EBING, 1892 apud SIMIÃO, 2015, p. 173). Essa característica se coaduna com os pilares da anormalidade elencados por Foucault (1996), quando examina na figura do masturbador a criação de todo um arsenal de doenças corporais, nervosas e psíquicas do século XIX.

Do ponto de vista da consideração da homossexualidade como condição congênita, o interessante do trabalho de Krafft-Ebing é que o médico propõe a classificação de quatro estágios homossexuais sintetizados no trabalho de Simão

(2015). Esses estágios apresentam, de certo modo, um grau de valoração moral decrescente do homossexual, partindo do “menos” até chegar ao “mais” perverso: *Hermafroditismo psíquico, Uranismo, Efeminação e Androginia*. O *hermafrodita* era avaliado como um homossexual que apresentava inclinação sexual de personalidade para ambos os sexos, embora o interesse pelo sexo oposto fosse pouco frequente, muitas vezes em sonhos eróticos. Tratava-se de um grupo possivelmente mais numeroso que os outros, porém mais raro, pois poderia se camuflar em relações conjugais com o sexo oposto. O *uranista*, por sua vez, comportava-se socialmente como o sexo masculino e, nas relações sexuais, entretanto, sentia-se como um heterossexual em relação à mulher. O *efeminado*, em contraponto, caracterizava-se por uma inclinação psíquica ao sexo oposto desde a infância, preferindo atividades e vestimentas femininas. Sexualmente, comportava-se como se fosse mulher e por isso tinha tendência a sentir atração pelos *uranistas*. Já os *andrógenos*, além da personalidade psíquica homossexual, apresentavam estrutura corporal de acordo com o sexo oposto (homens com voz fina, quadril largo etc.).

Atento-me principalmente para a separação entre o *uranista* e o *efeminado*. Enquanto o primeiro claramente desempenhava no ato sexual um papel coitocêntrico ativo, haja vista que, segundo o médico, comportava-se como um homem heterossexual diante da mulher, o segundo assumia um papel passivo diante da relação sexual penetrativa. No caso do *efeminado*, a satisfação residia em principalmente sentir o pênis do parceiro em contato com seu corpo; enquanto o *uranista* mantinha com o parceiro uma relação muito mais de substituição da mulher (SIMÃO, 2015).

Uma análise dessa distinção em Krafft-Ebing novamente evidencia a importância atribuída à distinção entre os papéis ativo e passivo no ato sexual e a utilização do ânus como determinante da condição de homossexual, havendo maior “inversão” quanto mais vezes fosse realizado o sexo anal passivo. Essa problemática não aparece somente quando analisa a homossexualidade em si, mas é tratada indiretamente em outras anormalidades sexuais. Ao definir como perversão a pederastia passiva, por exemplo, o médico defende que o homem normal mantém apenas a glândula do pênis como zona erógena, enquanto que a excitação sexual do ânus, por sua vez, seria sempre consequência de uma patologia.

Como ressalta Zilli (2018), subjacentes a todo o esquema das perversões sexuais enunciadas por Krafft-Ebing estão sempre os papéis reservados ao homem e à mulher, amparados no princípio de preservação da espécie. Sempre que uma atividade sexual escapava à reprodução, ficava sem uma justificativa biológica de existir, o que a tornava perversa. Dada a sua ruptura intrínseca com a base biológica, é ao redor da homossexualidade que todas as anormalidades sexuais são categorizadas. Não se pode, portanto, desconsiderar como a utilização do ânus, no caso da homossexualidade masculina, contribui diretamente para a sua inserção na categoria da perversão e, conseqüentemente, de perigo social.

É claro que Krafft-Ebing mantinha uma preocupação em separar a homossexualidade do crime de pederastia e, assim como outros médicos da época, acreditava que a homossexualidade não poderia ser tratada judicialmente. Um dos grandes diferenciais da inversão sexual é o reconhecimento do afeto pelo mesmo sexo, muito diferente do pederasta que baseava sua conduta apenas sobre a base patológica do instinto sexual coitocêntrico. Ocorre que, mesmo que a homossexualidade fosse tratada de forma mais aceitável do ponto de vista patológico-criminoso-moral, quanto mais suas práticas se aproximavam da utilização do ânus para a obtenção de prazer de forma receptiva, mais grave era o problema a ser enfrentado pelo indivíduo e pela sociedade.

Cabe até mesmo se perguntar se a homossexualidade poderia ser o ponto de coalizão dos três indivíduos que dão sustentação à figura do anormal resgatados por Foucault (1996). O *monstro*, pois o homossexual destrói as fronteiras essencialistas de homem e mulher, principalmente no que diz respeito aos papéis sexuais para a reprodução da espécie. O *indivíduo a ser corrigido* pois, a partir da patologia, recai sobre ela todo um conjunto de saberes voltados a modificar a sua condição de inversão. O *masturbador* porque é no ato individual universal praticado na infância que a psiquiatria encontra elementos residuais que justificam sua existência. O fato é que sua anormalidade não somente abre os caminhos para a produção de uma lista completa de perversões e perigos sexuais, como alimenta outro movimento mais complexo de transformação do papel da medicina ao se projetar do âmbito mais

restrito da clínica para um higienismo emergente por meio de diferentes processos de medicalização²⁷ da vida social.

A partir do momento em que a psiquiatria muda seu objeto de estudo, tornando-se menos preocupada em reestabelecer a saúde perdida e mais preocupada em antecipar, diagnosticar e tratar qualquer tipo anomalia que represente um perigo à população, “[...] tudo o que é desordem, indisciplina, agitação, indocilidade, caráter reativo, falta de afeto, etc., tudo, daqui em diante, poderá ser psiquiatrizado” (FOUCAULT, 1999, p. 150). Quando a homossexualidade, até então escondida nas sombras da sodomia, é racionalizada pela medicina com o argumento da inversão sexual da norma, temos tanto a disciplinarização racionalmente legítima dos corpos homossexuais quanto a missão civilizadora da biopolítica de afastar da sociedade todo e qualquer perigo que ela ocasione.

2.3 Reações médico-legais à homossexualidade no Brasil

A operacionalização de estratégias de poder-saber sobre a homossexualidade não se esgota com a categorização da patologia perversa; pelo contrário, intensifica-se ainda mais no século XX, período de grande explosão discursiva sobre o tema, que passou a receber maior atenção de diferentes instituições. O Brasil não difere muito de outros países no que tange ao tratamento da anormalidade homossexual, mas enquanto território extenso e heterogêneo, mantém algumas particularidades no que se refere ao tratamento dado ao problema pelo saber técnico-científico.

A primeira delas é que, embora o Brasil da época fosse predominantemente cristão, a Igreja Católica não teve participação no debate inicial sobre a homossexualidade. A virada do século XIX para o XX é marcada pela Proclamação da República, processo que reajusta as relações entre Estado e religião, fazendo com que a igreja perca certos privilégios e poderes com o processo republicano que, em

²⁷ Embora no caso da homossexualidade o conceito de periculosidade mantenha relação direta com o de medicalização, opto por trabalhar de forma mais detalhada essa noção no capítulo seguinte, quando discuto o processo de implementação da PrEP. A noção de medicalização, assim como a de periculosidade, desempenha um papel matricial na constituição do sujeito homossexual e, por isso, acredito que também mereça um tratamento específico nesta tese. Utilizo o termo medicalização “para descrever e analisar a expansão dos parâmetros ideológicos e técnicos dentro dos quais a medicina produz saberes e intervém em áreas da vida social” (MITJAVILA, 2015, p. 123).

tese, defende a laicização (GREEN, 2018). Embora esse fato não tenha impedido que muitos médicos e juízes inicialmente citassem a Bíblia ou valores nela contidos para contextualizar suas decisões envolvendo a sexualidade, o argumento geral se baseava na patologização da homossexualidade e na necessidade de “assistência” médico-jurídica ao indivíduo para modificar a sua conduta.

Ao mesmo tempo em que se afasta do domínio religioso, o país experimenta significativas transformações sociais que se enquadram em estratégias biopolíticas associadas aos processos de modernização da sociedade brasileira. Com um processo de urbanização crescente, as preocupações se voltam para as taxas de natalidade e mortalidade, bem como para as condições sanitárias dos lares. Um cenário muito similar ao observado na Europa por Foucault (2009) quando, a partir da crescente urbanização e industrialização, o Estado faz investimentos maciços na higiene social a partir de fundamentos biopolíticos. E se as práticas associadas à homossexualidade podem ter sido de certo modo relativizadas anteriormente, neste novo cenário a sua categorização em termos de “libertinagem” e de “perversão” sinaliza seu caráter desestabilizador para o modelo nuclear de família reprodutiva, como hierarquiza Gayle (2017).

No contexto das fortes crises de controle social no início do século XX, a medicina foi utilizada pelo Estado como responsável pela higiene pública e, embasada pelo saber científico, penetrou em espaços até então blindados ou negligenciados, tais como a família e a sexualidade. Em relação ao seu domínio sobre a homossexualidade no Brasil, é preciso considerar que grande parte dos médicos da época se formava a partir dos paradigmas teóricos produzidos nos centros universitários europeus e americanos, o que ajuda a explicar as concepções semelhantes às dos médicos de outros países sobre sua etiologia, diagnóstico e tratamento e, claro, sobre o que a homossexualidade poderia representar como fonte de periculosidade social. Um bom exemplo disso temos com o médico carioca Pires de Almeida (1843-1913), que em 1906 publicou *Homossexualismo (A Libertinagem no Rio de Janeiro)*, obra que mantém como ponto chave a ideia de que o homossexual e seus instintos libidinosos não somente corrompem sua própria saúde, como destroem as fontes da vida (ALMEIDA, 1906 apud FRY; MACRAE, 1985).

Desde seu nascimento em termos conceituais, as noções médico-higienistas sempre estiveram presentes na abordagem da homossexualidade. Com o argumento do perigo eminente que acarretavam suas práticas, tanto Pires de Almeida quanto outros médicos brasileiros se dedicaram primeiramente a discutir as controvérsias de sua existência; ora focando em questões biológicas, ora no meio social: defeitos hormonais, congênitos, hereditariedade *versus* influência do meio. Fry e Macrae (1985) argumentam que para o sistema médico, o papel desempenhado social ou fisiologicamente pelo homossexual pouco importava, isto é, se ativo ou passivo em seus atos sexuais, ou seja, independentemente de suas preferências sexuais seriam sempre homossexuais a serem corrigidos.

Embora discutido por Fry e Macrae (1985), um ponto que parece não ter sido objeto de grandes problematizações é justamente a valoração do ânus no discurso médico brasileiro. Paradoxalmente, os mesmos médicos que afirmavam que os papéis sexuais não definiam diferentes tipos de homossexualidade também utilizavam a distinção entre *uranistas* e *perversos*, diferenciação que considerava a posição exercida durante a penetração anal. Os primeiros, os *uranistas*, eram considerados os “homossexuais de verdade” e não possuíam culpa da sua doença. Já os *perversos* praticavam estes atos apenas por “sem-vergonhice” e, em geral, eram homossexuais ativos durante a penetração anal.

A categorização médica brasileira de *uranistas* e *perversos* constrói uma distinção interessante, ao considerar que os homossexuais exclusivamente ativos durante o ato sexual mantinham essa conduta por alguma razão que não era patológica, isto é, eram “falsos homossexuais”. Implicitamente, para os médicos dos primeiros anos do século XX, a homossexualidade “verdadeira” requeria da prática sexual anal passiva, isto é, a utilização do ânus para a obtenção do prazer era uma necessidade essencial para definir a homossexualidade.

Eventuais diferenciações entre tipos de homossexuais não tinham efeitos significativos, tanto em termos de conhecimento como de consequências sociopolíticas, uma vez que as diferentes classes de homossexualidade se uniam pela lógica de que, independentemente do papel desempenhado no ato sexual, eram sempre indivíduos perigosos a serem corrigidos. Ocorre que essa correção significava sempre retornar ao estado natural da masculinidade, marcada por papéis de gênero

bem estabelecidos e posições sexuais específicas. No cerne do controle da homossexualidade, o objetivo primordial era disciplinar o indivíduo para que se rendesse às normas heterossexuais que atribuíam à figura feminina o desempenho de um papel unicamente passivo, reservando para o homem o papel ativo durante o ato sexual. Os meios para chegar a este utópico fim foram diversos, lançando mão do complexo médico-jurídico de controle da coletividade homossexual. Como sintetiza Green (2019, p. 201):

A polícia, a justiça e a medicina trabalhavam nesse unísono para conter e controlar esse “desvio”. Presume-se que esse tipo de pressão institucional a fim de desencorajar a atividades homossexuais servia para disciplinar e desmoralizar alguns indivíduos, que acabariam por reverter a um estado de “normalidade” heterossexual.

A construção do suporte teórico para a atuação médico-jurídica em torno da homossexualidade no Brasil foi inspirada nas ideias do italiano Cesare Lombroso, pioneiro na Antropologia Criminal que defendia a teoria do delinquente nato. Seu principal argumento era que uma fragilidade no sistema nervoso predisponha comportamentos degenerados, incluindo a propensão à homossexualidade. Para provar essa tese, Lombroso procurava identificar a degeneração criminosa a partir de características fenotípicas dos indivíduos observados (GREEN, 2019).

Outro nome de forte influência é o do médico espanhol Gregório Maraño (1887-1960), cuja principal contribuição foi a tese sobre intersexualidade, na qual defendia que homossexuais possuíam um desequilíbrio endócrino que resultava em características masculinas e femininas. Esse desequilíbrio, contudo, não era suficiente para determinar a homossexualidade (intersexualidade), pois fatores exógenos tanto potencializavam quanto poderiam modificar essa definição biológica (MARAÑO, 1937 apud GREEN, 2019). Maraño, ao sugerir que fosse possível mudar a orientação sexual, abriu um precedente científico para intervenções morais, éticas e de repressão sexual.

Não é o foco desta pesquisa produzir uma análise apurada sobre a incorporação das teses de Lambroso e Maraño no Brasil, mas desses dois teóricos europeus se podem extrair algumas questões que serviram de base para o trabalho médico-jurídico no país a respeito da homossexualidade: 1) a manifestação da prática

homossexual mantinha relação com a delinquência e, portanto, constituía um perigo social; 2) a identificação dessa tendência ao crime poderia ser medida a partir de atributos físicos; e 3) características homossexuais, embora de natureza biológica, poderiam ser modificadas por questões alheias ao próprio indivíduo. Causa, manifestação e recuperação, portanto, são postas à mesa e servem para que o campo médico-jurídico dê a devida atenção a esse problema.

Os anos de 1930 têm significativa importância no que diz respeito ao controle do perigo que representava o homossexual brasileiro. Com novas exigências políticas e administrativas, a polícia federal do país passa por uma reorganização visando centralizar o controle do Estado, contando com novos métodos de impressão digital e identificação da população e, portanto, com meios técnicos e científicos para administrar os perversos sociais. Como complemento, o Laboratório de Antropologia do Instituto de Identificação do Rio de Janeiro se apoiava em uma forte repressão policial para desenvolver estudos que identificassem e tratassem “desvios patológicos” que sinalizavam periculosidade (GREEN, 2019). Nesse contexto, o médico-legista Leonídio Ribeiro, inspirado nas teses europeias de Lambroso e Marañon, coordena um estudo que visa identificar endocrinologicamente características homossexuais para depois tratá-las, evitando assim perigos decorrentes de suas práticas.

Ribeiro fez valer o poder da polícia quando conseguiu uma amostragem de 195 homossexuais detidos nas ruas e em casas de prostituição do Rio de Janeiro em grande medida por crimes relacionados a “atos obscenos em público” ou a “vadiagem”. Para desenvolver sua pesquisa, utilizou métodos antropométricos para classificar os indivíduos a partir de medições de braços, pernas, tronco, distribuição capilar, etc. Também acrescentou fatores exógenos, tais como amores desfeitos, educação moral, separação dos sexos na escola, entre outros. Entre inúmeros desdobramentos e especificidades de suas análises, considerou que a base do homossexual era de “[...] um homem cuja química hormonal ditava seus desejos sexuais. [...] fatores externos poderiam fortalecer ou atenuar suas tendências homossexuais, mas o organismo desarranjado era a causa última de sua degeneração” (GREEN, 2019, p. 2017).

Independentemente de qualquer resultado publicado na época – que hoje seria totalmente refutado dada a fragilidade do estudo - o trabalho de Ribeiro serviu de modelo para outros projetos de investigação científica sobre a homossexualidade no país, principalmente em grandes centros urbanos. Embora trabalhos como o de Ferla (2005) já tenham produzido uma extensa descrição dos estudos médico-legais da época, considero importante destacar que esses médicos tiveram dificuldades em provar suas hipóteses, divulgando resultados sem muitas justificativas.

Chama a atenção nos estudos médico-legais brasileiros que por vezes foi preciso recorrer, além das análises tradicionais da antropometria, a outras que estabeleciam uma forte relação com a passividade do ânus na prática anal. A obra de Trevisan (2018) resgata que os especialistas, insatisfeitos exclusivamente com a comprovação dos distúrbios endócrinos, buscavam características mais diretas da perversão: relaxamento do esfíncter, inexistência de pregas no ânus, presença de fístulas, fissuras ou hemorroidas. O ânus, portanto, tornou-se um objeto de apreciação de periculosidade em termos científicos, contribuindo com a cadeia imaginária que leva a identificar a penetração anal com a homossexualidade (SAEZ, 2016).

Embora essa obsessão médico-legal tenha falhado no rigor científico de seus estudos em muitos momentos, divulgando resultados pouco conclusivos e baseados muito mais em valores morais, Ferla (2005) é enfático em ressaltar como eles questionaram o princípio da “porta giratória” do espaço jurídico. Dito de outro modo, as investigações da Antropologia Criminal sobre a homossexualidade não definiram o homossexual como um doente ou um criminoso, mas sim o situaram no limiar de ambos, escancarando a complexa figura do anormal trabalhada por Foucault (2010).

Se bem é verdade que a homossexualidade nunca tinha sido citada explicitamente em códigos legais brasileiros²⁸, a fusão médico-jurídica conseguiu não somente aplicar uma penalização a esses perversos como duplicá-la. A partir de

²⁸ Destaca Trevisan (2018) que de 1500 até os dias atuais, nunca houve em códigos brasileiros uma menção específica à homossexualidade. Inicialmente, quando seguia as ordenações de Portugal, a questão foi tratada com base no direito romano e canônico, penalizando a sodomia devido a importância da tradição religiosa. Durante o Brasil Colônia havia até uma jurisdição eclesiástica, que até 1900 tratou a sodomia como crime/pecado provocador da ira de Deus. Com o Código Penal Republicano, de 1890, a questão passou a ser incorporada em crimes que ofendiam a moral e os bons costumes. Mais recentemente, com o Código Penal de 1940, “manteve-se o crime de ultraje ao pudor, quando o ato obsceno for praticado publicamente ou o objeto obsceno por exposto ao público” (TREVISAN, 2018, p. 165).

crimes morais que eram diretamente ligados à figura homossexual, tornou-se possível examiná-los e oferecer alternativas de tratamento. Ao mesmo tempo, com base nesses estudos, possibilitando produzir um perfil do homossexual perigoso. Em síntese, “considerar o homossexual um criminoso ou um enfermo tampouco implicava em prescrever profilaxias muito diferentes para o “mal”, constituindo-se basicamente no acompanhamento médico-policial sistemático” (FERLA, p. 2005, p. 285).

É impossível avançar sem retomar um ponto que tanto Green (2019) quanto Trevisan (2018) deixam evidente em suas obras: a natureza biologicamente perversa do homossexual, atacada pela perspectiva médico-higienista, possui recortes específicos, direcionada às camadas mais pobres e de cor de pele mais escura. A classe burguesa não foi diretamente afetada pelos artefatos médico-jurídicos contra a homossexualidade nas primeiras décadas do século XX; não por meio de perseguições policiais e/ou pela decomposição anatomopolítica dos corpos nos exames médicos. Obviamente não se trata de dizer que não havia homossexuais nas elites brancas brasileiras, mas sim que a lógica do fazer viver e deixar morrer inerente ao biopoder claramente evidenciou de qual homossexual era preciso se proteger. “A escolha de certas figuras para simbolizar os excessos de “perversão” apoiavam-se em estereótipos culturais pejorativos acerca de brasileiros não brancos mantidos por muitos membros da profissão médico-legal (GREEN, 2019, p. 219).

O retrato de Febrônio Índio do Brasil²⁹ é um clássico exemplo da incidência do aparato médico-jurídico sobre a homossexualidade. Seu caso demonstra os importantes jogos de força para categorizar o homossexual tanto como um delinquente quanto como doente mental. Neste sentido, Trevisan (2018, p. 185) é certo quando analisa esse aspecto:

Considerando que, para esses profissionais, combater e controlar o homossexualismo também era resolver um problema social, acabou sendo inevitável o intercâmbio da Justiça e das ciências como aparelho policial. De modo que, no Brasil, juntaram-se contra a prática homossexual vários

²⁹ Febrônio Índio do Brasil, preso pela primeira vez em 1927, foi um dos mais velhos prisioneiros no Brasil e que por mais tempo ficou encarcerado em prisões e manicômios sem nunca ter sido sentenciado pelos crimes dos quais era acusado (entre 1927-1984). Foi condenado por “louco moral” sobre acusação de morte e estupro de um menor. Além da homossexualidade, sua trajetória é marcada por laudos psiquiátricos que tentavam justificar as razões pelas quais era acusado. Para consultar as especificidades do caso, sugerimos a leitura do capítulo “*Febrônio e Chrysóstomo: os fora da lei num país sem leis*” de Trevisan (2018).

sistemas de controle e repressão, tornando tênue a fronteira entre a intervenção jurídico-psiquiátrica e a ação da polícia.

E se no Brasil nunca foram criadas instituições especializadas para conter a periculosidade homossexual, não foram poucas as investidas tanto da psiquiatria quanto de outras áreas médicas que buscavam controlá-la. Era de se esperar, é claro, que se a autoridade médica reivindicou a autoria da perversão, também não abrisse mão de seu controle, tratamento e cura. As tentativas de reversão da condição homossexual encabeçaram os debates científicos principalmente ao longo da primeira metade do século passado (GREEN, 2019), o que não significava ser um assunto ainda não totalmente superado.

À medida que os estudos sobre a homossexualidade avançavam, tendeu-se a assumir principalmente a perspectiva de que esses indivíduos mereciam a compaixão devido à sua doença, sendo responsabilidade da medicina encontrar maneiras de curá-los. A afirmação de uma origem biológica atrelada à disfunção hormonal inicialmente até resultou em propostas de tratamentos orgânicos invasivos, incluindo a possibilidade de transplante de testículo, como destaca Green (2019). O confinamento, contudo, foi o primeiro método terapêutico mais difundido para curar esse desvio. A internação enquanto modelo de controle e vigilância possibilitou a aplicação de todo um conjunto de instrumentos e técnicas que não se limitavam a dosar os eventuais hormônios desregulados, mas situavam o indivíduo perigoso no centro de uma rede moralmente classificatória e de controle sobre a sexualidade.

O Sanatório Pinel em São Paulo, fundado no início dos anos de 1930, ficou marcado como uma das instituições psiquiátricas que tratavam homossexuais. Apesar de a internação ser o procedimento chave, intervenções mais diretas não foram desconsideradas. Registros resgatados por Green (2019) dão conta de que os médicos utilizaram métodos de “convulsoterapia” e injeções de insulina, tradicionalmente utilizados para tratar esquizofrenia e paralisia geral. Tratamentos com eletrochoques de baixa intensidade para curar a homossexualidade também foram utilizados poucos anos depois de serem testados pela primeira vez nos Estados Unidos. Essas terapias foram aplicadas inclusive com ausência de qualquer comportamento esquizofrênico, o que demonstra que o objetivo principal não era curar, mas disciplinar os corpos homossexuais (GREEN, 2019).

Se paralelamente aos tratamentos psiquiátricos o interesse jurídico sobre a homossexualidade ainda corria nos bastidores, com grupos interessados em criminalizá-la em códigos legais (TREVISAN, 2018), essa queda-de-braço entre justiça e medicina parece ter sido vencida com a publicação do novo Código Penal Brasileiro em 1940. Nos anos que antecederam sua reformulação, adeptos de ideias punitivas buscavam apoio para tratar atos libidinosos entre homossexuais como crime, o que não vigorou com a implantação do novo dispositivo legal. Arrisco a dizer que esse fracasso em a penalizar em muito se relaciona com o sucesso da lógica biopolítica da periculosidade. Punir criminalmente a homossexualidade perde sentido quando para um perverso anormal a punição precisa ocorrer preventivamente.

Essa “vitória” da medicina não significa que a estratégia da criminalização tenha caído no esquecimento. Os “pederastas passivos” e os homens afeminados recebiam sempre maior atenção na lógica higienista e psiquiátrica (GREEN, 2019). A retomada da preocupação com a pederastia passiva parece tanto atualizar o discurso jurídico anterior à sua categorização científica, como trabalhado na seção anterior, quanto priorizar o tratamento disciplinador daqueles que desafiavam os papéis de gênero consolidados ou utilizavam o ânus com a finalidade de obter prazer sexual.

Green (2019) sustenta que os médicos brasileiros, adaptando as teorias europeias às necessidades brasileiras, relacionaram a periculosidade do homossexual mais ao incômodo social que causava do que ao objeto de prazer em si, como o ânus ou o pênis. Os registros médico-jurídicos são um exemplo disso quando examinam figuras pobres e pretas que foram presas nas ruas por “vadiagem” ou perturbação. Ocorre que, embora materializadas em indivíduos estereotipados, na prática, as investigações e tratamentos médicos nunca desconsideraram os modos efeminados de comportamento que, segundo aparências, também eram percebidos como receptivos no ato sexual anal.

Com pequenas revisões no campo psiquiátrico, seja na lógica da etiologia ou do tratamento, a situação da homossexualidade do ponto de vista médico-jurídico permaneceu estabilizada até os anos 1970 do século XX. A condição já estava cristalizada como doença e a medicina já havia conquistado a autoridade enunciativa sobre o anormal. Um artefato institucional que fortaleceu as décadas de patologização, no Brasil e no restante do mundo, foi a inclusão das perversões sexuais

no manual da Associação Psiquiátrica Americana (APA), o DSM, a partir de sua primeira edição. Tanto na primeira edição, de 1952, quanto na segunda, de 1968, a homossexualidade foi tratada como uma doença mental, assim como outras perversões de natureza sexual, tais como fetichismo, masoquismo, voyerismo e pedofilia, entre outras (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952; 1968).

A retirada da homossexualidade do DSM ocorreu pela primeira vez em sua terceira edição, publicada em 1973 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980). Esse é um fato significativo e que se relaciona com um conjunto de transformações sociais referentes à construção de uma identidade coletiva homossexual. No Brasil, a partir dos anos 1970, temos o que Trevisan (2018) chama de “boom guei”³⁰, em alusão à reverberação de grupos homossexuais reivindicando, entre outros direitos, a despatologização de sua condição³¹.

O fato é que a partir dos anos 1970 um número crescente de médicos deixa de defender o tratamento e a cura de seus pacientes homossexuais, aceitando a ideia de que a homossexualidade era uma orientação sexual tão aceitável como a heterossexualidade (FRY; MACRAE, 1985). A publicação de *A Sociedade e o Homossexual Sadio* (1973), do médico americano George Wainberg, pode servir de exemplo do aparecimento de médicos “progressistas” que recusavam a cura e defendiam que os homossexuais aceitassem felizmente essa “condição”:

Um homossexual é gay quando ele se vê feliz de ser alguém dotado da capacidade de enxergar as pessoas como romanticamente belas. Ser gay é ser livre de vergonha, culpa e remorso de ser homossexual. [...] Ser gay a vislumbrar sua sexualidade como o heterossexual sadio enxerga a dele (WEINBERG, 1973, apud FRY; MACRE, 1985, p. 77).

³⁰ A expressão “guei” utilizada por Trevisan (2018) diz respeito a uma versão “brasileira” do termo “gay”, utilizado inicialmente pelos grupos de ativistas americanos em uma espécie de oposição irreverente ao psiquiátrico “homossexual”. Gay (ou guei), portanto, é a nomenclatura que surge para questionar a conotação médica da homossexualidade e, como explica Miskolci (2007, p. 106) “aludia à moral duvidosa que a sociedade atribuía a mulheres independentes, particularmente as viúvas. Assim, o movimento se autodenominava ressaltando o que residia por trás do estigma socialmente atribuído a seus membros: uma vida fora da ordem sexual vigente”. Nos tempos atuais, pode-se dizer que ambos os termos (homossexual e gay) operam socialmente e de maneira similar para se referir ao mesmo grupo de sujeitos.

³¹ O histórico de despatologização da homossexualidade em muito se deve à organização social desses sujeitos e à formulação de grupos ativistas. Opto por não me deter nesses fatores neste momento por dedicar nesta tese um espaço específico para essas mobilizações sociais e seus desdobramentos na atualidade.

O debate sobre despatologização é extenso e, apesar de todos os avanços, ainda não é unânime³². Cada país possui autonomia para tratar essa questão, sendo que o Brasil se posiciona oficialmente pela primeira vez em 1985 com a retirada da homossexualidade do código referente aos desvios e transtornos sexuais através do Conselho Federal de Medicina (CFM). A Classificação Internacional de Doenças (CID), por sua vez, deixou de considerá-la doença e/ou transtorno em 1990 e, dois anos mais tarde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou que a homossexualidade deixasse de ser considerada uma doença (ABGLT, 2010).

O fato é que apesar de todos os esforços, principalmente a partir dos anos de 1930, a medicina nunca conseguiu dar fim à prática homossexual, como tampouco impor a conversão dos indivíduos para o modelo heterossexual. Apesar de médicos terem defendido a possibilidade de “cura”, o que se viu foi muito mais uma proliferação de saberes e poderes sobre o sexo “anormal” (PERLONGHER, 1987). Contudo, essa fixação no tecido social da ideia da homossexualidade como comportamento desviante desempenhou um papel fundamental nas estratégias de disciplinamento e gestão biopolítica vinculadas à condição homossexual, estratégias e tecnologias que, como veremos na próxima seção, vão muito além da patologia orgânica, envolvendo a projeção da problemática para outros domínios de saber e de poder.

2.4 Reestruturação do perigo: uma doença para o ex-doente

Em pouco mais de um século, a homossexualidade foi categorizada, investigada, reprimida e tratada. Com o declínio no processo de patologização, podia-se esperar uma emancipação da homossexualidade em relação às instituições que a tutelaram. Ocorre que concomitantemente ao momento em que diversos países, inclusive o Brasil, aceitavam que homossexuais não eram doentes e, portanto,

³² Ainda em 2013 a Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara Federal brasileira tentou aprovar o projeto de lei 234/2011, popularmente conhecido como projeto de “cura gay”. A proposta pretendia remover da Resolução nº 01/1999 do Conselho de Psicologia os artigos 3º e 4º, que orientam profissionais da psicologia a não exercerem tratamentos que proponham cura ou reversão da homossexualidade. Essa discussão teve desdobramentos até o ano de 2019, quando o Supremo Tribunal Federal (STF), proibiu oficialmente a realização de ações que favorecessem a patologização das minorias sexuais.

poderiam exercer suas práticas sem intervenções institucionais, o aparecimento de uma doença mortal ataca justamente no âmago de uma forma de sexualidade ainda considerada anormal (BARP; MITJAVILA, 2020). A epidemia do HIV/aids converterase, assim, em um novo capítulo na história da homossexualidade, apresentando desdobramentos significativos em períodos mais recentes.

2.4.1 Controles à “epidemia homossexual”

A “descoberta” da aids nos centros de investigação epidemiológica dos Estados Unidos em 1981 se deu a partir de sua associação com o sarcoma de Kaposi e pneumonia em homossexuais adultos, até então sadios, e em imigrantes haitianos. A busca por um nexo entre esses elementos resultou em uma imediata racialização e homossexualização do HIV, na medida em que se atribuiu a excursões de homossexuais americanos para o Haiti o “transporte” do vírus mortal para o território americano (PERLONGHER, 1987).

Sem uma nosologia precisa, a associação entre homossexualidade e HIV/aids se fortaleceu ainda mais quando, com base nos primeiros diagnósticos, foi chamada pelos médicos inicialmente de *Gay Related Immundeficiency* ou Imunodeficiência Gay Adquirida (GRI) e popularmente chamada de “câncer gay” (PERLONGHER, 1987). À medida que as informações sobre a doença avançavam, a confirmação de que o vírus era transmitido pelo contato com sangue e/ou secreções sexuais acrescentou novos elementos à patologização de certas práticas sexuais, principalmente aquelas atreladas à ejaculação e à penetração anal, nas quais o atrito do ato potencializaria as chances de lesões e, conseqüentemente, de infecção. Além disso, o crescimento das notificações de casos e de mortes confirmou o caráter epidêmico e letal da doença, tornando-a um dos principais dilemas biomédicos e sociais do século XX e do início do XXI.

A relação entre sangue, raça e sexualidade contribuiu para que em um primeiro momento a epidemiologia, baseada em um princípio probabilístico, criasse a expressão “grupos de risco³³” visando especificar a doença e os grupos com maiores

³³ A ideia de risco tem sido progressivamente adotada em diversos campos do conhecimento científico e, nas áreas da saúde pública e epidemiologia, demonstra uma trajetória marcada pela adjetivação de

chances de contraí-la. Os pesquisadores, ainda com poucas informações e baseados nos relatos dos primeiros infectados, divulgavam que homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos e *hookers*³⁴, devido a características associadas a suas práticas sociais/sexuais, estavam mais propensos a se infectar, resultando na construção estereotipada nesses cinco Hs “perigosos” (AYRES, 2003). O conceito de “grupo de risco” surge como uma categoria epidemiológica baseada em fatores que aumentavam a chance de se infectar pelo vírus HIV, mas a doença rapidamente adquiriu caráter epidêmico, provocando um deslocamento discursivo. Passou a funcionar “[...] não mais como categoria analítica abstrata, mas como verdadeira categoria ‘ontológica’, como uma identidade concreta” (AYRES, 2003, p. 124).

A definição de “grupos de risco” reascendeu a velha ideia que associava homossexualidade à periculosidade social, pois em um novo contexto biopolítico o HIV/aids potencializou o incômodo que a conduta homossexual em si já causava no passado. Ocorre que nas décadas anteriores à epidemia, o problema residia na perversão atribuída a atos que ameaçavam a ordem social construída em torno do modelo de família heterossexual cisgênero monogâmica, tal como hierarquizou Gayle (2017). Com o aparecimento de uma doença cujas primeiras vítimas eram homossexuais, a ameaça passava a ser associada à morte, desestabilizando totalmente o contexto de preservação da vida.

Como observou Foucault (2009) ao analisar a epidemia da varíola na Europa, uma doença é significativa para o biopoder quando se torna acessível no nível do grupo e no nível de cada indivíduo. A partir da doença, é possível identificar tanto o propósito de cada indivíduo quanto o de cada grupo social. O que torna ainda mais interessante no contexto do HIV/aids é que por se tratar de uma doença que nasce intrinsecamente ligada à sexualidade, desenvolvem-se a partir dela novas variáveis para o cálculo de periculosidade associada às práticas de um determinado indivíduo ou grupo.

No caso do HIV/aids, o acaso biológico acentuou a fragilidade do ânus e, junto com o efeito imunossupressor da ejaculação, tornou a relação ânus-genital uma

problemas sanitários que afetam as populações a partir da formalização de cálculos estatísticos (MITJAVILA, 2002). Esse conceito será mais bem problematizado no capítulo “Um novo estilo de vida homossexual”.

³⁴ Nome dado em inglês aos profissionais do sexo.

maneira muito eficaz da infecção (SAEZ, 2016). As formas de transmissão do vírus HIV, principalmente as relacionadas aos atos sexuais, retomaram a moralização das práticas historicamente associadas à homossexualidade, tal como o sexo anal e o contato com o esperma, bem como a multiplicidade de parceiros. Como sintetiza Sontag (1988, p. 32):

Uma doença infecciosa cuja principal forma de transmissão é sexual necessariamente expõe mais ao perigo aqueles que são sexualmente mais ativos - e torna-se fácil encará-la como castigo dirigido àquela atividade. [...] não apenas a promiscuidade é considerada perigosa, mas também uma determinada “prática” sexual tida como antinatural.

Se a psiquiatria tinha recentemente perdido o direito de considerar perversos os atos homossexuais, a epidemiologia rapidamente assumiu essa função ao considerá-los perigosos. Junto com o HIV/aids ocorre um deslocamento da autoridade enunciativa, que passa da psiquiatria para a epidemiologia. A primeira patologizava o indivíduo homossexual com base na sua origem biológica; a segunda agora detalha e quantifica os perigos das práticas associadas à anterior patologia. Em ambos os casos, esse tipo de saber é operado pela medicina que segue cumprindo uma função técnico-científica de higienização e organização social.

Acrescento a isso o fato de que “toda sociedade, ao que parece, precisa identificar uma determinada doença com o próprio mal, uma doença que torne culpadas as suas próprias “vítimas” (SONTAG, 1988, p. 20). Em relação ao HIV/aids, não foi diferente: tão logo os primeiros infectados foram surgindo, o tom de penalização e castigo de suas perversões veio à tona. Se anteriormente não foi possível reverter a patologia, a doença rapidamente instaurou o imaginário de que os homossexuais chegaram longe demais e agora pagavam pelos excessos de suas depravações morais (PERLONGHER, 1987).

Embora meios de transmissão da infecção também fossem possíveis, tais como a transfusão de sangue, o HIV/aids emerge rotundamente categorizada como doença sexualmente transmissível. Gilman (1991) problematiza esse fato argumentando que, embora transmitida por um vírus, não foi considerada uma doença viral, assim como a hepatite B, por exemplo, mas, sim, de caráter sexual, como seria o caso da sífilis. Não meramente fortuito, esse fato contribuiu para a disseminação da ideia de “sexo

bom”, em oposição à imagem de “sexo ruim”, baseada nas práticas sexuais das primeiras vítimas e de suas formas de obtenção de prazer sexual através da utilização do ânus ou no contato com o esperma.

Na instauração do processo de culpabilização, o alvo crítico foi naturalmente o coito anal (TREVISAN, 2018). Contudo, deste fato biológico também desdobraram-se implicações sociais, resultado da associação fundacional entre homossexualidade e ânus. Como consequência, formou-se a seguinte fórmula: sexo anal é prática de homossexual; o HIV/aids se transmite pelo sexo anal; logo, todo o homossexual tem aids e, a partir dele, o vírus se espalha e ameaça a sociedade. A homossexualidade, portanto, recebeu uma doença própria, cuja causa residiria justamente em alguns dos elementos que estiveram na base de sua estruturação enquanto categoria científica: a prática sexual anormal.

Muito embora não tenha demorado o diagnóstico de outros indivíduos não enquadrados entre os cinco Hs, a aids já era considerada uma doença “do outro”, cujo comportamento perigoso revelava algum tipo de desvio moral, ou, no caso da homossexualidade, de anormalidade. Ser diagnosticado com HIV/aids equivalia a ser enquadrado em um grupo de risco, o que resultava na automática atribuição e certas características consideradas perversas ao seu grupo social (SONTAG, 1988). Somava-se a isso o fato dela ser uma síndrome, isto é, de não possuir um único sintoma e sim um conjunto de sinais e/ou sintomas “oportunistas” que definem a patologia, o que alimentava o imaginário social de forma especulativa.

Seu caráter epidêmico, associado às questões sexuais anteriormente patologizadas, instaurou o tom de peste que historicamente é sempre percebida como uma espécie de condenação social (SONTAG, 1988). Ocorre que, independentemente da questão quantitativa, o HIV/aids atinge, em termos biopolíticos e disciplinares, muito mais um determinado grupo entre o conjunto dos afetados. Condena populações específicas, cuja orientação sexual aparenta ser um dos principais qualificadores da sentença. Essa situação, não restrita a um cenário específico, disseminou-se rapidamente em diversos países, cujas sanções não se limitaram à morte física dos infectados.

Em relação à realidade brasileira, como problematizou o sociólogo e ativista Herbet Daniel, a aids chegou antes mesmo da aids (DANIEL; PARKER, 1991). Isso

teria ocorrido porque, ainda que o primeiro caso fosse notificado um ano mais tarde que nos Estados Unidos, a mídia local adotou imediatamente a narrativa internacional e publicou reportagens estereotipadas com títulos como “*Câncer em homossexuais é pesquisado nos Estados Unidos*” (GALVÃO, 2002). Assim, a detecção do primeiro caso serviu para consolidar o caráter da aids como “peste anunciada” (CARRARA; MORAES, 1985), pois a ideia de “doença homossexual” já estava fixada no imaginário social e dificilmente seria possível imaginar outro caminho para doença que não uma nova forma de patologização da homossexualidade.

Trevisan (2018) descreve com riqueza de detalhes diversas situações que escancararam a moralização enfrentada pelos homossexuais durante a década de 1980 no país devido ao HIV/aids. Cita, entre elas, convênios de saúde que negavam atendimento médico; expulsões de espaços de socialização; cartazes espalhados em grandes centros com frases como “homossexual hoje, aidético amanhã”, etc. As respostas da sociedade foram tanto quanto, senão mais arbitrárias que as reações das décadas anteriores. Em uma operação conjunta que exacerba a força do biopoder, muitos agentes sociais se uniram para eliminar o perigo por meio da exclusão social.

Em relação às autoridades sanitárias, medidas preventivas muito similares àquelas aplicadas nos EUA e em outros países da Europa foram implantadas nos primeiros anos da doença no país. Essa profilaxia médico-higienista incluía orientações disciplinares, principalmente aos homossexuais, como o estímulo à abstinência e à redução de parceiros sexuais, uso da camisinha e evitar o contato com o esperma; e medidas biopolíticas, como o fechamento de saunas, bares, prostíbulos e outros espaços de socialização erótica da homossexualidade (PERLONGHER, 1987). Para fazer jus ao termo, sabe-se que a relação entre homossexualidade e medicina sempre foi promíscua. Esses conselhos e medidas institucionais, não meramente preventivos e inocentes, alimentavam a anterior repressão à sexualidade anormal.

Perlongher (1993) chega a usar a expressão “desaparecimento da homossexualidade” como resultado da epidemia de aids e das medidas médico-sanitárias de caráter preventivo. Usa esses termos, não para se referir a um desaparecimento físico - apesar de muitos homossexuais terem morrido em

decorrência do HIV - mas para denotar o desaparecimento de condutas associadas à homossexualidade. Como se a epidemia tivesse higienizado as práticas sexuais, o antropólogo atribui ao HIV/aids certo esvaziamento do comportamento homossexual, com o desaparecimento da “[...] festa do apogeu, o interminável festejo da emergência à luz do dia, no que foi considerado o maior acontecimento do século XX” (PERLONGHER, 1993, p. 40).

Como recorda Trevisan (2018), por se tratar de um contexto extremo, emergiram, inclusive, propostas intervencionistas mais radicais no âmbito médico-sanitário. Em 1987, por exemplo, o médico Aloísio Resende Neves chegou a enviar às entidades profissionais um projeto que previa a cirurgia peniana que impedisse a ereção e a ejaculação dos homens infectados pelo HIV. Seu argumento se baseava na ideia de que dessa forma seria possível evitar novas contaminações. Na discussão mais geral das providências profiláticas para o HIV/aids, o argumento que operava era a obrigação dos maiores transmissores da doença - os homossexuais - de cooperar, seja excluindo ou diminuindo a incidência de suas práticas perigosas.

Muito embora não houvesse qualquer dúvida acerca de que a epidemia do HIV/aids constituía um problema de saúde pública a ser enfrentado, há de se questionar o perigo imediato direcionado quase que exclusivamente à homossexualidade. Na verdade, a medicina enquanto instituição de controle social (FRIEDSON, 1978) não tinha superado a perda de autoridade sobre a homossexualidade, principalmente porque sequer conseguiu comprovar suas origens ou propor algum tratamento efetivo para o que considerou uma doença. A emergência do HIV/aids caiu como uma luva para que ela mesma se redimisse do fracasso anterior, o que me leva a concordar com Perlongher (1987) que se a aids não existisse, precisaria ser inventada.

À medida que a homossexualidade precisou ser “tolerada”, dado o fracasso da medicina em tratá-la, o HIV/aids possibilitou uma nova forma de a modelar. Para além do complexo conjunto de mecanismos profiláticos comuns às doenças epidêmicas, extraiu-se dela uma mais-valia moral, o que retoma todo seu envolvimento com a gestão de sua periculosidade no traçado histórico. Dessa vez, porém, o poder de disciplinar o corpo e organizar a população a partir de valores morais se estilhaçou

em diferentes instituições que se uniram em uma réplica moderna do modelo Panóptico direcionado à sexualidade anormal.

Para a disseminação das orientações preventivas houve um esforço arduo da imprensa para repercutir os desdobramentos da doença que, diante de um acontecimento novo, alimentava-se pelo imediatismo da informação (BESSA, 2002). Pode-se pensar que se medicina ocupou a função prescritiva a respeito do perigo do HIV/aids, a mídia ocupou o antigo espaço da justiça no que se refere a uma punição moral pelos excessos perversos. Carrara e Moraes (1985) chegam a chamar a aids de “mal de folhetim”, pois mesmo com um tom noticioso sério, respaldada no saber científico, as informações divulgadas nos anos iniciais da doença tinham um tom espetacularizado. Em muito se falou midiaticamente sobre um vírus criado em laboratório, orgias, promiscuidade, quase sempre com o protagonismo do mesmo personagem que nas décadas passadas materializou a anormalidade sexual.

A parceria médico-midiática resultou em uma certa estratégia para a disseminação de informações em grande medida estereotipadas e alarmistas sobre o HIV/aids. Das manchetes repercutindo estudos epidemiológicos até reportagens destacando as primeiras mortes de figuras conhecidas no país, não foram poucas as publicações que tomavam a doença como motivo para penalizar novamente os desvios da homossexualidade. Como bem destaca o trabalho de Bessa (2002, p. 29), a partir da imprensa, “houve a criação paulatina de um enredo ora trágico, ora melodramático, com a apresentação de personagens que foram tomando um caráter de vítima ou merecedor, inocente ou culpado”.

Com a espetacularização midiática da doença, o homossexual foi desdobrado na figura do aidético: homem jovem que, por fazer sexo com outros homens, tornava-se um doente terminal, magro, acometido por diferentes sinais de um sistema imunodeprimido (GILMAN, 1991). Ser homossexual tornava o indivíduo potencialmente aidético. Receber o diagnóstico de aids, por sua vez, resultava na exposição de uma sexualidade homossexual, isto é, desviante, perversa e perigosa.

Quem também entrou em cena na gestão da periculosidade anormal a partir do HIV/aids foi a religião que, curiosamente, havia ficado fora dos debates sobre sua categorização médico-legal durante o século XIX. As igrejas utilizaram uma estratégia discursiva baseada na interpretação da epidemia como castigo para propor curas

milagrosas da doença ou mesmo a reversão da conduta homossexual. Não foram poucos os homossexuais e suas famílias que se renderam à religião na busca por um tratamento espiritual tanto do HIV/aids quanto da homossexualidade em si; ou melhor, por uma cura diante da “punição de Deus, por um ato condenado na Bíblia” (TREVISAN, 2018, p. 418)

Com a legitimação desse tipo de ação, fica ainda mais evidente que a preocupação com a homossexualidade nunca foi, de fato, realmente associada a possíveis distúrbios hormonais, mas, sim, à exacerbação das práticas a ela associadas. Em grande medida, as manifestações religiosas que alegavam uma reversão da prática homossexual ou a cura da aids estavam associadas diretamente a uma imagem de homem com vestimentas e um corte de cabelo masculinizados, ao lado de uma esposa e filhos. A partir da leitura de Trevisan (2018), é possível inferir que no caso do HIV/aids, até mesmo quando a fé dialoga com a ciência, a lógica do biopoder opera em alusão à necessidade de uma postura baseada no modelo nuclear de família atrelada à reprodução e à manutenção da espécie, visando exigir uma conduta associada a papéis sociais e sexuais previamente definidos.

Do ponto de vista racional, a cura do HIV/aids se tornou um dos grandes desafios das últimas décadas. Em muito esse interesse é justificado pela mudança do quadro epidêmico que inicialmente identificava as infecções apenas nos “grupos de risco”. Como previsto pela própria epidemiologia, rapidamente esse cenário se modificou, integrando-a ao conjunto de doenças possíveis de atingir todo o corpo social e não apenas um grupo. A generalização assustou muitos segmentos da população até então considerados imunes ao vírus, o que não chegou ao ponto de erradicar do imaginário popular a conotação exclusivamente homossexual da doença. Nos casos em que o vírus era identificado em indivíduos heterossexuais, por muito tempo se buscou encontrar o “culpado” por transportá-la do espaço “perverso” para o universo da “decência”.

2.4.2 Construção das primeiras políticas públicas da prevenção ao HIV/aids

Com a rápida disseminação do HIV/aids em termos epidemiológicos e discursivos, a doença tornou-se um problema de saúde pública e, rapidamente, a

busca por uma solução biomédica mobilizou esforços científicos em todo o mundo. Devido ao seu caráter incurável, à falta de uma vacina assim como à ausência de informações precisas sobre as formas de transmissão e do período de latência do vírus HIV, a prevenção se tornou o principal elemento para controlar a epidemia e seus desdobramentos (PARKER, 1994). Do ponto de vista biopolítico, de apenas notificar e identificar a doença e suas consequências, a ciência passou a trabalhar incansavelmente também para reduzir os danos que a síndrome causava no organismo. Embora aspectos mais significativos a respeito da prevenção e tratamento serão abordados com ênfase no próximo capítulo, a questão da periculosidade no contexto da epidemia não pode ser ignorada pois tratar e prevenir o HIV/aids também significava tratar e prevenir o que socialmente se consolidou como “patologia homossexual”.

De maneira mais geral, a prevenção da doença no Brasil mantém relação direta com o período político em que o HIV/aids emerge. Nos primeiros anos da epidemia (1982-1985) o país passava pelo momento de reestruturação política, com o gradativo esgotamento da ditadura militar. Esse cenário contribuiu para a negação e omissão do problema por parte da maioria das autoridades governamentais, fundamentalmente no que se refere às estratégias preventivas (PINHEIRO, 2015). Com a ausência do Estado, quem assume a vanguarda da discussão é a sociedade civil, em grande parte mobilizada pela união dos esforços de ativistas homossexuais³⁵.

Em nível institucional, foi a partir da segunda metade da década de 1980 que o Brasil efetivamente construiu estratégias para prevenir e controlar a doença. A notificação compulsória da aids a partir de 1986, que obrigou profissionais de saúde a sempre notificarem casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas à aids, pode ser considerada uma das primeiras medidas governamentais que, no âmbito federal, demonstravam, de fato, a intervenção do Estado sobre a epidemia (GALVÃO, 2002). Dois anos depois, com a criação do Programa Nacional de AIDS no âmbito do Ministério da Saúde, intensificaram-se as medidas preventivas, pois foi possível que investimentos governamentais fossem disponibilizados para conter a

³⁵ Como destaca Galvão (2002), durante a década de 1980 há um grande confronto entre entidades homossexuais e o Estado. Os ativistas cobravam mais investimento governamentais para o HIV/aids, bem como um plano estratégico para ações mais eficazes frente à epidemia.

epidemia, incluindo a distribuição de medicamentos para infecções oportunistas causadas pela doença (GALVÃO, 2002).

Esse cenário de investimentos institucionais fez o Brasil ser considerado pela OMS, no início dos anos de 1990, uma referência no tratamento e prevenção ao HIV/aids entre os países periféricos. Complexa, a resposta brasileira à epidemia é fruto de uma série de variáveis, dentre as quais cabe destacar a Constituição de 1988, que “estabeleceu o arcabouço institucional necessário para ancorar a resposta sanitária ao HIV, favorecendo o desenho e a implementação de ações qualificadas na prevenção do HIV e na assistência às pessoas com AIDS” (CORRÊA, 2016).

Não se pode desconsiderar que esse cenário de interesse institucional tenha ganhado fôlego justamente quando os dados epidemiológicos gradativamente se modificaram, apontando uma “heterossexualização”, “pauperização” e “juvenilização” da epidemia (GUIMARÃES, 1998; JEOLÁS, 2003; KALICHMAN, 1994). Nesse sentido, sem relativizar os demais elementos que influenciaram nesse tardio interesse preventivo, é preciso questionar o fato de o Estado considerar o HIV/aids como um problema merecedor de grandes investimentos financeiros, principalmente a partir da evidência científica de que a doença não atingia unicamente os indivíduos anormais. Das explicações possíveis, algumas pistas podem ser encontradas até mesmo na forma como a prevenção foi concebida e ainda é encarada.

Na perspectiva de Trevisan (2018), com a institucionalização da epidemia, as estratégias preventivas foram ficando mais cruas e diretas. Se alguns anos antes, no auge do pânico pelo surgimento da doença, o enfoque foi exclusivamente voltado para a repressão da sexualidade anormal, aos poucos, os materiais publicitários, informativos etc., foram agregando novos elementos. A promoção do uso da camisinha talvez seja a medida preventiva mais simbólica e permanente na abordagem do HIV/aids e, embora seja responsável, em grande medida, pela melhora do quadro epidemiológico, principalmente nas primeiras décadas da epidemia, não deixa de comportar significados que recaem sobre a sexualidade homossexual.

Apesar de a popularização da camisinha estar associada à epidemia do HIV/aids, sua história é extremamente longa e imprecisa, havendo registro de dispositivos utilizados para proteger o pênis em muitas sociedades antigas como forma de evitar doenças venéreas (PINHEIRO, 2015). Entretanto, mesmo que de

maneira muito arcaica, desde o século XVI sua finalidade se concentrou principalmente em atuar como contracepção. Nesse sentido, embora relativamente pouco conhecida e utilizada no Brasil antes do HIV/aids, sua criação foi projetada para o contexto das relações heterossexuais.

Nesta direção, pontua Pinheiro (2015, p. 3):

A inserção da camisinha no âmbito do enfrentamento dessa epidemia [HIV/aids] implicou na inscrição de novos significados e na releitura da semântica construída ao longo da história de seu uso na contracepção e na prevenção de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Se antes seu uso, de pouca adesão, foi concebido para relações héteros, a epidemia do HIV/aids disseminou massivamente a camisinha, impulsionando tanto sua produção quanto seu consumo. Ocorre que quem primeiramente promove a campanha da camisinha é a própria comunidade homossexual, que mesmo sem estudos que comprovassem sua eficácia, buscavam alternativas diante da necessidade de conter as mortes causadas pela infecção do HIV/aids. Contudo, não é de se surpreender que o Estado, ao assumir o controle da epidemia, receba esse recurso preventivo de forma tão positiva. Uma das grandes mudanças que a emergência da camisinha possibilita é a consolidação da ideia de sexo seguro, princípio que nasce de dentro das organizações homossexuais, mas que é rapidamente incorporado nas políticas públicas de saúde haja vista todo potencial disciplinar e biopolítico que comporta (PELÚCIO, 2007).

Cabe considerar que a ênfase dada à camisinha parece ter se configurado em função da relevância da penetração anal no repertório de práticas sexuais homossexuais (PINHEIRO, 2015). Antes da epidemia do HIV/aids, quando seu uso se destinava às relações heterossexuais, poucos foram os interesses em comprovar sua eficácia e disseminar a utilização em termos preventivos, seja como método de contracepção ou de prevenção de outras infecções sexuais. Sem qualquer intenção de questionar sua importância enquanto método preventivo para o HIV/aids, é preciso reconhecer que seu destaque no cenário médico-sanitário surge a partir da necessidade de controlar os perigos do sexo anal homossexual em virtude do HIV/aids.

Há por trás disso toda uma explicação fisiológica que não pode ser desconsiderada. Enquanto a vagina é composta por uma membrana mucosa que permite suportar a fricção do ato sexual coitocêntrico sem grandes chances de lesões, o ânus é formado por um delicado conjunto de músculos pequenos e sem uma lubrificação natural (SAEZ, 2016). Esse fato não anula as chances de infecção do indivíduo ativo no ato sexual, pois a uretra presente no pênis é uma via de entrada para a corrente sanguínea. Contudo, o fato de a mucosa anal ser muito mais sensível e absorvente, faz do participante receptivo durante o ato sexual anal alguém com muito mais chances de se infectar pelo vírus da aids.

Dado o contexto de rejeição à homossexualidade em função de sua associação com a prática sexual anal, o acaso biológico da infecção por HIV reforçou as hierarquias nas práticas sexuais. Mais do que meramente epidemiológicas, essas classificações possibilitaram tanto a difusão institucional da camisinha enquanto método de prevenção, quanto propiciaram o aparecimento de novos elementos de controle da prática sexual anormal. Com o HIV/aids e os primeiros recursos preventivos, ter vários parceiros sexuais, manter relações sexuais entre os homens e praticar sexo anal continuavam a carregar valores perversos, mas menos perigosos se praticados com o uso do preservativo. No que se refere ao olhar médico-sanitário sobre a homossexualidade, pode-se dizer que a questão passou a ser como fazer os perigosos, senão abandonarem, pelo menos adotarem condutas sexuais menos arriscadas, isto é, que não ameaçassem o restante da população.

Com a elaboração de programas de controle ao HIV/aids, os esforços em disseminar o uso da camisinha como mecanismo preventivo assumiram grande protagonismo até o presente. A doença, contudo, ganhou novos contornos a partir de 1996, com a publicação da Lei nº 9.313, que deu início à distribuição de antirretrovirais (ARV) gratuitamente aos infectados pelo vírus. Essa medida muda decisivamente o panorama epidemiológico brasileiro, “pois amplia a expectativa e a qualidade de vida das pessoas soropositivas, quando a Aids passa a ser considerada doença crônica tratável, e a letalidade da epidemia diminui sensivelmente” (MAKSUD, 2007, p. 27). A partir desse momento, o medicamento integra as estratégias de controle e prevenção do HIV/aids, pois uma vez que neutraliza o vírus nos corpos dos infectados, também

evita que a doença se desenvolva e, conseqüentemente, reduz as chances de novas infecções quando aliado a outras estratégias preventivas.

Os desafios de reduzir a prevalência, a incidência e a mortalidade por HIV/aids não cessaram com a introdução dos medicamentos ARV de primeira linha. Mas, com a virada do século, surgiram novos desafios epidemiológicos, decorrentes da identificação do papel de fatores sociais além da prática sexual como responsáveis pelas infecções. Ao longo de quase quatro décadas, não somente o comportamento epidêmico do HIV/aids vem oscilando como também os interesses em rever sistematicamente as alternativas de prevenção. Nesse cenário, embora ainda não tenhamos uma sinalização para a cura do HIV/aids, nos últimos anos emergiram significativas transformações na forma de encarar o vírus que, não por mera coincidência, incidem diretamente na forma de governar a homossexualidade.

Ao se inserir em um forte movimento internacional voltado à prevenção do HIV/aids, o Brasil assumiu protagonismo quando, no final de 2017, por meio da Portaria nº 21, de 25 de maio de 2017, tornou-se o primeiro país da América Latina a implementar um novo recurso preventivo chamado Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP). A partir de um tratamento com ARV, esse recurso busca reduzir as chances de adquirir o vírus causador da aids, configurando-se, então, como uma medicação de uso contínuo direcionada aos que não foram infectados pelo vírus HIV. Em termos mais específicos, a PrEP se configura pela combinação de dois antirretrovirais e deve ser ingerida diariamente. Muito diferente da camisinha que já possui uma extensa bibliografia a respeito, sua oferta via SUS ainda carece de reflexões científicas, pois até o momento poucas são as pesquisas que investigam seus efeitos do ponto de vista social³⁶.

Sua importância ultrapassa a óbvia ligação com a prevenção ao HIV/aids, na medida em que está também vinculada com a gestão da periculosidade homossexual porque muito similar ao que ocorreu com a camisinha, no sentido de uma recomendação direcionada aos sujeitos cujas práticas sexuais escapam às normas sociais, a PrEP surge ofertada especificamente a “grupos prioritários”: gays e outros

³⁶ Dean (2015), Thomann (2018), Greteman (2018) e Silva-Brandão e Ianni (2020) apresentam resultados de pesquisas que problematizam a implementação da PrEP. Ao longo desta tese, trabalhos dessas(es) autoras(es) são citados e usados como referências iniludíveis na análise do tema.

homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas transexuais, profissionais do sexo e parcerias sorodiscordantes para o HIV, ou seja, quando um possui o vírus e o outro não (BRASIL, 2017a).

A justificativa institucional para a oferta da PrEP aos grupos prioritários é de que esses segmentos populacionais estão sob maior risco de se infectar pelo HIV, em diferentes contextos sociais e tipos de epidemia. Justifica-se a seletividade dos grupos prioritários a partir de relatórios técnicos que identificam nesses grupos prioritários taxas de prevalência do vírus superiores à média nacional de 0,4% (BRASIL, 2017b). Esse argumento em muito se apoia na fragilidade da prática sexual anal, pois documentos institucionais também apontam nas práticas sexuais anais, receptivas e ativas, respectivamente, as maiores chances de infecção (BRASIL, 2017a). Neste sentido, o novo recurso preventivo sustenta-se, entre outros elementos, na biológica fragilidade do ânus, porém, se não na exclusiva pelo menos na sua direta associação com a prática homossexual.

Com a implementação da PrEP é possível identificar a renovação da figura homossexual. Não se trata de um homossexual diretamente patológico, tal como o vimos “nascer” e “morrer” entre os séculos XIX e XX. Também não se trata de um homossexual aidético ou potencialmente aidético, que assumiu a representação do que era qualificado como doente ou doentio a partir dos anos de 1980. Nasce agora o homossexual (PrEP)arado que, em alusão ao nome da medida profilática, é considerado por seu pertencimento a um grupo prioritário no que se refere ao tratamento preventivo e medicamentoso do HIV/aids. O discurso institucional dominante propõe que ele deva estar preparado para lidar com a infecção e para isso oferece um recurso preventivo que auxilie nessa tarefa.

Os valores que sustentam sua inclusão como categoria prioritária, entretanto, em muito se assemelham àqueles que no curso da história tornaram o homossexual um ser perigoso e perverso em função da anormalidade das práticas sexuais anais a ele associadas. Compreender essa nova estratégia enquanto fenômeno social é uma tarefa ainda a ser cumprida, em grande medida dificultada por lidamos com um fenômeno ainda em curso. Cabe como desafio do restante desta tese retomar a pergunta que nos trouxe até aqui: que tipo de racionalidade organiza a implementação da PrEP no Brasil e como incide na trajetória social da homossexualidade masculina?

3 MEDICAR PARA PREVENIR: PARÂMETROS POLÍTICOS INSTITUCIONAIS DA PREP

“A outra pílula azul”. Assim foi apresentada midiaticamente a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) em uma das reportagens jornalísticas mais emblemáticas a respeito da chegada do novo tratamento de prevenção ao HIV/aids no Brasil. Publicada em 02 de abril de 2018, a edição da revista Época traz na capa uma única imagem de um comprimido na cor azul, com uma chamada explicativa: “o novo medicamento que está fazendo os gays abandonarem a segurança da camisinha”. Por ser “a outra”, além de apresentar a novidade, também faz referência ao citrato de sildenafil, conhecido como “Viagra”, o principal nome comercial de referência do fármaco destinado à impotência sexual. Os sentidos produzidos pela reportagem estão postos à mesa e antecipam a discussão deste capítulo: um novo medicamento, destinado aos homossexuais, com uma finalidade sexual.

Figura 1 - Capa da edição 1.031 da revista Época



Fonte: ÉPOCA, 2018.

Ao longo de 10 páginas, a reportagem assinada pelo jornalista Danilo Thomaz apresenta a PrEP como nova modalidade de prevenção ao HIV/aids. Ressalta sua

recente implementação no sistema público de saúde e argumenta se tratar de uma indicação para aqueles com comportamento sexual de risco — como quem tem muitos parceiros ou faz sexo sem proteção. Médicos são citados para explicar os efeitos do tratamento no organismo, bem como para defender a modalidade no leque das políticas públicas. Para ilustrar a funcionalidade do medicamento, relatos de homossexuais humanizam o tratamento argumentando que agora transam sem tantas preocupações. Sem deixar de retomar ao passado, a matéria lembra: “Quando a aids surgiu, não se sabia o que era aquela doença mortífera, mas se sabia que as maiores vítimas eram os gays” (THOMAZ, 2018, p. 38). O tratamento então é descrito como alternativa de proteção às potenciais vítimas da epidemia da aids, que a partir do uso do novo comprimido azul, agora estão protegidas sem que precisem abandonar suas práticas sexuais.

Muito similar ao que aconteceu em meados dos anos de 1980, o uso de termos estereotipados relacionados à promiscuidade, a associação direta entre os aumentos de casos de HIV e outras ISTs com a população homossexual e práticas sexuais a elas associadas tornaram a reportagem alvo de críticas. Este fato pode ser percebido já nos quatro primeiros parágrafos, gastos na descrição de uma boate homossexual, com informações clichês tais como a presença de *googoboy*s³⁷, luzes quentes e espaços destinados a se masturbar, fazer sexo oral ou transar com parceiros conhecidos ou não. Entidades pró-LGBT e a favor da luta contra a aids se posicionaram de forma crítica ao conteúdo da revista *Época*. Exemplo disso temos com um dos médicos infectologistas ouvidos na reportagem, Rico Vasconcelos, que chegou a se manifestar por meio de uma rede social, apontando como equívocos: “o julgamento moral de que gays são promíscuos, ou que somente os gays precisam se preocupar com HIV”³⁸.

Sem a pretensão de esgotar a descrição da reportagem, e tampouco de esboçar uma análise mais apurada sobre seu conteúdo, o fato em si serve como exemplo da objetivação de um novo tipo de homossexual com a chegada da PrEP.

³⁷ Expressão que caracteriza dançarinos que trabalham no entretenimento de festas e casas noturnas, culturalmente associados aos ambientes de socialização homoerótica.

³⁸

Disponível

em:

<https://www.facebook.com/photo.php?fbid=10155426848921444&set=a.110300541443&type=3>.

Acesso em 27 de outubro de 2022.

Não mais um sujeito visto essencialmente como pecador, doente e/ou estigmatizado pela sua associação direta com a aids, como apontado no capítulo anterior. Embora ainda possa ser considerado perigoso, a revista *Época* traz à tona a relevância do homossexual publicamente medicalizado, no sentido de reconhecer seu direito à obtenção do prazer regulado pelo consumo da nova cápsula azul. A reportagem midiática, portanto, o aparecimento de um novo modelo de homossexual aos olhos do Estado e da saúde pública. Um homossexual constituído por um novo padrão de regulação biopolítica da sexualidade, que não responde mais aos antigos esquemas de punição, censura e cura (BARP; MITJAVILA, 2020), mas que se vê envolvido por novas redes de saber-poder frutos da medicalização.

Embora tenha se tornado um lugar comum em trabalhos que analisam socialmente as doenças, a utilização do conceito de medicalização nesta tese não ocorre de maneira casual; ao contrário, demanda uma atenção especial na medida em que tanto a construção da noção de homossexualidade como sua definição em termos de periculosidade e até as próprias formas de enfrentamento a ela associadas exibem a força dos olhares e das práticas da medicina como área de conhecimento e como profissão. Reconhecer essa participação da medicina possibilita, ademais, a compreensão de certos aspectos da sexualidade no exato momento em que os discursos sobre ela têm se multiplicado ao invés de rarefeito (FOUCAULT, 2017).

Longe de ser situado em um lugar estável, alguns trabalhos mais recentes chegam a questionar a validade do conceito de medicalização (MOYNIHAN, 2002; CLARKE et al 2003; ROSE, 2007), indicando um possível esgotamento e sugerindo reformulações. Por esse motivo, dedico algumas páginas a examinar as bases conceituais da noção de medicalização, do ponto de vista de sua pertinência teórica uma vez que a implementação da PrEP e sua incidência sobre a homossexualidade em muito pode ser explicada pelo que nas ciências humanas é analisado como parte dos processos de medicalização da vida social.

Como aponta Mitjavila (2015, p. 123), “o termo tem sido utilizado para evidenciar os parâmetros ideológicos e técnicos dentro dos quais a medicina produz conhecimento e intervém em áreas da vida social”. Trata-se de um conceito que surge principalmente a partir dos anos de 1970, sendo citado pela primeira vez pelo sociólogo Irving Kenneth Zola, no clássico artigo *“Medicine as an institution of social*

control" (1971), que sugere de modo geral pensar a medicina como uma instituição de controle social. Argumenta o autor que, através da norma, a medicina passa a substituir instituições historicamente tradicionais, como a religião, a justiça e o Estado, exercendo processos de medicalização.

Para ilustrar suas afirmações, Zola (2005) retoma questões históricas envolvendo a psiquiatria e a saúde pública. Sobre a psiquiatria, destaca sua voz de autoridade constituída a partir dos laudos de insanidade mental emitidos em processos judiciais. Não por acaso, trata-se da mesma situação que legitima o conceito de periculosidade trabalhado no capítulo anterior e que constitui parte dos processos históricos envolvendo a sexualidade anormal. Assim como o uso de drogas e o aborto, o sociólogo chega a citar em seu texto a questão da homossexualidade enquanto patologia, ao indagar em que medida questões dessa natureza seriam de fato um problema médico e não uma característica social.

No caso da saúde pública, o autor aponta para o interesse em construir associações entre mudanças sociais e problemas sanitários, tais como as doenças endêmicas. Essa perspectiva de Zola (2005), pode ser também utilizada para compreender o papel dos processos medicalizadores da homossexualidade no contexto da epidemia de aids. Da mesma forma que em relação a outras epidemias, uma série de ações de controle e administração social foram instaurados na sociedade a partir do aparecimento de um vírus nos anos de 1980, justificados em nome da proteção social e da saúde pública, e maciçamente apoiados na autoridade cultural e social do saber médico (MITJAVILA; MATHES, 2016)

O texto de Zola (2005) destaca quatro formas concretas de medicalização, exemplificando de que forma a medicina atua enquanto exerce funções de controle social. Primeiro, cita a expansão do que na vida é posto como relevante para a prática da medicina; dito de outro modo, pela expansão do modelo etiológico que deixa de ser focado exclusivamente na doença e passa a levar em consideração características da vida diária; em que os hábitos e as preocupações dos pacientes são levados para dentro dos consultórios médicos. Segundo o controle absoluto sobre certos procedimentos técnicos, como por exemplo, o direito exclusivo em prescrever, realizar intervenções cirúrgicas e regular medicamentos. Terceiro, através da retenção de acesso a certas áreas de tabu; limitando determinados assuntos íntimos - do corpo e

da mente -, a serem tratados exclusivamente pela profissão médica. Por fim, a medicalização operaria por meio da expansão do que na medicina é considerado relevante; processo que se dá por uma espécie de internalização dos conhecimentos e da linguagem médica por parte dos indivíduos, determinando suas condutas e atividades diárias.

Pioneiro nas discussões sobre medicalização também foi o artigo de Peter Conrad, *“The Discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior”*, publicado em 1975. No texto o autor chama de medicalização os processos nos quais comportamentos que não eram de ordem médica se tornam uma doença ou problema que necessita de tratamento (CONRAD, 1975). O sociólogo não define os processos de medicalização como algo negativo ou intencional; mas o situa no contexto da individualização dos problemas sociais; isto é, responsabilização dos indivíduos pelo cuidado de si, amparados na autoridade da prescrição médica.

Diferentemente de Zola (2005), a visão de Conrad (1975) amplia as bases institucionais da medicalização, ressaltando a interface feita com a indústria farmacêutica, as associações da sociedade civil e a própria sociedade como um todo. No caso da indústria farmacêutica, tem-se uma espécie de cooperação, em que aumentam o número de doenças e, concomitantemente, crescem as vendas de medicamentos para tratá-las. Já as associações de grupos específicos atuam no sentido de fazer com que determinado problema seja reconhecido e tratado como doença. Novamente a epidemia da aids serve como ilustração, pois a emergência da doença interligou uma demanda de grupos de militância homossexual, inicialmente mais afetados pelo vírus, com os interesses de laboratórios que fabricavam os medicamentos para fins de tratamento e prevenção (GREEN, 2019).

Claramente não se pode atribuir um viés unicamente negativo aos processos de medicalização. Conrad (1975) chama a atenção para os benefícios humanitários nos casos em que a medicina, ao tratar determinadas situações, atenua o estigma social de certos comportamentos tidos como desviantes. Aqui novamente cabe citar o que trabalhei no capítulo anterior sobre a homossexualidade: quando identificada enquanto patologia, o homossexual saiu das sombras do crime e do pecado para adentrar nos consultórios. Ao mesmo tempo, Conrad sinaliza para as implicações deste “controle especializado”, que retira do espaço comum a discussão sobre

determinados problemas, já que uma vez que passam a ser considerados como doenças, permanecem confinados na exclusiva ou monopólica jurisdição da profissão médica.

Os aportes teóricos de Zola (2005) e de Conrad (1975) em muito se aproximam ao que analisara Eliot Freidson acerca da expansão da jurisdição da medicina ao evidenciar que “a profissão médica é a primeira a reivindicar a jurisdição sobre o rótulo da doença e qualquer coisa a que possa estar associada, independentemente de sua capacidade de lidar com isso de forma eficaz” (FREIDSON, 1988, p. 251). Fundador da sociologia médica, o autor argumenta que a medicina não apenas trata a doença, mas procura descobrir novas patologias. Não ocasionalmente, essas novas patologias estariam baseadas na focalização precoce de certos tipos de desvios, isto é, transgressões que, em virtude de sua relevância social, em determinado momento passam a concitar o interesse da medicina.

Michel Foucault é outro teórico que se dedicou à compreensão sobre a influência e expansão da medicina moderna. Na perspectiva do autor, a medicalização é compreendida como um dispositivo primordial para o exercício das práticas biopolíticas. Embora tenha investigado aspectos sobre a medicina em obras bem anteriores, passou a explorar o termo medicalização em uma conferência realizada no Brasil em 1974. Na ocasião, Foucault sustenta o argumento de que a prática médica, desde o século XVIII, deixa de ser uma prática individual entre médico e paciente e adquire uma função social, no sentido de administrar a vida humana enquanto coletivo. Rejeita a ideia de que o exercício da medicina seja um contrato exclusivamente entre doente e médico, e passa a utilizar o termo *somatocracia* para denotar a conversão do corpo como centro e alvo da vigilância e das intervenções médicas (FOUCAULT, 1976)

Para Foucault, a medicalização é uma característica das sociedades modernas que ultrapassa as existências individuais para alcançar a totalidade do corpo social. Assim, em sua leitura, a medicina possui cada vez mais um caráter social, aspecto que se intensificou a partir do século XX com a utilização dos novos recursos técnicos e científicos. A expressão medicalização, portanto, faz referência ao funcionamento da medicina fora de seu campo tradicional, definido inicialmente pela demanda do doente e seus sintomas e seu mal-estar. O objeto da medicina deixa de ser a doença

em si e a razão da intervenção médica passa a ser a saúde. “Todo lo que garantiza la salud del individuo, ya sea el saneamiento del agua, las condiciones de vivienda o el régimen urbanístico es hoy un campo de intervención médica (FOUCAULT, 1976, p. 181).

Nos últimos séculos, a medicina e a saúde se vincularam aos grandes problemas econômicos e coube a ela entregar à sociedade indivíduos fortes e produtivos, atuando no funcionamento organizacional da sociedade moderna. Mais do que isso, no pensamento foucaultiano, a economia da medicina produz não apenas a força de trabalho como também riquezas, uma vez que está diretamente relacionada com o consumo de medicamentos e, conseqüentemente, laboratórios e a indústria farmacêutica. Com o fenômeno da medicalização, afirma Foucault (1976), o corpo humano entra novamente em um mercado econômico enquanto suscetível às doenças e à saúde, ao bem-estar e ao mal-estar, à alegria ou ao sofrimento; na medida em que é sede de sensações, desejos etc.

Tratar da medicalização em Foucault, portanto, significa associá-la a estratégias de governo, remetendo à noção de governamentalidade, isto é, a arte de governar que, a partir do século XVIII, afasta o Estado da soberania de um rei para se preocupar com o bem comum. Disso resulta a argumentação de Foucault (1976) de que a população é uma construção técnico-científica resultado do seu ingresso nos cálculos econômicos e políticos, e cujo governo deve promover essa população como sujeito de necessidades. A medicalização serve como instrumento de administração social, ao tratar os problemas de saúde como problemas econômicos; vislumbrando o acúmulo de riquezas e o bem-estar social.

O médico se torna o grande conselheiro e o grande perito, se não na arte de governar pelo menos na de observar, corrigir, melhorar o “corpo social” e mantê-lo em um permanente estado de saúde. E é sua função de higienista, mais que seus prestígios de terapêutica, que lhe assegura essa posição politicamente privilegiada [...] (FOUCAULT, 2016, p. 310).

Como já observado, o conceito de medicalização está longe de responder a uma visão única. Embora as três vertentes teóricas expostas mantenham aproximações interessantes, temos com Zola (2005) a medicalização como uma

forma de controle social. Em Conrad (1975) aparece uma visão mais operacional do conceito, onde a medicalização é vista como parte de um processo de transformação de problemas anteriormente não considerados “médicos”. Contudo, a perspectiva teórica que orienta a pesquisa que ora apresento me leva a manter uma aproximação maior com Foucault (1976) ao empenhar na medicalização uma consequência inevitável dos processos de transformação social que tiveram da medicina científico-técnica tanto um resultado como uma peça-chave para a construção da ordem social moderna.

Um dos pontos interessantes nos trabalhos de Foucault que adoto neste estudo é o de considerar a medicalização não como algo positivo ou negativo, mas como resultado das estratégias biopolíticas de saber-poder. Sob o alicerce do saber científico, a medicina vem estruturando um campo de ação que incide sobre a vida dos indivíduos enquanto sociedade (MURGUÍA; ORDORIKÁ; LENDO, 2016). Diferentemente de outras correntes teóricas, absorvo de Foucault o aspecto produtivo da medicalização, em que é capaz de construir ou modificar verdades, a fim de responder às mais variadas necessidades de organização social.

Ainda que seja possível estabelecer diálogos entre teóricos oriundos de diferentes tradições, adoto prioritariamente a vertente foucaultiana sobre a medicalização por entender que as intervenções sobre a sexualidade homossexual exploradas no capítulo anterior exemplificam o que nunca foi, nem para o médico e nem para o paciente, uma doença em si, mas uma questão de governamentalidade a partir do grau de periculosidade do indivíduo que passou a ser medicalizado. A homossexualidade enquanto doença se tornou uma questão de saúde; mas uma saúde em termos biopolíticos, que utiliza do controle dos corpos como recurso para desenvolver práticas de administração social. Nos anos mais recentes, a emergência do HIV/aids e seus desdobramentos acerca da prevenção ao vírus não apenas se tornaram um problema de saúde pública, mas também um problema de governo que impulsionou a remedicalização da homossexualidade.

Todavia, é importante destacar como a medicalização de objetos sociais não possui um caráter estático ou uniforme, assim como tampouco permanece restrita à interação médico-paciente. Como autores contemporâneos a Foucault vem sinalizando, nos processos recentes de medicalização, torna-se visível o

estabelecimento de relações complexas entre a medicina e outras áreas do edifício institucional da sociedade (MITJAVILA, 2015). Em termos mais práticos, falar em medicalização não significa restringir a dinâmica ao médico em si, mas perceber como o saber incumbido de “cuidar da saúde”, baseado nos olhares da medicina científico-técnica, direciona decisões governamentais, medidas sanitárias, protocolos de saúde e, principalmente, orienta a vida dos sujeitos enquanto práticas de subjetivação. No caso da homossexualidade, e suas conexões com o HIV/aids, diversos atores e instituições sociais estão envolvidas a fim de tratar, prevenir e administrar a epidemia. O Estado vem operando desde os anos 1980 em uma lógica de vigilância sanitária, que orientado pelo discurso da proteção à saúde, define quais são as estratégias de controle da infecção.

Com o intuito de dar sustentação à análise dos processos de medicalização que será apresentada nos próximos capítulos, exploro a seguir como se deu a emergência da PrEP enquanto política de saúde pública; elencando as bases científico-institucionais que sustentam este novo modelo de intervenção no enfrentamento do vírus do HIV e na abordagem da sexualidade homossexual. Interpreto esses recentes processos como uma forma de (re)medicalização da homossexualidade que envolve complexas articulações entre a ciência, a medicina e as organizações de mobilização social. A própria implementação da PrEP ilustra não apenas a expansão das fronteiras institucionais na gestão da homossexualidade masculina, mas também o caráter descentralizado do poder-saber médico, que é integrado à lógica de governo enquanto estratégia biopolítica de manutenção da vida, absorvida pelos próprios sujeitos que dela fazem uso, conforme será tratado mais adiante à luz da problemática da individualização social.

3.1 Tratamento como Prevenção: estudos, estratégias e grupos prioritários

Em prosseguimento ao conteúdo do capítulo anterior, nesta seção examino o HIV/aids e suas estratégias preventivas como parte do conjunto de elementos que constituem a homossexualidade no tempo presente. Ademais, percebo como neste traçado algumas dinâmicas têm sido singulares, principalmente no que se refere aos

métodos que produzem o homossexual, agora com base em uma singular intervenção medicalizadora, baseada prioritariamente no tratamento medicamentoso.

O uso de medicação como forma de prevenir o HIV/aids não é algo propriamente recente. Esse debate emerge ainda no final dos anos de 1990, quando o tradicional AZT (antirretroviral de alta potência indicado para pessoas com diagnóstico positivo para o HIV) foi incorporado aos programas de aids com fins quimioproláticos para pós-exposição ao vírus, isto é, em situações de contato de pessoas soronegativas com indivíduos portadores (FERRAZ; PAIVA, 2015). O primeiro estudo científico que demonstrou a eficácia do AZT foi publicado em 1994³⁹ e comprovou a redução da transmissão materno-infantil do HIV com o medicamento, o que abriu caminhos para outros estudos testarem antirretrovirais na prevenção do vírus. Esse método preventivo passou a ser chamado de Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP) e no Brasil, mesmo com pouca divulgação, começou a ser destinado a grupos e situações específicas de exposição: bebês expostos ao nascimento, profissionais de saúde que sofreram acidentes ocupacionais com materiais perfurocortantes e casos de violência sexual.

Embora rapidamente alguns países tenham adotado o método PEP como prevenção também em situações consensuais, o recurso ganhou força institucional somente a partir de 2008. Isso ocorreu porque a Comissão Nacional de Aids da Suíça, baseada no consenso de especialistas, defendeu que pessoas que vivem com HIV/aids mas em uso de Terapia Antirretroviral (TARV) e sem outras infecções sexualmente transmissíveis não transmitiam o vírus por via sexual (VERNAZZA, et al, 2008), o que reforçou o argumento de que o medicamento antirretroviral não apenas combateria o impacto do vírus em indivíduos infectados, como reduziria as chances de novas infecções.

Em 2012, o ensaio clínico HTPN052⁴⁰, assinado por um grupo de médicos-cientistas, consolidou esse argumento da não transmissão em caso de tratamento efetivo, atestando que os ARV reduziram em até 96% o risco de transmissão do HIV

³⁹ CONNOR, Ellen et al.Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. N Engl J Med. 1994, p. 1173-1180.

⁴⁰ COHEN, Myron et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy N Engl J Med. 2011,p. 493-505.

por parte de pessoas infectadas. A publicação, aliada às evidências científicas anteriores, inaugurava um novo capítulo na história do HIV/aids, pois servia de base para que a OMS passasse a recomendar o *Treatment as Prevention* (TasP), (FERRAZ; PAIVA, 2015).

Uma vez inaugurada essa abordagem preventiva, de forma pioneira nos Estados Unidos começou a reorganizar seus protocolos de saúde, tornando o medicamento um elemento constitutivo das estratégias utilizadas no combate da epidemia. No Brasil, o TasP integra o que os documentos institucionais nomeiam como terceiro momento⁴¹ na evolução paradigmática dos modelos de prevenção, marcado pela ruptura da distinção entre prevenção e tratamento.

A mudança estratégica começa a ganhar contornos mais bem definidos em 2013, quando o Ministério da Saúde muda o protocolo de tratamento para pacientes com HIV, passando a indicar a terapia ARV para todos os diagnosticados. Até aquele momento, recomendava-se que somente pessoas com a contagem de LT-CD4+ abaixo de 500 céls/mm³ iniciassem o tratamento. Com o novo protocolo, o Ministério da Saúde passou a recomendar o início do tratamento para todas as pessoas com sorologia positiva para o HIV, independentemente de contagem de LT-CD4+ (BRASIL, 2017b).

Do ponto de vista político-institucional, a mudança no protocolo reforça e impulsiona o que vem a ser a principal estratégia preventiva do HIV nesta década no Brasil, chamada de Prevenção Combinada que é definida como:

[...] uma estratégia de prevenção que faz uso combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações que levem em consideração suas necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus (BRASIL, 2017b, p. 18).

⁴¹ De abordagem estritamente epidemiológica, o primeiro momento é caracterizado nos anos de 1980 pela ideia de grupos de risco para o HIV/aids, quando se apontava que determinadas populações, devido a características de comportamento, tornavam-se mais propensas a ter ou adquirir o vírus. O segundo momento, na década de 1990, centra-se também nos determinantes sociais que impulsionam a epidemia. Nesse momento, o HIV passou a ser tratado menos como um problema individual e mais como consequência dos padrões de organização da sociedade, sejam políticos, econômicos ou culturais. No terceiro momento, a partir de 2010, a estruturação de estratégias de prevenção é baseada no uso de ARV, insumo até então empregado apenas como medida de tratamento (BRASIL, 2017b).

Esse conceito de Prevenção Combinada do HIV havia aparecido pela primeira vez em 2010, a partir da publicação *“Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections”* (UNAIDS, 2010). No documento, defende-se a ideia de que em uma determinada região ou território nem todas as pessoas encontram-se sob o mesmo risco ou estão igualmente susceptíveis a transmitir ou adquirir o HIV; por esse motivo seria necessário um planejamento racional da prevenção ao HIV, focada no indivíduo e no reconhecimento das questões sócio-culturais que o cercam.

Seguindo uma orientação global, o Ministério da Saúde adere à Prevenção Combinada com o objetivo de preencher lacunas de programas preventivos anteriores, cujo enfoque se concentrava principalmente na redução do risco de transmissão do vírus, descartando ou dando pouca importância aos fatores sociais que tornam indivíduos mais suscetíveis ao vírus (UNAIDS, 2010). Também, pretende elaborar estratégias de prevenção articuladas entre si e, ao mesmo tempo, priorizar populações específicas, que estariam sob maior risco de infecção.

Neste caminho, o modelo de Prevenção Combinada do HIV/aids defende que populações específicas apresentam diferenças nos modos como são afetadas pelo vírus e, por esse motivo, deve haver uma priorização dos esforços de prevenção em segmentos populacionais específicos. Trata-se de uma estratégia justificada pela ideia de equidade, de forma a que o atendimento ocorra a partir das necessidades de cada pessoa (BRASIL, 2017b). Por esse motivo, os enfoques da Prevenção Combinada são direcionados para o que os documentos institucionais chamam de populações-chave e prioritárias.

O Ministério da Saúde define como populações-chave aqueles subgrupos populacionais cujas taxas de prevalência do HIV são superiores à média nacional, que é de 0,4% (BRASIL, 2017b). Entre esses grupos destacam-se: gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), (prevalência de 10,5%) (KERR, 2009); pessoas que usam drogas (prevalência de 5,9%) (BASTOS, 2009); e profissionais do sexo (prevalência de 4,9%) (SZWARCOWALD, 2009). Além dessas três categorias, outras duas populações que não estão contempladas nos dados oficiais também são consideradas pelo Ministério da Saúde como prioritárias na abordagem da epidemia no Brasil, sendo as pessoas trans e as pessoas em privação de liberdade. O resultado

geral dessa configuração de prioridades epidemiológicas pode ser observado na seguinte ilustração:

Figura 2 - Populações-chave para o HIV



Fonte: Brasil, 2017b

As populações-chave são foco das ações nacionais preventivas da Prevenção Combinada. Contudo, os documentos institucionais recomendam que se leve em consideração a dinâmica local da epidemia do HIV (BRASIL, 2017b). Por esse motivo, cria-se uma nova categoria chamada de populações prioritárias, que devem ser identificadas em cada município, região ou estado, de acordo com suas realidades e dados estatísticos. “Suas fragilidades devem-se menos a padrões específicos de comportamento, generalizáveis nacionalmente, do que às condições sociais dos locais em que se encontram” (BRASIL, 2017b, p. 15).

Desigualdades sociais, empobrecimento, questões de gênero, racismo, preconceito social e econômico, entre outros, são fatores considerados de exclusão social pelo Ministério da Saúde e servem para definir as populações prioritárias para a prevenção ao HIV/aids. Incluem-se nesse grupo jovens, população negra, população em situação de rua e população indígena. O racismo institucional é considerado um dos fatores responsáveis por reforçar as desigualdades de acesso à

saúde. Ao mesmo tempo, dados epidemiológicos mostram que a taxa de incidência vem crescendo ao longo da última década na faixa etária de 15 a 29, fator no qual se apoiam os argumentos institucionais para a inclusão desse segmento populacional entre as populações prioritárias.

Figura 3 - Populações prioritárias para o HIV



Fonte: Brasil, 2017b

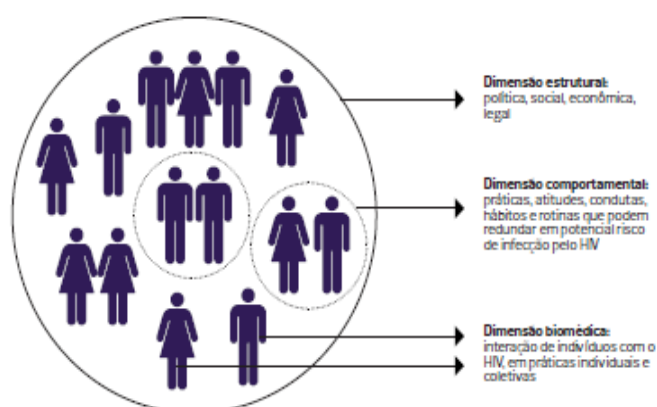
Uma vez definidos os segmentos de população que devem ser alvo das ações estratégicas, os documentos institucionais passam a justificar que a ideia de Prevenção Combinada para o HIV parte de um princípio de conjugação de diferentes ações de prevenção. A perspectiva adotada pelas autoridades defende que as estratégias devam ser conciliadas em uma ação conjunta, integrando a abordagem comportamental, estrutural e biomédica. Ao mesmo tempo, os documentos afirmam que o conceito ainda remete aos diferentes focos que devem ser considerados em estratégias de prevenção do HIV: a combinação de ações centradas nos indivíduos, em seus grupos sociais e na sociedade (BRASIL, 2017b).

Por abordagem comportamental, os documentos se referem às intervenções focadas no comportamento dos indivíduos. As estratégias, portanto, são direcionadas a oferecer informações e conhecimentos, “de maneira a torná-los aptos [os indivíduos] a desenvolver estratégias de enfrentamento ao HIV/aids que possam melhorar sua capacidade de gerir os diferentes graus de risco a que estão expostos” (BRASIL, 2017b, p. 19).

A abordagem estrutural, de acordo com os documentos oficiais, diz respeito às intervenções que remetem aos fatores e características sociais, culturais, políticas e econômicas que criam ou potencializam o risco de infecção em determinadas pessoas ou segmentos sociais (BRASIL, 2017b). Desse modo, tal abordagem mantém foco em evitar que preconceitos, discriminações e intolerâncias forneçam elementos que potencializam novas infecções por HIV.

Já a abordagem biomédica mantém o foco na aplicação de estratégias para evitar diferentes possibilidades de infecção e/ou transmissão do HIV a partir de métodos que agem diretamente nos sistemas biológicos pelos quais o vírus infecta uma pessoa. De forma conceitual, são divididas em dois grupos: intervenções biomédicas clássicas, “que empregam, entre outras estratégias, métodos de barreira física ao vírus, sendo o principal exemplo o uso de preservativos masculino e feminino” (BRASIL, 2017b, p 18). E, também, intervenções biomédicas ligadas a utilização de ARV com intuito de limitar a capacidade do HIV de infectar indivíduos.

Figura 4 - Dimensões do modelo brasileiro de Prevenção Combinada do HIV



Fonte: Brasil, 2017b.

Embora as três dimensões tenham importância na análise que desenvolvo nesta tese, interessa-me neste momento me debruçar um pouco mais no que prevê a dimensão biomédica, devido a que revela aspectos de medicalização novos e interessantes no que se refere à homossexualidade. Nesta abordagem emerge a ruptura entre prevenção e tratamento, dando início a uma nova forma de ofertar um modelo preventivo da infecção pelo vírus no Brasil.

A primeira das estratégias citadas nos documentos norteadores refere-se aos *métodos de barreira*: “estratégias de contracepção e de prevenção às IST mediante as quais são utilizados anteparos que impedem a liberação de esperma no interior da vagina, boca ou ânus, bem como impossibilita o contato entre suas respectivas membranas” (BRASIL, 2017b, p. 51). O principal método é o clássico preservativo, seja ele masculino ou feminino.

Embora as autoridades sanitárias defendam que os indivíduos devam ser livres para escolher os métodos que melhor se adaptem às suas realidades, o próprio Ministério da Saúde recomenda seu uso mesmo nos casos em que outros métodos de prevenção também sejam utilizados. O argumento, é claro, embasa-se tanto na efetividade comprovada desses métodos quanto no baixo custo e na ausência de efeitos colaterais (BRASIL, 2017b).

Como estratégia complementar, a Prevenção Combinada inclui a *circuncisão masculina*, atestada pela WHO/UNAIDS (2007) e recomendada como uma medida efetiva para a prevenção da infecção pelo HIV que deve ser utilizada como estratégia complementar a um conjunto de outras intervenções, principalmente em contextos de epidemia generalizada (BRASIL, 2017b).

Em maior ou menor medida, as duas estratégias biomédicas anteriores já eram recomendadas e estimuladas no país desde o final dos anos 1980, quando o Brasil passou a investir na prevenção da infecção, principalmente na utilização do preservativo. Nas ciências humanas já é extensa a bibliografia que estuda seu uso enquanto uma prática social, por vezes comprovando as sutilezas e as relações de poder que condicionam a negociação da prevenção por meio do preservativo (RIETH, 1998; OLTRAMARI, 2007; NASCIMENTO et al 2007).

No aspecto biomédico, as novidades mais recentes de prevenção se dão com a introdução nos protocolos de saúde da medicação como elemento preventivo, que inicia com o chamado *Tratamento para Todas as Pessoas (TTP)*, previsto no modelo estratégico da Prevenção Combinada. Como sinalizei anteriormente, o pressuposto dessa estratégia é o de que as pessoas que vivem com HIV, em tratamento ARV, apresentam menor quantidade de vírus em circulação em seus corpos, o que reduz a transmissão. O que muda no tratamento para o vírus em relação às décadas anteriores é o fato de o medicamento se tornar uma orientação logo após o diagnóstico, independentemente de qualquer análise laboratorial que contabilize o avanço da infecção no organismo. Neste momento, ter o diagnóstico de HIV significa automaticamente ser medicalizado através de um medicamento, sendo que uma vez iniciado o tratamento não deverá ser interrompido em qualquer situação (BRASIL, 2017b).

A estratégia se embasou nas evidências científicas, publicadas entre 2009 e 2014, que resultaram na mudança dos protocolos clínicos, antecipando o tratamento com medicamentos ARV para todas as pessoas diagnosticadas com o vírus, independentemente da manifestação dos sintomas da aids. Ao justificar o tratamento sem que o indivíduo tenha desenvolvimento de qualquer doença ou mudanças nos parâmetros clínicos, prioriza-se a lógica preventiva de reduzir novas infecções. O modelo que antes visava um recurso biomédico individual de tratamento, restrito à melhora nas condições de vida do paciente, torna-se um meio para controlar a epidemia. Desse modo, o TTP inaugura uma nova lógica biopolítica de medicalização do HIV, que se apoia no medicamento como percurso de prevenção coletiva que responde a um tipo de racionalidade baseado na lógica do risco, conforme será analisado mais adiante.

Situação similar em termos de mudanças introduzidas nos protocolos clínicos vemos acontecer com a *Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP)*, esquema antirretroviral preventivo que estava disponível no SUS desde 1999, mas ganhou novas recomendações a partir de 2015. O esquema preventivo inicialmente era recomendado em casos de exposição acidental ao vírus, seja na transmissão vertical em de bebês durante o nascimento, em acidentes ocupacionais em profissionais de saúde ou em casos de violência sexual. Nos anos mais recentes, com a fusão entre

prevenção e tratamento, essa orientação foi inserida no conjunto de estratégias biomédicas da Prevenção Combinada.

A principal mudança foi que além daquelas situações em que a PEP já era recomendada, passou a ser sua introdução como alternativa para exposições sexuais consentidas que representam algum risco de infecção (BRASIL, 2021). Sua prescrição ultrapassou a esfera exclusiva da profissão médica, sendo autorizada inclusive por enfermeiros e, mais do que isso, popularizada e disponibilizada em serviços de urgência/emergência, unidades básicas de saúde, clínicas e hospitais das redes pública e privada. Esse fato exemplifica como os processos de medicalização operam muito além do ato médico, neste caso instituindo a expansão e diluição do até então monopólio do poder médico de prescrever medicamentos entre diferentes agentes institucionais (BRASIL, 1986).

No atendimento de saúde em que a PEP pode ser ofertada, cabe ao profissional observar alguns requisitos para a sua utilização enquanto tratamento preventivo, tendo em vista que sua efetividade está condicionada ao período da exposição: “A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição” (BRASIL, 2017b, p. 25). Além disso, para definir o tratamento, deve-se também levar em consideração o tipo de exposição (percutânea, membranas mucosas, mordedura com presença de sangue, etc); e o material biológico (sangue, sêmen, fluidos vaginais, etc) ao qual o indivíduo foi exposto.

O esquema preferencial de ARV de PEP inclui a combinação de três medicamentos, que devem ser ingeridos pelo período de 28 dias consecutivos. Junto disso, é realizada uma análise clínico-laboratorial que tanto descarta a sorologia positiva para o HIV antes de iniciar o tratamento quanto avalia a toxicidade do medicamento durante o período de uso.

Embora efetiva do ponto de vista epidemiológico, a PEP vem encontrando desafios de aceitação desde sua “popularização” como método preventivo no SUS. Para sua efetividade, a adesão das pessoas para completar os 28 dias de uso dos ARV é essencial. Contudo, estudos publicados mostraram a baixa proporção de pessoas que completaram a PEP em relação as que iniciaram (OLDENBURG et al.,

2014), principalmente entre adolescentes e aqueles que sofreram violência sexual (CHACKO et al., 2012).

Diante dos dois métodos acima descritos, reconhecendo suas potencialidades, públicos-alvo e condições situações específicas de aplicação, uma terceira estratégia surge com uma dupla vantagem: operar de maneira integrada e se converter na mais recente novidade em termos biomédicos: a *Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)*. Tal estratégia, como já citado anteriormente, consiste no uso de antirretrovirais por pessoas não infectadas pelo HIV, com o intuito de reduzir o risco de infecção pelo vírus nas relações sexuais.

De antemão, cabe destacar que a PrEP vem inserida nas demais estratégias da Prevenção Combinada. Integra o conjunto das intervenções biomédicas cujo foco está na interação do indivíduo com o HIV e nas formas de prevenção. Contudo, nos documentos institucionais, defende-se a ideia de que essas intervenções não devem ser empregadas de forma descontextualizada de outras intervenções de ordem social e programática.

O argumento geral da Prevenção Combinada é de que cada pessoa e/ou segmento social possuem riscos e percepções diferentes em relação ao HIV. Nesse sentido, a oferta de um conjunto de métodos de prevenção com características diversas tende a abranger um maior número de pessoas e situações (GRANGEIRO et al., 2015). Contudo, é importante compreender que cada método possui certas especificidades e, como discuto a seguir, alguns incidem de maneira diferente na constituição da homossexualidade e sua relação com a epidemia do HIV/aids.

3.2 PrEP: onde, quando e por quê?

A última década tem apresentado avanços significativos ao nível da terapêutica farmacológica para a prevenção ao HIV. Se desde meados dos anos de 1980 o pilar central da prevenção ao vírus se baseava no uso de preservativos nas relações sexuais, novos elementos de sustentação na dinâmica da prevenção vêm ganhando destaque, adesão e, principalmente, estímulo institucional. As verdades científicas e sociais a respeito do que se constitui como sexo “seguro” em oposição ao sexo “inseguro” têm passado por transformações, amparadas principalmente em novos

elementos da medicalização da sexualidade, que em muito têm se apoiado no estímulo ao tratamento medicamentoso; uma união articulada entre medicina, ciência e indústria farmacêutica aliada aos interesses de organizações de mobilização social.

A virada de chave entre tratamento e prevenção ao HIV parece se configurar como a grande mudança social da década no que diz respeito à epidemia da aids. Embora a utilização de ARV como estratégia preventiva apareça inicialmente como recurso emergencial em acidentes ocupacionais ou na exposição materno-infantil, bastaram alguns anos para que essa terapia fosse incorporada ao conjunto estratégico da Prevenção Combinada.

Desde os anos de 1990, estudos envolvendo a utilização desses medicamentos profilaticamente começam a ser desenvolvidos em diferentes partes do mundo. A tese doutoral de Hoagland (2016) destaca alguns desses estudos realizados entre 1995 e 2008, em que avaliações pré-clínicas foram realizadas em primatas, utilizando antirretrovirais que mostraram como o uso isolado desses medicamentos tinha efeito protetor de até 100%, mesmo após exposições retais repetidas ao vírus HIV nesses animais. Os resultados passaram a indicar que a proteção era consequência da alta concentração de ARV nos tecidos e fluidos genitais.

Em humanos, o primeiro ensaio clínico foi publicado em 2007, e testou a segurança do fármaco antirretroviral tenofovir (TDF), comprovando não haver diferenças significativas entre o medicamento e o placebo em termos de efeitos adversos. Já o primeiro ensaio clínico de uma Profilaxia Pré-exposição com resultados sobre eficácia foi publicado em 2010, onde foram testadas a eficácia e segurança da aplicação TDF em gel em mulheres heterossexuais. Embora se tratasse de uma eficácia relativamente pequena, os resultados contribuíram para o desenvolvimento de futuras estratégias preventivas.

Também em 2010, o estudo *Preexposure Prophylaxis Initiative (iPrEx)*⁴² testou a administração oral de um comprimido diário que continha os fármacos antirretrovirais tenofovir (TDF) e emtricitabina (FTC) em HSH e mulheres transexuais. Embora a adesão à terapêutica tenha ficado abaixo do esperado, os resultados

⁴² GRANT, Robert et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *The New England Journal of Medicine*, v. 363, n. 27, p. 2587-2599, 2010.

demonstraram redução da incidência da infecção por HIV estatisticamente significativa de 44%. O estudo multicêntrico foi conduzido no Peru, Equador, África do Sul, Brasil, Tailândia e Estados Unidos e serviu como base para discussões científicas e institucionais para o que pouco tempo depois viria a se tornar a PrEP.

Dois anos depois, o estudo *Partners PrEP*⁴³ publicou os resultados da utilização dos mesmos medicamentos, mas na população heterossexual sorodiferente. Os resultados apresentaram uma eficácia de 75% nos casos em que o parceiro soropositivo não estava em tratamento e superior a 85% quando o parceiro aderiu à terapêutica. A ocorrência de efeitos adversos, de acordo com os resultados do estudo, não foi identificada.

Embora seja possível ainda citar uma lista de outros estudos realizados em diversos grupos populacionais e publicados nos últimos anos, não é o propósito do presente trabalho realizar um levantamento sobre resultados de pesquisas direcionadas à avaliação da eficácia e da adesão à PrEP⁴⁴. Os resultados dos estudos *iPrEx* e *Partners PrEP*, contudo, tornam-se importantes neste momento porque se tornaram a base científica da aprovação da PrEP por parte da *Food and Drug Association* dos EUA (FDA), órgão americano que administra alimentos e medicamentos no país - pioneiro ao oferecer a PrEP como estratégia preventiva da infecção por HIV.

O surgimento da Profilaxia Pré-exposição ao HIV, portanto, sustenta-se em dois estudos científicos que atestam sua eficácia e adesão (*PrEx* e do *Partners PrEP*). Do ponto de vista epidemiológico, os resultados dessas pesquisas representam um divisor de águas, e passando a ser recebidas com discursos triunfalistas. Do ponto de vista social, a PrEP tem se desenhado como um recurso interessante no traçado da medicalização da sexualidade anormal, principalmente por atualizar antigos regimes de verdade que nunca foram superados em relação a homossexualidade.

Temos a data de 16 de julho de 2012 como a introdução oficial da PrEP no repertório das estratégias preventivas para o HIV. Sua aprovação pela FDA incide não

⁴³ BAETEN, Jared M. et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 367, n. 5, p. 399-410, 2012.

⁴⁴ Em estudos posteriores foram identificadas uma eficácia de prevenção do HIV de 96% e 99% no caso que a mesma medicação fosse ingerida entre 4 a 7 doses por semana.

apenas no território americano, como influencia um movimento mundial gradativo de adesão ao recurso profilático. Fabricado pela gigante farmacêutica *Gilead Sciences*, o medicamento passou a ser comercializado inicialmente pelo nome Truvada; um comprimido azul, composto pela formulação de emtricitabina 300 mg (TDF) e 200 mg de tenofovir (FTC). Esses dois antirretrovirais são utilizados no tratamento da infecção por HIV há mais de 10 anos e, no caso da PrEP, são fármacos indicados para administração diária de forma conjunta (TDF-FTC).

No mesmo ano em que os estudos pioneiros foram publicados e que os EUA aprovou a comercialização do medicamento Truvada, a OMS emitiu uma recomendação para que os países começassem a desenvolver projetos locais demonstrativos de implementação da PrEP em populações consideradas altamente vulneráveis à infecção pelo HIV. A partir desse momento, a ideia de uma prevenção diária por meio de um comprimido já estava discursivizada no contexto institucional de saúde mundial e os desdobramentos apenas consolidaram as normas de utilização do fármaco.

Em 2014, o *Centers for Disease Control* dos EUA (CDC), Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, publicou as normas de orientação clínica sobre a PrEP nos EUA. A orientação geral foi de que médicos avaliassem os indivíduos sexualmente ativos ou que utilizassem drogas injetáveis e considerassem a PrEP enquanto estratégia de prevenção para aqueles que apresentassem comportamento sexual ou taxofílico de risco, aliado ao contexto epidemiológico da região que vivessem (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2014).

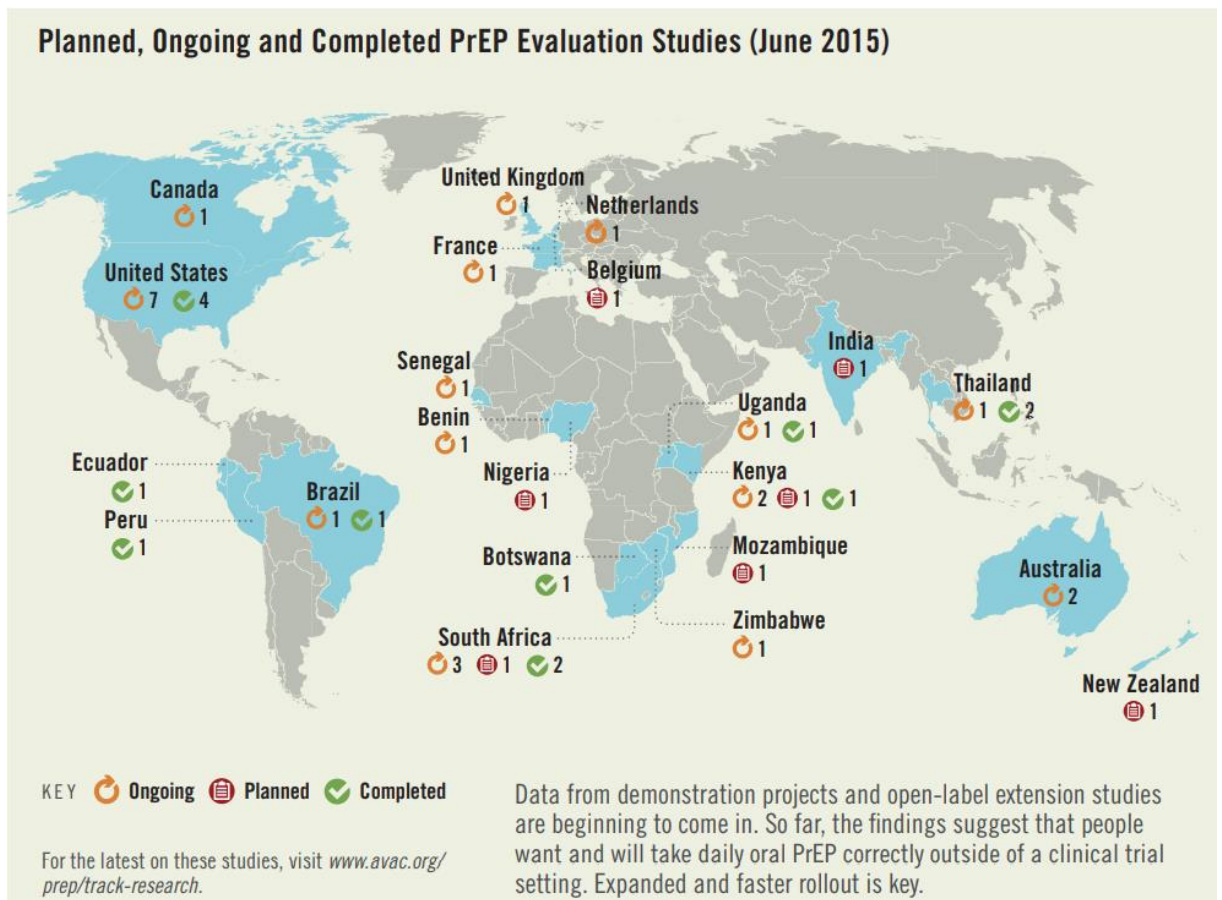
As orientações americanas foram utilizadas de base pela própria OMS, que em 2015 publicou suas diretrizes clínicas de utilização da PrEP, propondo a utilização da PrEP para grupos considerados de alto risco para o HIV. No documento publicado pela OMS, são reunidas todas as evidências científicas de efetividade da PrEP até aquele momento, com destaque para o alto grau de aderência e os baixos efeitos colaterais. São apontadas as vantagens do método preventivo, destacando se tratar de uma estratégia que deve ser articulada com outras já existentes (OMS; UNAIDS, 2015).

Uma vez traçadas diretrizes globais, a aprovação da PrEP tem sido uma questão de tempo e de ajustes em cada país. A *Southern African HIV Clinicians' Society* emitiu orientações para o uso da PrEP ainda em junho de 2012. Também no continente Africano, em 2014 foi o Quênia que incorporou a PrEP em seu roteiro de prevenção ao HIV. A França foi o primeiro país da União Europeia a aprovar o medicamento em 2015. No ano seguinte, a *European Medicines Agency* (EMA) recomendou para aprovação a autorização de introdução no mercado de TDF-FTC para PrEP. Depois da aprovação da Comissão Europeia, cada um dos países membros passou a tomar a decisão quanto ao preço e coparticipação no contexto do sistema nacional de saúde. A mesma situação aconteceu com a Tailândia, na Ásia, que incluiu a profilaxia em 2015 em seu programa nacional de HIV (OMS; UNAIDS, 2015, MOURA, 2017)

Nas recomendações da OMS, a PrEP não é direcionada para nenhuma população em específico, mas sugere que se leve em consideração as taxas de incidência locais. Por esse motivo, alguns países acabaram traçando estratégias diferentes, principalmente os países africanos, que apresentam um histórico e perfil de comportamento do HIV que difere do comportamento da epidemia nos continentes europeu e americano. No Quênia, por exemplo, foram priorizadas pessoas com maior risco em determinadas áreas geográficas. Já na África do Sul foram excluídas inicialmente as mulheres (OMS; UNAIDS, 2015).

O fato é que independentemente do contexto, a recomendação e a adesão de diferentes países à PrEP se estendeu de maneira relativamente rápida. No mesmo documento que defende a implementação da profilaxia, a OMS apresenta um gráfico que evidencia a rápida disseminação do método preventivo nas políticas nacionais de prevenção ao HIV, como vemos a seguir:

**Figura 5 - Estudos de avaliação de PrEP
(planejados, em andamento e concluídos - junho de 2015)**



Fonte: UNAIDS; OMS, 2015

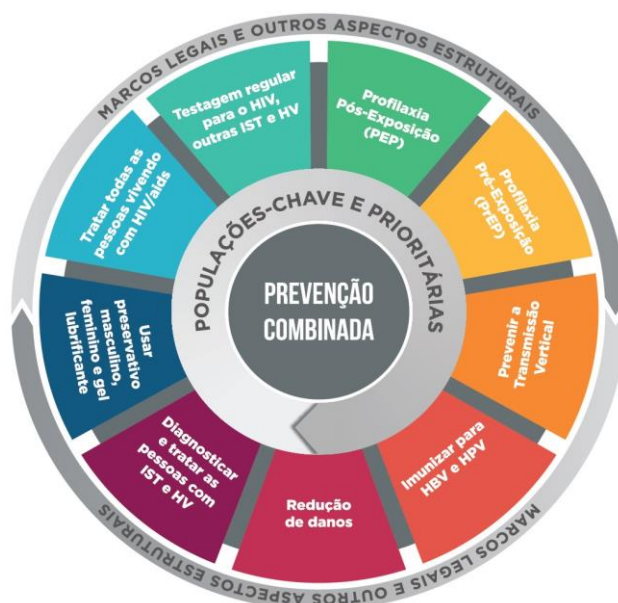
No Brasil, a primeira sinalização institucional pela implementação da PrEP ocorreu em 2016, na Conferência Internacional de Aids das Nações Unidas, quando a então diretora do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, a médica Adele Benzaken, afirmou que a profilaxia seria incorporada ao SUS até o final de 2016 (AGÊNCIA AIDS, 2016). Embora com atraso, em 2017 foi aberta uma consulta pública pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) possibilitando a manifestação de entidades e órgãos externos com o objetivo de elaborar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV, documento publicado no fim do

mesmo ano e que legitima oficialmente a incorporação do método no país (SILVA, 2018).

3.3 Diretrizes terapêuticas no Brasil: um labirinto em construção

O processo de implementação da PrEP no Brasil começa no segundo semestre de 2017. O método é integrado à estratégia da Prevenção Combinada, que já incluía outros elementos biomédicos, comportamentais e estruturais de prevenção ao HIV. Torna-se o mais recente mecanismo de prevenção, que resulta no que o Ministério da Saúde chama de mandala da Prevenção Combinada; isto é, um conjugado de diferentes ações de prevenção, com foco em certas populações-chave e prioritárias.

Figura 6 - Mandala da Prevenção Combinada



Fonte: BRASIL, 2017b

A PrEP começa de fato a ser ofertada no Brasil nos primeiros meses de 2018. Como contam os documentos institucionais (BRASIL, 2018), o processo de implementação foi realizado em duas etapas. A primeira etapa teve início em dezembro de 2017 em 11 estados do país, sendo ofertada primeiramente em 36 locais. A segunda etapa começou em junho de 2018, concluindo, assim, a oferta

nacional da PrEP em todos os estados, exceto no Acre. Embora distribuída territorialmente em todos os estados do país, não são todas as cidades que possuem o serviço até o momento de escrita desta tese. A orientação é de que sua oferta seja expandida gradativamente em municípios estratégicos, levando em consideração as populações sob risco substancial de infecção pelo HIV. Até dezembro de 2018, 71 cidades ofertavam a PrEP.

De acordo com a documentação oficial analisada, a política de saúde voltada à prevenção ao HIV apoia-se na ideia de que medidas isoladas resultam insuficientes para reduzir novas infecções. Entretanto, na implementação da PrEP pode ser observada uma grande expectativa em termos de resultados positivos, porém acompanhada de certo grau de apreensão em relação aos seus efeitos clínicos e sociais (ZUCCHI et al, 2018; HOAGLAND, 2016; DEAN, 2015).

A PrEP e a PEP, por exemplo, se assemelham ao serem ambas estratégias da Prevenção Combinada, utilizadas por pessoas não infectadas pelo HIV, que usam antirretrovirais para prevenir a aquisição do vírus da aids. Ambas são prescritas e dispensadas por instituições de saúde e comprovadamente eficazes quando usadas corretamente. Contudo, diferenciam-se uma vez que a PrEP deve ser iniciada antes da exposição ao vírus e a PEP depois. Enquanto a PrEP é composta por dois ARV e indicada para uso contínuo (ou enquanto existir o risco de HIV), muito similar ao uso anticoncepcional em mulheres, na PEP são utilizados três ARV e sua indicação é para um período de 28 dias. Além disso, a indicação de PrEP é para práticas sexuais consentidas, sugerindo a associação entre o consumo do medicamento e um determinado um estilo de vida⁴⁵; enquanto a PEP inclui também casos de violência sexual ou acidentes com material biológico, sendo um método de urgência.

A PrEP também se assemelha ao TTP ao necessitar de uma adesão contínua ao ARV para atestar sua eficácia e proteção, seja de si (no caso da PrEP) ou do outro (no caso do TTP). Difere, contudo, ao ser indicado para pessoas negativas para o HIV, enquanto a TTP é o tratamento para aqueles cujo diagnóstico é positivo. Disso resulta outro diferencial: a PrEP novamente opera como um estilo de vida, enquanto o TTP se torna uma necessidade de sobrevivência para o usuário, como meio para garantir o controle do vírus em seu organismo.

⁴⁵ Problematizo a definição de estilos de vida no próximo capítulo.

As diferenças acima descritas por si só já indicam questões específicas a serem analisadas sobre a PrEP, mas ganham elementos ainda mais interessantes ao analisarmos o público-alvo deste método preventivo em seus primeiros anos de implementação. Apesar de a Prevenção Combinada ser uma estratégia ampla de prevenção ao HIV, isto é, não ser restrita a algum grupo ou categoria social, mantém um direcionamento para populações-chave e prioritárias, com base em dados epidemiológicos que atestam em certos grupos populacionais maiores chances de adquirir o vírus da aids. A utilização da PrEP, como recurso que integra o conjunto de métodos da Prevenção Combinada, teve início no Brasil com uma indicação de uso ainda mais restrita, limitada aos chamados segmentos populacionais prioritários.

Quando foi introduzida no SUS em 2017, a PrEP era especificamente indicada para 1) gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); 2) pessoas trans; 3) profissionais do sexo; e 4) parcerias sorodiscordantes para o HIV. Esse cenário se mantém até setembro de 2022, quando ocorre uma mudança significativa, situação que será explorada mais adiante. No primeiro Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para a PrEP, o argumento é de que certos segmentos populacionais, “devido a vulnerabilidades específicas, estão sob maior risco de se infectar pelo HIV, em diferentes contextos sociais e tipos de epidemia” (BRASIL, 2017a, p. 13). Essas populações, por estarem sob maior risco, devem ser alvo prioritário para o uso de PrEP.

O protocolo afirma seguir a orientação da OMS para a PrEP, com indicação para grupos cuja incidência seja mais elevada que no restante da população. A OMS considera que uma epidemia tem caráter concentrado quando os casos de infecção contabilizam menos de 1% na população de modo geral e ao menos 5% em grupos populacionais específicos (UNAIDS/WHO, 2002). Contudo, nem todos os grupos com taxas de prevalência acima dos 0,4% nacionais foram contemplados inicialmente pela PrEP.

Se tomarmos como referência as populações-prioritárias da Prevenção Combinada - programa que integra a PrEP -, inicialmente não foram contemplados para recebê-la os usuários de álcool e outras drogas nem as pessoas privadas de liberdade. A população-chave da Prevenção Combinada, que inclui jovens, população negra, população em situação de rua e população indígena também não receberam

nenhuma indicação baseada em seu grupo. Ao mesmo tempo, foram, sim, incluídas, pessoas que vivem em parcerias sorodiferentes, grupo que não é priorizado pelo modelo geral de prevenção que é a Prevenção Combinada. Nesse último caso, nos documentos institucionais argumenta-se que embora já haja a comprovação científica da baixa transmissibilidade de HIV por via sexual quando uma pessoa HIV positiva está sob terapia antirretroviral, “entende-se que a PrEP pode ser utilizada pelo(a) parceiro(a) soronegativo(a) como forma complementar de prevenção” (BRASIL, 2017a, p. 13).

Nota-se que, além dos dados de prevalência em certos grupos, a prática sexual opera como indicador para a seleção inicial para a PrEP, uma vez que todos os grupos prioritários têm a sexualidade como marca de sua categorização. Esse fato se solidifica quando acrescentamos que o primeiro protocolo de indicação da PrEP ainda acrescenta que o simples pertencimento a um dos grupos prioritários não é suficiente para caracterizar indivíduos elegíveis para a PrEP. “Para essa caracterização é necessário observar as práticas sexuais, as parcerias sexuais e os contextos específicos associados a um maior risco de infecção” (BRASIL, 2017a, p. 14).

Aos profissionais de saúde, recomenda-se que além de pertencer a um dos grupos prioritários seja identificado nos candidatos à PrEP pelo menos uma das seguintes situações: 1) relação sexual vaginal ou anal sem preservativo; 2) histórico de IST (com base em testes laboratoriais, tratamento sindrômico de IST, auto-relato; 3) histórico de uso repetido da Profilaxia Pós-exposição (PEP); 4) relato de relação sexual sem preservativo com parceria HIV positiva. A descrição detalhada dos critérios para prescrição da PrEP a partir de 2017 pode ser observada no quadro que se apresenta a seguir.

Quadro 1 – Segmentos populacionais prioritários e critérios de indicação

SEGMENTOS POPULACIONAIS PRIORITÁRIOS	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 definido ao nascimento. Nesta definição são incluídos: homens e mulheres transexuais, transgêneros, travestis e outras pessoas com gêneros não binários	E/OU Episódios recorrentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)
Profissionais do sexo	Homens, mulheres 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 sorodiscordantes para o HIV	Parceria heterossexual ou homossexual 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 preservativo

Fonte: Brasil, 2017a

O conteúdo dos primeiros documentos norteadores sobre a implementação da PrEP indicam que os candidatos ao tratamento que estiverem dentro das populações e critérios para indicação sintetizados no quadro acima apresentado poderão iniciar a profilaxia mediante testagem negativa para HIV (BRASIL, 2017a). Contudo, as diretrizes acrescentam que a avaliação dos critérios de elegibilidade para o tratamento deve ser feita dentro de uma relação de vínculo e confiança entre profissional de saúde e paciente, buscando compreender as situações de vulnerabilidades e de riscos envolvidos nas práticas sexuais, assim como as condições objetivas de adesão ao uso do medicamento (BRASIL, 2017a).

Questões relativas aos critérios de seleção, grupos prioritários e demais diretrizes para a utilização da PrEP serão objeto de análise e de discussão nos capítulos seguintes. Contudo, cabe ressaltar neste momento alguns pontos sobre a implementação da PrEP que a tornam diferente no que se refere aos outros métodos preventivos disponibilizados no Brasil até este momento. Primeiramente, há de se destacar o forte apelo institucional para a sua disseminação em termos globais, com recomendações de órgãos norteadores das políticas de saúde mundial, como o CDC

e a OMS. Deve-se considerar, ainda, seu caráter inovador e auspicioso em relação ao HIV, ao propor o tratamento como prevenção de maneira contínua, isto é, sem qualquer restrição temporal de uso. E, por fim, interessa registrar o caráter focalizado da PrEP como instrumento seletivo na provisão de serviços de saúde ao ser direcionado inicialmente a populações específicas. No caso do Brasil, como já mencionado, mesmo integrando a política preventiva de Prevenção Combinada, a disponibilização da PrEP teve, inicialmente, um caráter ainda mais restrito, baseado em identidades e práticas sexuais específicas, entre as quais a homossexualidade masculina recebeu, e ainda recebe, um destaque especial.

Embora o período de análise do problema neste trabalho de pesquisa não compreenda alterações do fenômeno ocorridas em períodos posteriores a sua execução, interessa registrar que em setembro de 2022 oferta da PrEP no Brasil experimentou uma atualização significativa no protocolo norteador do tratamento. Após pouco mais de quatro anos, extingue-se a exigência do pertencimento aos grupos prioritários e a PrEP passa a ser recomendada “a todos os adultos e adolescentes sexualmente ativos sob risco aumentado de infecção pelo HIV” (BRASIL, 2022, p. 11). Muda-se, ainda, a posologia inicial do medicamento, que passa a contar com a inclusão da dose de ataque de dois comprimidos no primeiro dia de uso, seguido de um comprimido diário. Também, sob o argumento de viabilizar a ampliação do acesso à PrEP, define-se a prescrição da PrEP exclusivamente por profissional médico no âmbito do sistema de saúde privada e, no âmbito do SUS, por todos os profissionais de saúde que atuam nesta área entre aqueles habilitados à prescrição de medicamentos por força de lei, quais sejam, médicos, enfermeiros e farmacêuticos (BRASIL, 2022).

Em termos práticos, o que primariamente funcionou como elemento de provisão seletiva de atenção à saúde (BARP; MITJAVILA, 2020), passa a ter uma cobertura de caráter relativamente mais amplo embora não plenamente universal. Contudo, a justificativa para a alteração do protocolo não deixa de observar o sucesso da implementação do tratamento aos então grupos prioritários: “Essa estratégia se mostrou eficaz e segura em pessoas com risco aumentado de adquirir a infecção” (BRASIL, 2022, p. 10). A nova diretriz não descarta o direcionamento ao que a Prevenção Combinada chama de populações-chave, mas defende que também deve

ser considerada para outras pessoas sem infecção pelo HIV e que cumpram critérios para o uso da profilaxia. Esses critérios novamente levam em consideração as práticas sexuais, número de parcerias, uso irregular de preservativos e qualquer outro contexto específico associado a um maior risco de infecção (BRASIL, 2022).

A afetividade previamente comprovada em subpopulações, tais como homossexuais e HSH, é utilizada como argumento para justificar a ampliação do serviço para a população em geral. Ao mesmo tempo, documentos oficiais continuam a destacar os denominados “contextos de risco aumentado para a aquisição de HIV”, caracterizados pela frequência de relações sexuais com parcerias eventuais, quantidade e diversidade de parcerias sexuais, históricos de IST, contexto de relação sexual em troca de dinheiro e, ainda, o *chemsex*, item novo incluído no protocolo, que diz respeito prática sexual sob a influência de drogas psicoativas - prática diretamente associada a cultura homossexual (BARRETO, 2018, 2019; BRASIL, 2022).

Embora haja uma recente atualização do protocolo, esta tese adota como material empírico documentos e entrevistas anteriores à publicação de 2022. Na medida em que a atualização do protocolo acima mencionada não faz parte do período de referência da presente pesquisa o material analisado que será apresentado nos próximos capítulos corresponde aos primeiros quatro anos de incorporação da PrEP no SUS e suas implicações sobre a homossexualidade. Dado o fato de tratarmos de um processo de medicalização ainda em curso, torna-se importante ao menos sinalizar alterações recentes no protocolo de oferta do serviço, aspecto que certamente alimentará futuras pesquisas sobre o tema.

4 UM NOVO ESTILO DE VIDA HOMOSSEXUAL

Marcada por inúmeras contradições e atentados aos direitos humanos e constitucionais, a gestão presidencial de Jair Bolsonaro (2018-2022) esteve recheada por polêmicas. Um bom exemplo ocorreu nos primeiros meses de 2019, ainda no período pré-pandemia Covid-19, quando o Ministério da Saúde lançou uma campanha de enfrentamento às ISTs com a seguinte pergunta: “*Você já viu os sintomas de algumas infecções sexualmente transmissíveis?*”. A peça publicitária focada em jovens de 15 a 29 anos apostava no medo de desenvolver os sintomas das infecções com estratégia de prevenção (CANCIAN, 2019).

Criticada por especialistas, a campanha foi vista como pouco efetiva e com risco de aumentar o estigma em relação às infecções sexualmente transmissíveis. Para se defender das polêmicas, o então ministro da saúde, Henrique Mandetta, declarou em entrevista à Folha de São Paulo que: “As ISTs não têm cor, nem religião. A que está mais ligada à questão da homossexualidade é a Aids.” (CANCIAN, 2019). Sua fala buscava criticar o que o próprio chamou de “rotulagem” de campanhas de prevenção, que envolviam obrigatoriamente homossexuais e a aids.

Entre as inúmeras possibilidades de análises que esse episódio suscita, exemplifica como mesmo em tempos tão atuais o HIV/aids segue sendo tratado como problema homossexual. Afinal, nas palavras do ministro, se as demais IST não têm cor, a aids está ligada a homossexualidade. Como bem analisa Butturi Junior e Camozzato (2021, p. 61), no enunciado a problemática do HIV/aids reaparece como “[...] um marcador como é identificada aos homossexuais, numa forma de retomada dos enunciados da década de 80 e 90, que insistiam na inexistência da contaminação entre heterossexuais”.

O episódio é apenas mais uma ilustração de como a história do HIV/aids, como venho discutindo ao longo desta tese, é marcada por desigualdades. Desde o aparecimento da doença - quando foi diretamente associada à homossexualidade e a outros grupos marginalizados - até períodos mais recentes, com avanços no campo biomédico, acompanhamos o direcionamento no que tange às responsabilidades pela infecção, tratamento e prevenção. Como bem pontuou Sontag (1989), a transmissão sexual da doença, associada diretamente a práticas sexuais divergentes da heteronormatividade, produziram o comportamento perigoso e seus desdobramentos.

Embora no campo intelectual essa discussão venha sendo superada ao longo das últimas décadas, a responsabilização de pessoas consideradas perigosas em virtude de elementos identitários ainda aparece com força em diversos discursos e práticas que emergem no ambiente político-institucional de governo do HIV/aids. Esse fato, somado a questões históricas frutos de jogos de poder-saber, resultam em processos de medicalização direcionados a grupos socialmente perigosos. Enquanto doenças como o câncer, por exemplo, são explicadas por determinados hábitos dos indivíduos, no caso o HIV/aids esses hábitos são tradicionalmente associados àqueles que pertencem a certas categorias historicamente marginalizadas, tal como ocorre com a homossexualidade.

O caráter desigual do HIV/aids em muito pode ser explicado pelos novos parâmetros de organização do mundo social que a modernidade tardia inaugurou, que direcionam e provocam atualizações nas formas de medicalização. Por modernidade, adoto a definição de Mitjavila e Jesús (2004) que a entendem como o conjunto de condições sociais de caráter sistêmico, baseados na diferenciação estrutural, na especialização funcional, entre outras, que passaram a conduzir às instituições e formas de comportamento no período posterior ao feudalismo (AUGUSTO, 1993; GIDDENS, 1991). Pela expressão tardia, faço alusão ao conceito cunhado por Giddens (2002) para designar as mudanças institucionais que a modernidade experimenta na contemporaneidade.

Na perspectiva de Giddens, a modernidade tardia remete fundamentalmente ao campo do institucional, apontando como a partir do século XX as instituições modernas foram fortemente marcadas pela influência do capitalismo, industrialismo, sistemas de vigilância e poder militar. Com isso, rompe-se com as formas de conhecimento e ações tradicionais, substituídas pela emergência de uma nova ordem social. Em tempos mais recentes, novas transformações impactam ainda mais na organização social, marcadas pelo desencaixe do tempo-espço que deixam de ser indissociáveis.

A modernidade é essencialmente uma ordem pós-tradicional. A transformação do tempo e do espaço, em conjunto com os mecanismos de desencaixe, afasta a vida social da influência de práticas e preceitos preestabelecidos. Esse é o contexto da consumada reflexividade, que é a terceira maior influência sobre o dinamismo das instituições modernas (GIDDENS, 2002, p. 25).

Por esvaziamento do tempo e espaço, entendo que essas categorias se reconfiguram sob novas bases e, como propõe Giddens (2002), convertem-se em condições de possibilidade para a globalização e seus desdobramentos. Por esse motivo, na modernidade tardia a organização social e os processos de medicalização não dependem da concomitância ou indissociabilidade das dimensões espaço-temporais da vida social; pelo contrário, esses conceitos são fantasmagóricos, pois as sociedades são moldadas por influências sociais bem distantes de si mesmas. A ideia de desencaixe amplia este cenário, uma vez que propõe o deslocamento das relações sociais de contextos locais de interação e sua reestruturação através de extensões indefinidas de tempo-espaço.

Já a reflexividade da vida social moderna de que fala Giddens (2002) se refere ao fato de que as práticas sociais vêm sendo constantemente examinadas e reformadas à luz da informação renovada sobre estas próprias práticas, alterando assim constitutivamente seu caráter. Beck (2011) amplia a discussão ao examinar que a sociedade se torna reflexiva quando se torna um tema e um problema para si própria. Nesse sentido, enquanto atributo da modernidade tardia, a reflexividade exige que ela mesma encontre soluções para problemas criados em virtude dos próprios elementos da modernidade, a exemplo das doenças epidêmicas como a aids.

Com o movimento Iluminista dos séculos XVII e XVIII, a razão substitui a tradição. Desde então, o saber técnico e científico vem sendo fonte de compreensão social. Ocorre na modernidade tardia que o conhecimento é reflexivamente aplicado. Dito de outro modo, ao mesmo tempo em que o conhecimento produz explicações, nunca temos a certeza sobre ele, pois a qualquer momento algum elemento desse conhecimento será revisado. Não há certezas na modernidade, o que implica que nenhum conhecimento é estável (GIDDENS, 2002).

A epidemia do HIV/aids, incluindo as últimas atualizações nas formas de medicalização, materializa essas transformações da modernidade tardia e reflexiva, uma vez que desde meados dos anos de 1980 se exige que a própria sociedade encontre maneiras de lidar com esse problema. Tão rapidamente o vírus foi identificado, superaram-se as fronteiras geográficas e as relações de tempo-espaço foram alteradas. Discutir HIV/aids significa, obrigatoriamente, abandonar antigas certezas no que se refere à sexualidade e adentrar em um espaço de incertezas do

conhecimento, bem como incorporar na vida social descobertas sucessivas que passam a constituir parte de identidades sociais específicas.

Há na modernidade tardia uma dupla característica paradoxal. Primeiramente, a necessidade de encontrar alternativas para administrar as incertezas e os perigos produzidos pela própria dinâmica da vida social moderna. Ao mesmo tempo, essas incertezas contribuem para o caráter instável e mutável da experiência social, tornando mais vulneráveis os parâmetros cognitivos dos sujeitos (GIDDENS, 2002). Sem certezas sobre o futuro e com o caráter aberto das coisas por acontecer, a ideia de futuro se transforma em um território de possibilidades contrafactuais. Daí resulta um conceito estruturante dos tempos presentes e que define grande parte do cenário da medicalização em geral e, em particular, aquele produzido em torno do HIV/aids: a noção de risco.

Dada sua extrema reflexividade, o futuro não consiste em aguardar os acontecimentos, mas sim em organizar o presente em virtude do que pode vir a acontecer. A ideia de risco atravessa a modernidade tardia por ser um recurso de administração das incertezas, em operação por meio de enunciados sobre o futuro baseado em cálculos de medição estatísticos em termos de probabilidade e/ou improbabilidade. Seguindo o que propõe Luhmann (1992), pode-se afirmar que na modernidade as ameaças futuras são interpretadas em termos de risco e não de destino, o que implica que, em tese, os problemas de saúde, por exemplo, possam ser previstos, planejados e evitados.

Neste contexto, planejar os problemas sociais cabe em grande medida ao que Giddens (2002, p. 30) chama de sistemas peritos, “sistemas de excelência técnica ou competência profissional que organizam grandes áreas dos ambientes material e social em que vivemos hoje”. Trata-se de um recurso valioso na modernidade, uma vez que possibilita a administração das incertezas e a resolução do problema da insegurança ontológica. Nesse sentido, embora a modernidade tardia seja marcada pelo dinamismo e por novas formas de conhecimento, as instituições detentoras da técnica perita utilizam o saber científico-técnico para a tomada de decisões. O que muda é a suspensão da acumulação indutiva de demonstrações, estabelecendo o princípio metodológico da dúvida. De forma resumida, o sistema perito é o que fornece na modernidade as garantias de controle sobre os riscos sociais que ameaçam a

sociedade, estabelecendo assim um sistema de controle sobre eventualidades em diversos processos, inclusive naqueles relativos à medicalização da vida humana.

Em um cruzamento teórico, Mitjavila (2002) reconhece no conceito de risco uma ferramenta de gestão social. Ultrapassa, portanto, o significado semântico de prever o futuro e passa a exercer novas funções sociais a ponto de se converter num dispositivo biopolítico central da vida social contemporânea, maciçamente apoiado em sistemas peritos como ferramenta de administração. O conceito de risco assume um papel central na discussão apresentada neste capítulo, tanto por ser um dos pilares da modernidade tardia e reflexiva como por conduzir grande parte do cenário criado em termos de HIV/aids nas últimas décadas, além de legitimar a implementação da PrEP em períodos recentes.

Como apresentei no capítulo anterior, a política de prevenção ao HIV/aids no Brasil em muito vem sendo conduzida pela lógica do risco e seus efeitos medicalizadores, ao se orientar inicialmente aos chamados grupos de risco e, posteriormente, aos comportamentos de risco. Mais recentemente, quando o conceito de vulnerabilidade social encabeça as políticas públicas, o que legitima sua implementação em determinados grupos sociais, como no caso da homossexualidade masculina, é que esses indivíduos são considerados grupos com maior risco de infecção. O risco, portanto, perpassa a história social do HIV/aids e incide diretamente no que a PrEP alude como novo estilo de vida.

4.1 PrEP para quem? Perfil do usuário

Desde que a introdução da PrEP teve início no Brasil, mais de 70 mil usuários receberam pelo menos uma dispensa de medicamentos. Os dados atualizados pelo Ministério da Saúde em 31 de março de 2023⁴⁶ apontavam que 58.122 pacientes faziam uso da terapia preventiva naquele momento. Somente nos primeiros meses deste ano, 3.849 pessoas haviam dado início ao tratamento. Isoladamente

⁴⁶ Trabalho nesta tese com a data de 30 de março de 2023 como última atualização dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde sobre o uso de PrEP, considerando o período de escrita do estudo. Esses números são constantemente atualizados e podem ser acessados em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/painel-prep>

considerados, esses dados pouco contribuem com o debate acerca da implementação da PrEP do ponto de vista social. Contudo, detalhando-os e os relacionando com elementos biopolíticos no cenário da medicalização na modernidade tardia é possível construir explicações que ajudem na problematização do seu impacto enquanto política de prevenção ao HIV que incide sobre a homossexualidade.

Para isso gostaria de retomar alguns pontos que introduzi no capítulo anterior a respeito da seletividade do tratamento e que agora gostaria de melhor analisar. Como já citado, até os últimos meses de 2022, a PrEP mantinha indicações para populações específicas: 1) gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); 2) pessoas trans; 3) profissionais do sexo; e 4) parcerias sorodiscordantes para o HIV. Ou seja, para ter acesso ao tratamento via sistema público de saúde era necessário, de antemão, pertencer a um desses grupos prioritários, considerados de maior vulnerabilidade no que se refere ao HIV/aids.

Para a escolha dos grupos prioritários, utilizou-se da orientação da OMS para a PrEP, com indicação para grupos cuja incidência fosse mais elevada do que no restante da população. Essas populações seriam aquelas que apresentam maior risco de infecção e, portanto, deveriam, em um primeiro momento, ser alvo prioritário para o uso de PrEP (BRASIL, 2017a). A ideia de risco, portanto, encabeça a implementação da profilaxia, o que demanda problematizar melhor este conceito e sua incorporação no que tange aos critérios seletivos e à formação de certo perfil sócio-demográfico dos usuários da PrEP.

4.1.1 Do epidemiológico ao social: o risco e a indicação do homossexual

Citado em documentos oficiais que orientam a oferta da PrEP, o termo risco não possui um significado universal; motivo pelo qual é possível observar seu uso com diversos sentidos, dependendo de quem o emprega e com que fim. O conceito envolve tanto esse caráter polissêmico como elevado nível de complexidade, pois serve de interesse para diferentes áreas e instituições, variando de acordo com a finalidade para a qual for utilizado (LUPTON, 1993). Para o propósito desta tese, considero o risco como elemento relevante da modernidade tardia (GIDDENS, 2002) e, ao mesmo tempo, como um instrumento de gestão biopolítica em processos de medicalização

da sexualidade, ao funcionar como suporte do tipo de racionalidade que organiza e legitima a oferta da PrEP na área das políticas de saúde.

Avançar nesta discussão demanda destacar alguns pontos que devem ser observados ao trabalhar a noção do risco no caso das políticas de prevenção ao HIV/aids. Primeiramente, gostaria de ressaltar que a utilização do conceito de risco no campo da saúde é resultado de um amplo processo histórico-científico, cuja ideia penetra no discurso médico-sanitário e se torna parte integrante dele (AYRES, 1995). Em segundo lugar, é preciso acrescentar que a introdução da lógica do risco na gestão da saúde tornou-se possível, em grande medida, como resultado da acumulação de instrumentos científicos, destacando-se, nesse sentido, o papel da estatística no campo da epidemiologia, utilizada para calcular as chances probabilísticas de suscetibilidade a uma determinada doença ou problema (AYRES, 1995 apud MITJAVILA, 2002). Contudo, apesar de as políticas de prevenção ao HIV/aids se apoiarem na definição estatística de risco, é preciso considerá-lo também como um tipo de linguagem que não se refere, apenas, aos aspectos orgânicos da saúde e da doença, atingindo também aspectos mentais e morais acerca da saúde da população (AYRES, 1995).

Do ponto de vista histórico-científico, cabe pontuar que o conceito de risco começou a ser utilizado pela epidemiologia a partir da segunda metade do século XIX, quando se desenvolveram procedimentos sistemáticos para conhecer as origens e as causas de eventos fisiopatológicos. Dessa forma, foi possível relacionar causalmente os fenômenos do organismo humano com as condições de vida das populações (AYRES, 2011). Inicialmente, foi utilizado como adjetivo para caracterizar as circunstâncias de populações que viviam em situações epidêmicas ou meios insalubres. Posteriormente, assumiu um status conceitual, utilizado para validar proposições sobre um determinado problema de saúde e, gradativamente, adquiriu centralidade no discurso científico da saúde. A partir do século XX, o risco epidemiológico assumiu certa formalização discursiva.

O risco não adjetiva, apenas, uma condição insalubre, tampouco se limita a designar inferências construídas mediante comportamentos estatísticos. Agora ele próprio é a expressão matemática da inferência epidemiológica. Risco passa a expressar, então, a racionalidade aplicada que é a Epidemiologia e, simultaneamente, a identidade discursiva da comunidade de

Em termos sintéticos, o risco epidemiológico pode ser lido como a probabilidade de ocorrência de eventos futuros ligados à saúde, calculados a partir do que aconteceu no passado. Baseia-se na teoria da probabilidade para pensar os riscos como passíveis de gestão. Sendo assim, calcula-se o risco somando o número de vezes que o evento ocorreu dividido pelo número potencial de eventos que poderiam ter acontecido (AYRES, 2011, LUIZ; COHN, 2006).

Almeida-Filho (1989) destaca três características do risco epidemiológico que merecem destaque nesta tese. A primeira é o que chama de identidade entre o provável e o possível, que emerge a partir da quantificação de eventos relativos à saúde e à doença. Cita também a homogeneidade na natureza da doença, o que acaba por ocultar as singularidades dos processos de saúde e doença. E, por fim, a expectativa de estabilidade dos padrões de ocorrência dos fatos epidemiológicos, ou seja, o pressuposto de que aqueles eventos ocorrerão de forma serializada, sem grandes alterações.

No que tange ao HIV/aids, essas características fizeram parte dos primeiros anos de enfrentamento à epidemia, quando se estruturaram padrões probabilísticos para alertar sobre populações e condutas de risco que deveriam ser alvos privilegiados de processos de medicalização. Embora a determinação de grupos de risco emanada da aplicação de critérios epidemiológicos venha sendo reformuladas a partir do avanço das discussões no campo das ciências humanas e sociais e dos próprios movimentos sociais (FACHINNI, 2002), em termos gerais, o princípio de risco epidemiológico nunca deixou de embasar, desde os anos de 1980, as políticas de prevenção e tratamento do vírus da aids, mantendo grande influência também sobre a estratégia de oferta da PrEP.

Calazan, Pinheiro e Ayres (2018), em um estudo em que analisa documentos nacionais que fundamentam políticas de prevenção do HIV/aids, constatou a utilização de dados epidemiológicos como argumento para justificar ações específicas de prevenção para o segmento de homossexuais e outros HSH ao longo das últimas quatro décadas. Com isso, evidencia a relevância do critério de risco epidemiológico

como argumento para direcionar as políticas de prevenção a esses grupos em específico.

Pensar no vírus do HIV e suas consequências desde sempre significa pensar em riscos. Nos inícios da epidemia, os esforços centraram-se na definição de grupos de risco, incluindo-se, posteriormente, critérios relativos a comportamentos de risco bem como de outros acerca da redução e gerenciamento de riscos (AYRES, 2003). Mais recentemente, a permanência do conceito aparece na definição de populações prioritárias, para categorizar aquelas que se encontram sob maior risco de infecção (BRASIL, 2017a). Na trajetória do HIV/aids, portanto, perpassam variáveis relativas ao comportamento de grupos sociais, além de serem utilizados para isso cálculos de prevalência e incidência, que servem para examinar suas relações com diversas variáveis independentes, tais como sexo, idade, práticas sexuais, entre outras.

Nessa esteira, o Ministério da Saúde definiu as populações prioritárias para a PrEP, identificando nelas taxas de prevalência do HIV superiores à média nacional de 0,4% (BRASIL, 2017a). Por meio de estudos epidemiológicos que construíram variáveis de risco a partir de subgrupos, chegou-se à conclusão de que gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH) possuíam uma prevalência de 10,5%; e os profissionais do sexo de 4,9%. Desse modo, devido a essas categorias apresentarem taxas de prevalência acima da média geral, passaram a ser tratadas como grupos com maior risco epidemiológico, somando ainda duas outras populações não contempladas nos dados oficiais: pessoas trans e casais sorodiscordantes.

No entanto, as definições e atribuições de risco epidemiológico também respondem às transformações sociais introduzidas pela modernidade tardia. A ideia de risco presente na discursividade e na prática médica também define estilos de vida, orienta comportamentos e produz significados sociais (LUIZ; COHN, 2006). Isso porque, como destaca Mitjavila (2002), a discursividade em torno do risco passa a envolver diversos aspectos da vida humana e, nos casos dos riscos para a saúde, podem surgir a qualquer momento e sob formas distintas de ameaças sociais.

São atributos que fazem do risco um tipo de construção móvel, suscetível de circular de forma abrangente no espaço social: o que fundamenta a possibilidade de um conjunto infinito de decisões e intervenções sobre a vida, tanto em nível individual como coletivo, não ser simplesmente o que acontece e sim a probabilidade de que alguma coisa possa acontecer, seja ela ou não definida com base no cálculo de probabilidades (MITJAVILA, 2002, p. 134).

Neste sentido, cabe sinalizar que a lógica do risco evidencia elementos nucleares da modernidade que, por sua vez, incidem nas maneiras de abordar a homossexualidade, objeto de estudo desta tese. Durante o trabalho de campo, em que entrevistei profissionais de saúde que atuam na oferta da PrEP na cidade de Florianópolis (SC), questionei a respeito dos grupos prioritários, especialmente da escolha dos homossexuais. No trecho a seguir, um profissional médico justifica essa escolha com base na construção social do risco:

*De um modo geral eu entendo, a transmissão do HIV é maior dependendo da prática sexual, **então a gente tem práticas de risco né, então existem práticas que tem mais ou menos risco**, isso biologicamente falando. Então a gente tem lá o sexo oral e o sexo anal receptivo que a pessoa goza dentro. Então tem riscos e riscos e tem a ver com a prática. Quem faz determinada prática, né? **A gente vê que a prática anal biologicamente é óbvio que vai ser muito mais comum quando tu tem um parceiro homem com homem, né, enfim, ou até mesmo vai ser mais comum em pessoas que têm múltiplas parcerias sexuais e assim vai.** Então o que eu acho que acontece? Por que o HIV está mais prevalente nesses grupos? Consequentemente essas as pessoas se expõem mais ao risco e consequentemente a política pública se direciona para ela porque tem prevalência maior.*

Como se pode observar, a justificativa para a escolha dos grupos prioritários se apoia imediatamente na noção de risco ou, ainda, nas taxas de prevalência do vírus da aids, associados a práticas consideradas mais perigosas. Ao mencionar “práticas que tem mais ou menos risco”, o discurso do entrevistado vai ao encontro dos estudos científicos que apontam nas práticas de sexo anal receptivas e ativas as maiores chances de infecção⁴⁷. O pano de fundo ou pressuposto que pode ser observado nesses argumentos é a naturalização reducionista da percepção do sexo anal como prática mais ou menos exclusiva da população homossexual, conforme já apontado no primeiro capítulo.

Não se trata obviamente de questionar os estudos científicos em relação às práticas com maior risco de infecção. Entretanto, cabe questionar a maneira como

⁴⁷ Uma revisão sistemática sobre os estudos epidemiológicos publicada em 2014 apontou que no sexo anal receptivo as chances de infecção são de 1 a cada 72 atos sexuais; sexo anal insertivo de 1 a cada 900 atos; em relações pênis-vagina as chances reduzem de 1 a cada 1.250 e 2.500 atos, se receptivo ou insertivo, respectivamente; e no sexo oral as chances são de 4 a cada 10 mil atos (PATEL; BORKOWF; BROOKS et al, 2014).

essas práticas são utilizadas na medicalização da sexualidade, fundamentalmente como critério de seleção da população-alvo da PrEP. Percebe-se no recorte acima o apagamento do sexo anal do universo heterossexual, quando o profissional de saúde interroga: *“Quem faz determinada prática, né?”*, apresentando-a como própria da homossexualidade. E acrescenta: *“é óbvio que vai ser muito mais comum quando tu tem um parceiro homem com homem, né, enfim, ou até mesmo vai ser mais comum em pessoas que têm múltiplas parcerias sexuais”*

Os valores da penetração anal dentro do sistema heteronormativo são distintos e, como assinala Saez (2016), ainda que a prática seja algo independente do gênero ou orientação sexual, sua associação com a homossexualidade é muito arraigada na atualidade. Um reflexo do olhar médico-sanitário do século XIX que se perpetua no presente e, na discussão com o HIV/aids, ainda serve para construir o corpo homossexual como portador de infecções e um vetor de enfermidade. Como acrescenta o autor, “[...] poderia se dizer que o cu cumpre um papel primordial na construção contemporânea da sexualidade, na medida em que está carregado de fortes valorações sobre o que ser homem [...]” (SAEZ, 2016, p. 180).

Por esse motivo, embora reconheça a validade da utilização de critérios epidemiológicos na definição das políticas públicas de saúde, tal como no caso do HIV/aids, adoto nas minhas reflexões uma concepção menos vinculada ao predomínio real ou factual de diversos tipos de ameaça para a vida humana e mais relacionada com a produção de racionalidades, interesses e padrões culturais que organizam a percepção e as respostas sociais perante a esses perigos (DOUGLAS & WILDDAVSKI, 1982; GIDDENS, 1995). Isso porque como estratégia biopolítica de medicalização (MITJAVILA, 2002; 2015), a incorporação da noção de risco possibilita maior controle sobre a vida dos indivíduos uma vez que as explicações probabilísticas sobre essas doenças produzem normas, responsabilidades individuais e coletivas e solidifica a ideia de que é possível fazer alguma coisa para prevenir os infortúnios em praticamente todas as áreas da vida humana.

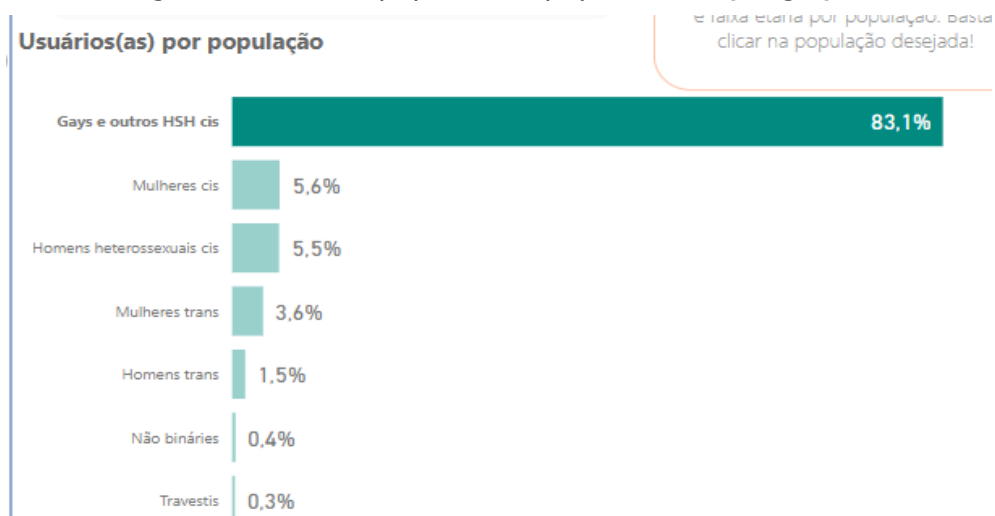
No caso do HIV/aids, o risco esteve centralmente presente desde as primeiras respostas à epidemia, impactando de maneira proeminente a comunidade homossexual. Porém, também se tornou evidente a tradução dos indicativos epidemiológicos - que deveriam servir para priorizar políticas públicas - em

características identitárias que atualizaram processos de estigmatização das sexualidades não heterossexuais (AYRES et al., 2012). Por esse motivo, considero importante analisar os dados epidemiológicos e estatísticos sobre o HIV e a PrEP conjuntamente com um aspecto mais crítico e social a respeito dos riscos, elencando fatores que em muito ultrapassam a lógica do risco epidemiológico para definir políticas públicas de prevenção.

Em seus estudos, Lupton (1999) destaca como a ideia de risco pode servir para atribuir a culpa a certas minorias estigmatizadas. Por isso é importante questionar o fato de que populações consideradas “em maior risco” pode ter menos a ver com a natureza do perigo real e mais a ver com os propósitos ideológicos de gestão do social. O histórico de surtos epidêmicos exemplifica como o conceito de risco tem sido usado para propósitos políticos no discurso da saúde pública e, no caso do HIV/aids, esse desígnio pode não ter sido superado mesmo com inúmeros avanços biomédicos do ponto de vista da prevenção.

Indícios da importância atribuída aos grupos prioritários na implementação da PrEP podem ser identificados quando analisarmos o peso relativo quantitativamente maior de usuários categorizados como pertencentes a esses grupos se comparados com usuários de outros grupos. Dos mais de 70 mil usuários que receberam a PrEP no Brasil desde sua implementação no SUS em 2018, 83,1% são usuários autodenominados gays ou HSH. Embora outros grupos também sejam considerados prioritários para a profilaxia, somados eles representam pouco mais de 16% dos usuários. Esse dado nos leva a inferir que embora não esteja assim determinado, a PrEP vem funcionando como um recurso preventivo majoritariamente voltado para a população homossexual, permitindo aventar hipóteses sobre questões mais complexas a respeito da relação entre risco, prevenção ao vírus HIV e construção de identidades consideradas socialmente perigosas.

Figura 7 - Perfil dos(as) usuários(as) em PrEP - por grupos



Fonte: Painel de monitoramento PrEP (<http://antigo.aids.gov.br/pt-br/painel-prep>)

Se historicamente a identidade homossexual vem sendo categorizada como problema social, seja pelo aspecto biológico e, posteriormente, por suas condutas sexuais, parece-me que as estratégias discursivas sobre o risco de HIV/aids têm submetido a homossexualidade a novos controles formais e informais de medicalização possibilitados pela PrEP. Nessa direção, Gayle (2017) alerta sobre como o Estado intervém sistematicamente no comportamento sexual, em escalas que não seriam toleradas em outras áreas da vida social. Quando falamos em prevenção ao HIV/aids temos, obrigatoriamente, a condução de normas a respeito das práticas sexuais: um espaço íntimo e privado que passa a ser controlado pelo argumento biopolítico de preservação da vida. Interessante refletir, contudo, que a sexualidade que vem sendo regulada pela PrEP é justamente aquela cuja normalidade é constantemente colocada em análise, sendo necessária a frequente revisão e readequação dessas práticas e seus cuidados, característica crucial da modernidade reflexiva, marcada pela institucionalização da incerteza (GIDDENS, 1991)

4.1.2 PrEP, homossexualidade e marcadores sociais da diferença: uma análise interseccional

Em anteriores indagações sobre a PrEP no Brasil já podia ser observado o reaparecimento da associação da figura do homossexual com práticas sexuais

reguladas a partir da lógica do risco (BARP; MITJAVILA, 2020). Naquele momento, ainda não havia acesso a dados robustos que pudessem operar como base de sustentação empírica para ampliar a discussão sobre os processos de construção social do usuário da PrEP a partir da lógica do risco.

Retornando aos dados da oferta da PrEP disponibilizados pelo Ministério da Saúde, é possível identificar uma composição da população homossexual em uso de PrEP interessante: 58,05% se autodeclara branca, 41,6% negra e 0,32 indígena. 77% têm uma escolaridade com mais de 12 anos de estudo e 20% estudaram entre 8 e 11 anos. Apenas 4% dos atuais usuários de PrEP declarados homossexuais ou HSH estudaram menos do que 7 anos. A maior faixa etária de usuários se encontra entre 30 e 39 anos (42%), seguido de 25-29 (24%) e 40-49 (17%).

Uma investigação sobre características de constituição da homossexualidade por si só significa analisar diferenças, afinal, tratamos de uma categoria divergente da heteronormatividade, o que implica desigualdades. Ao mesmo tempo, para analisar aspectos da homossexualidade também é preciso compreender a “diferença na diferença” (HENNING, 2008⁴⁸). Os dados acima citados sugerem a existência de desigualdades no acesso à PrEP entre a população homossexual, fundamentalmente em termos de raça, escolarização e faixa etária.

Assim como ocorre em outros aspectos do comportamento humano, o domínio da sexualidade tem uma organização interna, com desigualdades e modos de controle próprios (GAYLE, 2017), que se somam às forças externas que organizam o seu funcionamento social. A estrutura e evolução dos dados quantitativos disponíveis sobre a PrEP no Brasil vem mostrando alguns elementos que interseccionam a homossexualidade com outros fatores de desigualdade social que no âmbito da presente análise serão considerados a partir do conceito de marcadores sociais da diferença.

Tradicional nas análises antropológicas, a expressão “marcadores sociais da diferença”, fortemente utilizada nos estudos feministas, serve para denominar “diferenças socialmente construídas e cuja realidade acaba por criar, com frequência,

⁴⁸ Em sua dissertação de mestrado, Henning (2008) utiliza a expressão “diferença na diferença” para analisar os processos de interseções dentro do próprio espaço de socialização homoerótica na cidade em Florianópolis (SC).

derivações sociais, no que se refere à desigualdade e à hierarquia” (HIRANO; ACUÑA; MACHADO, 2019, p. 11). Sua utilização possibilita categorizar aspectos de separação que não são inatos do ser humano, mas sim produções sociais, resultado de complexas relações de poder.

Assim como a orientação sexual, categoria chave desta tese, gênero, raça, classe, idade e escolarização, por exemplo, são marcadores sociais de diferença, pois funcionam como categorias socialmente classificatórias. Obviamente, não resulta delas um efeito único, pois estão determinadas a contextos específicos em que são acionadas. Entretanto, fazem parte das representações sociais e possuem grande impacto na modernidade (HIRANO; ACUÑA; MACHADO, 2019). Defendo que essas categorias, reguladas por convenções e normas fruto de relações de poder e saber, produzem identidades coletivas e criam hierarquias. Ao mesmo tempo, concordo com Fry (2012) quando sugere que, embora os marcadores sociais da diferença construam assimetrias e exclusão social, não são necessariamente negativos, pois produzem e deslocam significados a partir das relações que estabelecem.

Ao tentar construir um perfil de usuário da PrEP, percebo a homossexualidade como uma categoria de destaque, porém é necessário pensá-la não de forma isolada. Proponho analisar seu entrelaçamento com outras categorias sociais que influenciam em sua própria constituição. Para dar conta dessa questão, recorro a uma ferramenta de análise que possibilita a interlocução simultânea dos aspectos da sexualidade com outras formas de opressão. E, para isso, volto-me ao pensamento feminista de teorias de gênero, para desenvolver análises com base no conceito de interseccionalidade.

Definida pela primeira vez pela teórica Kimberlé Crenshaw, trata-se de uma perspectiva que surgiu entre as décadas de 1980 e 1990 com a pretensão de abandonar as análises sobre gênero enquanto categoria monolítica. Sua definição conceitual é fruto de uma extensa preocupação na área dos movimentos sociais feministas e negros em torno do entrelaçamento de diferentes formas de diferenciação social. A partir dessa perspectiva, os processos de discriminação não são compreendidos isoladamente, tampouco se faz sobre eles uma adição de discriminações, mas sim, “[...] abraça-se a complexidade dos cruzamentos dos processos discriminatórios e a partir daí se busca compreender as condições específicas que deles decorrem” (KYRILLOS, 2020, p. 1).

Essa abordagem vem sendo aplicada desde os primeiros estudos acerca da homossexualidade brasileira, quando surgiram análises envolvendo marcadores sociais da diferença em intersecção com a sexualidade. Assim, por exemplo, Edward MacRae (1985), ao analisar o surgimento do movimento homossexual brasileiro, discutia as diferenças internas dentro da própria comunidade. Categorias como gênero e raça, naquela ocasião, questionavam o ideal de igualdade da homossexualidade, resultando na emergência de fissuras políticas no interior da categoria. Em uma análise histórica da homossexualidade, Green (2019) identificou intersecções entre homossexualidade e variáveis como gênero, raça e classe social. Ao analisar os diferentes modos de socialização homossexual durante o século XX, nos eixos São Paulo e Rio de Janeiro, o autor percebeu como homens de classe alta e mais masculinizados podiam ocultar sua vida sexual e, ao mesmo tempo, continuar a exercerem suas práticas sexuais sem perder a respeitabilidade social ao contrário de outros que não apresentavam essas características.

Em contextos mais recentes, o trabalho de Henning (2008) também serve de referência para esta tese, ao apontar intersecções entre homossexualidade, raça, gênero, classe, etnicidade e nacionalidade no contexto da sociabilidade em casas noturnas de Florianópolis (SC). Cito, ainda, Passamani (2018), que em *“Batalha de confete”*, problematiza a intersecção entre homossexualidade e envelhecimento na região do Pantanal (MS), destacando, entre outras reflexões, como a velhice pode indicar certo apagamento compulsório da identidade sexual.

Nesse sentido, embora reconheça que haja uma marca de origem da noção de interseccionalidade, devido à sua aplicação inicial nos estudos sobre a condição de subalternização das mulheres, apoio-me em temáticas mais alternativas e nos autores acima citados para sustentar o entendimento de que outros grupos minoritários - a exemplo da homossexualidade - possuem identidades coletivas constituídas interseccionalmente. Em uma direção similar às reflexões de Henning (2008, p, 117), penso a interseccionalidade “[...] como relativa às formas de entrelaçamento entre os marcadores sociais da diferença e suas potenciais decorrências em termos de desigualdades sociais”.

Ao longo de quatro décadas, todo o panorama medicalizador das políticas de prevenção do HIV/aids vem sendo tensionado por marcadores sociais da diferença.

Não à toa, emerge nessa discussão sócio-epidemiológica o conceito de vulnerabilidade social, utilizados nas políticas públicas mais recentemente para “caracterizar, particularizadamente, determinantes sociais e políticos dos processos e das relações multicausais que produzem diferentes conformações da epidemia” (CALAZANS; PINHEIRO; AYRES, 2018).

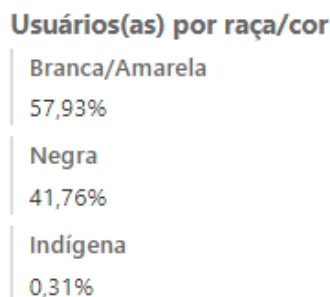
O conceito de vulnerabilidade pode ser interpretado como um movimento na direção de considerar a relação entre as chances de infecção pelo HIV/aids e a exposição a um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretariam maior suscetibilidade à infecção (AYRES et al, 2003). Na prática, o termo vulnerabilidade opera como uma expressão técnica para designar tudo aquilo que as ciências humanas e sociais vêm afirmando sobre a epidemia por meio dos marcadores sociais da diferença: a necessidade de considerar fatores estruturais de hierarquização e, conseqüentemente, de desigualdade e exclusão social.

A população homossexual tem sido historicamente considerada como uma população vulnerável à infecção por HIV, porém os números de ofertada da PrEP até este momento permitem ampliar os debates a respeito dessa vulnerabilidade, uma vez que considerarmos a intersecção com outros marcadores sociais da diferença muito além da orientação sexual.

Nesse sentido, a raça parece ser um primeiro marcador interessante de ser analisado em sua intersecção com a homossexualidade, tendo em vista que 58,05% dos usuários da PrEP se autodeclaram brancos, enquanto apenas 41,6% pertenceria à população que se autodeclara negra. Trata-se de números que caminham na contramão da própria política da Prevenção Combinada que, embora não priorize pessoas negras na distribuição específica da PrEP, as considera como parte da população-chave das variadas ações nacionais de prevenção⁴⁹.

⁴⁹ Essa definição está registrada nos protocolos clínicos da Prevenção Combinada: “O desafio em relação à população negra é o enfrentamento do racismo institucional como fator estruturante, que sobrepõe as diversas vulnerabilidades desse grupo demográfico, dada a sua proporção em relação à população do país e às suas condições de vida. Além disso, é preciso considerar que as informações das variáveis preta e parda se constituem como elementos de caráter transversais aos outros segmentos populacionais” (BRASIL, 2017b, p. 28).

Figura 8 - Perfil dos usuários homossexuais em PrEP - por raça/cor



Fonte: Painel de monitoramento PrEP (<http://antigo.aids.gov.br/pt-br/painel-prep>)

A primeira constatação a ser realizada é simples: temos mais homossexuais brancos acessando a PrEP que aqueles que se identificam com categorias étno-raciais não-brancas. Essa proporção diverge da distribuição racial da população total residente no Brasil que, segundo último relatório do IBGE⁵⁰, registra atualmente 43% autodeclarados brancos, enquanto 57% pretos, pardos, amarelos ou indígenas. Números esses que caminham na direção oposta das novas infecções pelo HIV que, em 2022, afetaram prioritariamente pessoas não brancas (61,3%), enquanto apenas 32,7% se referiam a infecções em autodeclarados brancos⁵¹. Portanto, uma análise preliminar do marcador raça já possibilita concluir que a população que mais se infecta pelo vírus HIV não é a mesma que mais acessa a PrEP, mesmo que a primeira corresponda a um segmento populacional de tamanho comparativamente maior.

Ocorre que ao traçarmos uma análise interseccional, é pertinente refletir como historicamente o marcador raça aparece na constituição da homossexualidade. Entre os anos de 1920-1930, quando médicos brasileiros estudavam as origens da homossexualidade, utilizavam de certas figuras para simbolizar os excessos de perversão cujos estereótipos culturais pejorativos se baseavam em homens negros (GREEN, 2019). As avaliações médicas em torno do corpo homossexual marcaram também a diferenciação histórica entre corpos brancos e não brancos, demarcando que conjuntamente com a homossexualidade, a raça simbolizava estranheza e/ou inferioridade. Neste sentido, não há como esquecer que a medicina, ao eleger a

⁵⁰ <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/>. Acesso em 15 de abril de 2023.

⁵¹ <http://indicadores.aids.gov.br/>. Acesso em 10 de janeiro de 2023.

homossexualidade como forma de ilustrar aberrações, desvios e perigos, também racializou seus comportamentos.

Se considerarmos as práticas sexuais como práticas socioculturais, existe bastante consenso entre autores acerca do caráter racializado da sexualidade (CORRÊA, 1996; MOUTINHO, 2004; BUENO, 2004). O Brasil, como destacam Carrara e Simões (2007), tem sido representado como um país essencialmente sexual. Ocorre que essa sexualidade se apoia em elementos comuns do imaginário ocidental, que preconizam uma inferioridade natural dos negros, exemplificada em atributos e funções da sua genitalidade (FANAN, 1983). Modelos alternativos, que escapam a essas construções simbólicas a respeito da sexualidade negra, tendem a ser reprimidos e considerados como desvios do normal e do socialmente aceitável. E, no caso da homossexualidade, é interessante pensar como as práticas sexuais escapam às normas que definem a masculinidade heterossexual que, uma vez situada em intersecção com a raça, potencializa o aprofundamento das desigualdades de base.

Sem a pretensão de contemplar toda a bibliografia relevante sobre a temática, gostaria de citar apenas dois exemplos que evidenciam a inferiorização de raças não brancas quando analisadas em intersecção com a homossexualidade. Pinho (2016), ao analisar a articulação entre raça, sexualidade e gênero na pornografia gay, destaca que as representações da sexualidade transgressora conectadas à racialização são de longa data. Além disso, quando examina as categorias dos filmes pornô exibidas em sites adultos, é possível observar a fetichização do corpo negro homossexual por meio do estabelecimento de associações entre esses corpos e práticas sexuais consideradas “exóticas”, como dupla penetração, *bareback*⁵², *gang-bang*⁵³, *fisting*⁵⁴, entre outras.

Uma análise similar pode ser encontrada em Santos e Pereira (2016), que durante três anos acompanharam as atividades em saunas (espaços de socialização homoerótica) de São Paulo, observando as atividades cotidianas de garotos de

⁵² Termo utilizado socioculturalmente para descrever sexo anal desprotegido na comunidade homossexual.

⁵³ Expressão utilizada na indústria pornográfica para representar uma cena em que uma pessoa, mantém relações sexuais com três ou mais parceiros.

⁵⁴ Prática sexual que envolve a inserção da mão ou antebraço no ânus.

programa. Na pesquisa, os autores destacam como o corpo negro é construído como fortemente erótico, porém oscilando simultaneamente entre a fetichização e a rejeição. “O michê negro é hipersexualizado e objetificado. O cliente negro é evitado, pois representa uma troca de posições que o michê tem dificuldade em aceitar” (SANTOS; PEREIRA, 2016, p. 149), exemplificam. O estudo, então, destaca como as saunas gays no Brasil são espaços racializados, na medida em que o corpo negro surge como fetiche e de modo estereotipado, com grande valorização do seu genital, geralmente visto ao serviço de uma clientela que seria prioritariamente de raça branca.

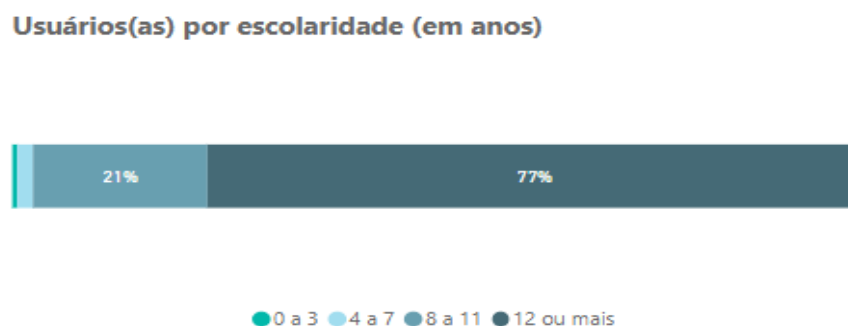
Por outro lado, a própria epidemia do HIV/aids surge imersa na relação entre ciência, medicina e práticas sexuais. Com frequência, os estereótipos iniciais do “aidético” incluíam uma racialização e homossexualização do HIV, como podia ser observado na generalizada atribuição às excursões de homossexuais para o Haiti o transporte do vírus para o território americano (PERLONGHER, 1987). Ao longo do histórico de enfrentamento à epidemia no Brasil, tornaram-se evidentes inúmeras desigualdades que ultrapassavam qualquer pretensão de neutralidade ideológica ancorada na lógica do risco epidemiológico.

Autores como Lopes (2005) observam que em todo o mundo onde as desigualdades raciais são naturalizadas a epidemia do HIV/aids afeta de forma mais incidente os grupos historicamente excluídos. No percurso da prevenção ao vírus, quando interseccionadas, sexualidade e raça, ilustram como questões sociais e históricas convertem-se em situações de opressão, subalternidade e desigualdade (BEZERRA, 2022). Esse padrão parece permanecer no momento contemporâneo, manifestado no acesso desigual de certos grupos e categorias sociais à PrEP, mesmo reconhecendo nas políticas públicas certa prioridade concedida à população negra. Embora seja uma população considerada mais vulnerável, pela intersecção da sexualidade e raça, é a população que menos acessa a PrEP até este momento.

Outro marcador interessante nos dados de acesso à PrEP refere-se à escolarização. Os números disponibilizados pelo Ministério da Saúde revelam que a grande maioria dos atuais usuários homossexuais possui mais de doze (12) anos de estudo (77%) enquanto 20% estudaram entre oito (8) e onze (11) anos. A minoria restante, cerca de 3%, estudaram entre zero (0) e sete (7) anos. Esses números

indicam uma alta escolarização em relação aos usuários, sendo possível inferir que a grande maioria deles concluíram ou, senão, pelo menos iniciaram o ensino superior.

Figura 9 - Perfil dos usuários homossexuais em PrEP - por escolaridade



Fonte: Painel de monitoramento PrEP (<http://antigo.aids.gov.br/pt-br/painel-prep>)

O nível de escolaridade vem sendo um marcador interessante no histórico da epidemia do HIV/aids; tendo sido muitas vezes apontado como fator inversamente proporcional às novas infecções. Indicadores que acompanham novas infecções desde os anos de 1980 até 2022 no Brasil, sinalizam que a maioria dos novos casos ocorrem em pessoas que não chegaram ao ensino superior no país⁵⁵. Neste sentido, entende-se que quanto maior for o nível de escolaridade, menores serão as chances de se infectar pelo vírus.

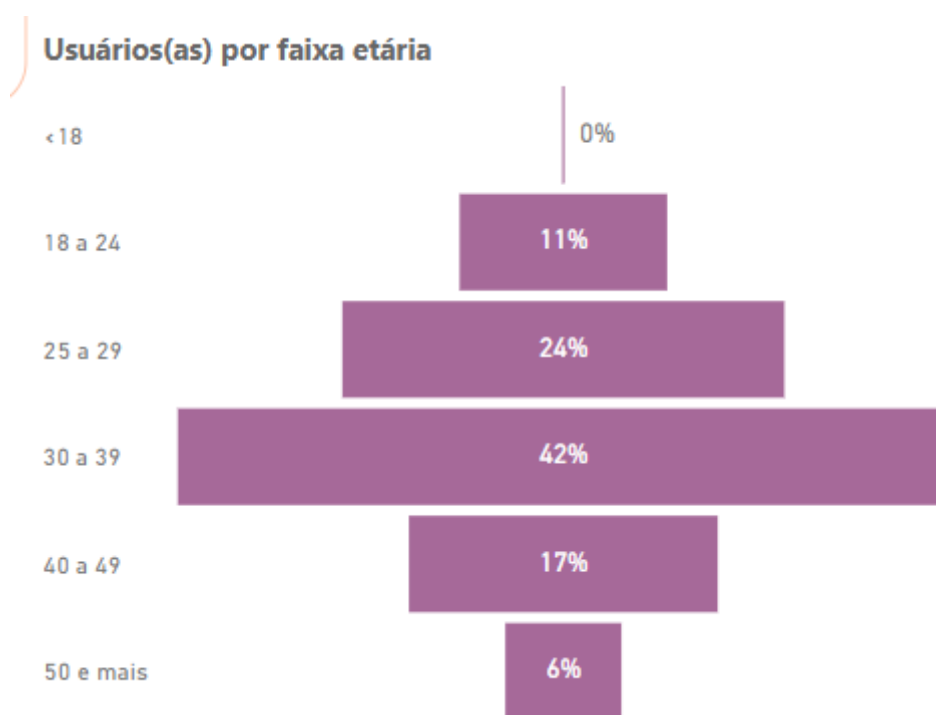
Embora existam estudos que apontem que grupos de maior escolaridade tiveram um aumento de até 2,6 vezes no diagnóstico de aids entre 2001 e 2020, os de menor escolaridade, em números absolutos, registram maior prevalência de diagnóstico em todos os anos analisados da epidemia do HIV/aids (MARTINES; SESSEGOLO; MONTEIRO, 2022). Ademais, trabalhos que analisaram fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/aids entre homens que fazem sexo com homens no Brasil constaram que a “melhor escolaridade estimula a demanda por conhecimentos específicos sobre a doença, e facilita o entendimento dos riscos de contágio quando as informações são providas por meio da mídia, familiares, ONGs e serviços” (GOMES et al, 2017). Por esses motivos, interessa também problematizar o

⁵⁵ <http://indicadores.aids.gov.br/>. Acesso em 30 de março de 2023.

fato de a PrEP estar servindo como recurso preventivo prioritário para os homossexuais mais escolarizados; deixando de atingir aqueles cujos perfis educacionais os tornariam como mais vulneráveis à infecção.

Por último, gostaria de me ater também ao marcador geracional, que parece ser um indicativo interessante para a construção de um perfil da população usuária da profilaxia. Dos atuais homossexuais em uso, a maior parte (42%) têm entre 30 e 39 anos; seguida das faixas etárias entre 25 e 29 anos (24%), e 40-49 anos (17%), como está detalhado na imagem a seguir:

Figura 10 - Perfil dos usuários homossexuais em PrEP - por faixa etária



Fonte: Painel de monitoramento PrEP (<http://antigo.aids.gov.br/pt-br/painel-prep>)

Mais da metade dos usuários corresponde a adultos entre 30 aos 50 anos de idade que representam 59% dos homossexuais em tratamento. Talvez, o mais curioso disso seria que a maioria dos homossexuais com esse perfil etário nasceu antes dos anos de 1990, período anterior aos primeiros tratamentos para conter o vírus da aids.

Uma breve retomada no histórico da epidemia do HIV/aids⁵⁶ aponta que o primeiro caso notificado no Brasil ocorreu em 1982. O início da distribuição do AZT (primeiro antirretroviral para o tratamento da aids) no sistema público de saúde aconteceu em 1990. E somente em 1996 foi assinada a Lei nº 9.313, que garantiu a distribuição gratuita de medicamentos para pessoas com HIV. Neste período, figuras públicas e ativistas se assumiram homossexuais e, fatalmente, vieram a óbito vítimas da aids, a exemplo de Cazuzza, Herbert Daniel e Caio Fernando de Abreu (GALVÃO, 2000). Em termos sucintos, durante quase 15 anos de incertezas sobre o vírus e a doença, instaurou-se um clima de terror e morte que afetou a percepção sobre a epidemia, principalmente entre homossexuais.

Estudos da chamada “gerontologia LGBT”⁵⁷ observaram o impacto serializado que a epidemia da aids teve sobre a identidade homossexual, afetando principalmente aqueles que vivenciaram em menor ou maior grau os primeiros anos da doença⁵⁸. Meccia (2011), afirma que para os grupos geracionais mais velhos a experiência da aids marca a continuidade imaginária de uma orientação sexual inexoravelmente associada com a doença. Esse tipo de percepção afetou não somente suas subjetividades diante de práticas sexuais arriscadas, mas também pelos efeitos do recrudescimento do preconceito atrelado a uma identidade perigosa. Além disso, em sua tese, Henning (2014) constata como, para homossexuais que vivenciaram o auge da epidemia, o “surgimento do HIV/Aids se tornou um momento ímpar também para experimentar - e para grande parte deles, de forma precoce e inaugural - a necessidade de ser cuidado ou de cuidar de alguém acometido” (HENNING, 2014, p. 364).

Já com a emergência de uma “nova aids”, a partir da distribuição de medicamentos ARV iniciada na segunda metade dos anos de 1990, o diagnóstico positivo para o HIV deixou de ser visto como uma sentença de morte. Gradativamente, esse fato tem produzido impactos nos indicadores de novas infecções e causando preocupação em autoridades sanitárias, que passaram a alertar sobre o aumento do

⁵⁶ Esta questão foi discutida de forma detalhada no capítulo 3 desta tese.

⁵⁷ Refiro-me aqui ao grupo de teóricos que, em contraposição ao panorama heteronormativo sobre a velhice, tem desenvolvido investigações sociais que visam compreender as complexas experiências de envelhecimento e velhice de gays e lésbicas, bissexuais, transgêneros, transexuais, entre outros.

⁵⁸ Para um aprofundamento do tópico, sugerimos a leitura das teses de doutorado de Henning (2014) e Zamboni (2014).

número novas infecções de HIV e de outras ISTs entre os mais jovens, principalmente a partir da década de 2010 (SIMÕES, 2018).

No campo sócio-antropológico, temos como exemplo a pesquisa etnográfica de Simões et al. (2010), realizada em áreas de concentração de espaços juvenis em São Paulo, que identificou como gays e bissexuais, entre 18 e 29 anos, afirmavam que não acreditavam que existam pessoas com maior probabilidade de contrair o HIV. Quanto ao uso de métodos preventivos, mostravam-se bastante flexíveis, declinando quando a relação deixava de ser ocasional e ganhava certa periodicidade.

Seja do ponto de vista epidemiológico ou de uma perspectiva social, esses estudos passaram a levantar a hipótese de que, na atualidade, a epidemia teria ingressado em uma nova fase na qual o diagnóstico positivo para o HIV deixaria de ser visto como algo muito menos trágico ou negativo que em décadas anteriores. Como sintetiza Simões (2018, p. 326), “é como se os mais jovens, tendo iniciado sua vida sexual numa época em que a epidemia não parece ser tão grave, compartilhassem uma relativa despreocupação quanto aos perigos da aids”.

Retomo essa discussão por supor que essa separação geracional que demonstra uma percepção diferente da epidemia possa também influenciar a adesão à PrEP. Ao perceber como a maior parte dos homossexuais em uso dessa profilaxia nasceram em períodos anteriores aos ARV, pode-se supor que também sejam os mesmos que experimentaram mais de perto os reflexos dos primeiros anos do HIV/aids, quando a morte tinha o caráter de uma sentença. Ao mesmo tempo, um interesse menor em relação ao uso pode ser explicado pelo debate que se constitui a respeito da população mais jovem, que manifestaria a respeito do HIV uma preocupação menor que a experimentada por gerações anteriores. A discussão deste ponto será retomada mais adiante. De momento, interessa pontuar como a questão geracional merece ser considerado um marcador social de relevância para traçar o perfil de usuário homossexual.

Raça, escolaridade e faixa etária, portanto, parecem se configurar como marcadores sociais da diferença significativos no que se refere ao atual uso da PrEP por homossexuais, fato esse que pode ser percebido para além dos dados quantitativos. Durante o trabalho de campo, foi observado como esse assunto não

apenas é de conhecimento como também adquire um caráter de preocupação nas falas de profissionais de saúde:

*Eu acho que é um paralelo ao que a gente discute muito aqui, a gente vê hoje a **maioria das pessoas que fazem parte do laboratório [da PrEP] são homens gays, cis [cisgênero], que são brancos, que tem mais de 12 anos de estudo.** As pessoas que chegam hoje são aquelas que têm nível formal de educação e que a educação chegou... temos um público muito baixo que tenha pouco estudo ou de outras raças, mulheres e homens trans, por exemplo.*

*Os meus pacientes que vem, **a maioria tem ensino superior, a maioria teria condições de fazer PrEP privado e a gente acaba usando recursos públicos com pessoas que têm convênio, que teriam acesso.** E eles chegam sabendo tudo, então sim. A composição vulnerável, que não sabem da PrEP, a gente não chega. Mundos completamente diferentes e a gente não tá chegando em quem mais precisa, a gente chega em quem tem mais acesso e esses que têm mais acesso tem informação sim.*

Em ambos os excertos se percebe a concordância de que a homossexualidade acaba por ser o grupo que mais acessa ao medicamento. Entretanto, os profissionais de saúde reconhecem que existe um perfil específico de homossexual usuário, socialmente privilegiado em relação aos marcadores de raça, escolaridade e faixa etária. Os relatos confirmam aquilo que os números vêm sinalizando a respeito da oferta serializada, indicando que, embora apontada como alternativa de prevenção para os mais vulneráveis ao HIV, a PrEP não tem atingido, de fato, esses grupos.

No segundo dos trechos de entrevistas acima citados, percebe-se ainda uma crítica do profissional de saúde ao afirmar que “*a gente acaba usando recursos públicos com pessoas que têm convênio*”, acrescido de “*a composição vulnerável, que não sabem da PrEP, a gente não chega*”. Nota-se nessa fala uma defesa da cobertura da profilaxia para os cidadãos com menos recursos financeiros, concluindo-se que parte dos atuais usuários poderiam realizar o tratamento em serviços de saúde do setor privado. Ao mesmo tempo, admite-se a falha do dispositivo assistencial ao não conseguir atingir aqueles que de fato seriam os mais vulneráveis.

É importante considerar que a noção de vulnerabilidade foi agregada ao conceito de risco já nos anos 2000, com intuito de tratar o HIV/aids menos como um problema individual e mais como reflexo dos padrões de organização da sociedade. Nos documentos oficiais que estabelecem as diretrizes da Prevenção Combinada há

referências à ideia de vulnerabilidade. Primeiramente, admite-se que “a noção de risco torna-se insuficiente, de forma isolada, para a construção de estratégias de prevenção, sendo melhor aplicada ao conceito de vulnerabilidades” (BRASIL, 2017b, p. 20). E, em seguida, explica-se que “a relevância do conceito de vulnerabilidade ao HIV/aids verifica-se na possibilidade de interpretação e identificação dos fatores sociais que potencializam as probabilidades de infecção de determinados segmentos populacionais” (BRASIL, 2017b, p. 20).

Embora no nível institucional seja recomendada a avaliação de vulnerabilidades para indicação de uso da PrEP, na prática, ela não tem se mostrado efetiva, permanecendo a cobertura desse recurso preventivo mais dependente de critérios de risco que de critérios relativos a fatores sociais e estruturais de correção de desigualdades. Nesse ponto, concordo com Mitjavila (2002), quando afirma que os discursos organizados pelo conceito de risco podem ser amplamente utilizados tanto para legitimar políticas públicas como para desacreditá-las. No caso da PrEP, embora tenhamos uma argumentação institucional em defesa da correção de problemas estruturais, temos visto operacionalizar em grande maioria pela lógica de moralização da sexualidade, com certa priorização de práticas sexuais anais e com múltiplas parcerias, sem intersecção com outros marcadores sociais da diferença. Esse fato resulta em uma hierarquização no interior do campo da homossexualidade, sustentada em desigualdades de acesso a um tratamento preventivo para o HIV/aids.

No percurso dos estudos sobre a questão da homossexualidade, alguns trabalhos vêm apontando que não há uma normatividade social homogênea em relação ao papel social da homossexualidade. Pinho (2004) questiona a ideia da existência de uma única comunidade homossexual na medida em que a homogeneidade da categoria não resiste diante das evidências advindas da fragmentação provocada pelas diferenças e desigualdades que afetam seus membros. No âmbito da PrEP, a homossexualidade apresenta-se como a categoria majoritariamente atendida. Porém, ao analisá-la no cruzamento com outros grupos excluídos socialmente, percebo um perfil elitizado, prioritariamente constituído por homossexuais brancos, altamente escolarizados e cuja faixa etária predominante está acima dos 30 anos.

Esse perfil da homossexualidade masculina é muito semelhante ao sinalizado na pesquisa de Benítez (2005), quando discute as classificações dos indivíduos dentro das comunidades homossexuais. Trata-se de recursos taxonômicos que muitas vezes cumprem a função de organizar a distribuição hierárquica dos indivíduos nesse espaço social, em função de dinâmicas de poder e de saber. A autora recorda o fato de que comunidades homossexuais produziram uma determinada brancura enquanto “essência” homossexual, o que resulta em um apagamento da negritude pertencente à categoria. Ainda, percebe como homossexuais das camadas média e média-alta representam uma espécie de elite na própria comunidade. Isso resulta na construção de um modelo de homossexual ideal, constituído enquanto sujeito branco, jovem, de boa aparência, vestido com roupas de grife e frequentando lugares refinados.

No caso da PrEP é pertinente reconhecer que não é ela a responsável pelas fragmentações e desigualdades da própria homossexualidade. Contudo, diante das atuais condições da oferta do serviço, acaba-se por legitimar um modelo já existente de homossexual privilegiado. Por essa razão, opto por tomar a expressão de Pinho (2004) como base para reflexionar acerca do que aqui denomino “comunidade de homossexuais PrEP(parados)”, ou seja, uma comunidade cuja dinâmica social posiciona alguns dos seus membros no topo da pirâmide dos privilégios, cujos acessos aos espaços sociais, tais como o serviço de saúde, são facilitados. Em síntese, embora esteja a PrEP funcionando como um “tratamento homossexual”, não são todos os homossexuais que têm acesso ao tratamento.

4.2 Monitoramento clínico laboratorial: de volta aos consultórios

Quando o Ministério da Saúde definiu o protocolo e as diretrizes de referência para a implementação da PrEP no final de 2017, pretendia que a implementação ocorresse de forma gradual no âmbito do SUS, com cobertura em todo o país, focando principalmente em regiões com populações com risco substancial de infecção pelo HIV. Além disso, foram publicadas as orientações para a expansão da oferta, que estabeleciam critérios para definição e implementação devessem levar em consideração a capacidade programática do município, impacto epidemiológico,

acesso, articulação com organizações da sociedade civil relacionadas às populações-chave para PrEP, disponibilidade e formação de profissionais de saúde, entre outros (BRASIL, 2018).

Entre os fatores considerados para a autorização do serviço, utilizaram-se os dados epidemiológicos sobre HIV/aids mais recentes de forma a definir as cidades que seriam inicialmente contempladas, especialmente no que se refere à identificação do tamanho das populações prioritárias. Além disso, recomendou-se um mapeamento geográfico focado em localidades com alta prevalência de HIV, bem como considerar a área de abrangência de atendimento dos serviços, visando uma escolha estratégica a fim de otimizar o serviço para que atingisse o maior número de pessoas prioritárias naquela região em que fosse instalada.

Os critérios seletivos foram justificados levando em consideração a complexidade da PrEP e seus altos custos⁵⁹ se comparados a outros métodos preventivos, tal como a distribuição de preservativos. Os preservativos, por exemplo, são mais baratos, relativamente acessíveis e não estão associados ao acompanhamento clínico nem a eventos adversos. Já no caso da PrEP, apontava-se que sua implementação com resultados satisfatórios requereria “alta adesão e o monitoramento clínico de usuários a longo prazo por meio de exames laboratoriais e repetidos testes de HIV, sífilis e também exames diagnósticos para outras IST” (BRASIL, 2018, p. 6).

Após a discussão apresentada na seção anterior acerca das implicações das escolhas dos grupos prioritários e seus efeitos sociais, analiso a seguir como opera o monitoramento clínico e laboratorial da PrEP, requisito obrigatório para a adesão e continuidade do usuário e um dos principais recursos deste processo de medicalização da homossexualidade masculina.

⁵⁹ A viabilidade financeira da PrEP foi avaliada no artigo *O custo-efetividade da PrEP em homens que fazem sexo com homens, mulheres trans e travestis com risco de infecção pelo HIV no Brasil*, que constatou que em 2018 os custos mensais com o medicamento seriam de 23 dólares (cerca de 85 reais) mensais por usuário.

4.2.1 Elegível? A primeira consulta e a prática da confissão

Iniciar o tratamento da PrEP consiste em, primeiramente, ser enquadrado em um dos grupos prioritários. Porém o simples pertencimento a um desses grupos não é suficiente para caracterizar indivíduos elegíveis à PrEP. Para que isso ocorra, além de pertencer a uma das categorias prioritárias, também é preciso observar, no momento da consulta, as práticas, parcerias e os contextos sexuais específicos associados a um maior risco de infecção (BRASIL, 2017a).

Essa avaliação dos candidatos do ponto de vista dos critérios de elegibilidade é realizada pelas equipes de saúde que atuam no serviço, sendo considerado o primeiro passo para dar entrada ao complexo sistema de adesão à profilaxia. Definem os documentos institucionais que a avaliação seja feita através de uma relação que gere um vínculo baseado na confiança entre paciente e profissional de saúde, de forma “que permita compreender as situações de vulnerabilidades e de riscos envolvidos nas práticas sexuais, assim como as condições objetivas de adesão ao uso do medicamento” (BRASIL, 2017a, p. 19).

Embora a avaliação seja regulada pelos documentos norteadores da PrEP, cada equipe de saúde mantém certa autonomia na forma de marcar consultas, realizar atendimentos e dividir tarefas. Por esse motivo, tento aqui formular certo padrão de atendimento na PrEP, baseado no que prevê o Protocolo Clínico, mas também levo em consideração os depoimentos dos próprios profissionais de saúde de Florianópolis (SC), os quais inserem rotinas e percepções próprias em cada consulta, baseadas na realidade local e social em que se encontram, como explica um dos entrevistados:

Todo usuário, ele tem uma ficha desde o primeiro dia de atendimento e sempre é preenchido todas as questões das vulnerabilidades, os riscos, questão de uso de drogas, de relação enfim, sobre as questões de medicamento, efeitos colaterais, efeitos adversos naquele período que ele recebe o medicamento.

A “ficha” a que se refere o entrevistado diz respeito ao prontuário de cada usuário da PrEP. Para ter acesso ao tratamento é necessário estar cadastrado no SUS, e também estar inserido em um esquema de consultas e monitoramento clínico laboratorial contínuo. Esse cadastro, bem como o acompanhamento com profissionais

de saúde, é organizado de acordo com a realidade de cada município, porém documentos institucionais direcionam os parâmetros básicos de como devem ocorrer os atendimentos a partir do momento em que o usuário manifesta interesse em integrar a rede da PrEP.

Na primeira consulta, costuma-se seguir o preenchimento do formulário do SICLOM, software de gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais do Governo Federal. Especificamente em Florianópolis, há ainda a adição de informações também em um sistema de prontuários de saúde local, no qual constam outras informações não contempladas no formulário nacional. Entre as perguntas do formulário SICLOM que, obrigatoriamente, precisam responder os candidatos à PrEP, destaco as seguintes:

Tabela 1 - Questionário Critérios de Elegibilidade para a PrEP

Pergunta	Alternativas
Você teve alguma exposição de risco ao HIV nas últimas 72 horas?	() Sim, por relação sexual desprotegida / () Sim, por violência sexual / () Sim, por compartilhamento de seringa e/ou agulha / () Sim, por acidente perfuro-cortante / () Não
Quantas vezes você usou PEP nos últimos 12 meses?	Nº
Nos últimos três meses com quantas pessoas você teve relação sexual?	() Homens / () Mulheres / () Homem Transexual / () Mulher Transexual Travesti / () Mulher travesti
Nos últimos três meses, com que frequência você usou preservativo em suas relações sexuais?	() Nenhuma vez / () Menos da metade das vezes / () Metade das vezes / () Mais da metade das vezes / Todas as vezes () / () Não se aplica
Nos últimos seis meses, você teve algum tipo das seguintes relações sexuais SEM preservativo? (pode marcar mais de uma opção)	() Anal Insertivo (penetrar o ânus) / Anal Receptivo (ser penetrado/a no ânus) / () Vaginal Insertivo (penetrar a vagina) / () Vaginal Receptivo (ser penetrada na vagina) / () Não se aplica
Nos últimos seis meses, você teve relação sexual sem preservativo com parceiras (os) HIV+	() Sim / () Não / () Não sei / () Não se aplica
Nos últimos seis meses, você aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo?	() Sim / () Não

Nos últimos seis meses, tem ou teve algum sintoma de Infecção Sexualmente Transmissível (IST)? (marcar todas as opções aplicáveis)	() Feridas na vagina/ no pênis / () Feridas no ânus / () Verrugas na vagina/no pênis / () Verrugas no ânus / () Pequenas bolhas na vagina/no pênis / () Pequenas bolhas no ânus / () Corrimento vaginal ou no canal uretral de cor diferente, com mau cheiro ou coceira / () Fui diagnosticado com sífilis / () Fui diagnosticado com Gonorréia/Clamídia Retal
Outros fatores associados à infecção pelo HIV	
Nos últimos 3 meses, você bebeu 5 ou mais doses de álcool durante um período de aproximadamente duas horas? Uma dose é o equivalente a uma lata de cerveja/copo de chopp, OU um cálice de vinho OU uma dose (30 ml) de um destilado (vodka, whisky, cachaça, licor, tequila, etc).	() Sim / () Não
Nos últimos 3 meses, quais das seguintes substâncias você usou? (marcar todas as opções aplicáveis)	Poppers / () Cocaína/ () Crack / () Maconha/ / () Club drugs (ketamina, ecstasy, LSD, GHB, sais de banho, etc.) / () Estimulantes para ereção (Sildenafil, Viagra®, Cialis®, Levitra®, Helleva®) / () Solventes / / () Não usei nenhuma das substâncias anteriores
Alguma vez você já usou drogas injetáveis? (Apenas uso sem prescrição médica)	() Não, nunca. / () Sim, nos últimos 3 meses / () Sim, mas não nos últimos 3 meses
Nos últimos 3 meses, você compartilhou instrumentos para uso de anabolizantes/bomba/hormônios/silicone?	() Sim / () Não

Fonte: Elaborada pelo autor (com informações documentais coletadas em campo)

Os questionamentos fazem parte do que os documentos institucionais chamam de “Abordagem sobre gerenciamento de risco”. São questões que buscam orientar uma conversa com os interessados sobre a possibilidade de realizar o gerenciamento de risco para o HIV de acordo com a sua realidade e práticas sexuais (BRASIL, 2017a). Ao mesmo tempo, funcionam como recurso para que a equipe de saúde defina se o paciente está elegível à PrEP, com base em suas práticas sexuais e sociais; isto é, de acordo com critérios epidemiológicos e de vulnerabilidade social.

As perguntas e todo o restante das rotinas de monitoramento feitas na primeira consulta são periodicamente revistas e atualizadas. Esse monitoramento ambulatorial para dispensa de nova medicação, previstos para ocorrer sempre em períodos que vão de 30 a 90 dias, é necessário passar sempre pelo mesmo processo de

atendimento, uma vez que “as dispensações ARV não serão automáticas, mas dependerão da avaliação médica e prescrição da profilaxia” (BRASIL, 2017a, p. 31).

Sobre as questões abordadas no questionário é possível perceber que elas percorrem pelo menos três caminhos. Primeiramente, destaca-se a questão da “*quantidade de exposições sexuais arriscadas*”, indagada por meio de perguntas sobre relações sexuais sem uso de preservativo ou pelo uso do tratamento com PEP. Interessa saber nesses casos, além da quantidade e o tempo em que ocorreu, qual foi a prática sexual realizada, se vaginal, anal, ativa ou receptiva, possivelmente para uma interpretação baseada no cálculo probabilístico de risco dessas práticas. E, ainda, se trata de saber se o candidato já teve alguma outra infecção resultado das práticas sexuais desprotegidas, especificamente quando a pergunta solicita informação detalhada sobre os sintomas experimentados pelo candidato.

Outra questão sobre os aspectos contidos no questionário diz respeito a certa “*caracterização do parceiro sexual*”. São perguntas que buscam identificar certo perfil social de pessoa com quem o usuário se relaciona sexualmente; se homem, mulher, cisgênero ou transexual. Procura-se saber, ainda, se houve relacionamento sexual com pessoas que tiveram diagnóstico (positivo ou negativo) para o HIV. Nota-se que com essas perguntas é possível testar o pertencimento aos grupos prioritários, uma vez que eles são definidos, em grande medida, pela orientação sexual e/ou a identidade de gênero do indivíduo.

Em terceiro lugar, encontram-se as perguntas que mantêm certa preocupação em compreender as “*condutas de vida do candidato à PrEP*”, uma vez que abordam questões que ultrapassam as práticas diretamente relacionadas com a infecção pelo HIV. Percebo que há uma tentativa explícita de categorização do candidato à PrEP como pessoa que usa/usou álcool, drogas ilícitas, ou hormônios anabolizantes. Por trás dessas perguntas existiria, aparentemente, o pressuposto de que permitiriam identificar comportamentos dos candidatos suscetíveis de representar algum nível de risco ou de desvio legal ou moral da normalidade.

Emerge nessas questões, para além das informações a respeito de práticas de risco para a infecção por HIV, uma espécie de moral que, nos termos de Foucault (2006b, p. 211), refere-se a “[...] um conjunto de valores e de regras de conduta que são propostas aos indivíduos e aos grupos por meio de diversos aparelhos

prescritivos”. São prescrições transmitidas por diferentes instituições de maneira difusa. Consistem em parâmetros normativos que não formam um conjunto sistemático de regras, mas que se constituem como um complexo de elementos organizados por um jogo de poder e saber.

Ao longo deste trabalho acredito ter demonstrado como a sexualidade, especialmente quando se afasta do padrão heteronormativo, converte-se em um espaço de normalização articulado por um sistema de saberes e de exercício do poder próprios dos processos de medicalização da vida humana. Tratar da epidemia do HIV/aids significa tratar também da sexualidade, espaço de constantes tensões. Por este motivo, é pertinente refletir sobre o fato de que as perguntas utilizadas para eleger um usuário à PrEP estão, em grande medida, associadas a práticas sexuais historicamente consideradas perigosas e moralmente condenáveis.

Contudo, não se pode dizer, por exemplo, que um homossexual, ao responder que se relaciona sexualmente com outro homem, sairá da consulta como alguém penalizado. Tampouco se trata de pensar que existirá uma sanção física àquele que, hipoteticamente, reconheça que tem lesões no ânus. Mas cabe questionar a função social dessas perguntas ao se tratar da prevenção ao HIV/aids, ao capturar como parte do processo de medicalização dimensões da vida dos usuários da PrEP, por meio de instrumentos de categorização social que indicam uma cisão entre o bom e mau comportamento sexual, a partir da legitimidade científico-técnica que sustenta a lógica do risco.

Foucault (2017), quando realizou o clássico estudo sobre a história da sexualidade, identificou como a verdade sobre o sexo emergiu por meio dos discursos cristãos, que interligavam o desejo e a moral religiosa. O cristianismo teria inserido a ideia de que os excessos sexuais precisavam ser vigiados. Uma vigilância exercida por meio do próprio indivíduo e revelada ao sacerdote por meio da confissão. “A confissão, o exame da consciência, foi o modo de colocar a sexualidade no centro da existência. O sexo, nas sociedades cristãs, tornou-se algo que era preciso examinar, vigiar, confessar e transformar em discurso” (RIBEIRO, 1999, p. 359). Se cito essa discussão a respeito do poder pastoral cristão é por identificar no modelo de prescrição da PrEP certos elementos que recorrem ao cerne da vivência cristã mantida pela confissão.

Noto como o questionário busca identificar os excessos sexuais. Não os pecados, em termos cristãos, mas os riscos, em termos biomédicos. Tratam de questões consideradas arriscadas, perigosas, que no contexto da modernidade deveriam ser controladas. A atribuição de riscos envolve um processo que alberga uma prática muito similar à confissão, quando o paciente “confessa” ao profissional de saúde seus próprios desvios. E se no domínio cristão o pastor surge como o responsável por ouvir e direcionar o rebanho, cabe ao profissional de saúde zelar pelo cuidado do indivíduo em risco e, em caso de ser declarado em condições de receber a PrEP, orientar sua utilização. Afinal, assim como refletiu Foucault enquanto analisava a pastoral cristã, “ter uma boa sexualidade é ter uma sexualidade socialmente reconhecida” (FOUCAULT apud CALÇADO, 2015, p. 117).

Ocorre que se nos prontuários as perguntas são formuladas de maneira objetiva, obter essas respostas nem sempre significa transitar por um caminho direto. Para isso, a equipe de saúde costuma utilizar algumas estratégias discursivas que fazem com que o paciente responda sobre os itens pré-estabelecidos.

Na verdade, a gente consegue meio que desdobrar com perguntinhas básicas, do tipo... tem parceria? Com isso daí já consegue direcionar se tem mais risco. Quantas parcerias teve? Daí você consegue saber se transa tanto ou bastante. Daí a terceira que é a grande chance: Tá, e com essas pessoas, usou preservativo? Daí tu mata a charada: não, realmente, o cara tem muito risco. Ou não, ele é super consciente e consegue se cuidar. A gente consegue mapear com as perguntas.

Eles não gostam de perguntas tipo “quantos nos últimos três meses”. Daí eu falo: eu não quero que tu puxe tua agendinha, eu quero uma média de quantos caras você teve relações sexuais. Daí a gente começa a trabalhar melhor. Essas perguntas são fundamentais pra compreender a realidade do paciente e tentar dar as orientações que ele precisa [...].

Os excertos acima ilustram de que maneira os profissionais de saúde interagem com os pacientes durante o questionário. Para fazer com que respondam, “desdobram-se” as perguntas em outras, adequando-se à realidade do indivíduo em busca do tratamento. Diferentemente de um estudo epidemiológico, não se faz necessário que a resposta se encaixe em opções padronizadas. A avaliação do risco do paciente durante a consulta é construída e reatualizada de forma subjetiva, a partir

de uma perspectiva pessoal: “*eu não quero que tu puxe uma agendinha*”, justifica o profissional de saúde.

Quando analisa o domínio da sexualidade, Foucault (2017) observa como a obrigação da confissão é imposta a partir de diversos mecanismos que estão profundamente incorporados a nós sem que estejamos cientes de sua existência, uma vez que a invisibilidade do exercício do poder em nada afeta seus efeitos e eficiência. Ou seja, não há mais um modelo ritualizado de confissão, pois o seu exercício é capilarizado em condutas cotidianas, tal como pode ser observado nos trechos acima, em que a equipe de saúde reformula as questões objetivas, fazendo com que o usuário fale sobre suas práticas sexuais como se estivesse em uma conversa informal.

Não se trata somente de dizer o que foi feito — o ato sexual — e como; mas de reconstituir nele e a seu redor, os pensamentos e as obsessões que o acompanham, as imagens, os desejos, as modulações e a qualidade do prazer que o contém. Pela primeira vez, sem dúvida, uma sociedade se inclinou a solicitar e a ouvir a própria confidência dos prazeres individuais (FOUCAULT, 2017, p. 71).

Se a prática da confissão pode ser identificada nas entrevistas de elegibilidade para à PrEP, estes episódios também ilustram um cenário prático da modernidade reflexiva, em que o conhecimento é reflexivamente aplicado. Exige-se do paciente que responda sobre suas práticas sexuais a partir de uma equação que envolve reflexão, conhecimento e certeza. Contudo, como visto, não é preciso uma resposta exata, basta que ofereça uma sensação de certeza maior do que a dúvida propiciada pelas práticas sexuais perigosas. Ao responder um número aproximado de parcerias sexuais nos últimos três meses, por exemplo, espera-se que o indivíduo examine suas práticas sociais e, ao mesmo tempo, à luz da informação sobre PrEP e HIV, renove suas próprias práticas, alterando constitutivamente seu caráter (GIDDENS, 2002). Nota-se, ainda, como existe uma espécie de “quebra-cabeça” a ser montado com os questionamentos quando o entrevistado afirma “*Daí tu mata a xarada*”. Não apenas para indicar o tratamento, as perguntas exercem a função de capturar os riscos em que aquele paciente está inserido. É como se houvesse algo que precisa ser desvendado, descoberto acerca daquele indivíduo.

Interessa ainda problematizar o fato de que essas perguntas, pelo menos da maneira formal como são estruturadas no questionário, pouco se atentam aos aspectos que os documentos institucionais entendem como fatores de vulnerabilidade social. Com exceção das interrogações sobre uso de álcool, drogas ilícitas e anabolizantes, todas as outras perguntas fazem referência unicamente às práticas sexuais de risco. Questões envolvendo raça e classe social, por exemplo, tratadas neste trabalho como marcadores sociais de diferença, não são indagadas no questionário. A única menção indireta aos fatores de vulnerabilidade aparece no protocolo clínico quando sugere que a equipe de saúde, durante a consulta, faça a “[...] anamnese completa com avaliação de fatores socioeconômicos, comorbidades e medicações concomitantes, possibilidade de eventos adversos e avaliação de riscos adicionais” (BRASIL, 2017a, p. 26).

Essa citação sugere a presença de questões relativas à vulnerabilidade social, tal como citadas em outros documentos institucionais anteriormente mencionados. E, além disso, outorga um alto grau de autonomia dado às equipes de saúde, que são autorizadas a definirem suas próprias abordagens de monitoramento dos pacientes. Entretanto, durante as entrevistas realizadas para esta tese, foram encontradas poucas menções diretas aos fatores socioeconômicos que apareciam nas respostas, exceto quando se tratava de reconhecer não estar atingindo, ainda, o público de fato prioritário. Na prática, parece-me que assim como os grupos prioritários foram definidos principalmente pela lógica do risco; os usuários elegíveis e posteriormente monitorados são definidos pelas referências a condutas sexuais e sociais de risco⁶⁰.

Quando Foucault (2009) analisou a construção da figura do anormal pela psiquiatria, observou como essa construção ocorreu a partir de normas morais, éticas e de discursos adjetivantes. A figura do homossexual, como discutido no capítulo 3 desta tese “Homossexualidade e periculosidade social”, é um exemplo dessa modalidade construção da periculosidade por meio de tecnologias e saberes de reparação, readaptação, reinserção e correção. Baseado nas reflexões que venho construindo até aqui, cabe interrogar como a racionalidade da PrEP parece funcionar

⁶⁰ Isso não quer dizer que questões de vulnerabilidade não possam ser identificadas pela equipe de saúde de maneiras mais subjetivas, porém durante minhas entrevistas, quando questiono sobre o que quer dizer diante das questões de vulnerabilidade, as respostas ainda mantiveram um padrão predominantemente baseado na lógica do risco.

para identificar e medicalizar um perfil de usuário específico, cujos comportamentos são permanentemente objeto de problematização social.

4.2.2 Testes laboratoriais e a decomposição dos corpos em exame

Para indicação à PrEP, além de pertencer aos grupos prioritários e ser elegível para o tratamento como resultado da avaliação realizada por meio do questionário examinado na sessão anterior, faz-se necessário também descartar o diagnóstico prévio da infecção pelo HIV, já que a introdução da profilaxia em quem está infectado pode ocasionar a seleção de cepas resistentes ao vírus (BRASIL, 2017a). Por esse motivo, é preciso, antes de iniciar o tratamento, a realização de testagem laboratorial para o vírus da aids. Mas não apenas este exame, o protocolo clínico de PrEP também inclui uma lista de testagens que passa a fazer parte da rotina de monitoramento do tratamento profilático.

Tabela 2 - Exames de triagem e monitoramento para uso da PrEP

EXAMES DE TRIAGEM	
Exames	Método
Teste para HIV	Teste rápido (TR) para HIV, utilizando amostra de sangue
Teste para sífilis	Teste treponêmico de sífilis (ex. teste rápido ou ELISA) ou não treponêmico (ex. VDRL ou RPR ou Trust)
Identificação de outras IST (clamídia e gonococo)	Pesquisa em urina ou secreção genital (utilizar metodologia disponível na rede. Ex. cultura)
Teste para hepatite B ^(a)	Pesquisa de HBsAg (ex. teste rápido) e Anti-HBs
Teste para hepatite C	Pesquisa de Anti-HCV (ex. teste rápido)
Função renal ^(b)	Clearance de creatinina Dosagem de ureia e creatinina sérica Avaliação de proteinúria (amostra isolada de urina)
Função hepática	Enzimas hepáticas (AST/ ALT)

Fonte: BRASIL, 2017a

Com exceção do teste para HIV, os demais exames listados acima não são pré-requisitos para o acesso ao medicamento, mas devem ser feitos desde a primeira consulta, pois servem para o monitoramento clínico contínuo que faz parte do tratamento. Na listagem, temos testagem para ISTs diversas (sífilis, gonorréia e clamídia), além de testes para hepatites B e C, bem como monitoramento da função hepática e renal.

Com relação aos exames de IST, argumenta-se no protocolo clínico que “indivíduos elegíveis para PrEP apresentam maior risco para a aquisição de IST, uma vez que estes compartilham com o HIV as mesmas vias de transmissão” (BRASIL, 2017a, p. 23). A afirmação é fundamentada em estudos científicos que demonstraram que pessoas com IST e infecções não ulcerativas do trato reprodutivo apresentam tendência proporcionalmente mais elevada a se infectar pelo HIV. Sobre os testes de hepatites, argumenta-se que “indivíduos sexualmente ativos (especialmente HSH) e pessoas que usam drogas apresentam maior risco de hepatite pelo vírus B (HBV) e hepatite pelo vírus C (HCV)” (BRASIL, 2017a, p. 24)

Por último, dada a potencial toxicidade renal e hepática provocada pela PrEP, o documento ainda orienta que se avalie a função renal por meio de dosagem de creatinina sérica, pois “o uso de TDF [PrEP] pode levar a uma perda progressiva da função renal [...] podendo ocorrer, em raros casos, insuficiência renal aguda e síndrome de Fanconi” (BRASIL, 2017a, p. 25). Sobre a dosagem de enzimas hepáticas, a recomendação é feita visando identificar a presença de elevação dessas enzimas, para possível investigação diagnóstica de outras doenças, como infecção pelos vírus das hepatites, doença hepática alcoólica e doenças metabólicas. Embora sugira o monitoramento contínuo desses itens, afirma-se no protocolo que “[...] o comprometimento significativo da função renal não foi observado nos ensaios clínicos e estudos de demonstração realizados” e, ainda, que “não é raro que ocorra uma discreta alteração no clearance, totalmente reversível com a interrupção do uso da medicação” (BRASIL, 2017a, p. 25).

Na prática, embora essas testagens façam parte do protocolo clínico de monitoramento, existe certa autonomia dada às equipes de saúde para que adaptem as testagens de acordo à realidade de cada paciente, definindo quais métodos de testagem serão utilizados e com que periodicidade.

Aí o que acontece, a pessoa veio na primeira vez, e aí eu vou fazer coletas laboratoriais. Creatina, pra depois de seis meses dosar e ver se tem efeito não aceitável. Aí o que varia? Esse paciente já teve sífilis? A gente não faz mais rápido, faz VDRL. O que tem disponível são os quatro testes e os exames laboratoriais, e a gente vai jogando conforme vai se desenhando o perfil do paciente.

No trecho acima, temos a explicação de um profissional de saúde a respeito das coletas laboratoriais. No exemplo que cita, ele justifica que se, por exemplo, um paciente testa positivo para sífilis, a testagem realizada não é mais a mesma. Deixa-se, portanto, de utilizar o teste rápido para a realização de exame sanguíneo laboratorial. “A gente vai jogando conforme vai se desenhando o perfil do paciente”, explica. Esse fato leva à interpretação de que embora os documentos orientem a prática profissional, esses mesmos documentos consagram a relativa autonomia da equipe de saúde para decidir as maneiras de monitorar os usuários. E, dentro dessa autonomia, o modelo de prevenção instaurado pela PrEP amplia suas fronteiras com a inserção de novos olhares e perspectivas sobre quem e como deve ser objeto de vigilância.

Cara, tem muita gonorréia, muito HPV, sífilis tá estourando a tanga. O que acontece na consulta? Eu com os testes rápidos acabo sempre separando os da sífilis e do HIV de um lado e hepatites de outro. Eu nunca tive uma hepatite. E a gente não se preocupa tanto com o HIV porque você vai ter tratamento, a nossa grande preocupação agora é com a sífilis, porque tem muita sífilis na ilha. E eles sabem, mas tem muita IST. Mas o que acaba sendo legal: a gente acaba cuidando e monitorando a vida sexual das pessoas, estamos em constante trabalho. Não é só a PrEP, eles têm meus contatos. A gente tem planilhas que controlam a sífilis. Então a gente vai além da PrEP, a gente tá cuidando deles, eles são os filhinhos da gente.

A gente tem um compromisso com eles, a gente tá cuidando da saúde deles. Não adianta só fazer com que eles não tenham HIV. Tá, e as outras IST? Enquanto ele tá com PrEP e não tá usando camisinha, tá passando sífilis pra todo mundo. Temos o compromisso de ver o todo, não só o HIV. É um pacote.

Nota-se nos depoimentos acima uma preocupação, um empenho no monitoramento laboratorial das outras ISTs que não o HIV, porque, como afirma um entrevistado, “tem muita gonorréia, muito HPV, sífilis tá estourando”. Dessa forma, o controle clínico-laboratorial do usuário ultrapassa a função inicial da PrEP, que é prevenir o vírus HIV, na direção de também tentar administrar outras incertezas, como as variadas infecções sexualmente transmissíveis. Para além de qualquer problematização a respeito da PrEP contribuir ou não para o aumento de outras infecções, percebo como através das testagens necessárias para fazer uso da PrEP, monitora-se aspectos mais amplos da sexualidade e da saúde dos usuários da PrEP

que passam a ser capturados pelo governo da homossexualidade nos moldes estabelecidos pela lógica do risco.

Gayle (2017) é categórica ao afirmar que o medo da aids afetou a ideologia sexual. De fato, enquanto se exercem formas de prevenção ao HIV, também se exercem práticas de controle e monitoramento que são maiores do que o próprio vírus e a doença enquanto epidemia. São práticas que revelam mecanismos de poder que disciplinam os corpos em seus excessos, a partir de um monitoramento contínuo e roteirizado.

A extração de informações sobre os indivíduos através de consultas com profissionais de saúde e das testagens laboratoriais pode ser enquadrada no que Foucault (2014) chamou de exame como um tipo de técnica do poder que disciplina e normaliza os corpos. Por exame, neste caso, refiro-me agora à “técnica pela qual o poder, em vez de emitir os sinais de seu poderio, em vez de impor sua marca a seus súditos, capta-os num mecanismo de objetivação” (FOUCAULT, 2014, p. 183).

Trata-se de pensar a PrEP e seu sistema de controle e monitoramento clínico-laboratorial enquanto estratégia que coloca os indivíduos em um campo documentário. A partir do prontuário de cada paciente, com informações retiradas de questionários ou de testagens laboratoriais, as biografias sexuais são detalhadas em minúcias, situando os usuários em um campo de constante vigilância. Como dito em uma das entrevistas, “*a gente tem planilhas que controlam [...] a gente vai além da PrEP, a gente tá cuidando deles*”. Ocorre que se, do ponto de vista da saúde, essa rotina é lida como cuidado, também pode ser lida como um processo de objetivação do usuário como um indivíduo socialmente perigoso.

É interessante perceber como estamos diante de mais uma materialização da clássica afirmação de Foucault (2014) de que saber gera poder e poder gera saber. Em uma via de mão dupla, com o monitoramento da PrEP prospera a constituição de um domínio de saber sobre os usuários que, ao mesmo tempo, funciona como espaço de exercício de um poder que os disciplina, uma vez que vigia e orienta suas condutas sexuais. A medicalização por meio das consultas e das testagens decompõe os corpos dos indivíduos, que são postos em um campo de análise padronizado. Essa forma de concretização do exame como técnica de saber e de poder estende-se a todos os usuários da PrEP. Por meio do exame é criado um arquivo que registra com

detalhes e minúcias práticas sexuais e sociais que se convertem em alvos privilegiados do saber e do poder.

Os procedimentos de exame são acompanhados imediatamente de um sistema de registro intenso e de acumulação documentária. Um “poder de escrita” é constituído como uma peça essencial nas engrenagens da disciplina. Em muitos pontos, modela-se pelos métodos tradicionais da documentação administrativa. Mas com técnicas particulares e inovações importantes. Umas se referem aos métodos de identificação, de assimilação, ou de descrição (FOUCAULT, 2014, p. 185).

Graças a todo esse procedimento de monitoramento clínico-laboratorial da PrEP com suas técnicas documentárias, faz-se de cada usuário um “caso”, no sentido de que o usuário é estudado. Incorporado ao poder disciplinar, “pode ser descrito, mensurado, medido, comparado a outros e isso em sua própria individualidade; e é também o indivíduo que tem que ser treinado ou retreinado, tem que ser classificado [...], etc” (FOUCAULT, 2014, p. 187). Ao mesmo tempo, o exame não atua somente sobre o indivíduo, uma vez que os registros individuais operam como insumos imprescindíveis para a construção de bases de dados populacionais, em particular, daquelas utilizadas na vigilância epidemiológica e na formulação, planejamento e avaliação de políticas e programas de prevenção da epidemia de HIV/aids.

Como observado no capítulo anterior, a legitimidade da PrEP enquanto instrumento de prevenção ao HIV/aids está sustentada por estudos epidemiológicos construídos a partir do monitoramento extraído das práticas consideradas de risco. Observações dos corpos individuais proporcionam dados que, de forma agregada, convertem-se em parâmetros dos processos de medicalização social. Ao mesmo tempo em que a prática do exame produz efeitos na constituição da individualidade, também serve como instrumento biopolítico para o controle da população. Vale lembrar que com o termo biopolítica estou me referindo a uma tecnologia que agrupa os efeitos de massa de uma população e que busca controlar eventos fortuitos através de medições probabilísticas. Trata-se de um tipo de tecnologia política que vislumbra o equilíbrio global exercendo um poder regulador (FOUCAULT, 2010).

O monitoramento clínico-laboratorial da PrEP une a técnica disciplinar, centrada no corpo dos usuários, com práticas biopolíticas, centradas na população enquanto fenômeno global, resultando no exercício do biopoder, um poder centrado

na vida, ou melhor, na gestão da vida enquanto modelo de organização social. Nesse sentido, a política da PrEP se apoia permanentemente na lógica do risco, visando medicalizar os usuários e suas práticas, resultando tanto em um controle e orientação individual quanto no mapeamento de um grupo de usuários enquanto categoria social.

Contudo, como demonstrado na primeira seção deste capítulo, esse grupo mantém uma especificidade centrada na identidade homossexual. Dito em outros termos, se a PrEP vem funcionando com instrumento de disciplinamento dos corpos e de controle da população, trata-se de um tipo de corpo e de uma população muito específica que representam uma condição que ao longo da história vem recebendo olhares de sanção e controle: a homossexualidade.

Não pretendo com isso discutir se a PrEP deve ou não ser tomada pelos homossexuais, mas apenas ressaltar que existem efeitos disciplinares e biopolíticos em seu funcionamento que merecem certo grau de problematização. Ademais, é curioso como frente a tantos avanços em termos de garantias de direitos emancipatórios, as políticas de saúde ainda tratem as práticas sexuais derivadas do homoerotismo como objeto prioritário de intervenção biomédica.

Parece-me interessante resgatar aqui a discussão que fez Perlongher (1993) a respeito do ilusório ao decretar o fim da homossexualidade que seria decretado pela epidemia da aids. Naquela época, como observou o autor, o vírus havia penetrado de tal forma nas práticas homossexuais que já não se podia mais falar em um homossexual livre para exercer seus desejos. Em um texto extremamente poético, esclareceu que o que desaparecera não era a prática homossexual em si, mas “[...] o interminável festejo da emergência à luz do dia, no que foi considerado o maior acontecimento do século XX: a saída da homossexualidade à luz replandecente da cena pública” (PERLONGHER, 1993, p. 40).

Como venho discutindo nesta tese, a homossexualidade esteve sob a tutela da medicina, que a categorizou e patologizou. A autonomia conquistada com a despatologização, que Perlongher (1993) chamou de festa do apogeu, representou o momento em que, libertada dos domínios institucionais da medicalização, poderia ser exercida sem ser considerada crime, pecado ou doença. Porém, com a epidemia da aids desapareceu esse homossexual que tão recentemente havia se emancipado.

Suas práticas passaram a ser vigiadas, controladas ou mesmo reprimidas pela percepção de perigo e pela estigmatização da doença.

Conforme sugerido em um trabalho anterior, a PrEP poderia significar o reaparecimento da homossexualidade cujo desaparecimento Perlongher havia vislumbrado (BARP, MITJAVILA, 2020). Como resultado do entusiasmo suscitado pelas novas possibilidades de prevenção ao HIV por meio da PrEP as práticas sexuais vistas como essencialmente perigosas passariam agora a ser praticadas com certo nível de segurança garantido pela eficácia da profilaxia. Teríamos, então, o reaparecimento de um homossexual PrEP(parado): que não é mais visto como essencialmente pecador, doente e/ou estigmatizado pela sua associação direta com a aids, e que teria a possibilidade de voltar brilhar na provocação de sua social libertinagem.

Paradoxalmente, o custo dessa hipotética emancipação advém do mesmo lugar que a liberta. Recapitulando Perlongher (1987, p. 76), digo que “antes os anormais estavam fora do consultório. Agora podem entrar e receber conselhos”. De certa forma, para que os homossexuais homens preservem o direito de continuar exercendo seus desejos em plena luz do dia, deverão retornar aos consultórios médicos, e disponibilizar nesse espaço suas próprias biografias para serem esquadrihadas por meio de consultas e exames clínico-laboratoriais. A mesma PrEP que proporciona condições de segurança diante do HIV/aids opera como um dispositivo de disciplinamento individual e de gestão biopolítica da homossexualidade. Reaparece, portanto, um novo homossexual, que ressurge na modernidade tardia sob contornos ainda mais definidos pela medicalização associada ao risco enquanto construção social.

4.3 Comprimido da responsabilidade: individualização e estilo de vida

Ao longo dos três últimos séculos, a profissão médica teve uma participação decisiva no funcionamento de diversas instituições sociais entre as quais se destacam aquelas responsáveis pelos processos de categorização e controle social de comportamentos considerados desviantes, como no caso daqueles atribuídos aos homens homossexuais. No contexto da modernidade, caracterizada, entre outras

coisas, pela secularização da vida social e pela influência das ideias iluministas, muitas das funções de controle social, anteriormente exercidas fundamentalmente pela Igreja Católica, foram progressivamente transferidas para domínios institucionais que se converteram na nova retaguarda da moral burguesa, amparadas na razão científico-técnica (GIDDENS, 2002; BECK, 2011). Essas transformações sociais lhe reservariam aos saberes peritos em geral, e de maneira especial ao saber médico, novas e relevantes funções em nome da defesa da sociedade.

Assim, com a superação parcial dos códigos de moralidade tradicionais, os saberes peritos começaram a ganhar protagonismo na construção da ordem social moderna, conquistando cada vez mais legitimidade, competências jurisdicionais e, em alguns casos, o monopólio da produção de verdade acerca do que pode ser, ou não, considerado como comportamento normal. Sob essas condições, algumas profissões, e fundamentalmente a medicina, passaram a exercer funções de arbitragem social (MITJAVILA, 2002; MITJAVILA, 2010), elaborando parâmetros normativos e desempenhando um papel de destaque no governo do indivíduo e da população.

A sexualidade aparece como um dos domínios nos quais o saber médico teve, e ainda tem, um papel relevante na construção de práticas discursivas e não discursivas em torno anormalidade A medicalização da homossexualidade apoia-se, precisamente, na patologização do comportamento homoerótico em função da sua periculosidade social, fundamentando-se, assim, a necessidade de tratamento médico e psicológico para modificar, controlar ou regular a conduta do indivíduo homossexual (GREEN, 2019).

Nos trilhos da clássica afirmação de Foucault (2014) de que não há poder sem resistência, uma luta social pela emancipação da homossexualidade vem sendo traçada contra as forças institucionais que a administram. Principalmente a partir dos anos de 1970, a “questão homossexual” foi posta na mesa, quando grupos organizados reivindicaram “[...] um “lugar social” assegurado, capazes de sustentar os contornos de uma identidade socialmente reconhecida, embora, evidentemente, preconceitos localizados persistissem com grande vigor” (PEREIRA, 2004, p. 55). A despatologização da condição homossexual é um bom exemplo de como a organização social focada na militância possibilitou alterar contornos institucionais que

pareciam tão definidos em relação à medicalização desses comportamentos perigosos.

A epidemia do HIV/aids também ilustra essa situação uma vez que consegue reatualizar estigmas e preconceitos contra a homossexualidade, mas que, ao mesmo tempo, funcionou como uma oportunidade para que o ativismo homossexual iniciasse uma aberta discussão sobre a legitimidade de seus comportamentos. Foi a partir do enorme drama social da epidemia que as sociedades e os Estados tiveram que discutir, por exemplo, o exercício de práticas sexuais divergentes dos padrões estabelecidos pela normatividade heterossexual. E, embora nesta tese esteja afirmando que pairam sob essas discussões antigos regimes de verdade de cunho estigmatizante, é importante salientar como, obrigatoriamente, a sexualidade homossexual é agora posta em discurso e precisa ser debatida.

Neste cenário composto por jogos de força e tensões em que ora avanços emancipatórios são conquistados, ora preconceitos são reatualizados, soa interessante debater como tem sido possível que a homossexualidade seja colocada de volta sob o guarda-chuva da medicina e de todo o aparato envolvido em sua medicalização. Algumas pistas podem ser encontradas nas próprias características da modernidade, que podem ser observadas em algumas das falas registradas durante o trabalho de campo, como apresento a seguir:

A PrEP em si não é só o comprimido, mas a possibilidade de que a gente tenha atendimento com testagem de outras IST, aconselhamento pra vida da pessoa sobre a sexualidade. E ela tem um diferencial de como política de prevenção combinada, a possibilidade de escolha. Quando a gente dá a possibilidade de escolha entre os recursos que a gente tem, o que a gente vem mostrando é a tendência de que as pessoas consigam cumprir o objetivo que é se prevenir pro HIV.

Então acho a PrEP uma política revolucionária em relação a dar a possibilidade de escolha, como uma ferramenta biomédica, que é um comprimido, mas que pode ser dado a possibilidade da escolha da pessoa.

Na sessão anterior procurei demonstrar como a utilização da PrEP não consiste, apenas, na ingestão diária de um comprimido preventivo para o HIV/aids. Ela é muito mais complexa porque envolve um monitoramento contínuo a respeito das condutas dos usuários, principalmente aquelas atreladas às práticas sexuais

desviantes. O primeiro dos trechos acima apresentados ilustra esse alcance dos processos de medicalização da homossexualidade quando o profissional de saúde apresenta a PrEP como a *“possibilidade de que a gente tenha atendimento com testagem de outras IST, aconselhamento pra vida da pessoa sobre a sexualidade”*. Sequencialmente, afirma se tratar de um diferencial baseado em seu caráter opcional. Portanto, o que a tornaria revolucionária não seria o tratamento preventivo em si, mas o fato dele ser uma escolha do usuário, isto é, *“uma ferramenta biomédica, que é um comprimido, mas que pode ser dado a possibilidade da escolha da pessoa”*.

A ideia de escolha vem amparada institucionalmente pelo conceito de gestão de risco, que sustenta em documentos norteadores da PrEP que os usuários são autônomos e capazes de fazer escolhas para o seu melhor interesse, se tiverem todas as informações necessárias para reduzir seu risco de infecção pelo HIV (BRASIL, 2017a). Nesse contexto, defende-se que seja levada em consideração a experiência do usuário com os métodos de prevenção; suas práticas sexuais; tipo e frequência das parcerias sexuais; histórico de saúde sexual; e contextos de vulnerabilidade e de exposição ao HIV.

No âmbito desta tese, a gestão dos riscos é lida como um fenômeno constitutivo da modernidade tardia e, sendo assim, também como uma forma de governar populações. Isso porque como discuti anteriormente, o risco, através de instrumentos proporcionados pela epidemiologia, passou a operar como recurso de administração da incerteza e do medo (MITJAVILA, 2015). O que torna interessante na incorporação da ideia de gestão do risco com a PrEP é o aparente caráter opcional, a partir de uma escolha do usuário em aderir ou não à profilaxia.

Emerge diretamente neste debate um elemento característico da modernidade tardia, conceituado por Beck (2011) como processo de individualização social. Refere-se a um novo modo de “societalização”, isto é, um novo modo de autoprodução da própria sociedade que envolve, entre outras coisas, transformações na relação indivíduo-sociedade. Em termos práticos, trata-se de uma mudança que estrutura a vida privada dos indivíduos na modernidade tardia, os quais são orientados a tomar decisões sobre si mesmos e construir reflexivamente suas biografias.

Em um cenário em que os riscos ditam o comportamento social, os indivíduos são obrigados a assumir o controle sobre suas vidas e tomar decisões que

supostamente deem conta de se prevenir desses riscos. “Na sociedade individualizada, o indivíduo precisa aprender, sob pena de um prejuízo irreversível, a reconhecer-se a si mesmo como foco da ação” (BECK, 2011, p. 199) Contudo, a individualização social não é sinônimo de emancipação; pelo contrário, “[...] poder-se-ia dizer que os indivíduos estão condenados à individualização” (MITJAVILA; JESÚS, 2004, p. 73). Isso porque as condições da modernidade circunscritas pela lógica do risco demandam a tomada de decisões o tempo inteiro. Com a dissolução de instituições tradicionais, não é mais possível isentar-se da responsabilidade de tomar decisões sobre si.

Da mesma forma que outras áreas de funcionamento da vida social, os processos de medicalização de diversas condições, entre as quais se encontra a homossexualidade, parecem estar funcionando cada vez mais dentro dos moldes de individualização social. Isso também incluiria a PrEP, pelo menos no que se refere à exaltação do suposto livre arbítrio dos indivíduos para se autogovernar e conduzir suas biografias assumindo a responsabilidade pela gestão de si, evitando adoecer, o que representaria uma ameaça para a saúde pública e, conseqüentemente, para sociedade. Ou seja, parte-se do pressuposto de que, uma vez munido de todas as informações sobre os riscos decorrentes de suas práticas sexuais, o usuário deverá tomar decisões sobre a forma de sua prevenção ao HIV/aids. Ao ser apresentado à novidade farmacológica, ele é quem decide quando e como ela passa a integrar sua biografia.

Ocorre que não se pode interpretar a individualização como sinônimo de autonomia, pois como discute Beck (2011), na modernidade o indivíduo se vê obrigado a planejar o futuro em face das coisas que podem vir a acontecer. Isso implica que, embora a PrEP seja uma escolha, ela existe dentro de um leque de opções pré-fabricadas de possibilidades de prevenção ao HIV/aids, atualmente denominada Prevenção Combinada. Nela, indica-se que o usuário escolha, entre as opções disponíveis, a modalidade que lhe melhor convém (BRASIL, 2018), porém a recusa total da prevenção atestaria a aceitação das conseqüências do risco da infecção ou, em outras palavras, a sua responsabilização e, ainda, a sua eventual culpabilização pela recusa a assumir esse tipo de encargo social.

Se anteriormente questionei como seria possível o retorno da homossexualidade aos consultórios médicos com a PrEP, sugiro que o processo de individualização a que ele é exposto possa ajudar a compreender esse feito. O caráter opcional da profilaxia assegura que a decisão do uso seja do usuário, mas não sem que previamente ele inicie um processo de subjetivação pelo qual que passe a se auto-reconhecer como um problema, como uma fonte de perigo e que, devido a isso, precisa de tratamento.

Diferentemente dos processos de medicalização da homossexualidade ocorridos em períodos anteriores, quando as sanções e punições eram de natureza mais coercitiva, as atuais estratégias de gestão biopolítica da homossexualidade operam de forma a esconder seus mecanismos de poder por meio de tecnologias políticas que pautam processos nos quais tudo aparenta ser opcional. Paradoxalmente, para receber um tratamento de prevenção ao HIV que o permita continuar exercendo suas práticas sexuais, o homossexual precisa ele mesmo se reconhecer como categoria perigosa, buscar atendimento e, ainda, submeter sua biografia a novos procedimentos de regulação social. Nesse sentido, assistimos, no caso da homossexualidade, à reconfiguração da ideia de periculosidade social, cujos critérios de definição se apoiam na lógica do risco e na responsabilização dos indivíduos pelo cuidado de si.

Como destaca Mitjavila (2002, p. 139), “a individualização dos riscos supõe o desenvolvimento de técnicas para incitar, orientar, informar e controlar os indivíduos e as famílias a respeito das chances de ocorrência de acontecimentos indesejáveis”. Embora presuma autonomia no gerenciamento dos riscos, o processo de individualização não deixa de estar submetido aos instrumentos de gestão do espaço social. No caso do HIV/aids e, especificamente da PrEP, é possível perceber como a administração dos riscos combina estratégias de gerenciamento do corpo e da população através do fenômeno da individualização.

Como uma série de teóricos vêm apontando, o biopoder tem buscado o controle sobre as populações humanas cada vez mais por meio de práticas de saúde e bem-estar. Suas estratégias aparecem capilarizadas a ponto de nos convencer de que essas ações fazem parte dos nossos próprios interesses em nos regularmos. Se retomar a sexualidade como ponto preciso onde o disciplinar e o regulador se

articulam (FOUCAULT, 2017), é preciso reconhecer que “as drogas [como a PrEP] para a saúde sexual implicam no disciplinamento de corpos individuais (por meio do monitoramento da adesão) e da regulação de populações inteiras (por meio de intervenção epidemiológica)” (DEAN, 2015, p. 9).

Lupton (2019) defende que a lógica da promoção da saúde costuma ser direcionada “[...] para que os indivíduos descubram seu verdadeiro estado de saúde, para que revelem sua posição moral e para que, de fato, modelem seus verdadeiros eus por meio de estratégias de gerenciamento corporal”. Isso implica pensar que os discursos de prevenção a doenças costumam estar ligados a um autogerenciamento que define condutas diárias de comportamento em diferentes aspectos da vida social. No caso da sexualidade, o HIV/aids tem há quatro décadas ditado quais práticas são apropriadas e de que forma devem ser exercidas. Trata-se de um discurso tão internalizado que o rompimento com qualquer uma dessas regras pode acarretar a atribuição de culpa ao indivíduo pelos seus excessos ou omissões.

A PrEP surgiu como novidade para uma gestão de si no que se refere à sexualidade. Emerge em seu discurso individualizante a construção de certo estilo de comportamento alinhado às estratégias medicalizadoras de controle e de disciplinamento da sexualidade, aspecto que pode ser observado nos trechos de entrevistas apresentados a seguir:

As pessoas buscam individualmente porque a gente tem muita dificuldade de construir esse novo estilo de vida que a PrEP traz. A prevenção combinada dá uma nova possibilidade de deixar o sexo ser algo tão impactante, a ponto de prevenir o HIV de outras formas que não as dos anos iniciais.

A gente tem essa questão hoje da PrEP, da Prevenção Combinada como um estilo de vida, e tem uma evolução sexual em curso, do sexo deixar de ser aquela coisa que dá medo, que é perigoso, que vai me matar, que vem embutido na questão do HIV.

A discussão de um estilo de vida enquanto produto da individualização foi recorrente nas entrevistas que realizei com a equipe de saúde. Defende-se a PrEP não apenas como um tratamento profilático, mas enquanto um recurso que possibilita a criação de um novo eu do usuário, que enxergaria o sexo como algo menos impactante se for rotineiramente administrado. Argumenta-se que a PrEP estaria promovendo uma mudança ao afastar a associação entre sexo e perigo por meio da

adoção de um estilo de vida que representaria um caminho para superar o fracasso dos métodos anteriores.

Embora a expressão estilo de vida esteja amplamente difundida na linguagem comum, sua utilização nas ciências humanas e sociais aparece associada à análise dos processos de modernização social. De acordo com Giddens (2002), a expressão “estilo de vida” é utilizada para denotar um conjunto de práticas que um indivíduo assume, não apenas para preencher suas necessidades utilitárias, mas para dar forma a uma narrativa particular da auto-identidade. São práticas de rotina, reflexivamente construídas a partir das necessidades impostas pela modernidade tardia. Envolve escolhas que definem desde o que vestir ao acordar até mesmo a tomada de decisões sobre o futuro incerto; isso implica escolher não apenas sobre como agir, mas também sobre quem ser no mundo.

É possível ainda interpretar a noção de estilos de vida como uma das dimensões do que Foucault (1990) definiu como tecnologias do eu; isto é, operações que os indivíduos realizam sobre seu corpo e alma, pensamento e conduta, obtendo uma transformação de si mesmo com o objetivo de atingir certo grau de felicidade, pureza, sabedoria ou imortalidade. Essas operações costumam ser desenvolvidas com o auxílio de especialistas do campo científico-técnico que, em interação direta ou indireta com os indivíduos por meio de técnicas como a já mencionada confissão. Dessa forma, nos processos de medicalização da homossexualidade por meio da PrEP, a semelhança de outros processos medicalizadores, destaca-se a participação robusta de mecanismos de individualização social que se apoiam na promoção de estilos de vida padronizados, considerados higiênicos e saudáveis.

Nessa direção, ao tomar o risco como um dispositivo biopolítico que vem incidindo na sexualidade a partir da prevenção ao HIV/aids, as análises que desenvolvo sugerem que a PrEP operaria como uma estratégia de promoção de um estilo de vida caracterizado pela adoção de hábitos e práticas saudáveis quanto à sexualidade. Contudo, mais do que meramente casuais, esses hábitos parecem manter certa unidade que possibilita uma segurança ontológica de seus usuários, produzindo na homossexualidade um padrão mais ou menos ordenado de comportamentos.

Quando questionei os profissionais de saúde o que seria esse estilo de vida possibilitado pela PrEP, as respostas aludiram quase que exclusivamente a uma certa reformulação dos comportamentos sexuais dos usuários, moldado por um discurso técnico e científico de monitoramento, que revela o exercício de práticas próprias do funcionamento do biopoder.

Então o estilo de vida as vezes é ter mais parcerias sexuais, participar de práticas sexuais que normalmente são de mais riscos, mas que eu vou poder estar prevenido contra o HIV e se estiver fazendo o acompanhamento também vou poder testar e avaliar outras ISTs, e discutir como tornar a minha prática com o menor risco possível.

*Eu acho que a PrEP proporciona para as pessoas uma possibilidade de que elas não precisam mudar o comportamento delas se elas entenderem o risco que elas tão correndo. Eu acho que a PrEP é como se ela fosse um **comprimido da responsabilidade**.*

Nos trechos acima é possível notar que o estilo de vida da PrEP vem diretamente relacionado com o comportamento sexual dos usuários. Primeiramente, assume-se que a utilização da PrEP cria uma abertura para práticas sexuais de maior risco. Ocorre que, diferentemente do que acontecia em períodos anteriores ao tratamento, agora “[...] eu vou poder estar prevenido”. No segundo trecho, um complemento: “a PrEP proporciona para as pessoas uma possibilidade de que elas não precisam mudar o comportamento delas se elas entenderem o risco que elas tão correndo”.

Ao contrário do que preveem os documentos institucionais quando falam que a PrEP não indica o abandono do preservativo (BRASIL, 2017a), os enunciados assumem essa característica quando pressupõem não ser necessário mudar os comportamentos para aderir à profilaxia. Isto é, uma vez que a PrEP previne para o HIV, os homossexuais podem manter suas práticas historicamente associadas às múltiplas parcerias sexuais e ao sexo *bareback*.

Na análise da promoção de um novo estilo de vida induzido pela PrEP, considero pertinente incluir a reflexão de Dean (2015, p. 229) quando afirma:

Officially licensed as a prophylactic, Truvada seems also to license enjoyment without limits. I would argue that condom-free sex is mediated by Truvada even when the participants are not on it, because the drug has crystallized as

a mediating idea about what worry-free sexbetween men in the 21st century might be.

Parece-me que nos estilos de vida concebidos no âmbito da PrEP emerge certa racionalidade que autoriza para o sexo *bareback* seja, senão permitido, pelo menos tolerado. Não quero dizer com isso que os documentos institucionais legitimem essa prática, tampouco que haja algum grau de estímulo direto. Pelo contrário, tanto no material documental quanto nas manifestações dos entrevistados nota-se a ênfase na necessidade de se considerar outros métodos preventivos em paralelo ou complemento, principalmente para evitar outras infecções que não o HIV. Ocorre que, diante do fracasso da camisinha em termos de adesão, é possível identificar certa permissividade a esta falha, uma vez o usuário já estar submetido ao novo mecanismo de controle do corpo.

Há, de fato, diferenças substanciais entre os dois métodos preventivos: embora a camisinha proteja tanto do vírus HIV quanto de outras IST, seu uso não envolve qualquer controle e monitoramento adicional dos usuários. A PrEP, ao contrário, previne apenas uma das infecções venéreas, mas, em contrapartida, situa os usuários em uma rede de anotações que acaba por administrar as demais doenças que possam vir a ser contraídas.

Sobre essa discussão, observa Dean (2015), alguns pesquisadores temem que a PrEP acabe com o compromisso cada vez menor com o uso de preservativos, enquanto outros celebram as possibilidades paradoxais de risco reduzido da prática do *bareback*. Sem a pretensão de esgotar a discussão sobre o uso ou não da camisinha e sobre as justificativas sociais do sexo *bareback*, interessa registrar aqui que a PrEP autoriza certos comportamentos até então recriminados em face do compromisso sobre a gestão dos riscos assumido no processo de adesão ao tratamento.

Do ponto de vista do funcionamento do risco enquanto dispositivo biopolítico, torna-se compreensível que a adesão ao medicamento elimine o problema maior do uso do preservativo. Se com a camisinha as instituições de saúde precisam confiar apenas no autorrelato para detectar desvios normativos, com a PrEP a validade das informações obtidas pelo autorrelato é confrontada com as medições objetivas confirmadas em exames laboratoriais. Na outra ponta, se para um usuário a

prevenção com a camisinha precisa acontecer no momento do ato sexual, obrigando o homossexual, por exemplo, a estar em um estado de excitação para se prevenir, com a PrEP é necessário apenas que o indivíduo se reconheça como perigoso e admita com antecedência seu compromisso para evitar os riscos (DEAN, 2015).

No contexto de modernidade tardia, em que ilusoriamente há uma diversificação da oferta sobre estilos de vida, o planejamento estratégico assume especial importância. No caso da PrEP, antes que um usuário dócil e domesticado - para tomar a referência do panóptico de Foucault - parece mais interessante um usuário que planeja seu futuro e adapta suas práticas de risco aos eventos que estão por acontecer. Independentemente de promover, ou não, uma maior exposição a riscos, o novo estilo de vida que a PrEP almeja para seus usuários diz muito mais a respeito do modo de gerenciamento dos riscos do que acerca do caráter censurável de determinadas práticas sexuais.

Não se pode atribuir à PrEP a responsabilidade por produzir um repertório de práticas sexuais autorizadas. Pelo contrário, pode-se inclusive sugerir que, ao invés de censurar, o que faz é controlar. Importa menos o que se faz e com quem se faz, desde que se confesse em consultas periódicas. Importa menos que se exponha aos riscos, desde que haja monitoramento das consequências em exames laboratoriais de rotina. O que importa de fato é que, ao exercer-se enquanto homossexual, o indivíduo antecipe o risco e se autorregule com um medicamento que é apenas a materialização de toda a teia de práticas que moldam a sua sexualidade. Sugiro, ainda, que o estilo de vida do homossexual sujeitado à PrEP é, talvez, similar ao saudoso homossexual de Perlongher (1993) que se exercia nos excessos antes do advento da aids. Mas, enquanto uma figura utópica, uma vez não ser possível escapar das tramas biopoder, diria que o estilo de vida homossexual é aquele cuja autoregulação autoriza seus excessos.

A análise da PrEP até aqui apresentada também permite pensar na construção de um novo tipo de identidade da homossexualidade masculina como consequência de um novo tipo de biossociabilidade, uma vez que produz novas formas de sociabilidade a partir da interação do capital de biotecnologias (o medicamento) com a medicina (o acompanhamento clínico laboratorial). Refiro-me à biossociabilidade, nos termos utilizados por Ortega (2003), como uma forma de identidade que não se une mais os

indivíduos de acordo com critérios de agrupamento tradicionais, como raça, classe, orientação sexual, por exemplo. “Criam-se novos critérios de mérito e reconhecimento, novos valores com base em regras higiênicas, regimes de ocupação de tempo, criação de modelos ideais de sujeito baseados no desempenho físico” (ORTEGA, 2003, p. 63).

Embora os elementos que anteriormente chamei de marcadores sociais da diferença perpassam a discussão sobre a PrEP, servem muito mais como argumentação de exclusão do que de fato agrupar enquanto categoria homossexual. O que a PrEP faz é a criação de identidade homossexual baseada em interesses de saúde e na autoregulação, produzindo os homossexuais (PrEP)arados, e utilizando para isso a lógica do risco como produto da modernidade. Para além dos resultados sobre redução das infecções por HIV/aids, o impacto de sua implementação ressoa na constituição de um novo perfil de homossexual responsável, higienizado pelo medicamento, e que orienta suas escolhas e estilos de vida com base em parâmetros que antecipam o futuro.

No caso da homossexualidade não é nenhuma novidade que as práticas sexuais sejam ressignificadas em termos de saúde e doença, ocorre que com a PrEP a medicalização que antes tratava agora é centrada na prevenção da doença, enfatizando cuidados médicos baseados no monitoramento do próprio corpo a partir da autoregulação. Essa autonomia sobre si, suas escolhas e desejos, já traduzida como um processo de individualização, parece ter menos a ver com uma liberdade conquistada pelos grupos civis organizados e mais com os novos padrões de organização social que atribuem ao indivíduo a responsabilização pelo cuidado de si.

Como já abordei anteriormente, todo movimento de prevenção ao HIV/aids, inclusive a implementação da PrEP, é resultado de uma soma de esforços que une instituições com grupos civis de homossexuais organizados. Entretanto, Ortega (2018) tem enfatizado o fato de que reivindicações biopolíticas - tais como a PrEP - exercidas por grupos constituídos na biossociabilidade, podem representar uma armadilha, uma vez que as respostas são organizadas para funcionarem como tecnologias de governo. De fato, a homossexualidade tem ganhado autonomia sobre sua sexualidade graças a PrEP, mas uma autonomia para o exercício de funções de autovigilância,

autocontrole e autogestão; uma autonomia que a torna a figura do homossexual em perita em administrar seu próprio corpo, desvios e excessos.

5 O DISPOSITIVO EM AÇÃO: ESTRATÉGIAS DE CONVENCIMENTO E RESISTÊNCIA EM UM REGIME DE PODER NEOCONSERVADOR E NEOLIBERAL

Em fevereiro de 2020, ao defender um programa de prevenção à gravidez lançado em seu governo, o então presidente da República Jair Bolsonaro disse em entrevista: “Uma pessoa com HIV, além de um problema sério para ela, é uma despesa para todos no Brasil” (COLETTA, 2020). A afirmação fazia referência ao investimento financeiro dedicado à área da saúde, logo após anunciar uma campanha que pedia que jovens mudassem seu comportamento, no contexto de um discurso em defesa da abstinência sexual. Naquele momento, a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia) chegou a emitir uma nota de repúdio à declaração de Bolsonaro e classificou como infeliz e como uma tentativa de justificar o injustificável.

Apesar de essa declaração não conter nenhuma alusão direta à PrEP enquanto política pública, pode ser considerada emblemática do impulso conservador que surge a partir de 2016, período em que a profilaxia experimentou seus primeiros anos de efetividade. Embora planejada anteriormente, durante o governo de Dilma Rousseff (2011-2016), a proposta passou a integrar a Prevenção Combinada via SUS nos primeiros meses de 2018, quando Michel Temer (2016-2018) cumpria seu último ano de mandato após promover um golpe de Estado contra Dilma Rousseff com apoio institucional de setores conservadores da política brasileira. Em seguida, a PrEP passou a operar via SUS, durante o governo de Jair Bolsonaro (2019-2022), uma gestão claramente anti-ciência e em defesa de retrocessos em matéria de direitos humanos, especialmente aqueles ligados à diversidade sexual e de gênero. Por esse motivo, concomitantemente à operacionalização do serviço de saúde, torna-se importante reconhecer as condições político-sociais do seu início e desenvolvimento durante o período de referência da pesquisa aqui apresentada.

A gestão bolsonarista foi fortemente marcada por uma moralidade em que constantemente afirmava-se como uma política baseada a favor da “família tradicional”, contra a “ideologia de gênero” e ligada a valores neopentecostais. Ao longo de quatro anos, inscreveu-se na história um questionado governo constituído na intersecção entre neoliberalismo e novo conservadorismo (BUTTURI JUNIOR, 2021).

Com o termo neoliberalismo, refiro-me a uma gestão econômica que ao longo das últimas décadas prioriza o papel do mercado e sua dinâmica no funcionamento institucional das políticas públicas, incluindo aquelas ligadas à saúde. Como já registrado em outros trabalhos (PAOLI, 2007; OLIVEIRA, 2013), um modelo que acelera os processos de individualização social ao transferir para o indivíduo o cuidado e a gestão sobre si. No recorte específico da prevenção ao HIV/aids, trata-se de uma política impulsionada por um ideário tecnicista da prevenção que parece estar mais interessado em simplificar a complexidade da epidemia do que em trabalhar suas outras facetas, que incluem - como já observado no capítulo anterior - determinantes sociais de desigualdades e vulnerabilidades em diferentes áreas (SEFFNER; PARKER, 2016).

No que concerne ao conservadorismo, ou neoconservadorismo brasileiro, tomo como referência o estudo de Lacerda (2018) para descrever os princípios do neoconservadorismo que divergem daqueles próprios do conservadorismo tradicional, pois se apegam principalmente em questões ligadas à reprodução, à sexualidade e à defesa da família patriarcal. Trata-se de uma coalização de atores e valores políticos, influenciada pela direita cristã⁶¹, pelo militarismo, pelo idealismo punitivo e pelo neoliberalismo.

O eixo da linguagem neoconservadora é a ideia de privatização. Seja no sentido de garantir o total livre mercado, livre de ingerências estatais; seja no sentido de se manter intocado o poder patriarcal. A peculiaridade do ideário neoconservador reside no foco que tem em relação às questões sexuais e reprodutivas. A defesa da família tradicional e dos valores religiosos oferece laços sociais sólidos que visam a compensar a falta de solidariedade deixada pelas políticas neoliberais. O fortalecimento da família e dos papéis tradicionais de gênero seria necessário, também, para que as pessoas não dependessem de políticas públicas. Além da família, outro tratamento dado à pobreza, na linguagem neoliberal e neoconservadora, seria o rigor penal (LACERDA, 2018, p. 69).

⁶¹ Termo utilizado para categorizar as organizações evangélicas que, a partir de 1970, começaram a desempenhar um papel mais ativo na política, apoiando causas associadas à direita nacionalista. O movimento surge principalmente como reação aos avanços feministas e de pautas homossexuais (LGBT) (LACERDA, 2018)

O neoliberalismo, que enquanto movimento político forja um ideário privatista e defende uma menor intervenção do Estado para a redução das desigualdades, une-se ao neoconservadorismo, que por sua vez, se opõe a movimentos reivindicatórios que lutam pela igualdade de direitos. Exemplos dessa articulação neoliberal e neoconservadora podem ser encontrados em várias frentes, mas cabe citar que foi na gestão de Bolsonaro que o Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais foi objeto de um rebaixamento da posição até então ocupada na hierarquia institucional passando a se chamar Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, através do Decreto Nº 9.795, de 17 de Maio de 2019⁶², que modificou a estrutura do Ministério da Saúde. Consistiu em uma mudança que foi muito além da nova denominação: representou um apagamento de políticas públicas voltadas à população LGBT (BUTTURI JUNIOR, 2021), e ameaçou os recursos do Programa Brasileiro de enfrentamento a AIDS, um dos programas mais importantes do mundo que, durante décadas, funcionou como referência internacional nos modelos de controle da infecção.

Como alguns autores já vêm sinalizando, os desafios para o enfrentamento ao HIV/aids não se restringem exclusivamente à dimensão econômica. Junto disso também há uma agenda de valores no governo bolsonarista “que passaram a questionar categorias como o “gênero”, a “diversidade sexual” e a “redução de danos”, historicamente centrais à prevenção do HIV no Brasil” (AGOSTIN et al, 2019, p. 4601). A guinada neoconservadora dos últimos anos propiciou que os mesmos espaços institucionais que anteriormente implementaram políticas públicas passassem a questionar os métodos de prevenção ao controle da epidemia e censurar materiais informativos já consolidados⁶³.

Neste capítulo me proponho analisar as estratégias de funcionamento da PrEP por parte das equipes técnicas de trabalho e seus efeitos na construção da homossexualidade. Mas para isso se torna necessário situar em que rede de

⁶² Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9795.htm. Acesso em 20 de abril de 2023.

⁶³ Agostin et al (2019) citam como exemplo a campanha de prevenção para o período do carnaval de 2019, que suprimiu qualquer referência às pessoas trans, homossexuais e outros HSH, especialmente afetadas pela epidemia. Ainda, deve-se destacar a censura imposta a materiais especializados, como as cartilhas de prevenção ao HIV/aids voltada à população de transexuais e travestis e outra dirigida a adolescentes

condições a PrEP emerge no Brasil: um contexto de governo neoliberal e neoconservador, marcado pela redução de recursos em programas que até então contemplavam grupos vulneráveis, o que resulta em menor visibilidade e menos participação da sociedade civil e dos movimentos sociais na tomada de decisões políticas. Situação esta que aparece em minhas entrevistas, quando profissionais de saúde comentam:

*As pessoas ainda não conhecem [a PrEP], dependendo do público, né. Como a gente direcionou a política, principalmente gays e HSH, tão conhecendo mais. A população em geral ainda não. Isso tem a ver com a visão conservadora que se estabelece no país há alguns anos e que impacta na promoção da política pública. **A gente ainda não vê campanha no carnaval, por exemplo, falando de PEP e PrEP. Vê iniciativas locais, mas não nacionalmente.** A gente não vê mídia envolvida neste tema, trazendo, por exemplo, informações na novela, big brother, que usa PrEP, fala de PrEP.*

A proposta de direcionamento da PrEP aos grupos prioritários - analisada em capítulos anteriores -, como se vê, é apontada como um elemento invisível da política de prevenção. Sem investimentos em divulgação massiva, a PrEP acabou permanecendo circunscrita especialmente ao grupo de homossexuais e seus específicos âmbitos de sociabilidade. Apesar de ser ofertada pelo SUS desde 2018 não houve até o momento nenhuma campanha de divulgação oficial da PrEP em âmbito nacional através das mídias tradicionais, a exemplo do que ocorreu com a camisinha em alguns períodos como Carnaval ou durante o mês de dezembro, com ações destinadas à conscientização sobre o HIV/aids.

Às indagações anteriormente apresentadas, que trataram da PrEP como parte das estratégias de construção biopolítica da homossexualidade, acrescento agora uma perspectiva do problema centrada no papel do neoliberalismo e do discurso neoconservador por considerar o caráter estruturante de ambos na configuração do tipo de racionalidade que organiza a prevenção do HIV/aids no momento contemporâneo. Para tanto, recorro novamente às bases conceituais que emanam dos trabalhos de Michel Foucault bem como às contribuições de autores contemporâneos que examinam novidades biomédicas no contexto da prevenção ao HIV/aids.

Ao construir uma história da sexualidade, Foucault (2017) utilizou de maneira incisiva o conceito de dispositivo para explicar de que maneira o sexo havia se tornado um problema político e econômico. Ao analisar os mecanismos de vigilância e normalização que surgiram a partir do século XIX sobre as práticas sexuais, reconheceu o dispositivo como um conjunto heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos etc., que passam a afetar o corpo e o desejo (FOUCAULT, 2016).

Todo dispositivo, pensou Foucault, presume uma função estratégica. No que chamou de dispositivo da sexualidade, observou, entre outros pontos, estratégias de repressão do desejo sexual exercidas na família, na igreja, na escola etc. Entre as técnicas utilizadas para isso, elencou no século XIX a confissão pastoral, a pedagogia, a medicina, a psicanálise e os espaços familiares. Estratégias e técnicas essas que não necessariamente se aplicam aos modelos de sexualidade na modernidade tardia, mas que servem de embasamento no momento de questionar os atuais modos de gestão e regulação social da sexualidade.

A ideia de dispositivo tem sido incorporada quase que como instrumento metodológico para compreender o exercício do saber-poder na modernidade. Isso se dá pelo fato de que o conceito de dispositivo permite enxergar a articulação da anatomopolítica dos corpos e suas técnicas de disciplinamento com a biopolítica e as estratégias de regulação da população. E, através deste conceito, é possível interrogar sobre as tensões, fissuras e horizontes de transformação sociais.

No decorrer desta tese já mencionei a noção de dispositivo para me referir às estratégias biopolíticas de organização social baseadas nos processos de medicalização e construção social do risco. Ocorre que a epidemia do HIV/aids e seus recentes dobramentos têm demonstrado particularidades tão interessantes que abrem a possibilidade de questionar se noção de dispositivo da sexualidade, tal como definiu Foucault (2017), seria suficiente para explicar a construção da homossexualidade masculina na modernidade. Ou se em virtude das constantes transformações sociais causadas pela problemática do HIV/aids não haveria a necessidade de identificar um dispositivo próprio da epidemia responsável por produzir novos modos de exercer a sexualidade.

Perlongher (1987) é um dos primeiros teóricos a afirmar que a aids desencadeia um novo tipo de dispositivo que, devido a todos os seus elementos, busca fixar modelos de sexualidades periféricas em contraposição a um modelo de conjugalização concebido nos moldes da heterossexualidade. Como grande característica deste dispositivo formado nos anos de 1980, a moral médica entraria em confronto com as várias combinações de corpos que se desejam.

[...] talvez todo esse dispositivo contenha em si uma tentativa de abrandar a luxúria provocativa das bichas-loucas, submetendo a prática e toda experiência sexual “dissidente” aos parâmetros da normalidade ampliada e mais ou menos conjugal, excluindo os marginais, os promíscuos [...] (PERLONGHER, 1987, p. 91).

Já Miskolci e Pelúcio (2009) ampliam o debate e deslocam a consideração do dispositivo do HIV/aids do domínio da doença para o domínio da prevenção, passando a estar mais ligado à regulação e ordenação das sexualidades do que à proibição em si. Por meio de abordagens de cunho sanitarista, o dispositivo faria parte das estratégias que procuram gestar o uso dos órgãos sexuais, territorializando-os e os hierarquizando. Os autores identificam uma orientação heteronormativa das políticas preventivas, que acabam por definir um modelo de “sexo bom”, baseado na relação pênis-vagina, em oposição ao ruim, perigoso e ameaçador, contemplado por outras práticas sexuais.

De forma similar ao que apontei no capítulo anterior, Miskolci e Pelúcio elaboram o conceito de “SIDAdanização”, numa alusão ao processo de cidadanização, para se referir à conversão que este dispositivo de prevenção ao HIV/aids produz quando pressupõe a adesão a princípios associados à modernidade tardia como a individualização e a racionalização. No caso da prevenção, especificamente, “[...] faz parte dessa conversão a “responsabilização” do sujeito no que se refere à saúde, a forma de lidar com o corpo e os vínculos que passaria a ter com o sistema oficial preventivo” (MISKOLCI; PELÚCIO, 2009, p. 139).

Podem ser acrescentadas ainda, as reflexões que Buturri Júnior (2021) vem construindo ao defender a hipótese de um dispositivo crônico da aids. Refere-se, especificamente, ao momento em que a doença deixa de ser uma sentença de morte e adquire a cronicidade, fruto da distribuição em larga escala de medicamentos

antirretrovirais. Disso, resulta o recrudescimento da responsabilização dos sujeitos a partir de uma memória discursiva relativa aos corpos perversos que era preciso disciplinar, bem como os processos medicalização que oferecem a possibilidade viver com segurança em meio ao risco. Destaca o autor que nesse dispositivo crônico também estão em jogo:

[...] novos discursos sobre as PVHIV, da ordem da resistência e da invenção do autocuidado; novas estratégias de governo dos corpos com hiv; novas formas de subjetividade, segundo a ordem da indetectabilidade – digamos, a aparição dos “zerados”; novas táticas de prevenção e de contenção dos riscos, onde aparece a chamada “prevenção combinada”, que passa pela PeP, pela PrEP e pelo uso de preservativos (BUTTURI JÚNIOR, 2021, p. 53).

Em uma entrevista concedida em 1977, Foucault sinaliza em qualquer dispositivo um duplo processo. Primeiramente, o que define como *sobredeterminação funcional*, isto é, o fato de produzir sempre efeitos negativos e positivos que se relacionam ou se contradizem entre si. Em segundo lugar, o *preenchimento estratégico*, referente a uma constante reformulação do dispositivo e seus elementos a partir de alguma necessidade histórico-social. Em outros termos, o dispositivo não produz trajetórias maniqueístas boas ou más; pelo contrário, permite a articulação delas. Também não é estável porque é suscetível de experimentar reformulações e adaptações a partir de novos elementos de saber e poder (FOUCAULT, 2016).

Sem a pretensão de esboçar um novo conceito, levo em consideração dos autores acima citados as premissas centrais de que a epidemia do HIV/aids tem alterado os modos de funcionamento do dispositivo da sexualidade o que, em termos foucaultianos, implica compreender suas redes de força em constante tensão e reformulação. Se anteriormente já foram observadas as implicações do HIV/aids, penso ser interessante atentar para outros deslocamentos que a PrEP produz neste dispositivo, atrelados à lógica de medicar para prevenir prioritariamente a homossexualidade. Fato que ocorre no exato momento da ascensão do neoliberalismo e do neoconservadorismo, marcados pelo descrédito da ciência e a redução de recursos em campanhas oficiais que contemplem grupos socialmente excluídos e mais expostos ao HIV (AGOSTIN et al 2019). Neste sentido, cabe o desafio neste capítulo de identificar as principais linhas de força e quais as rupturas e

pontos de continuidade que a PrEP aciona sobre o homossexual ao ser enquadrada como novo elemento do dispositivo mais amplo da sexualidade.

5.1 A divulgação alternativa e a captura de usuários

Em décadas passadas o Brasil foi citado como referência no tratamento dado à epidemia do HIV/aids (GALVÃO 2002). Trata-se de um processo que teve início em 1986 com a criação do Programa Brasileiro de DST/Aids (PNDST/Aids), responsável pela criação de um plano nacional de enfrentamento da epidemia. Contudo, diferentemente das primeiras ações preventivas contra o vírus e a doença, a partir dos anos 2010 os dados têm indicado um recrudescimento da epidemia, o que sinaliza possíveis retrocessos das ações governamentais (CALAZANS; PINHEIRO; AYRES, 2018).

Como parte das respostas a esse problema, a PrEP se apresenta como alternativa satisfatória para combater as novas infecções pelo HIV. Essa proposta ganha uma rápida adesão no Brasil, que se torna um dos primeiros países a incorporar a profilaxia entre suas estratégias preventivas. Ocorre, no entanto, que a incorporação da estratégia preventiva foi executada sem o desenvolvimento de campanhas de divulgação da PrEP em nível nacional e, conseqüentemente, encontrando barreiras que dificultaram a efetividade e a disseminação do serviço, conforme aponta um dos entrevistados:

Então a gente tem hoje recursos biotecnológicos para combater a pandemia, mas a gente vive esse risco do desmonte da política pública, que já impacta sobre a propaganda, a busca de uma mobilização social, principalmente voltada para populações vulneráveis.

Nota-se que, apesar da disponibilidade do recurso biomédico existia uma preocupação com os possíveis rumos da PrEP em virtude do processo de desmonte das políticas públicas no governo bolsonarista. Em termos práticos, a falta de uma mobilização institucional para a divulgação e conscientização em canais oficiais é apontada pelos próprios agentes institucionais como elemento que dificultava a cobertura da profilaxia.

Situação essa que é embasada em um dos primeiros estudos que analisam formas de comunicação e engajamento na PrEP entre homens e HSH no Brasil. Nele, destaca-se a ausência de estratégias de comunicação dos serviços de saúde na divulgação de informações sobre a profilaxia. “À luz da guinada conservadora e neoliberal que orienta as políticas de saúde no país nos últimos anos, observa-se redução nos investimentos e maior moralização nas campanhas educativas” (SANTOS; GRANGEIRO; COUTO, 2022).

Ocorre que ao falarmos em dispositivo é preciso reconhecer o conjunto heterogêneo de saberes e relações de poder nele envolvidos. Nos termos utilizados por Deleuze (1990), dispositivos são máquinas de fazer ver e falar, dito de outro modo, máquinas que objetivam indivíduos e os permitem se subjetivar. O funcionamento da PrEP pode ser interpretado nessa mesma direção na medida em que, na ausência de campanhas públicas para promover o acesso a esse tipo de prevenção, as próprias equipes de saúde têm operado com intuito de fazê-la funcionar por meio de práticas que, como já visto, se inscrevem em um modelo de subjetivação para a homossexualidade (PrEP)aparada. Essas ações podem ser definidas como práticas de resistência no interior do próprio dispositivo assim como também podem resultar em novas formas de gestão da homossexualidade enquanto categoria socialmente perigosa.

De um ponto de vista foucaultiano, reconhecer que a sociedade é constituída nas tramas do poder não significa que isso se materialize por meio de estados de dominação fixos. As relações de poder são móveis e possibilitam que os próprios sujeitos criem estratégias na tentativa de modificá-las. O poder, relembro, não deve ser visto como unicamente repressivo. Para Foucault, o poder é essencialmente produtivo, possui caráter diagramático e envolve diversas formas de resistência porque não é algo que se possui já que existe apenas enquanto é exercido (MITJAVILA, 1994). Com base nesse enfoque, discuto abaixo as alternativas encontradas pelas equipes de saúde que reagem ao desinteresse da gestão bolsonarista em divulgar a PrEP; reações essas que tensionam e movimentam a PrEP no interior do dispositivo mais amplo da sexualidade.

5.1.1 Educação entre pares: à procura dos semelhantes

A ausência de uma campanha governamental de divulgação massiva da PrEP nos primeiros quatro anos da estratégia resultou em um completo desconhecimento da profilaxia na sociedade como um todo. Com exceção de algumas matérias com conteúdo jornalístico estereotipado (ÉPOCA, 2018), nenhuma publicidade em grandes mídias informou sobre a implementação da profilaxia na rede pública de saúde. Em um completo apagão midiático, coube aos profissionais de saúde que atuam nas extremidades da oferta do serviço o trabalho de capitalizar usuários no que, como já debatido, seria um novo estilo de vida baseado na gestão e cuidado de si.

Em Florianópolis, cidade na qual realizei a pesquisa de campo, a maior parte da divulgação da PrEP se deu por estratégia própria da equipe de saúde. Uma das principais alternativas utilizadas é fruto de recursos físicos, humanos e financeiros adicionais, oriundos de um projeto de pesquisa integrado da Fiocruz. A execução desse projeto possibilitou a contratação de bolsistas que passaram a operar na rede PrEP como “Educadores de Par”.

*Devido aos projetos integrados, **através dos educadores de par, eles levam informações para locais de sociabilidade específicos, e buscam atingir esse público.** E a gente também como ambulatório teve iniciativa de entrar em contato com alguns locais como casas de prostituição, baladas, e levar material impresso, adesivo, divulgou, enfim. Tenta fazer alguma divulgação maior. O que falta talvez é a máquina de propaganda federal, que tem muito mais recurso e que poderia atingir muito mais gente.*

No momento das entrevistas, a equipe de saúde possuía dois integrantes que atuavam de maneira a desenvolver práticas educativas entre pares ou semelhantes. Um deles, autodeclarado homossexual, e outra, autodeclarada transexual haviam sido escolhidos por meio de um processo seletivo. A tarefa encomendada a esses profissionais consistia em captar possíveis usuários da PrEP com características similares às suas e de acordo com os critérios de inclusão nos grupos prioritários.

Apesar de não ser uma estratégia nova⁶⁴ é interessante como, na ausência de uma política pública específica de divulgação, emerge esse recurso de intervenção social planejada. Nesse sentido, as ações de abordagem executadas pelo educador de par respondem a um objetivo bem específico: recrutar e sugerir aos “iguais” para fazerem uso da PrEP.

A alternativa da educação por pares surge como um recurso independente das campanhas de divulgação oficial e se mostra eficiente por ser de baixo custo, consoante com os princípios da gestão neoliberal de riscos que defende a retração do Estado e a extensão do mercado (FERGUSON, 2006), além de apresentar potencial para de produzir um efeito individualizador naquele que é abordado pelo educador. Aparentemente, esse método de abordagem baseia-se no pressuposto de que um “semelhante”, isto é, um homossexual, seria capaz de compreender melhor que outras pessoas as características e demandas dos potenciais usuários da PrEP.

Ao detalhar a forma como o trabalho de educação de pares ocorre, podem ser observados alguns aspectos interessantes, suscetíveis de serem analisados pela ótica da interseccionalidade, conforme apresentada no capítulo anterior.

*Eu ia principalmente em **filas de baladas**, se permitissem até dentro da balada, locais de aglomeração de pessoas LGBT em Florianópolis, como a **Praia Mole ou até mesmo a Galheta. Saunas também...** locais que você vai encontrar homens HSH, homens gays.*

Eu vou nesses locais levar informativos, quando tem, folhetins, preservativo, gel lubrificante, pra também não ficar só no papo. E daí informava, tirava muitas dúvidas, muita gente ainda não sabe o que é [PrEP].

Ao realizar o trabalho de recrutamento de pares, os locais escolhidos foram pontos que sugerem encontro de homossexuais ou HSH: saunas, praias e baladas. As saunas converteram-se em espaços culturalmente reconhecidos como parte das

⁶⁴ A estratégia de educação pelos pares, destaca Silva (2015), pode ser rastreada desde o século XVIII, na Inglaterra, com a implementação das tutorias nas escolas, onde os alunos mais velhos acompanhavam os mais novos.

práticas homoeróticas⁶⁵, cuja dinâmica de interação se inscreve em uma relação diretamente sexual. Na maior parte desses espaços é preciso pagar um valor pelo ingresso. A presença de mulheres cisgênero é vedada e, embora não haja contratação de garotos de programa por parte dos estabelecimentos, é comum a permanência de michês em busca de clientes no próprio ambiente da sauna (HENNING, 2008).

No caso das praias citadas na entrevista - Praia Mole e Galheta -, apesar de a primeira vista sinalizem por um espaço democrático de comum acesso, referem-se a locais clássicos de sociabilidade homossexual na cidade de Florianópolis. Nestes locais, entre outros pontos, existe um bar dedicado ao público homossexual e espaços onde ocorre a prática de *cruising*, isto é, a procura por parcerias sexuais em espaços públicos como, por exemplo, praças, parques, banheiros públicos.

Historicamente um elemento de resistência aos regimes de controle sobre a homossexualidade, no *cruising* predomina a incerteza e o acaso na busca pelo sexo. Refere-se a uma deriva, uma busca sem caminho ou destino prévio com intuito de reunir parcerias sexuais. Na pesquisa antropológica que desenvolve sobre o *cruising*, Miskolci (2016, p.23) descreve: “quando algum surgia havia uma análise de custo-benefício baseada na escassez de parceiros que tendia a tornar atraente o contato com pessoas”.

Tanto as saunas quanto as praias enquanto espaços *cruising* remontam ao que Perlongher (1987) definiu como “gueto” homossexual: uma área nômada, que se desloca com a população envolvida e que não possui um limite geográfico fixo, dependendo da movimentação das redes. Todo o histórico cultural da homossexualidade tem passado pela experiência do gueto. Nos clássicos trabalhos a respeito da homossexualidade no século XX (TREVISAN 2018; GREEN, 2019), são extensos os relatos de encontros sexuais em parques, praças, banheiros públicos etc., organizados em silêncio, sem perturbar a superfície da vida social heteronormativa.

A gestão da epidemia do HIV/aids chegou a alcançar espaços de gueto em que a homossexualidade se desenvolveu. No trabalho de Perlongher (1987), são

⁶⁵ MacRAE (2005) estabelece a década de 1960 como período de maior aparecimento de saunas destinadas ao público homossexual no Brasil, sinalizando com entusiasmo como esses espaços encorajavam a atividade sexual. “A proliferação de saunas gay onde as relações sexuais ocorrem entre parceiros que só se veem na penumbra ou entre nuvens de vapor, às vezes sem mesmo dizerem seus nomes, vem reforçar esta separação sexo/afeto” (MACRAE, 2005, p. 60).

apresentados relatos de como nos anos de 1980 houve uma espécie de “caça” e limpeza nesses lugares, com ostensivo policiamento de praças em que ocorriam encontros homoeróticos e, também, com fechamento de saunas onde se davam práticas sexuais perigosas. A irrupção da epidemia da aids, nas apreciações do autor, radicalizava no plano espacial o progressivo esvaziamento do gueto homossexual.

A retomada desses espaços nas estratégias de prevenção baseadas no uso da PrEP aciona memórias discursivas que acendem questões interessantes. Primeiro, a antiga associação da homossexualidade com a prática do sexo marginal, ligada a espaços de *cruising*, não legalizados e, inclusive, ilegais. Ao eleger esse como local de recrutamento de usuários, parte-se do pressuposto de que a homossexualidade é constituída única ou fundamentalmente nesses espaços; ou, pelo menos, que seria apenas nesses ambientes que ela precisaria ser encontrada, monitorada e controlada pelo biopoder.

Não é por acaso que se trata dos mesmos lugares que no auge da epidemia do HIV/aids foram diretamente censurados, com interdições policiais, como resultado de política higienista de controle do vírus. Deve-se levar em consideração, ainda, que existe uma histórica associação entre *cruising* e sexo *baraback* - prática de risco epidemiológico - cuja evitação é incentivada pela política de Prevenção Combinada.

No âmago do sexo *bareback* reside a ideia de sexo inseguro; afinal, *bareback*, em tradução livre, indica “sem sela”, isto é, cavalgar em perigo. Para além de qualquer analogia de caráter dúbio, o que cientistas sociais apontam é que o *bareback* é uma prática sobrecarregada de significados associados à resistência contra a invasão de imperativos de saúde e higiene em todas as zonas da vida contemporânea, incluindo a sexualidade (DEAN, 2015).

A escolha de espaços de *cruising* como prioridade na busca por usuários da PrEP poderia estar indicando que os graves riscos decorrentes da homossexualidade possam ser geograficamente localizados e mediados por um comprimido. Ademais, ao utilizar educadores de par para isso, ou seja, um contato “entre iguais” como estratégia de convencimento, estaria sendo criada uma nova roupagem para práticas médico-sanitárias que em décadas anteriores operaram como meios de censura. Nesse sentido, pode-se observar, portanto, uma espécie de reconversão do funcionamento do dispositivo da sexualidade, fazendo com que

condutas e espaços que antes eram penalizados em virtude do HIV sejam agora circunscritos ao biopoder que se estilhaça ao ponto de passar despercebido.

Já na escolha das boates como local de recrutamento de usuários é possível identificar a presença de uma lógica ambígua. Isso porque o aparecimento das casas noturnas focadas no público homossexual é resultado de um processo de mudança social que ocorreu a partir da década de 1960 quando, em alternativa ao *cruising*, procuravam-se locais de encontro onde houvesse maior segurança contra ataques por policiais ou bandidos (MISKOLCI, 2016). Ao mesmo tempo, também faz parte das estratégias do capitalismo que encontraram na ascensão social da homossexualidade uma chance de capitalizar o público segundo parâmetros da economia e do mercado.

Ao refletir sobre as consequências da modernidade, Giddens (1991) ressalta como o sistema capitalista carrega consigo formas importantes de privação, fundamentalmente quando operam com poucas restrições impostas pelo Estado, o que produz grandes disparidades entre as condições de vida de diferentes grupos e regiões. No universo da homossexualidade, uma vasta literatura já vem apontando as implicações econômicas do que se convencionou em chamar de *pink money*, expressão utilizada para fazer “referência aos lucros gerados pela comunidade [LGBT] ao consumir seus produtos e serviços a ela direcionados direta ou indiretamente” (TRIGO, 2009, p. 157).

Precisamente devido ao caráter segmentado desse novo mercado de baladas homossexuais, é preciso reconhecer o quanto ele representa como espaço de cisão entre subcategorias do coletivo que exibem importantes desigualdades sociais entre elas (FACHINNI; FRANÇA, 2009). Os usuários que frequentam as boates situam-se, majoritariamente, no alto da hierarquia social da homossexualidade. Trata-se de um aspecto observado também por Benítez (2005) em uma pesquisa que classifica comunidades homossexuais e aponta as hierarquias e fragmentações entre elas. As boates homossexuais revelam, portanto, as diversidades internas dos frequentadores, além das desigualdades de classe, étnico-raciais e etárias que também produzem fissuras no interior do coletivo (VELHO, 2001).

Especificamente Florianópolis, temos a referência de Henning (2008), que verificou como nos bares e boates locais se apresentam arranjos hierárquicos que

garantem que homens brancos, das classes média ou alta, bem como jovens, magros ou musculosos estejam mais bem posicionados e recepcionados nestes espaços. Coincidentemente, trata-se do mesmo perfil de homossexual que mais acessa a PrEP, como apontado no capítulo anterior. Cabe pensar, portanto, como a própria escolha dos locais de recrutamento de usuários indica a existência de um viés na produção do perfil da população usuária da PrEP, específico de usuários, que vai na contramão do que prevê a política pública que, em tese, também deve corrigir desigualdades e vulnerabilidades.

No que se refere aos educadores de pares, algumas situações podem ser explicadas pela mesma vértice. Primeiramente, repete-se o padrão de controle observado nos espaços de sociabilidade homoerótica considerados socialmente perigosos, ou seja, aqueles em cujas práticas, como nos casos do *cruising* e do *bareback*, a atribuição de periculosidade encontra-se instituída. Em segundo lugar, também neste caso constata-se a escolha de lugares que reforçam hierarquias sociais dentro da própria homossexualidade, como baladas e casas noturnas, que priorizam um modelo específico de homossexual atrelado a padrões de consumo e de comportamento que revelam formas de existência social pautadas em privilégios decorrentes da posição social interseccionalmente determinada.

Como vários trabalhos já têm demonstrado, não se pode afirmar que as sociabilidades homoeróticas aconteçam em apenas alguns espaços (GODOY, 2001; VENCATO, 2002; CÓRDOVA, 2006). Tampouco se pode inferir que as práticas sexuais que efetivamente apresentem maior risco ao HIV/aids ocorram somente em lugares cujo sexo seja tratado de maneira menos normalizada. Entretanto, é possível sinalizar que, ao priorizar esses lugares na busca por usuários, a PrEP estaria administrando certos desvios sociais e, ao mesmo tempo, priorizando certas identidades homossexuais.

Embora a estratégia de utilizar educadores de par possa ser vista como um modelo de resistência ao desinteresse do governo em divulgar a PrEP, pode também estar contribuindo para a manutenção do regime de poder neoconservador e neoliberal. Isso porque revela tanto o controle de sexualidades opostas ao nuclear da família tradicional, quanto prioriza a prevenção daqueles que circulam em espaços cujo as normas capitalistas destinam privilégios.

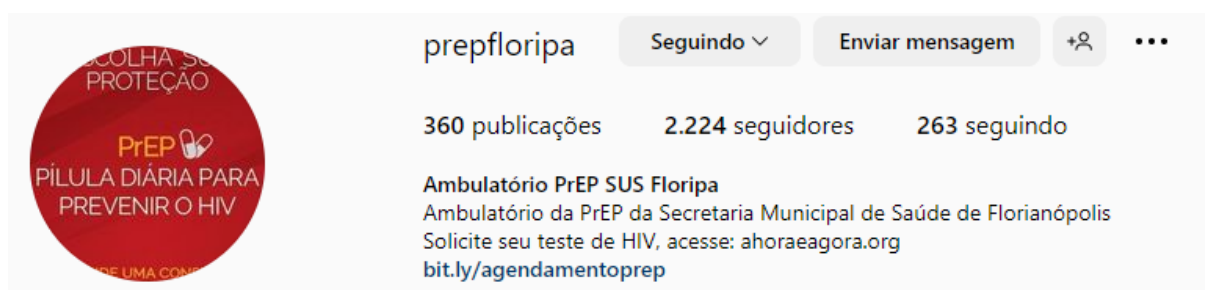
5.1.2 Estou online! Redes sociais e aplicativos de relacionamento

A modernidade tardia vem promovendo um distanciamento tempo-espaco em que as modalidades de conexão superam o contato físico e presencial (GIDDENS, 1991). Como resultado dos processos de globalização e com a popularização da Internet, o uso das redes sociais e aplicativos de relacionamento vêm assumindo um protagonismo nas formas de sociabilidade, característica que também se tornou evidente na área da atenção à saúde (CABRAL, 2016).

O nosso maior método de divulgação é absolutamente e simplesmente, além do bate boca, claro, é o Instagram. Então assim, o Instagram e o WhatsApp são o nosso escudo e nossa espada. A gente usa muito eles, é o canal direto para falar com as pessoas. Tem o Facebook também, só que é uma coisa mais ampla, não direcionada. Mas o Instagram e WhatsApp realmente são chaves... como eu falei, é o nosso escudo e espada de todo esse processo divulgação. A gente não conta com nada muito grande não, são somente essas duas coisas.

Com efeito, as redes sociais são hoje o maior canal de divulgação da PrEP, como mostra o trecho da entrevista acima. Esses meios, conjuntamente com a estratégia da educação por pares, permitiriam ampliar o número de usuários. Além disso, *Instagram, Whatsapp e Facebook* são utilizados de maneira a oferecer conteúdos informativos e também responder dúvidas do público interessado no uso da profilaxia.

Figura 11: Página da PrEP-Florianópolis no Instagram



Fonte: <https://www.instagram.com/prepfloripa/>

A título de ilustração, um perfil ativo no Instagram intitulado @prepfloripa⁶⁶ é abastecido continuamente com informações a respeito da PrEP e da Prevenção Combinada. Nas postagens é possível identificar uma tentativa de publicizar o uso da PrEP assim como de outros métodos preventivos. No que se refere aos conteúdos, pode ser observada a utilização de uma linguagem específica, característica da comunidade LGBT, com memes ou gírias. Embora não seja o propósito desta tese realizar uma investigação apurada das postagens nas redes sociais, nota-se que elas vêm operando como um recurso discursivo que impulsiona a divulgação da profilaxia com a intenção clara atingir um público específico e prioritário do ponto de vista da prevenção.

No perfil do Instagram existe um link⁶⁷ que, se clicado por quem acessa, direciona para uma página que apresenta uma espécie de pré-questionário sobre o uso da PrEP. Muito similar ao questionário de monitoramento padrão, esse instrumento contém perguntas sobre o conhecimento a respeito das estratégias de prevenção ao HIV/aids, os motivos de interesse pela PrEP e a orientação sexual e/ou identidade de gênero. Como explicado pelos profissionais nas entrevistas, o questionário foi concebido para fins de triagem visando o agendamento de consultas.

Não se trata, portanto, de um instrumento de caráter meramente informativo sobre a PrEP, uma vez que as redes sociais têm servido, igualmente, como ferramenta virtual de antecipação da consulta. Assim, ao acessar os perfis nas plataformas virtuais, os interessados têm a possibilidade de não apenas se informar a respeito da profilaxia e de outros métodos preventivos como, também, de realizar uma solicitação de agendamento de consulta com a equipe de saúde sem precisar de um deslocamento até uma unidade de saúde.

Não se pode ignorar o papel das redes sociais como estratégia de disseminação da política pública de prevenção. Enquanto o Estado oferece o recurso farmacológico, mas limita a divulgação, as redes surgem como recurso para o compartilhamento de informações. Estudos sobre sociabilidade e HIV/aids têm sugerido que as grandes plataformas de mídias digitais, como *Instagram*, *Facebook*,

⁶⁶ Disponível em: <https://www.instagram.com/prepfloripa/>. Acesso em: 15 de maio de 2023.

⁶⁷ Disponível em: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfApLQ9LRrxw6pkWWhaKG5IDkiywcBVxkujczvCqpA5Qy8r-XQ/viewform>. Acesso em: 15 de maio de 2023.

entre outras, têm sido ferramentas para a mobilização política através do compartilhamento de informações sobre a prevenção ao vírus (NOAR; WILLOUGHBY, 2012; MUESSIG et al, 2015; SILVA; DUARTE; ALVES NETTO, 2017)

O que torna o uso desse tipo de ferramenta uma estratégia efetiva é seu alcance, pois uma única postagem pode atingir milhares de usuários em poucos segundos. Este tipo de compartilhamento de informações ultrapassa fronteiras geográficas ao mesmo tempo em que fornece a possibilidade do anonimato; recurso atrativo no caso do HIV/aids dado o permanente estigma de que são objeto a doença e os públicos a ela associados. Além disso, alguns autores sugerem que a comunicação por meio desses canais provocaria uma sensação de apoio emocional, facilitando a troca de mensagens, bem como o estabelecimento de uma comunidade virtual que compartilha dos mesmos interesses (KUDRATI; HAYASHI; TAGART, 2021).

Conforme anteriormente apontado, trata-se de instrumentos que ao promovem um novo tipo de biossociabilidade (ORTEGA, 2018), pois criam condições de possibilidade para a emergência de “novas formas de cidadania, pela incorporação de doentes em comunidades ligadas eletronicamente por sites, listas de e-mail, fóruns de discussão” (ORTEGA; ZORZANELLI 2010, p. 162). A formação desse tipo de comunidade é fortemente dependente das condições tecnológicas de funcionamento das mídias sociais.

O Instagram é uma isca, o Instagram é a maior isca que a gente tem, o maior anzol para chamar pessoas novas. Então esse é o maior objetivo de tudo isso. As postagens são direcionadas para angariar pessoas para trazer para nós.

Uma das diferenças entre as estratégias de divulgação da PrEP e as campanhas anteriores de prevenção ao HIV/aids é o fato de existir na primeira delas um claro interesse que ultrapassa o simples compartilhamento de informações. Como visto no depoimento acima, na divulgação da PrEP as redes sociais são utilizadas para “fisgar o usuário”. Como o indivíduo precisa ser capturado pelo dispositivo da sexualidade, o objetivo parece ser o de tornar a PrEP “atrativa”, com base em uma racionalidade similar ao processo de persuasão para comercialização de um produto.

A utilização das redes sociais como “isca” para atrair os usuários da PrEP parece coincidir, conforme já apontado nesta tese, com a expansão dos processos de individualização social característicos das sociedades tardo-modernas. Assim, por exemplo, o trabalho de autogoverno da periculosidade teria, para os potenciais usuários da profilaxia, seu ponto de largada no primeiro contato com a PrEP no âmbito das redes sociais.

De maneira similar ao que ocorre com os educadores de par, é possível observar a tentativa das equipes de saúde de estender sua estratégia de divulgação e recrutamento de usuários para espaços de socialização virtual específicos dos grupos prioritários. O principal deles é o *Grindr*, um dos mais famosos aplicativos de relacionamento afetivo-sexual destinado ao público homossexual e/ou de HSH. A justificativa dada para a utilização dessa estratégia é a concentração de pessoas em situação de risco para a infecção por HIV:

Pela concentração de pessoas, eu acho que basicamente é isso. Lá você vai ter as pessoas que vão transar sem preservativo, custe o que custar e a situação que acontecer, e vai acontecer... Pessoas que vão ter outros tipos de práticas que podem colocar a sua saúde em determinados riscos, e nada melhor que você chegar lá no alvo, né.

Para a utilização do *Grindr* é necessário criar uma conta (perfil) em que o usuário adiciona fotos e descreve suas características físicas e preferências em matéria de práticas sexuais. O aplicativo reúne perfis de outros usuários de acordo com o mecanismo de geolocalização, sendo apresentados primeiramente aqueles que se encontram mais próximos geograficamente. Ao se interessar por determinado perfil, o usuário pode iniciar uma conversa e enviar fotos privadas.

[...] o perfil é a maneira disponibilizada pelo aplicativo para enunciar marcadores e identificações – desde atribuições identitárias até requisitos de busca por parceiros delimitados pelo usuário –, com campos disponíveis para preenchimento voluntário. Pode-se escolher uma foto, um nome e um about me (usando caracteres e emojis), inserir dados como idade, altura, peso, etnicidade, tipo de corpo, o que se procura, status de relação (solteiro, casado, relacionamento aberto,), tribos (na versão gratuita, só se pode escolher uma tribo), posição sexual de preferência, condição sorológica, além de associar no perfil um link para Instagram, Facebook ou Twitter. Todas essas opções são de preenchimento voluntário. (CARDOSO et al, 2019, p. 2).

Parece haver no *Grindr* uma tendência ao sexo sem burocracia, isto é, rápido e próximo. Isso ocorreria tanto através do mecanismo de geolocalização quanto pelas características físicas e sexuais expostas no perfil do usuário. Embora as redes de relacionamento afetivo-sexual possam funcionar, na prática, como uma reconfiguração do *cruising* no ambiente virtual, autores como Miskolci (2014) têm optado pelo termo *hookup* para se referir a esses aplicativos. Essa expressão é utilizada para se referir ao a um “sexo rápido” em encontros sexuais eventuais e sem compromisso, marcados pela efemeridade e rapidez.

Um dos grandes diferenciais de aplicativos como o *Grindr* é a possibilidade de o usuário indicar sua condição sorológica para o HIV e/ou suas preferências preventivas. Embora não seja uma informação obrigatória, é possível indicar a data do último exame para o HIV e, em caso de sorologia negativa, informar se faz o uso da PrEP ou não.

O fato de o *Grindr* assumir uma postura em parte defensora da PrEP tem propiciado a realização de estudos que analisam a relação entre o aplicativo e a disseminação da profilaxia. Resultados dessas pesquisas têm levado a afirmar que esse aplicativo, além de funcionar como uma rede de socialização homoerótica, tem se convertido em espaço de disseminação e compartilhamento de informações sobre saúde sexual, prevenção ao HIV e PrEP entre os usuários (SANTOS; GRANGEIRO; COUTO, 2022). Contudo, para além da discussão sobre o uso do *Grindr* por parte de usuários comuns, cabe perguntar acerca das implicações e significado de instituições do SUS criarem perfis institucionais em um aplicativo de relacionamento afetivo-sexual como estratégia que faz parte de uma política pública de prevenção ao HIV.

No trecho da entrevista citado anteriormente, a equipe de saúde afirma que criou um perfil da PrEP-Florianópolis porque "*Lá você vai ter as pessoas que vão transar sem preservativo, custe o que custar e a situação que acontecer*". Ao inferir que a dinâmica do aplicativo sugere relações sexuais desprotegidas, a afirmação reconhece o *Grindr* como um lugar de risco socialmente construído. E, neste sentido, "*nada melhor que você chegar lá no alvo, né*". A ideia de “alvo” contempla o discurso de que é algo que precisa ser atingido, controlado e administrado, tanto em termos disciplinares como biopolíticos.

Nesse sentido, Miskolci (2016), em suas análises das redes de socialização homoeróticas virtuais, destaca que a criação de um perfil em aplicativos dessa natureza articula um “eu privado” a uma “performance pública”. Dito em outros termos, revela a produção de um ideal de si mesmo que agrada a potenciais parceiros que podem comparar e escolher. Se este fato se aplica a usuários comuns, é possível inferir que, enquanto estratégia preventiva, a PrEP estaria produzindo uma versão idealizada de si na tentativa de ser escolhida pelos usuários do *Grindr*.

A transposição de uma política pública de saúde para uma “persona” física em aplicativos de relacionamento estaria enquadrando a PrEP nos mesmos patamares do usuário comum que descreve suas características físicas, envia suas fotos e assume suas preferências sexuais para que seja escolhido. Ao se travestir de usuário comum no *Grindr*, por exemplo, a profilaxia busca um lugar de igualdade diante dos outros integrantes do aplicativo e, ao mesmo tempo, transforma-se em uma espécie de mercadoria a ser adquirida na vitrine do homoerotismo. Com isso, alargam-se os limites institucionais da profilaxia, pois quando os usuários buscarem virtualmente alguém para exacerbar-se em seus desejos, estará a PrEP on-line e disponível para ser convidada a participar da diversão.

Se anteriormente afirmei que a PrEP estaria possibilitando o retorno da homossexualidade aos consultórios médicos (BARP; MITJAVILA, 2020), é possível inferir que esse retorno não ocorre sem a participação de minuciosas estratégias de captura e convencimento. O recrutamento de usuários em espaços de socialização real e virtual demonstra o caráter capilar da medicalização na modernidade tardia, tornando-se capaz de intervir na sexualidade perigosa com estratégias cada vez mais persuasivas. Se anteriormente o dispositivo da sexualidade já se infiltrava nos regimes da vida privada, tem agora se atualizado de maneira a corresponder com os parâmetros da globalização e da individualização.

Da mesma forma que no caso dos espaços físicos escolhidos para a estratégia da educação por pares, os espaços de socialização virtual não são de comum acesso. Embora se apresentem como espaços de livre circulação, esses ambientes possuem hierarquias que possibilitam que determinadas identidades tenham mais acesso ao recurso preventivo do que outras. Sabe-se, por exemplo, que a realidade da Internet ainda não contempla todas as camadas sociais no Brasil, sendo assim, a estratégia

de atingir o público on-line alcançaria, majoritariamente, homossexuais com maiores níveis de renda e escolarização. Além disso, estudos sociais já apontam como perfis mais próximos de determinados padrões de beleza recebem maior atenção na busca por parceiros on-line (COSTA, 2021), o que sugere serem esses os homossexuais que mais utilizam esses aplicativos para se relacionar.

Dessa forma, as estratégias de divulgação em espaços tanto reais como virtuais podem estar contribuindo para a manutenção do número de usuários da PrEP e do caráter elitizado do segmento da população homossexual que teria acesso facilitado à profilaxia, questão já abordada neste trabalho quando apontado como problema de um ponto de vista interseccional que leva em conta marcadores sociais da diferença. No afã de reagir aos baixos investimentos financeiros decorrentes de uma gestão neoliberal e neoconservadora da epidemia de HIV/aids, as equipes de saúde podem estar andando em círculos ao promover uma divulgação e captura de usuários em lugares que reproduzem vulnerabilidades e acentuam desigualdades.

Em suma, no caso da oferta da PrEP não se trata mais da exclusão de toda uma identidade como ocorreu no passado, mas sim da produção e reprodução de novos tipos de desigualdades que privilegiam determinados perfis e comportamentos a partir da seletividade demonstrada pelos parâmetros econômicos e morais das atuais estratégias sanitárias de abordagem da problemática do HIV/aids na população homossexual.

5.2 Ativismo e redefinição dos padrões de gestão biopolítica

Para compreender os processos de construção social e de medicalização da homossexualidade nas sociedades modernas, é preciso levar em consideração também o papel desempenhado pelas diversas formas de ação coletiva da população homossexual, fundamentalmente a partir do momento em que elas adquirem a forma de movimento social⁶⁸

⁶⁸ Utilizo aqui a referência de Facchini (2002, p. 79) e me refiro por movimentos sociais na área de desigualdades que se inscrevem no sistema sexo-gênero como, “o conjunto das associações e entidades, mais ou menos institucionalizadas, constituídas com o objetivo de defender e garantir direitos relacionados à livre orientação sexual e/ou reunir, com finalidades não exclusivamente, mas

Inserido em uma densa rede de relações de poder-saber, o ativismo nesta área combina estratégias de cooperação (visando sua própria emancipação e sobrevivência física e social) com estratégias de luta caracterizadas pela reivindicação de direitos. Esse caráter complexo das estratégias do movimento social, da mesma forma que outros dispositivos biopolíticos, produz diversos tipos de efeitos, sejam eles negativos, positivos ou, ainda, contraditórios (FOUCAULT, 2016) .

É de amplo conhecimento que o engajamento social foi um dos principais motores do HIV/aids já nos anos de 1980, sendo citado como responsável por pressionar o Estado a implementar políticas públicas de tratamento e prevenção nos primeiros anos de epidemia. Não fossem os esforços de homossexuais organizados enquanto grupo de pressão, talvez o interesse pela doença teria surgido mais tardiamente. Nesse sentido, deve-se lembrar que na época da formulação das primeiras políticas públicas de combate à aids, “setores da própria saúde reagiram diante da suposta importância exagerada que se estava dando a um problema de pequena dimensão e que dizia respeito a um grupo minoritário da população” (TEIXEIRA, 1997, p. 49).

O estudo de Facchini (2002) representa um convite para entender como se deu a criação do movimento homossexual⁶⁹ no Brasil a partir dos anos de 1970 e em que aspectos precisou se reformular a partir da década seguinte por conta da epidemia do HIV/aids. Destaca a autora que, inicialmente, a associação negativa entre aids e homossexualidade fez com que muitos ativistas optassem por não trabalhar com a pauta da aids. Contudo, à medida que a letalidade da doença avançava, afetando prioritariamente homossexuais, muitos deles acabaram migrando para a militância em favor do enfrentamento ao HIV/aids. Não foi por acaso que as primeiras políticas públicas voltadas especificamente aos homossexuais surgiram justamente no contexto do combate ao HIV, também caracterizado pelas condições sociais de

necessariamente políticas, indivíduos que se reconheçam a partir de qualquer uma das identidades sexuais tomadas como sujeito desse movimento

⁶⁹ Até 1993, a expressão movimento homossexual era utilizada para nomear o movimento social que mantinha como bandeira prioritária a livre orientação sexual. Gradativamente, a sigla passou por reformulações a fim de contemplar outras orientações sexuais e identidades de gênero. Na Conferência Nacional de 2008, aprovou-se uma atualização da sigla utilizada no Brasil, chamada de LGBT (Movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) (FACHINNI, 2002). Esse fato, por sua vez, serviu de base para atualizações posteriores com a inclusão de novos grupos, até chegar à denominação LGBTQIAPN+ utilizada atualmente de maneira não oficial

abertura política, aprovação da Constituição de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde.

É a partir do enfrentamento à epidemia do HIV/aids que o Estado passa a desenvolver algum tipo de interlocução com o movimento homossexual, especialmente em face das altas taxas de mortalidade causadas pela doença. Nesse contexto, questões referentes à homossexualidade foram expostas na esfera pública (FACHINNI, 2002), pressionando o Estado para se posicionar. Daniliauskas (2011), por exemplo, considera que o acordo entre o Brasil e o Banco Mundial, assinado em 1994 e conhecido como Aids I, representou um importante marco da interlocução entre ativismo e Estado, uma vez que previa a participação da sociedade civil na implementação de ações preventivas. Um dos resultados desse acordo foi a obtenção de financiamento público para o combate à aids, que garantiu a manutenção de grupos ativistas que passaram a ser registrados como ONGs de enfrentamento ao HIV/aids.

Durante o ano de 1996, com o lançamento do Programa Nacional de Direitos Humanos I (PNDH I), a expressão “homossexualidade” foi citada pela primeira vez em um documento do governo Federal. Daniliauskas (2011) trata a questão como emblemática no momento em que um grupo historicamente invisibilizado transformou-se em sujeito de direito. Pode-se dizer, portanto, que é a partir da epidemia do HIV/aids, e da interlocução entre Estado e movimentos sociais, que a homossexualidade obtém certo nível de reconhecimento por parte do aparato institucional brasileiro. As escassas políticas públicas que surgem a partir de então com foco em minorias sexuais foram, em certa medida, influenciadas pelas implicações sociais e biológicas da aids e pelas reações de movimentos sociais organizados.

Embora não seja essa uma demanda exclusiva desses movimentos, pode-se dizer que, hoje, o que se convencionou em chamar de ativismo LGBT⁷⁰ assume como

⁷⁰ Entendo o ativismo LGBT em consonância com a perspectiva de Assis (2006) como um tipo de ação política indireta, não necessariamente institucionalizada como ocorre com os movimentos sociais. Nos trilhos da discussão sobre os chamados Novos Movimentos Sociais (FRASER, 2001), o ativismo compreenderia as formas de mobilização política que extrapolam as tradicionais lutas contra o sistema de produção capitalista, reivindicam o reconhecimento de direitos identitários e não respondem ao tipo e grau de estruturação e projeção sociopolítico alcançados pelos movimentos.

pauta própria toda uma agenda de questões que envolve o enfrentamento ao HIV/aids ademais de outras infecções sexualmente transmissíveis. A memória dos anos mais cruéis da aids permaneceu tão intacta na história da homossexualidade que qualquer tentativa de emancipação em relação à doença torna-se quase impossível.

Em meio a alianças e tensões, a relação entre ativismo, Estado, e saberes técnico-científicos vem desenhando muitos aspectos da homossexualidade. Estudos sobre diferentes formas de ação coletiva têm apontado influências exercidas por movimentos sociais nos processos de validação de discursos científicos. “Os fatos se tornam científicos não apenas por serem empiricamente verificáveis, mas também porque são o resultado de negociação social de credibilidade, risco e legitimidade” (OLIVEIRA; SANTOS; MELLO, 2001, p. 1).

No caso da PrEP, embora a demanda inicial tenha partido do campo científico, rapidamente recebeu apoio de ativistas LGBT que se uniram ao Estado a fim de garantir sua implementação. Nas análises que desenvolvo nesta tese ressoam resquícios da histórica participação ativista da homossexualidade na disseminação dos métodos de prevenção ao HIV/aids. Contudo, esse ativismo ressurgiu de forma renovada, em meio a uma realidade pautada pelos desafios postos, como já apontado neste trabalho, pela neoliberalização do Estado e da sociedade e pela força da agenda neoconservadora.

5.2.1 Eu uso, eu recomendo!

A relação entre Estado e ativismo tem sido marcada por diversas intersecções. Autores como Abers e Von Bulow (2011) argumentam que esse fato ocorre tanto através da incorporação de ativistas de movimentos sociais em cargos governamentais quanto pela formação de novos movimentos sociais a partir da interlocução entre ativistas dentro e fora do Estado. Esses episódios podem ser observados desde redemocratização, porém intensificaram-se a partir da gestão de Luiz Inácio da Silva em seus dois primeiros mandatos (2003-2006 e 2007-2010), quando membros de movimentos sociais LGBT assumiram cargos federais (ABERS; SERAFIM; TATAGIBA, 2014).

Durante a pesquisa de campo, elementos dessa intersecção têm aparecido nas entrevistas, por exemplo, quando profissionais dos serviços de saúde justificam a importância do tratamento no fato de eles mesmos serem de usuários da PrEP em detrimento de argumentos de natureza científico-técnica inerentes à atividade profissional que desenvolvem.

*Algumas pessoas já me falaram que quando elas souberam que eu usava PrEP elas se sentiram muito melhores do que antes. Se você está com uma dúvida de que aquele medicamento vai fazer mal para você, **nada melhor do que você ver uma pessoa que entende daquilo utilizando e confiando naquilo, entendeu?** Então eu acho que isso, de a pessoa confiar mais no medicamento... ela confia porque a gente usa e porque somos profissionais da saúde; e também porque assim ela sabe que a gente está usando para se proteger e para ter uma vida sexual satisfatória.*

No trecho acima temos o relato do profissional de saúde argumentando que, durante as consultas com usuários da PrEP, ele se reconhece também como um usuário da profilaxia. Em sua argumentação, esse fato faria com que o paciente se sentisse mais seguro em relação à eficácia e aos efeitos colaterais da profilaxia. Afinal, em suas palavras, “*nada melhor do que você ver uma pessoa que entende daquilo utilizando e confiando naquilo*”. Observo no relato que a conduta do profissional de saúde excede os limites da profissão ao se apresentar como usuário da PrEP com a finalidade de produzir uma maior segurança no paciente. A argumentação sustenta-se na ideia de que se ele, um profissional de saúde que entende do assunto, faz uso do medicamento, então, há de se esperar que outras também se disponham a utilizá-lo.

Embora essa questão não tenha sido explorada diretamente durante as entrevistas, uma parte dos profissionais de saúde que participaram do estudo reconheceu que sua orientação sexual estava enquadrada nos grupos prioritários para a PrEP e, alguns deles, também informaram que faziam o uso da PrEP. Trata-se de afirmações que parecem ir muito além de simples confidências ou apreciações subjetivas. Na verdade, a explicitação da condição de usuário sugere a presença de uma espécie de ativismo que direciona a forma como os profissionais se dirigem aos outros potenciais ou reais usuários, como aconteceria em uma típica ação de “educação de pares”.

Eu não tenho nenhuma dúvida em falar que as pessoas que acessam uma PrEP por conta da gente, do nosso nosso engajamento pessoal, ela já entrou com uma outra cabeça no serviço de saúde. Eu acho que elas entram com a cabeça desburocratizada, tirando essa parte institucional da rede.

Conforme anteriormente discutido, a “educação por pares” tem sido adotada como estratégia primordial de recrutamento de novos usuários. Entretanto, essa estratégia parece formar parte, também, das atividades assistenciais voltadas ao monitoramento dos pacientes nos consultórios. Neste espaço, o “engajamento pessoal” do profissional como consumidor de PrEP teria a função de promover ou de reforçar a adesão dos usuários ao tratamento. Esse tipo de atuação do profissional-ativista poderia, hipoteticamente falando, ser interpretado como um resquício das anteriores metodologias adotadas pelas políticas de prevenção pautadas na parceria entre governo e ONGs (AGOSTINI et al, 2019), mas que adquire novos significados sociais a partir do momento em que passam a integrar as rotinas dos consultórios, amparadas pelas competências e prerrogativas profissionais de agentes institucionais em um serviço público de saúde.

Por outro lado, no trecho da entrevista acima reproduzida, aparecem elementos que mostram o propósito do profissional de “desburocratizar” o serviço da PrEP através do engajamento pessoal. A argumentação parte do pressuposto de que, ao informar ser um usuário, afasta-se o caráter institucional do tratamento, tornando-o algo mais cotidiano e de fácil aceitação. A ideia de facilitar o uso da profilaxia, “*tirando essa parte institucional*” mereceria ser interrogada, indagada do ponto de vista do tipo de racionalidade dentro da qual poderia ser interpretada.

Apesar de a PrEP estar sendo ofertada por serviços públicos de saúde, parece notória a presença de uma discursividade voltada à necessidade de escapar a mecanismos e controles institucionais na gestão desta estratégia profilática, incluindo-se nessa gestão a missão de orientar os “estilos de vida” que deveriam ser adotados no exercício da homossexualidade. Neste caso, quiçá, a busca por uma resposta na autonomia técnica da profissão médica poderia ser insuficiente. Essa autonomia, que fora minuciosamente examinada no trabalho pioneiro de Freidson (1978) é um atributo que se estende a praticamente todas as áreas de atuação da medicina.

Também seria possível levar em consideração outros fatores na análise dessa questão. Nesse sentido, uma hipótese que aponte para uma explicação funcional não deveria ser descartada: a atuação das equipes de saúde nas margens dos parâmetros institucionais pode ser interpretada como parte de um movimento de resistência às condições impostas, durante o período de referência da presente pesquisa, pela fragilidade da inserção da PrEP na também precarizada política nacional de combate à epidemia HIV/aids. Essas condições podem ter contribuído para a organização de respostas locais que se apoiam em recursos e tecnologias de gestão relativamente inéditas, baseadas em apelos voluntaristas e militantes, também suscitados pelo avanço neoconservador contra os direitos da população LGBT. Contudo, seria necessário contar com suficientes pesquisas sobre o funcionamento da PrEP em nível nacional para avaliar a razoabilidade empírica dessa suposição.

Com independência da validade desse argumento, a forma como a PrEP é implementada pelas equipes pode ser observada como uma manifestação radicalizada do que no quarto capítulo apresentei como processos de individualização social próprios das estratégias biopolíticas de gestão neoliberal da vida social. A individualização consiste em um processo pelo qual problemas sociais passam a ser definidos como problemas individuais, transferindo para o domínio individual a responsabilidade pela exposição a riscos e pelos infortúnios experimentados ao longo das trajetórias biográficas (BECK, 1997; BAUMAN, 2000; MITJAVILA; JESUS, 2004).

No contexto da PrEP, os processos de individualização social não permanecem restritos à população de usuários. A análise do material empírico utilizado nesta pesquisa permite aventar a hipótese de que a individualização também atingiria os discursos e as práticas profissionais nas equipes de saúde a partir do momento em que eles assumem como responsabilidade própria a gestão dos riscos associados à homossexualidade. Governo e autogoverno da periculosidade funcionariam como duas faces de um mesmo processo de descoletivização e desinstitucionalização das tecnologias de prevenção ao HIV/aids.

Por outro lado, também é possível indagar essa dupla função, isto é, de governo e autogoverno dos riscos, naquilo que os estudos sobre movimentos sociais chamam de ativismo institucional. O conceito leva em consideração a definição do ativismo como um conjunto de práticas desenvolvidas por sujeitos em defesa ou

promoção de uma determinada causa. Já o caráter institucional do ativismo decorreria da posição formal que ocupam os ativistas nas estruturas organizacionais. A noção de ativismo institucional refere-se, portanto, "às ações de defesa ou promoção de determinadas causas que são realizadas a partir das posições que os agentes ocupam nas instituições político-administrativas (RECH; SILVA, 2016, p. 381).

Em um contexto neoliberal e neoconservador, interessa observar a perspectiva do ativismo institucional no cenário da PrEP. Como já apontado, diante da invisibilidade gerada pela contenção de recursos, os profissionais de saúde direcionam o exercício do poder em um âmbito institucional do setor público para defender bandeiras pessoais ou de identidades coletivas com as quais eles se identificam.

Rech e Silva (2016) comentam que os ativistas institucionais apresentam uma identificação com um movimento social promotor de determinada causa, mesmo que isto não fique expresso no pertencimento formal a uma organização ou a um movimento social. No caso da equipe de saúde participante da pesquisa, não foram detectados vínculos diretos dos integrantes com algum movimento social, porém, uma parte dos profissionais de saúde entrevistados manifestou orientar a atuação na PrEP a partir da sua autoidentificação como homossexual ou como HSH. Dessa forma, a diferença de outros militantes, esses profissionais contam com os recursos e oportunidades que proporciona a inserção deles no âmbito institucional, permitindo assim alcançar objetivos que, em princípio, poderiam tensionar o desempenho simultâneo dos papéis de ativista e profissional de saúde.

Contudo, como destaca Pettinicchio (2012, p. 502), não se pode falar em ativistas executores passivos das orientações, reivindicações e projetos das organizações, mas sim na sua atuação como agentes ativos que "podem assumir um papel protagonista no sentido da elaboração e proposição de ações que não foram previamente formuladas e demandadas pelas organizações de movimentos sociais". Isso pode ser nitidamente observado no caso da PrEP quando são ultrapassados os limites dos protocolos clínicos, tanto no que se refere às formas de interação com os usuários quanto à defesa da eficácia do slogan "se eu uso, (a PrEP) é seguro que você também use".

Fundem-se aqui duas lógicas, dois tipos de sensibilidade em torno da gestão de riscos. Do ponto de vista institucional a legitimidade da implementação da PrEP se apoia em conhecimentos científico-técnicos. Já no caso dos discursos dos profissionais pude observar como, ao tratar de sexualidade, HIV/aids e prevenção, as memórias dos períodos nebulosos da epidemia são acionadas na relação entre profissional e paciente. Há uma tentativa de convencimento que se assemelha à construção dos vínculos de solidariedade dos anos de 1980, quando o cuidado entre pares foi uma das alternativas de sobrevivência mais utilizadas pelos homossexuais.

Esse entrelaçamento de tramas discursivas oriundas de saberes peritos e leigos pode ser observado também em outras áreas. Nesse sentido, Zanolli (2019), por exemplo, afirma que a relação entre Estado, ciência e movimento social é marcada pela porosidade. No caso específico da PrEP, a lógica do risco impulsiona processos de individualização social do próprio agente de saúde que se torna ele mesmo paciente e difusor do tratamento. A mobilização social em forma de ativismo funciona tanto como elemento de resistência aos escassos recursos de saúde quanto como estratégia da própria manutenção do dispositivo, responsável pela regulação normalizada das práticas sexuais consideradas perigosas. Em suma, não há formas isentas ou autônomas no funcionamento do HIV/aids como dispositivo biopolítico, uma vez que práticas de diferente natureza se reúnem para trabalhar no controle dos corpos que continuam sendo associados à perversão (PERLONGHER, 1987).

5.2.2 Ciberativismo e a (des)institucionalização do serviço PrEP

Nas seções anteriores deste capítulo analisei três estratégias de recrutamento e convencimento de usuários da PrEP: educação por pares, redes sociais e ativismo. Cada uma delas têm desempenhado um papel diferente na gestão profilática da homossexualidade. Ao mesmo tempo, essas estratégias acabam se articulando em uma única tecnologia de gestão que resulta, em grande medida, da anteriormente mencionada porosidade das relações entre Estado, ciência e ativismo. Identifico a seguir um modelo de ativismo virtual por parte da equipe técnica e sobre isso interessa

realizar alguns registros sobre seu alcance social e possíveis impactos e desdobramentos como uma modalidade de gestão biopolítica da homossexualidade.

A gente usa o nosso próprio Instagram para fazer esse tipo de coisa [...] Pelo Grindr, o pessoal me acha lá e fala “quero marcar uma consulta”, então é uma coisa as pessoas nos veem como totens. Na rua, na balada já me chamaram.

Anteriormente já discutido, a participação institucional da PrEP nas redes sociais estaria orientada pelo empenho em chegar até as populações prioritárias que frequentam esse ambiente. Contudo, como observado no relato acima, para atingir esse objetivo o entrevistado se desloca da função de profissional de saúde para acessar o lugar de usuário comum, utilizando suas redes sociais próprias, sem que isso implique abandonar o *status* e os recursos que as prerrogativas profissionais lhe asseguram. Ainda, a metáfora “as *pessoas nos veem como totens*” alude a uma (auto)percepção sobre o papel messiânico da equipe técnica na prevenção do HIV/aids que, em medida nada desprezível, foi sendo construído a partir da autoridade cultural historicamente conquistada pela medicina científico-técnica nas sociedades modernas (MITJAVILA, 2016).

No caso da PrEP, essa atuação de recrutamento em redes sociais próprias constitui uma das peças que integram uma única estratégia biopolítica que envolve prevenção e assistência, vigilância e individualização, controle e resistências, enfim, uma diversidade de elementos que operam conjuntamente no espaço virtual. Trata-se de um tipo de tecnologia política que se inscreveria no que diversos autores denominam ciberativismo: um novo modelo de atuação política em redes sociais caracterizado pelo uso de tecnologias digitais e por mobilizar e/ou enfrentar pautas de desigualdade social e/ou cultural (MILHOMENS, 2009). Neste espaço haveria uma tendência à conscientização e promoção de uma causa através de meios alternativos de informação que serviriam para bloquear o alcance dos meios tradicionais, tais como jornais e televisão (VEGH, 2003).

No caso da equipe técnica que fez parte da pesquisa ora apresentada, pode observar que a utilização das redes sociais ocorre em resposta ao silenciamento da PrEP nas mídias tradicionais. Ilustra também o que aponta Giddens (1991) quando afirma que a modernidade tardia vem sendo constituída a partir da legitimidade e da

confiança nos sistemas abstratos e na expansão da maior parte dos sistemas de conhecimento e formas técnicas de intervenção na vida social. Dito em outros termos, o saber experto, anteriormente rígido e limitado a certos espaços, é diluído na contemporaneidade de forma a permear relações até então isentas da expertise técnica.

A Internet, recurso globalizante, redefine as relações de tempo-espaço e possibilita um alcance maior enquanto estratégia de convencimento. Contudo, mais do que isso, no caso da PrEP também produz um desencaixe das estruturas convencionais de saúde ao romper a contratualidade do serviço, uma vez que desloca o atendimento do espaço dos consultórios e permite que seja realizado não apenas pela equipe de saúde, mas também pelo ativista no espaço virtual.

Pode-se inferir que, para além de qualquer implicação em termos de padrões éticos e de qualidade dos serviços, a utilização das redes sociais para orientar usuários sobre a PrEP a equipe de saúde parece priorizar a eficiência em detrimento, possivelmente, da eficácia das prestações. Nesse sentido, o ciberativismo teria contribuído de maneira significativa na construção de um tipo de estratégia de prevenção do HIV/aids caracterizada por respostas rápidas, flexíveis, diversificadas, econômicas (limitadas à administração do “comprimido da responsabilidade”), desburocratizadas, enfim, compatíveis com parâmetros neoliberais do funcionamento da economia (HARVEY, 2005) e da vida social na contemporaneidade (BORÓN, 2001; FAIR, 2010)

Como já citado anteriormente, durante a década de 1980 poucas foram as influências do Estado em relação ao HIV/aids (PINHEIRO, 2015). A sobrevivência se deu entre pares, um gesto de solidariedade que uniu a comunidade homossexual (PARKER, 1994; 2000). Nos EUA, por exemplo, numerosos registros documentais e ficcionais contam como medicamentos eram traficados entre homossexuais; como as mulheres lésbicas exerciam o cuidado paliativo em pacientes com aids após a rejeição da família; e como, de maneira mais ampla, a sobrevivência biológica e social esteve atrelada a um modelo de gestão social sem qualquer apoio institucional⁷¹.

⁷¹ O filme *Os primeiros soldados*, de 2021, e a série *Pose*, de 2018, são duas obras cinematográficas que retratam o que Parker (2000) chamou de “redes de solidariedade” em relação aos primeiros anos da epidemia.

O mesmo processo que produziu um histórico de cuidado entre pares também resultou, anos mais tarde, na constituição de grupos de pressão que levaram o Estado, que até então permanecia omissos, a reconhecer a necessidade de intervir na gestão da epidemia. A influência do ativismo e sua articulação com o Estado na formulação de políticas públicas fez com que, mesmo que de maneira muito reduzida, o homossexual se tornasse sujeito de direito (DANILIAUSKAS, 2011). E certamente não é exagero dizer que a homossexualidade estaria longe de adquirir certa aceitação caso não tivesse ocorrido a mobilização social em função do HIV/aids. Afinal, assim como afirma Trevisan (2018, p. 425), devido à epidemia, “a homossexualidade tendeu a se tornar uma realidade social menos invisível: o desvio veio à tona e, de certo modo, vingou-se, atacando em forma de vírus fulminante”.

Mas se o HIV/aids do passado trouxe à cena pública a homossexualidade como comportamento desviante, diante do aparato institucional, a política de prevenção sustentada na PrEP, ao que me parece, vem dando um novo giro no dispositivo ao propor um modelo de gestão centrada prioritariamente no autogoverno do risco de infecção pelo HIV. Se o ativismo de quatro décadas atrás fez com que o Estado reconhecesse o homossexual como sujeito de direito, o ativismo contemporâneo parece seguir uma orientação diferente. Ao invés de colocar a ênfase em demandas de intervenção do Estado, tenderia a desenvolver estratégias de ocupação de espaços estratégicos na gestão das ações preventivas.

Esse tipo de mudança poderia produzir alguns efeitos de interesse para a presente análise. Em primeiro lugar, o ciberativismo praticado pelos profissionais que atuam na prestação da PrEP pode possibilitar a molecularização e o desacoplamento institucional das ações. Conforme fora anteriormente analisado, no caso estudado, o recrutamento de usuários não é pautado em protocolos e, sim, na atuação dos profissionais em redes sociais, espaço majoritariamente frequentado por aqueles homossexuais considerados capazes de se autogovernar. Além disso, as ações desenvolvidas no espaço virtual não estão submetidas a procedimentos de registro documental nem de controle técnico.

Uma das marcas de qualquer modelo de gestão biopolítica é o registro documental (FOUCAULT, 2016). Ao contrário disso, nas estratégias de disseminação e convencimento da PrEP muitas informações não são objeto de registro institucional.

Quando, por exemplo, trocam-se mensagens e/ou informações via redes sociais próprias, essas informações são armazenadas nos bancos de dados das próprias redes, e qualquer registro dessas atividades passa a ser de domínio exclusivo da iniciativa privada. No caso da PrEP isso pode produzir um certo esvaziamento da política pública no que tange aos registros de dados dos usuários.

Não quero sugerir que a PrEP enquanto estratégia institucional não produza algum tipo de registro documental. Pelo contrário, no capítulo anterior realizei uma análise dos questionários de monitoramento clínico-laboratorial, que se revelaram como peças eficazes para a codificação clínica da homossexualidade. Contudo, há diferenças significativas entre o tipo de informações registradas nos questionários e aquelas que as redes sociais armazenam.

No caso dos registros clínico-laboratoriais, estamos falando de informações objetivas a respeito de práticas sexuais, quantidade de parcerias, episódios de infecções, etc. Já no caso da abordagem nas redes sociais, estamos falando de dimensões subjetivas da homossexualidade como, por exemplo, as motivações em usufruir a PrEP, as demandas sociais do usuário em relação a prevenção ao HIV e como isso impacta sobre a sua sexualidade. Ou seja, nas redes aparecem questões que envolvem a construção social de uma identidade homossexual, questões que deixam de ser documentadas pela política pública e que, devido a isso, permanecem confinadas no domínio das redes sociais. Como consequência disso, o Estado passa a deter unicamente registros estatísticos que não contemplam alguns aspectos relevantes da homossexualidade masculina relativos a desigualdades sociais e a situações de vulnerabilidade.

Castells (1999) afirma que quando as mídias digitais inviabilizam a regulamentação e o controle nacionais, leva-se à perda de um dos principais sustentáculos do poder do Estado, possibilitando processos de desnacionalização e desestatização das informações. Não me parece exagero sugerir que, ao direcionar os registros documentais da homossexualidade aos domínios dos aplicativos de relacionamento como *Instagram* e *Grindr*, as equipes de saúde estariam propiciando certa desinstitucionalização do serviço e, conseqüentemente, afastando a homossexualidade do aparelho institucional. Se, por um lado, nas interações entre pares há mais liberdade e “menos burocracia”, por outro lado, o Estado pode acabar

desenvolvendo um olhar escassamente informado sobre as dinâmicas da vivência da homossexualidade.

Em síntese, as tecnologias de gestão do HIV/aids por meio da PrEP correspondem a uma racionalidade neoliberal que, na atualidade, se estende à totalidade do campo social. Nesse contexto, como observam Andrade, Carvalho e Oliveira (2022, p. 5) a respeito a relação entre neoliberalismo e saúde: “o próprio indivíduo vai colocando em questão a própria conduta e buscando cada vez uma maior capacidade de conduzi-la de forma que julga adequada, responsável, virtuosa, saudável, lucrativa, moralmente aceitável”.

Entretanto, o indivíduo como empresário de si é uma proposta ilusória que apenas serve para justificar estratégias de governamentalidade de cunho neoliberal. No que diz respeito à gestão biopolítica de questões localizadas na interseção entre saúde e homossexualidade esse tipo de racionalidade pode enfraquecer os processos de reconhecimento político-institucional das identidades sociais. Além disso, cabe perguntar, também, em que medida as atuais estratégias de prevenção ao HIV/aids podem produzir um alargamento das desigualdades já existentes entre a população homossexual, excluindo os segmentos mais vulneráveis e, devido a isso, “incapazes” de se autogovernar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão deste trabalho me leva a um exercício de autorreflexão, pois me deparo com a difícil necessidade encerrar este ciclo iniciado em 2018, concomitantemente ao momento em que começava a oferta de PrEP no Brasil via sistema público de saúde. Pode-se dizer que esta tese escrita por um homossexual (gay, bicha, viado e tantos outros adjetivos que aqui ressignifico) nasceu e se desenvolveu conjuntamente com o nascimento e desenvolvimento da PrEP que, como demonstrado, vem incidindo na trajetória social da categoria com a qual me identifico. Deste fato decorre minha maior dificuldade, pois concluir este trabalho também significa encerrar uma relação entre pesquisador e objeto de pesquisa que, de certa forma, influencia a minha própria constituição como sujeito. Posso dizer que há mais desta tese em mim do que de mim nesta tese e por isso se torna desafiador deixá-la ir.

Supero as angústias por compreender que é o momento de que outros assumam a tarefa de observar a homossexualidade a partir dos desdobramentos que o HIV/aids produz. Afinal, a ciência em que acredito é um tipo de saber acumulativo em que novas hipóteses precisam ser testadas, inclusive para questionar aquilo que neste estudo emergiu enquanto saber. Contudo, embora acredite ter conseguido responder os principais questionamentos que me trouxeram até aqui, pergunto-me neste momento: como encerrar? Que registros poderia deixar a respeito da promíscua relação entre saber técnico-científico e homossexualidade?

Enquanto refletia sobre os resultados deste trabalho percebi que introduzi alguns capítulos com a descrição de episódios de preconceito, intolerância e discriminação direcionados à população homossexual. Sem jamais querer propor uma perspectiva negativa sobre a temática, esse foi o recurso encontrado para sinalizar, em poucas linhas, os efeitos de poder que o conservadorismo político-institucional vinha traçando sobre a questão da homossexualidade masculina na modernidade. Entretanto, a perspectiva teórico-metodológica que adotei também me leva a recusar os efeitos desse poder como essencialmente negativos (FOUCAULT, 2008; 2014; 2016). E embora em muitos momentos eu mesmo possa ter questionado se não estaria produzindo um estudo negativo sobre a homossexualidade, agora posso dizer

que o que me propus a realizar foram análises acerca do efeito produtivo do poder sobre mim e sobre tantos outros. As conclusões que apresento a seguir não questionam a validade da PrEP enquanto política de prevenção ao HIV/aids, mas tratam de demonstrar o impacto que esta recente medida preventiva pode estar produzindo sobre uma sexualidade historicamente vista como anormal.

Inicialmente defendi a utilização de uma metodologia arqueogenealógica de análise por compreender que a sexualidade deva ser considerada como uma produção, pelo menos em parte, da discursividade científico-técnica (FOUCAULT, 2017). Embora outras leituras também sejam possíveis, considere importante atentar aos elementos que esse tipo de saber aciona, revelando práticas de disciplinamento individual e de gestão populacional que compõem as estratégias do biopoder nas sociedades modernas. A partir dessa perspectiva foi possível direcionar a pesquisa para questões específicas da trajetória histórica da homossexualidade, fundamentalmente do ponto de vista dos processos de medicalização que tanto moldaram sua identidade no passado (GREEN, 2019) e que continuam a fazê-lo no presente.

Ao longo da tese tentei demonstrar como as práticas individuais e coletivas a respeito da homossexualidade são permeadas por relações de poder. Uma parte significativa dessas práticas corresponde aos processos de conversão da homossexualidade em objeto de conhecimento e de intervenção da medicina técnico-científica. A figura do indivíduo homossexual, fundamentalmente a partir do século XIX, emerge como uma construção fortemente medicalizada, associada ao exercício de formas desviantes, anormais e perversas da sexualidade (SIMIÃO, 2015).

Nesse sentido, um dos argumentos mais utilizados para justificar diversos tipos de intervenções em torno da homossexualidade refere-se ao grau de ameaça que ela representa para a sociedade. Nessa direção, a noção de periculosidade (FOUCAULT, 1996; 2006; 2008) passou a ser utilizada como parâmetro para codificar diversos tipos de condições consideradas desviantes, entre elas, a homossexualidade masculina.

Também aponte como, no discurso científico, a homossexualidade nasceu vinculada à atividade sexual e, especialmente, à penetração sexual anal enquanto algo considerado antinatural. Esse fato legitimou inúmeras intervenções médico-higienistas por meio das quais a homossexualidade passou a ser tratada como

doença, em muitos casos convertendo o ânus em *locus* privilegiado para a apreciação da periculosidade atribuída à figura do homossexual (SAEZ, 2016). Em períodos recentes, embora tenham sido superadas afirmações taxativas a respeito da homossexualidade que vigoraram no passado, ainda respingam resquícios dessa associação no coração de políticas públicas cujo enfoque é administrar problemas sociais tais como o HIV/aids.

Justamente no mesmo período que teve início o processo de despatologização da homossexualidade, a periculosidade a ela atribuída ganhou novos significados com o surgimento do vírus da aids. Assim, na década de 1980, a epidemia do HIV/aids se converteu em um novo capítulo da história da homossexualidade, caracterizado por um retorno estrondoso da moralização das práticas sexuais a ela associadas. Como afirmara Susan Sontag (1988), o caráter epidêmico do HIV/aids, conjuntamente com as práticas sexuais que haviam sido anteriormente patologizadas, fomentou a percepção do vírus como consequência dos excessos homossexuais.

Também procurei demonstrar que as estratégias de prevenção do HIV/aids enquanto problema de saúde pública envolvem novas modalidades de construção social da homossexualidade. A epidemia e suas estratégias preventivas têm reforçado hierarquias nas práticas sexuais, tratando como perigosas atividades historicamente relacionadas ao homossexual, como o sexo anal e a multiplicidade de parcerias. Diante disso, o contexto de rejeição à homossexualidade observado no passado parece não ter sido superado se levarmos em consideração que o discurso científico-técnico ainda direciona medidas disciplinares e biopolíticas específicas para este grupo.

A partir da medicalização da sexualidade considerada perigosa, verdades científicas têm ditado normas a respeito do que seriam práticas sexuais seguras em comparação com outras avaliadas como arriscadas. Nessa esteira, o atual modelo de prevenção ao vírus no país, chamado Prevenção Combinada, têm defendido a utilização do tratamento medicamentoso com antirretrovirais como uma das estratégias prioritárias (BRASIL, 2017b). Trata-se de uma novidade que evidencia a força da articulação entre medicina, ciência e indústria farmacêutica aliada aos objetivos do Estado em matéria de gestão da problemática do HIV/aids.

Nesse modelo de prevenção sugere-se que populações específicas são afetadas diferentemente em relação ao HIV/aids, o que demanda que as estratégias preventivas sejam ofertadas com enfoque em determinadas realidades sociais (BRASIL, 2017b). Para essa finalidade é utilizada a taxa de prevalência do HIV, indicador que permite identificar os segmentos populacionais que apresentam maiores chances de infecção, entre os quais se encontra o relativo à população homossexual.

A implementação da Profilaxia Pré-exposição ao HIV (PrEP) no Brasil, no início de 2018, confirma esse direcionamento preventivo e, mais do que isso, revela como a homossexualidade nunca deixou de ser considerada uma categoria socialmente perigosa. Tratada inicialmente como prioritária para a PrEP, a homossexualidade passou a receber uma atenção ainda mais específica em relação ao HIV/aids. Conforme mostram os dados analisados, a profilaxia preventiva foi inicialmente concebida como um recurso preventivo majoritariamente voltado para a população homossexual, o que possibilita identificar impactos importantes sobre a sua constituição.

Como discutido ao longo do estudo, a lógica do risco desempenha uma função estruturante da profilaxia no Brasil. Abordei a questão do risco não apenas como um instrumento estatístico e pretensamente neutro em termos ideológicos, mas, fundamentalmente, como um tipo de linguagem que transporta aspectos morais acerca da saúde da população (AYRES, 1995).

Nesse sentido, diferentemente do que teria ocorrido nos anos de 1980, quando as práticas sexuais socialmente perigosas eram censuradas, na era da PrEP assistimos a uma reformulação do entendimento sobre essas práticas, que passam a ser muito mais gerenciadas pelo arcabouço do risco do que, de fato, censuradas. A partir da análise dos protocolos destinados a regulamentar a implementação da PrEP (BRASIL, 2017a; 2018b), foi possível perceber como o monitoramento clínico-laboratorial a que são submetidos os usuários busca identificar comportamentos suscetíveis de representar algum nível de risco ou de desvio legal ou moral da normalidade e, diante disso, produzir uma consciência dos riscos no próprio usuário.

Enquadro essa espécie de extração de informações sobre usuários da PrEP no que Foucault (2014) chamou de exame, um tipo de técnica de poder que disciplina e normaliza os corpos. A PrEP, portanto, estaria funcionando como estratégia que

coloca os indivíduos em um campo documentário, passível de ser decomposto e analisado. Além disso, estaria possibilitando o próprio retorno da homossexualidade aos consultórios médicos (BARP; MITJAVILA, 2020), uma vez que para fazer o uso do tratamento preventivo é preciso passar por um monitoramento e consultas periódicas em que são feitos exames laboratoriais e compartilhadas informações pessoais a respeito das condutas sociais e sexuais.

Sugiro, portanto, que a mesma PrEP que proporciona condições de segurança diante do HIV/aids opera como um dispositivo de disciplinamento individual e de gestão biopolítica da homossexualidade. Isso estaria indicando o surgimento de um novo perfil de homossexual, produzido pelo discurso científico-técnico no âmago das estratégias de medicalização da sexualidade. Nesse perfil, o homossexual deixa de ser visto como essencialmente doente e perigoso, desde que seja capaz de adequar suas práticas sexuais a uma rotina de monitoramento e autocuidado.

A análise do material documental e das entrevistas aos profissionais que atuam na PrEP permitiu observar que esse movimento de retorno aos consultórios médicos estaria operando como resultado do aparente caráter opcional da PrEP. Nesse sentido, a política de prevenção defende a ideia de que munido de conhecimentos sobre os riscos decorrentes de suas práticas, o usuário possa decidir ou não pelo uso da profilaxia (BRASIL, 2017a). Essa lógica inscreve-se no que, de maneira mais abrangente, Ulrich Beck (2011) definiu como processos de individualização social. Refere-se a um novo modo de autoprodução da sociedade que, em contextos de modernidade tardia, obriga os indivíduos a tomarem decisões sobre si mesmos e construir reflexivamente suas biografias.

A individualização social mantém uma relação direta com a problemática do risco (GIDDENS, 2002), fazendo com que o homossexual usuário da PrEP se reconheça como potencialmente perigoso e, assim, ele mesmo opte por aderir ao tratamento como recurso de prevenção. Essa orientação é vista pelas equipes que operam o serviço da PrEP como um novo estilo de vida, baseado na reformulação dos comportamentos sexuais dos usuários que, moldados por um discurso técnico e científico de monitoramento sobre si, orienta suas escolhas de vida com base em parâmetros preventivos supostamente capazes de antecipar o futuro. Com a PrEP, as práticas sexuais associadas à homossexualidade estariam sendo ressignificadas em

termos de saúde e doença. E se, por um lado, essa mudança tem possibilitado promover a aparente autonomia do homossexual no exercício de sua sexualidade, por outro, tende a impor a obrigação de se autocontrolar de administrar seu próprio corpo, desvios e excessos.

Outra linha de análise desenvolvida na pesquisa refere-se às estratégias de convencimento dos usuários utilizadas pelas equipes de saúde que trabalham no serviço da PrEP. A respeito disso, procurei compreender o tipo de racionalidade que organiza a gestão da profilaxia. Para tanto foi preciso atentar-se ao cenário mais amplo em que o serviço começou a ser implementado no país: contexto caracterizado por um governo neoliberal e neoconservador, pautado na redução dos recursos destinados a programas de saúde que contemplavam grupos vulneráveis, o que produziu barreiras que dificultaram a efetividade e a disseminação do serviço em seus primeiros anos.

As entrevistas realizadas mostraram que embora o recurso biomédico da PrEP estivesse disponível, faltaram investimentos financeiros e mobilização institucional para a divulgação e conscientização da população por meio de canais oficiais. Esse fato exigiu das equipes de saúde o desenho de estratégias de divulgação próprias, as quais contemplaram 1) educação por pares, recurso em que membros da equipe com a mesma orientação sexual ou identidade de gênero da população prioritária recrutava possíveis usuários em espaços de socialização homoerótica; 2) divulgação em redes sociais e aplicativos de relacionamento voltados ao público homossexual; e 3) uma espécie de ativismo exercido por membros da equipe que se apoia tanto nas diretrizes institucionais como na própria experiência adquirida na vida privada.

Embora possam ser interpretadas como práticas de resistência no interior do dispositivo da sexualidade (FOUCAULT, 2017), as análises apontaram como essas estratégias não deixavam de revelar aspectos passíveis de problematização. No que se refere à educação por pares, por exemplo, a escolha dos lugares de recrutamento de usuários indicou uma nova roupagem para práticas médico-sanitárias que em décadas anteriores censuraram esses mesmos tipos de espaços públicos por albergarem práticas homoeróticas consideradas como perigosas. Por outro lado, a estratégia preventiva também envolve a incursão em casas noturnas focadas no público homossexual; lugares esses que reforçam hierarquias sociais e que priorizam

padrões de consumo e de comportamento pautados em privilégios decorrentes de raça, classe e geração (HENNING, 2008; BENÍTEZ, 2005).

Em relação à utilização de redes sociais e de aplicativos de relacionamento, a análise do material obtido nas entrevistas mostrou que, além de divulgar o serviço da PrEP, também serviram como ferramenta virtual de antecipação da consulta. Além disso, essas estratégias são utilizadas para “fisgar o usuário”, no sentido de apresentar informações que despertem o interesse sobre o uso da profilaxia. De maneira geral, essa e outras modalidades de funcionamento da PrEP revelam-se compatíveis com exigências próprias de uma racionalidade de tipo neoliberal que exalta o valor da eficiência (FERGUSON, 2006), priorizando a agilidade na distribuição do medicamento. Observa-se, nesse sentido, uma tendência à mercantilização da prevenção ao HIV/aids, que passa a ser tratada de forma reducionista como um conjunto de bens e serviços que podem ser ofertados e, eventualmente, comercializados.

Já em relação ao que defino como ativismo, foi possível identificar como as equipes de saúde têm ultrapassado as competências profissionais e desenvolvido ações de militância em relação à PrEP, de forma muito similar ao que ocorreu no início da epidemia quando se construíram redes de solidariedade (TREVISAN, 2018; GREEN, 2019; FACHINNI, 2002). Em uma tentativa de “desburocratizar” o serviço, as equipes se valem do engajamento pessoal, tanto para ofertar informações quanto para orientar possíveis usuários acerca do tratamento preventivo. Contudo, esses episódios também podem estar indicando uma desinstitucionalização do serviço PrEP, onde cada vez mais o indivíduo, seja ele usuário ou profissional, assume a responsabilidade sobre si, sem a necessidade da interferência do Estado enquanto executor de políticas públicas.

Considero que a análise sugere a validade da hipótese inicial de que a PrEP vem possibilitando que a homossexualidade continue a ser objeto de problematização médica e social, nos moldes de um tipo de racionalidade que se caracteriza pela detecção e controle da homossexualidade enquanto fonte de periculosidade social. A partir disso, desenham-se estratégias disciplinares e biopolíticas sobre a homossexualidade sustentadas por processos de medicalização e pela lógica do risco.

Por fim, embora acredite que tenha levantado questões interessantes a respeito das recentes estratégias de prevenção ao HIV/aids e seu impacto na homossexualidade, reconheço a necessidade de outros estudos abordarem aquilo que este trabalho não contemplou. É preciso, por exemplo, avaliar os impactos das alterações introduzidas no protocolo clínico em 2022. Por meio dessas alterações foram excluídas categorias prioritárias para a PrEP, relativas à orientação sexual (BRASIL, 2022). Haveria com isso uma ampliação do serviço e, em consequência, uma redução dos interesses médico-sanitários sobre a homossexualidade?

Além disso, como foi significativo o impacto do governo Jair Bolsonaro (2018-2022) na oferta de PrEP, afetando suas estratégias de distribuição, considero igualmente interessante analisar qual será o impacto da gestão de Luiz Inácio Lula da Silva a partir de 2023 no que se refere às políticas de enfrentamento ao HIV/aids, fundamentalmente levando em consideração os registrados nas políticas públicas de prevenção ao HIV/aids em seus dois mandatos anteriores (CUETO; LOPES, 2020). Além disso, recordo que o presidente Lula assumiu, em seu discurso de posse no dia 1º de janeiro de 2023, o compromisso de combater, a partir do acesso à saúde, focos de desigualdade social (UOL, 2023). Nesse sentido, considero importante analisar como será cumprida essa promessa diante das atuais problemáticas que o HIV/aids ainda levanta em relação aos grupos historicamente marginalizados.

Por fim, sem desconsiderar o impacto positivo que a PrEP vem proporcionando em relação à redução de novos casos de HIV/aids (ZUCCHI et al, 2018), sugiro refletir se seria possível encontrar uma forma de pensar a sexualidade homossexual de uma forma que vá além do paradigma biomédico sem descartá-lo. Ou, ainda, se haveria uma forma de pensar em um tipo de saber médico que deixe de priorizar o controle de desvios da homossexualidade em troca da permissão para exercer algumas de suas práticas. Trata-se de indagações sobre aspectos para os quais não possuo respostas, mas que considero pertinentes relevantes para aqueles que desejam continuar investigando e produzindo a história da sexualidade.

REFERÊNCIAS

- ABERS, Rebecca Neaera; VON BÜLOW, Marisa. Movimentos Sociais Na Teoria e Na Prática: Como Estudar o Ativismo Através Da Fronteira Entre Estado e Sociedade?. **Sociologias**, v. 13, p.52–84, 2011.
- ABERS, Rebecca Neaera; SERAFIM, Lizandra; TATAGIBA, Luciana. Repertórios de interação Estado-sociedade em um Estado heterogêneo: a experiência na Era Lula. **Dados**, v. 57, p. 325-357, 2014.
- ADAMY, Paula Emília; CASIMIRO, Gilvane; BENZAKEN, Adele Benzaken. Na era da prevenção combinada. In: LEITE, Vanessa; TERTO, Veriano Jr; PARKER, Richard (orgs). **Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção**. Rio de Janeiro: ABIA, 2018.
- AGÊNCIA AIDS. **Aids 2016**: Adele Benzaken, diretora do Departamento de Aids, anuncia em Durban que Brasil terá PrEP até fim do ano, 2016.
- AGOSTINI, Rafael; ROCHA, Fatima; MELO, Eduardo et al. The Brazilian response to the HIV/AIDS epidemic amidst the crisis. **Cien Saude Colet** 2019. v. 24. n. 12. p. 4599-4604, 2019.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Epidemiologia e emancipação**. São Paulo, Hucitec/ Rio de Janeiro, Abrasco, 1995.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 121-144, 2003.
- AYRES José Ricardo de Carvalho Mesquita. Desenvolvimento histórico da epidemiologia e do conceito de risco. **Revista De Medicina**, v. 88, n, p. 71-79, 2011.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. “Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos”. In: PAIVA, V.; AYRES, J.R. & BUCHALLA, C.M. (orgs.). **Vulnerabilidade e direitos humanos**: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá. p. 71-94, 2012.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar De. **Epidemiologia sem números**: uma introdução crítica à ciência epidemiológica. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- ALMEIDA, Francis. **Heranças Perigosas**: arqueogenealogia da "periculosidade" na legislação penal brasileira. 2004. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM**. 1 ed. Washington D/C, 1952.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM**. 2 ed. Washington D/C, 1968.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. DSM. 3 ed. Washington D/C, 1980.

ANDRADE, Henrique Sater; CARVALHO, Sergio Resende; OLIVEIRA, Cathana Freitas. Leituras do governo neoliberal do Estado e da saúde. **PHYSIS. REVISTA DE SAÚDE COLETIVA (ONLINE)**, v. 32, p. 1-19, 2022.

A POLÊMICA da pílula azul. **Época**, 13 abr. 2018. Disponível em: <https://epoca.globo.com/tempo/noticia/2018/04/polemica-da-pilula-azul.html>. Acesso em 26 outubro de 2022.

AUGUSTO, M. H. O. O indivíduo na teoria social e na literatura: o momento contemporâneo. **Cadernos CERU**, n. 4, série 2, p. 5-31, 1993.

BARRETO, Victor Hugo de Souza. “Prazer e risco: o desafio entre as políticas de saúde contemporâneas relacionadas ao hiv/aids e os roteiros eróticos de homens que fazem sexo com homens”. In: Rosana Castro; Cíntia Engel & Raysa Martins (orgs.), **Antropologias, saúde e contextos de crise**. Brasília: Sobrescrita. p. 149-162, 2018.

BARRETO, Victor Hugo de Souza. Limites, fissuras, prazer e risco em festas de orgia para homens. **Mana** [Internet]. p. 9-37, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi-d=S0104-93132019000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 21 de maio de 2023.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. Genealogia do conceito de periculosidade **Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 37-52, 2011.

BASTOS, F. I. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros. **Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**, 2009.

BARP, Luiz Fernando Greiner; MITJAVILA, Myriam Raquel. O reaparecimento da homossexualidade masculina nas estratégias de prevenção da infecção por HIV: reflexões sobre a implementação da PrEP no Brasil. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, p. 1-20, 2020.

BARP, Luiz Fernando Greiner; MITJAVILA, Myriam Raquel; FERREIRA, Diego Diz. Gestão biopolítica da Aids: a homossexualidade como fonte de periculosidade social. **Saúde debate**, v.46, n.7, p. 223-236, 2022.

BAUMAN, Zygmunt. **Em busca da política**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

BECK, Ulrich. **Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade**. São Paulo: Editora 34, 2011.

BECKER, Howard. **Método de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, 1994.

BENÍTEZ, Maria Elvira Díaz. **Negros homossexuais: raça e hierarquia no Brasil e na Colômbia**. 2005. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.

BESSA, Marcelo Secron. **Os perigosos: autobiografias & AIDS**. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2002.

BEZERRA, Jorge Augusto Borges. **A vulnerabilidade do homo/bissexual masculino negro ao HIV/AIDS: um retrato da realidade brasileira**. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. Brasília, 2022.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em 17 de janeiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde/Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do

HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Orientações para a expansão da oferta da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV na rede de serviços de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

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. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRUGGE, Úrsula. **CORPO, Mídia e educação: uma arqueogenealogia da produção imagético-discursiva dos corpos femininos contemporâneos**. 2010. Dissertação (Mestrado em Educação Brasileira) - Programa de Pós-graduação em Educação Brasileira, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2010.

BORON, Atilio Sobre mercados y utopías: la victoria ideológico-cultural del neoliberalismo. **CadEst.Soc.Recife**, v.17, n. 2, p.179-188, 2001.

BOZON, Michel. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

BUENO, Alexei. **Antologia Pornográfica**. De Gregório de Mattos a Glauco Mattoso. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

BUTTURI JUNIOR, Atilio. A soropositividade e o perigo homossexual: a economia biopolítica do discurso de Jair Bolsonaro. **Caderno de Letras**, v. 41, p. 51-67, 2021.

BUTURRI JUNIOR, Atilio; CAMOZZATO, Nathalia Muller. PrEP, o HIV e as táticas de desobediência. **Fórum Linguístico**, v. 18, p. 6332-6350, 2021.

CABRAL, Ethel Jane Scliar. **Oncologia e internet: como as informações médicas são disponibilizadas para o paciente oncológico no mundo virtual**. 2016. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

CAETANO, Marcio. **Performatividades reguladas: heteronormatividade, narrativas biográficas e educação**. Curitiba: Appris Editora, 2016.

CHACKO, Liza et al. Adherence to HIV post-exposure prophylaxis in victims of sexual assault: a systematic review and meta-analysis. **Sexually transmitted infections**, v. 88, p. 335-34, 2012.

CALAZANS, Gabriela Junqueira; PINHEIRO, Thiago Félix; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. **SEXUALIDAD, SALUD Y SOCIEDAD**. Rio de Janeiro, v. 29, p. 263-293, 2018.

CALÇADO, Thiago. **A carne se fez verbo**: confissão cristã e sexualidade em Michel Foucault. 2015. Tese (Doutorado em Filosofia) - Programa de Pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2015.

CANCIAN, Natalia. Governo aposta em medo e repulsa de efeitos de DST em campanha para estimular camisinha. **Folha de São Paulo** (on-line), São Paulo, 31 de outubro de 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/10/governo-aposta-em-medo-e-repulsa-de-efeitos-de-dst-em-campanha-para-estimular-camisinha.shtml> Acesso em 15 de junho de 2021.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Forense: Rio de Janeiro, 2009.

CARDOSO, João Gabriel Maracci, et al. Imagem, corpo e linguagem em usos do aplicativo Grindr. **Psicologia USP**, v. 30, p. 1-11, 2019.

CARRARA, Sérgio; MOARES, Cláudia. “Um mal de folhetim”. **Comunicações do ISER** v. 4, n. 17, p. 20-26, 1985.

CARRARA, Sérgio; SIMÕES, Julio. Sexualidade, cultura e política: a trajetória da identidade homossexual masculina na antropologia brasileira. **Cadernos PAGU**, n. 28, p. 65-99, 2007.

CASCAIS, Antônio. **Paixão, morte e ressurreição do sujeito em Foucault**. Comunicação e Linguagens. Lisboa: Cosmos, 1993.

CASTELLS, Manuel. **A Sociedade em Rede - a era da informação**: economia, sociedade e cultura. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in the United States – 2014 Clinical Practice Guideline. 2014. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hiv/pdf/PrEPguidelines2014.pdf>. Acesso em: 13 de setembro de 2022.

CLARKE, Adele et al. Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and US biomedicine, **American Sociological Review**, v. 68, p. 161–194, 2003.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Normal-Patológico, Saúde-Doença: Revisitando Canguilhem. **Physis (UERJ. Impresso)**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 13-36, 1999.

COLETTA, Ricardo Della. **Pessoa com HIV 'é uma despesa para todos no Brasil', diz Bolsonaro**. Folha de São Paulo (online), São Paulo, 5 fev. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/02/pessoa-com-hiv-e-uma-despesa-para-todos-no-brasil-diz-bolsonaro.shtml#:~:text=Ao%20defender%20nesta%20quarta%2Dfeira,despesa%20para%20todos%20no%20Brasil%22>. Acesso em 10 de maio de 2023.

CÓRDOVA, Luiz. **Trajetórias de Homossexuais na Ilha de Santa Catarina: temporalidades e espaços**. 2006. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

CONRAD, Peter. The discovery of hyperkinesis: notes on the Medicalization of Deviant Behavior. **Soc Probl.** v. 23. n. 1, p. 12-21, 1975.

CORRÊA, Mariza. “Sobre a Invenção da Mulata”. **Cadernos Pagu**, Campinas-SP, Núcleo de Estudos de Gênero-Pagu/Unicamp, p.35-50, 1996.

CORRÊA, Sonia. A resposta brasileira ao HIV e à AIDS em tempos tormentosos e incertos. In: ABIA, **Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**, p. 7-15, 2016.

COSTA, Jurandir Freire. **A Inocência e o Vício: estudos sobre o Homoerotismo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

COSTA, Ramon Silva. O que procura? A digitalização do desejo e as performances de masculinidades no aplicativo Grindr. **CSOONLINE (UFJF)**. v. 1, p. 188-213, 2021.

DANILIAUSKAS, Marcelo. **Relações de gênero, diversidade sexual e políticas públicas na educação: uma análise do Programa Brasil sem Homofobia**. 2011. Dissertação (Mestrado em Educação), Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

DA SILVA-BRANDAO, Roberto Rubem; IANNI, Aurea Maria Zollner. Sexual desire and pleasure in the context of the HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP). **Sexualities**, v. 23, p. 1400-1416, 2020.

DANIEL, Hebert; PARKER, Richard. **AIDS: A Terceira Epidemia**. São Paulo: Iglu Editora, 1991.

DEAN, Tim. Mediated intimacies: raw sex, truvada, and the biopolitics of chemoprophylaxis. **Sexualities**, v. 18, p. 224-246, 2015.

DELEUZE, Gilles. ¿Que és un dispositivo? In: **Michel Foucault, filósofo. Barcelona**: Gedisa, p. 155-161, 1990.

DOUGLAS, Mary; WILDAVSKY, Aaron. **Risk and culture**. Oxford: Basil Blackwell, 1982.

DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

FACCHINI, Regina. **"Sopa de Letrinhas"?** – Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90: um estudo a partir da cidade de São Paulo. 2002. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Departamento de Antropologia do IFCH, UNICAMP, Campinas, 2002.

FACCHINI, Regina; FRANÇA, Isadora Lins. De cores e de matizes: sujeitos, conexões e desafios no Movimento LGBT brasileiro. **Sexualidad, Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro), v. 1, p. 33-53, 2009.

FAIR, Hernán. Hacia una epistemología del neoliberalismo. **Revista Pensar. Epistemología y Ciencias Sociales**, n. 5, Editorial Acceso Libre, Rosario, 2010.

FANON, Frantz. **Pele Negra, Máscaras Brancas**. Salvador: Editora Fator, 1983.

FRASER, Nancy. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça da era pós-socialista. In: SOUZA, Jessé. (Org.). **Democracia hoje**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

FERLA, Luis Antonio Coelho. **Feios, sujos e malvados sob medida**. Do crime ao trabalho, a utopia do biodeterminismo em São Paulo. Tese (Doutorado em História Econômica) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. 2005.

FERRARI, Felipe Cavalcanti. Biomedicalização da resposta ao HIV/Aids e o caso da emergência da PrEP: um ensaio acerca de temporalidades entrecruzadas. **Equatorial: Natal**, v.4, n.7, p.313-160, 2017.

FERRAZ, Dulce; PAIVA, Vera. Sexo, direitos humanos e AIDS: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. p. 89-103, 2015.

FONSECA, Márcio Alves da. **Michel Foucault e o Direito**. São Paulo: Saraiva, 2012.

FOUCAULT, Michel. **La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina**. Educación Médica y Salud (OPS), 1976.

FOUCAULT, Michel. **Tecnologias del yo** – Y otros textos afines. Barcelona: Paidós Ibérica, 1990.

FOUCAULT, Michel. **La vida de los hombres infames**, La Plata: Altamira, 1996.

FOUCAULT, Michel. "A evolução da noção de 'indivíduo perigoso' na psiquiatria legal do século XIX". In: MOTTA, Manoel Barros. **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2006a.

FOUCAULT, Michel. O Uso dos Prazeres e as Técnicas de Si. In: MOTTA, Manoel Barros. **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2006b.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população**: curso no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**: curso do College de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. A vida dos homens infames. In: MOTTA, Manoel Barros. **Estratégia, poder-saber**. Ditos e escritos IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 199-217, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 2014.

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2016.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1**: A vontade de saber. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz & Terra, 2017.

FREIDSON, Eliot. **Profession of medicine**: a study of the sociology of applied knowledge. Chicago: University of Chicago Press, 1988.

FRIEDSON, Eliot. **La profesión médica**. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Península, 1978.

FRY, Peter. Da Hierarquia à Igualdade: A construção Histórica da Homossexualidade no Brasil. In: FRY, Peter. **Para inglês ver - Identidade e política na cultura brasileira**. Rio de Janeiro: Zahar, p. 87-115, 1982.

FRY, Peter; MACRAE, Edward. **O que é homossexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

FRY, Peter. Diferença, desigualdade, discriminação. In: SOUZA LIMA, Antonio Carlos (Org.). **Antropologia e direito**: temas antropológicos para estudos jurídicos. Rio de Janeiro/Brasília: Contra Capa; LACED; Associação Brasileira de Antropologia, p. 227-233, 2012.

FERGUSON, James. **Global Shadows**: Africa in the neoliberal world order. Durham, NC: Duke University Press, 2006.

GAYLE, Rubin. **Políticas do sexo**. São Paulo: Ebu Editora, 2017.

GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil**: agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

GRANGEIRO, Alexandre et al. O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. **Rev Bras Epidemiol**. v. 18, p. 43-62, 2015.

GRANT, Robert. et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. **The New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 27, p. 2587-2599, 2010.

GIDDENS, Antony. **As conseqüências da modernidade**. São Paulo: Editora UNESP, 1991.

GIDDENS, Antony. **Modernidad e identidad del yo**: el yo y la sociedad en la época contemporánea. Barcelona, Península, 1995.

GIDDENS, Antony. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

GILMAN, Sander. **Disease and Representation**: images of illness from madness to aids. Ithaca and Londres: Cornell University Press, 1991.

GREEN, James. **Além do Carnaval**: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX. São Paulo: Editora Unesp, 2019.

GRETEMAN, Adam. **Sexualities and Genders in Education**. *Querer Studies and Education*, 2018.

GODOY, Rosane Maria de. **Encontros Prazerosos** – estilos de vida de mulheres lésbicas em Florianópolis. 2021. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2001.

GOMES, Raquel Regina de Freitas Magalhães, et al. Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens no Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 33, 2017.

GUIMARÃES, Carmem Dora. **Descobrimo as Mulheres**: uma Antropologia da Aids nas Camadas Populares. 1998. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação do Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mimeo, 1998.

HARVEY, David. **A Brief History of Neoliberalism**. Nova Iorque: Oxford University Press, 2005.

HENNING, Carlos Eduardo. **As Diferenças na Diferença: Hierarquia e Intersecções de Geração, Gênero, Classe, Raça e Corporalidade em Bares e Boates GLS de Florianópolis**. 2008. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008.

HENNING, Carlos Eduardo. **Paizões, tiozões, tias e cacuras: envelhecimento, meia-idade, velhice e homoerotismo na cidade de São Paulo**. 2014. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2014.

HIRANO, Luis Felipe Kojima; ACUÑA, Mauricio; MACHADO, Bernardo Fonseca (Orgs). **Marcadores sociais das diferenças: fluxos, trânsitos e intersecções**. Goiânia: Editora Imprensa Universitária, 2019.

HOAGLAND, Brenda Regina de Siqueira. **Conhecimento, interesse, decisão sobre o uso e adesão precoce à profilaxia pré exposição (PrEP) entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transexuais (Trans) participantes no estudo PrEP Brasil**. 2016. Tese (Doutorado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas) - Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Rio de Janeiro, 2016.

JEOLÁS, Leila. "Os jovens e o imaginário da aids: notas para uma construção social do risco". Campos - **Revista de Antropologia Social**, Curitiba, v. 4, p. 93-112, 2003.

JUNGES, José Roque. **Ética sexual e novos padrões culturais**. Belo Horizonte: Perspectiva Teológica, 1995.

KALICHMAN, Arthur. "Pauperização e Banalização de uma Epidemia". In. **Seminário A Epidemia Social da Aids**. Rio de Janeiro. Abia. IMS/UERJ, p. 20-26, 1994.

KERR, Ligia. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras. **Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**, 2009.

KYRILLOS, Gabriela. "Uma Análise Crítica sobre os Antecedentes da Interseccionalidade". **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 1, 2020.

KUDRATI, Sakina; HAYASHI, Kamden; TAGGART, Tamara. Social Media & PrEP: A Systematic Review of Social Media Campaigns to Increase PrEP Awareness & Uptake Among Young Black and Latinx MSM and Women. **AIDS Behav.** v. 25, n.12, p.4225-4234, 2021.

LACERDA, Marina Basso. **O novo conservadorismo brasileiro: de Reagan a Bolsonaro**. Porto Alegre: Editoria Todavia, 2019.

LOYALA, Maria Andréa (org.). **Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 1994.

LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1595-1601, 2005.

LUHMANN, Niklas. **Sociologia del riesgo**. Cidade do México: Universidad Iberoamericana, 1992.

LUIZ; Olinda do Carmo; COHN, Amélia. Sociedade de risco e risco epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**. vol 22, n. 11, p. 2339-2348, 2006.

LUPTON, Deborah. Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. **International Journal of Health Services**, 23, p; 425–435, 1993.

LUPTON, Deborah. **Risk**. Londres: Routledge, 1999.

MACRAE, Edward. **O militante homossexual no Brasil da “abertura”**. 1985. (Doutorado em Antropologia) – Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1985.

MacRAE, Edward. Em defesa do gueto. In: GREEN, James; TRINDADE, Ronaldo (Orgs.). **Homossexualismo em São Paulo e outros escritos**. São Paulo: UNESP, p. 291-308, 2005.

MAKSUD, Ivía. **Casais sorodiscordantes: conjugalidade, práticas sexuais e HIV/AIDS**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

MARTINES, Giovanna; SESSEGOLO, Carolina Curcio; MONTEIRO, Paulo Orlando Alves Monteiro. A incidência do diagnóstico de AIDS ao longo de 20 anos no Brasil e relação com escolaridade. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**. v. 26. n. 1, 2022.

MATSUDA, Fernanda Emy. **A medida da maldade: periculosidade e controle social no Brasil**. 2009. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade de São Paulo, 2009.

MECCIA, Ernesto. **Los últimos homosexuales**. Sociología de la homosexualidad y la gaycidad .Buenos Aires: Gran Aldea Editores, 2011.

MILHOMENS, Lucas. **Entendendo o ciberativismo sem terra na nova esfera pública interconectada**. 2009, Dissertação (Mestrado em Comunicação) do Programa de Pós-Graduação em Comunicação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

MISKOLCI, Richard. San Francisco e a nova economia do desejo. Lua Nova (Impresso), V.91, p. 269-295, 2014.

MISKOLCI, Richard. Estranhos no Paraíso: notas sobre o uso de aplicativos em San Francisco. **Caderno PaguS**. v. 47. p.01-26, 2016.

MISKOLCI, Richard. Pânicos Morais e Controle Social: Reflexões sobre o Casamento Gay. **Cadernos Pagu** (UNICAMP), v. 28, p. 101-128, 2007.

MISKOLCI, Richard; PELÚCIO, Larissa. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro: CLAM-UERJ, n. 1, p. 25-157, 2009.

MISSE, Michel; MACHADO, Roberto. Impressões de Foucault. Entrevista com Roberto Machado. **Revista Sociologia e Antropologia**, v. 7, p. 17-29, 2017.

MITJAVILA, Myriam. Corpo, Poder, Saber. **Escritos**, São Paulo, p. 61-71, 1994.

MITJAVILA, Myriam. O risco como recurso para a arbitragem social. **Tempo Social Revista de Sociologia da USP**. São Paulo: USP, n. 14, v. 2, p. 129-145, 2002.

MITJAVILA, Myriam; JESÚS, Cristiane da Silva. Globalização, modernidade e individualização social. **Revista Katalysis**, Florianópolis, v. 7, p. 69-79, 2004.

MITJAVILA, Myriam. Ciencia, técnica y algo más: los psiquiatras forenses como árbitros de la criminalidad. In: MARTINS, R. A. et al. (Org.). **Filosofia e história da ciência no Cone Sul**. Campinas: AFHIC, p. 439-446, 2010.

MITJAVILA, Myriam. A periculosidade criminal: olhares da medicina psiquiátrica na contemporaneidade. In: CAPONI, Sandra; VERDI, Marta. (Org.). **Medicalização do Sofrimento: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. Florianópolis: Editora da UNISUL, p. 163-180, 2010.

MITJAVILA, Myriam. Medicalização, risco e controle social. **Tempo social**. Revista de Sociologia da USP. São Paulo: USP, v. 27, n. 1, p. 117-137, 2015.

MITJAVILA, Myriam; MATHES, Priscilla. Labirintos da medicalização do crime. **SAÚDE E SOCIEDADE (ONLINE)**, v. 25, p. 847-856, 2016.

MOYNIHAN, Ray **Disease-mongering: how doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick**, British Medical Journal, v. 324, 2002.

MOTT, Luiz. **Dicionário Biográfico dos Homossexuais da Bahia** (séculos XVI-XIX). Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 1999.

MOURA, Diogo Bernardo Domingues Duarte. **Profilaxia Pré-Exposição a VIH**. 2017. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina Lisboa. Mestrado Integrado em Medicina, 2017.

MOUTINHO, Laura. **Razão, “Cor” e Desejo**. São Paulo, Editora UNESP, 2004.

MUESSIG, Kathryn, et al. A systematic review of recent smartphone, Internet and Web 2.0 interventions to address the HIV continuum of care. **Curr HIV/AIDS**. v. 28, n.12, p.173-190, 2015.

MURGUÍA, Adriana; ORDORIKÁ, Teresa; LENDO, León. El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.3, 2016, p. 635-651.

NASCIMENTO, Elany et al. Adesão ao uso da camisinha: a realidade comportamental no interior do nordeste do Brasil. **Rev Salud Pública**, p. 71-80, 2017.

NOAR, Seth; WILLOUGHBY, Jessica Fitts. eHealth interventions for HIV prevention. **AIDS Care**. v. 24, n. 8, p. 945-952, 2012.

OLDENBURG, Catherine et al. **Adherence to post-exposure prophylaxis for non-forcible sexual exposure to HIV**: a systematic review and meta-analysis. **AIDS and behavior**, v. 18, n. 2, p. 217-25, 2014.

OLIVEIRA, Francisco. **Crítica à razão dualista: o ornitorrinco**. São Paulo: Boitempo, 2013.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora ; SANTOS, Elizabeth; MELLO, José Manoel Carvalho. Aids, ativismo e regulação de ensaios clínicos no Brasil: o Protocolo 028. **Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)**, BRASIL, v. 17, n.4, p. 863-875, 2001.

OLTRAMARI, Leandro Castro, **Representações sociais de profissionais do sexo da Região Metropolitana de Florianópolis sobre prevenção da AIDS E DSTs**. 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2007.

OMS; UNAIDS. **Oral Pre-Exposure Prophylaxis**: putting a new choice in context. [S. l.: s. n.], 2015. Disponível em: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/Oral_pre-exposure_prophylaxis_putting_a_new_choice_in_context. Acesso em 20 de fevereiro de 2023.

ORTEGA, Francisco. Práticas de ascese corporal e constituição de bio-identidades. **Cadernos Saúde Coletiva (UFRJ)**, Rio de Janeiro, v. 11, n.1, p. 59-77, 2003.

ORTEGA, Francisco; ZORZANELLI, Rafaela. **Corpo em evidência**: a ciência e a redefinição do humano. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PAOLI, Maria Célia Pinheiro Machado. O mundo do indistinto: sobre gestão, violência e política. In: OLIVEIRA, Francisco; RIZEK, Cibele Saliba. (Orgs.). **A era da indeterminação**. São Paulo: Boitempo, p. 221-256, 2007.

PATEL, Pragna; BORKOWF, Craig; BROOKS, John, et al. **Estimating per-act HIV transmission risk**: a systematic review. *AIDS*, 2014.

PARKER, Richard. **A construção da solidariedade**: AIDS, sexualidade e políticas no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1994.

PARKER, Richard. **Na contramão da AIDS**: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

PASSAMANI, Guilherme. **Batalha de confete**: envelhecimento, condutas homossexuais e regimes de visibilidade no Pantanal-MS. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens, 2018.

PEREIRA, Carlos Alberto Messeder. O Impacto da Aids, a afirmação da “cultura gay” e a emergência do debate em torno do “masculino” – fim da homossexualidade? In: RIOS, Luiz Felipe et al. **Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde**. Rio de Janeiro: ABIA, p. 52-62, 2004.

PERLONGHER, Néstor Osvaldo. **O que é aids**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

PERLONGHER, Néstor Osvaldo. O desaparecimento da homossexualidade. In: DANIEL, Herbert; FREIRE, Jurandir Costa et al. **SaúdeLoucura 3**. São Paulo: Hucitec, p. 39-45, 1993.

PETTINICCHIO, David. Institutional Activism: Reconsidering the Insider/Outsider Dichotomy. **Sociology Compass**, v. 6, p. 499-510, 2012.

PINHEIRO, Thiago Félix. **Camisinha, homoerotismo e os discursos da prevenção de HIV/aids**. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2015.

PINHO, Osmundo. Race Fucker: representações raciais na pornografia gay. **Cadernos Pagu**, n. 38, p. 159–195, 2016.

POLLAK, Michael. **Os homossexuais e a aids**: sociologia de uma epidemia. São Paulo: Estação Liberdade, 1990.

RAYNAUT, Claude. Os desafios contemporâneos da produção do conhecimento: o apelo para interdisciplinaridade. **Interthesis**, v. 11, n. 1, 2014, p. 1-22.

RAMOS, Marcelo Maciel; NICOLI, Pedro Augusto Gravatá . O que é LGBTfobia?. In: RAMOS, Marcelo Maciel; NICOLI, Pedro Augusto Gravatá; BRENER, Paula Rocha Gouvêa. (Org.). **Gênero, Sexualidade e Direito**: uma introdução. Belo Horizonte: Initia Via, p. 183-192, 2016.

RECH, Carla Michele.; SILVA, Marcelo Kunrath. Ativismo institucional como categoria analítica para o estudo das práticas políticas dos movimentos sociais no Brasil. In: **SEMINÁRIO NACIONAL DE SOCIOLOGIA DA UFS**, p. 375-388, 2016.

RIBEIRO, Moneda Oliveira. A sexualidade segundo Michel Foucault: uma contribuição para a enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n.4, p. 358-363, 1999.

RIETH, Flávia. "Amor e sexualidade". In: BÉRIA, Jorge. (org.). **Ficar, transar: a sexualidade em tempos de AIDS**. Porto Alegre: Tomo Editorial, , p. 15-26, 1998.

ROSE, Nikolas. **The Politics of Life Itself**. Princeton: Princeton University Press, 2007.

SAEZ, Javier. **Pelo cu: políticas anais**. Belo Horizonte: Letramento, 2016.

SANTOS, Élcio Nogueira; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Amores e vapores: sauna, raça e prostituição viril em São Paulo. **Rev. Estud. Fem.** Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 133-154, 2016.

SANTOS, Lorruan Alves dos. GRANGEIRO, Alexandre; COUTO, Maria Thereza. HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) among men who have sex with men: peer communication, engagement and social networks. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 10, 2022.

SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. A neoliberalização da prevenção do hiv e a resposta brasileira à Aids. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (Org.). **Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. Rio de Janeiro: ABIA. 2016.

SILVA, Cristina Luci. Ativismo, **Ajuda-mútua e Assistência: A Atuação das Organizações Não-Governamentais na luta contra a Aids**. 1999. Tese (Doutorado em Ciências Humanas – Sociologia) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia e Sociologia, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

SILVA, Rodrigo Augusto Tadeu Martins. Diversidade e liberdade sexual: Defensoria Pública, movimentos sociais e a PrEP no SUS. **SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE**, p. 346-361, 2018.

SILVA, Luiz Augusto Vasconcelos; DUARTE, Filipe Mateus; ALVES NETO, Gilberto Rios. Sociabilidades "positivas" em rede: narrativas de jovens em torno do HIV/Aids e suas tensões cotidianas. **Physis**. v. 27, n. 2, p. 335-355, 2017.

SIMIÃO, Anna Rita Maciel. **Sexualidade e Perversão na psiquiatria de Krafft-Ebing**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015.

SIMÕES, Júlio Assis. Gerações, mudanças e continuidades na experiência social da homossexualidade masculina e da epidemia de HIV-Aids. **SEXUALIDAD, SALUD Y SOCIEDAD** (RIO DE JANEIRO), v. 29, p. 313-339, 2018.

SONTAG, Susan. **AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

TEIXEIRA, Paulo Roberto. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, Richard (org). **Políticas, Instituições**, Aids: enfrentando a epidemia no Brasil. ABIA: Rio de Janeiro, p.43-68,1997.

TREVISAN, João Silvério. **Devassos no paraíso**: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade. Rio de Janeiro: Objetiva, 2018.

TRIGO, Luiz Gonzaga Godoi. Ascensão do prazer na sociedade atual: Turismo GLS. In. PANOSSO NETO, Alexandre; Ansarah, Marília Gomes dos Reis.(orgs.) **Segmentação do mercado turístico**: estudos, produtos e perspectivas. Barueri: Manole, p. 141-164, 2009.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

THOMANN, Matthew. 'On December 1, 2015, sex changes. Forever: Pre- exposure prophylaxis and the pharmaceuticalisation of the neoliberal sexual subject, **Global Public**, 2018.

THOMAZ, Danilo. **O novo azulzinho**. Época, Rio de Janeiro, ed. 1.031, p. 34-42, abr. 2018

UNAIDS. **Combination HIV Prevention**: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. A UNAIDS Discussion Paper 10, Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS, p. 1-36, 2010.

UNAIDS/WHO (UNITED NATIONS...). **Initiating second generation HIV surveillance systems**: practical guidelines. 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/guidelines/en/>>. Acesso em 13 de maio de 2023.

VEGH, Sandor. Classifying forms of online activism: the case of cyberprotests against the World Bank. In: MCCAUGHEY, M., AYERS, M.D. (ed.). **Cyberactivism**: online activism in theory and practice. London: Routledge, 2003.

VELHO, Gilberto. **Mediação, cultura e política**. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2001.

VENCATO, Anna Paula. **Fervendo com as Drags**: corporalidades e performances de drag queens em territórios gays da ilha de Santa Catarina. 2002. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

VERNAZZA, Pietro et al. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. **Bulletin des Médecins Suisses**, v.89, n. 5, p.165-169, 2008.

ZANOLI, Vinicius Correia. "Mais ativista do que gestora: ativismo institucional no campo do movimento LGBT em Campinas. **Revista Sociologia e Antropologia**. v. 9, p. 495-517, 2019.

ZAMBONI, Marcio. **Herança, distinção e desejo**: homossexualidade em camadas altas na cidade de São Paulo. 2014. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.

ZILLI, Bruno. **A perversão domesticada**: BDSM e o consentimento sexual. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens, 2018.

ZUCCHI, Eliane Miura et al. Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, 2018.

ZOLA, Irving Kenneth. Medicine as an institution of social control. In: Conrad, Peter. **The sociology of health e illness**: critical perspectives. New York: Editora Worth Publishers, 2005.

WHO/UNAIDS (WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNITED NATIONS...) Technical Consultations. 2007. "**New Data on Male Circumcision and HIV Prevention**: Policy and Programme Implications. Conclusions and Recommendations". Montraux. Disponível em: www.who.int/hiv/mediacentre/MCrecommendations_en.pdf. Acesso em 22 de maio de 2022.

ANEXO A – Roteiro de entrevista com gestores de saúde

Eixo	Perguntas Orientadoras
<p>Percepção do risco e epidemia HIV/aids</p> <p>Perguntas que buscam refletir sobre a atual situação do HIV/aids no país</p>	<p>Como você avalia a atual situação do HIV/aids no país?</p> <p>Na sua avaliação, os novos casos têm se concentrado em grupos específicos ou se pode dizer que este é um problema generalizado?</p> <p>Que fatores você atribui para as novas infecções por HIV/aids?</p> <p>Como você avalia a preocupação das pessoas em relação ao HIV/aids? Ela é a mesma das primeiras décadas após o surgimento da doença ou se modificou?</p> <p>O estigma em relação ao HIV/aids ainda é um problema?</p> <p>Na sua avaliação, as pessoas já conseguem falar abertamente sobre prevenção ao HIV/aids ou esse assunto ainda é um tabu?</p> <p>O que, do ponto de vista das políticas públicas em saúde, tem se feito para reduzir as novas infecções?</p> <p>Há algo que pode ser melhorado? O quê?</p>
<p>Métodos preventivos / Prevenção Combinada / PrEP</p> <p>Perguntas que refletem sobre os métodos preventivos disponíveis no SUS hoje e sua adesão.</p>	<p>Como você avalia os atuais métodos de prevenção ao HIV/aids disponíveis pelo sistema público de saúde?</p> <p>Esses métodos são de conhecimento da população em geral?</p> <p>Há algo que possa ser melhorado para que mais pessoas façam uso deles?</p> <p>Em relação a Prevenção Combinada, como você avalia a utilização desse leque de opções pelas pessoas?</p> <p>Do ponto de vista da importância para a prevenção, algum método se torna mais importante do que o outro?</p> <p>Utilizando apenas um desses métodos, é possível afirmar que o sujeito está protegido?</p> <p>Em relação a PrEP especificamente, qual a sua importância enquanto política pública de saúde?</p>

	<p>E em relação a adesão ao tratamento com a PrEP, o que já se pode afirmar?</p> <p>O que modifica em relação a Prevenção Combinada com a inclusão da PrEP?</p> <p>A PrEP enquanto método preventivo ainda não está disponível em todas as cidades e nem para todas as pessoas, por quê?</p> <p>Sobre os “grupos chave” para a PrEP até este momento, por que você acredita que esses são prioritários?</p> <p>Como você avalia a adesão desses grupos em relação ao uso da PrEP?</p> <p>Quais têm sido as formas de divulgação desse método preventivo?</p> <p>Especificamente em Florianópolis, como se deu a divulgação da oferta da PrEP? Quais foram as estratégias utilizadas?</p> <p>Por se tratar de grupos específicos que são prioritários para o tratamento em PrEP, as formas de divulgação se modificam em relação às demais?</p> <p>Qual a sua percepção em relação ao futuro no que se refere a PrEP?</p>
<p>Percepção em relação aos grupos prioritários para a PrEP</p> <p>Perguntas que visam discutir sobre as especificidades dos grupos prioritários para a PrEP</p>	<p>Por que você acha que o tratamento em PrEP inicia priorizando grupos específicos (gays, HSH, pessoas trans, profissionais do sexo e casais sorodiscordantes)?</p> <p>O que diferencia esses grupos do restante da população?</p> <p>Gays, HSH, pessoas trans, profissionais do sexo e casais sorodiscordantes ainda são mais propícios a infecção por HIV?</p> <p>Há mais algum grupo que na sua avaliação deveria ser considerado prioritário para esse tipo de tratamento? Qual/quais?</p> <p>Os homens gays e HSH, especificamente, são dois grupos que desde o início da epidemia da aids, nos anos 80, tiveram prioridade no tratamento e prevenção, por quê?</p> <p>Em relação às suas práticas sociais e sexuais, há alguma diferença em relação aos demais grupos?</p> <p>Como você avalia a adesão dos homens gays e HSH na utilização da PrEP?</p>

	<p>Há alguma estratégia específica para divulgar o serviço específico da PrEP e/ou conscientizá-los em relação ao HIV/aids?</p> <p>O protocolo que regulamenta a oferta de PrEP atualmente fala em observar “práticas sexuais, parcerias ou contextos específicos que determinam mais chances de exposição ao vírus”. Que práticas seriam essas?</p> <p>O protocolo também fala que os grupos prioritários estão “sujeitos a situações de discriminação, sendo alvo de estigma e preconceito e aumentando”. De algum modo, a PrEP ajuda a mudar essa situação?</p> <p>Dadas as suas particularidades discutidas até aqui, como remover as barreiras de acesso a essas populações ao tratamento com a PrEP?</p>
--	--

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Gestor de saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - CENTRO DE CIÊNCIAS DAS SAÚDE (PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA) CENTRO - CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS (PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS HUMANAS - PPGICH)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - GESTOR DE SAÚDE NO SERVIÇO DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS

(Em acordo com a Resolução CNS 466/2012)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do projeto de pesquisa: A CONSTRUÇÃO DO DISPOSITIVO DA PROFILAXIA PRÉ EXPOSIÇÃO AO HIV (PrEP) E SUAS NARRATIVAS: A EXPERIÊNCIA DE USUÁRIOS, PROFISSIONAIS E GESTORES EM FLORIANÓPOLIS/SC. Este projeto será coordenado pela Dr^a. Marta Ines Machado Verdi, docente do departamento de Saúde Coletiva/UFSC, fazendo parte da equipe os pesquisadores: Dr^a Myriam Raquel Mitjavila, docente do departamento de Serviço Social/UFSC; M^S Diego Diz Ferreira, discente do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Saúde; M^S Luiz Fernando Greiner Barp; discente do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas - PPGICH.

Explicações dos pesquisadores sobre a pesquisa:

1. **Justificativa e objetivo da pesquisa:** Esta pesquisa objetiva investigar os discursos sobre a PrEP a partir da escuta de usuários, profissionais e gestores de saúde. Queremos melhor compreender o que você gestor de saúde que trabalha com a PrEP entende por discurso de prevenção combinada ao HIV/aids e como essa estratégia de prevenção se articula com a sua sexualidade dos sujeitos envolvidos no seu trabalho. Por ser um recurso recente no âmbito do serviço público de saúde, é importante que as pesquisas nacionais deem voz aos principais envolvidos com o recurso, para aprimorar e garantir a efetividade da prevenção combinada ao HIV/aids no SUS.

2. **Procedimento de coleta de informações:** Se você concordar em fazer parte desta pesquisa, você participará de uma entrevista de aproximadamente 40 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 penalização.
3. **Benefícios:** Este estudo pode não apresentar benefícios diretos a você, porém poderá contribuir para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e, se aplicável, poderá beneficiar tratamentos futuros envolvendo a PrEP, contribuindo na produção acadêmica sobre esse tema.
4. **Riscos:** Durante a pesquisa você poderá sentir algum desconforto como timidez, ansiedade e constrangimento ao falar sobre suas experiências com a oferta do serviço de prevenção PrEP. Os pesquisadores estão preparados para evitar qualquer desconforto, mas caso isto ocorra, tende a ser passageiro e os envolvidos neste projeto estarão, a todo momento, disponíveis a ajudá-lo com estes sentimentos, inclusive após o término da pesquisa. Neste estudo sua identidade e dados serão preservados, garantindo o sigilo das informações, mas existem riscos de uma eventual quebra de sigilo ao longo da pesquisa. Visando minimizar qualquer dano que sua participação possa acarretar, os pesquisadores preveem medidas para amenizá-los. Além disso, você tem o direito de retirar o consentimento de participação em qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer tipo de penalização.
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. A equipe de pesquisa assegura total confidencialidade nas discussões e divulgação dos dados. Informações que porventura apareçam nas transcrições de sua entrevista, tal como referências a nomes, características pessoais, etc, serão substituídas por codificações a fim de garantir o anonimato. As cópias das gravações e transcrições serão classificadas por códigos para proteger a sua identidade e ficarão exclusivamente em posse dos pesquisadores.
6. **Ressarcimento e indenização:** Ao participar desta pesquisa você não terá que arcar com nenhum custo, tendo direito ao reembolso de gastos pontuais relacionados às condições mínimas para que a sua participação no estudo seja possível, de modo que você não terá qualquer gasto financeiro em virtude da sua participação. Você tem direito a indenização para reparação de um dano causado pela pesquisa; se assim ocorrer, os proponentes e executores do estudo deverão prover indenização, prevista em lei.
7. **Esclarecimentos:** Caso o material proveniente de sua participação seja utilizado futuramente fora do escopo desta investigação, será solicitado um novo termo de consentimento. Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Lembre-se: 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.

Salientamos 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 a pesquisadora responsável: Marta Ines 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. 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 responsável
