



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS  
HUMANAS/ DOUTORADO

João Marcelo Faxina

**Gays e o novo sexo seguro:**  
a TARV, a PrEP e a limitrofia no dispositivo da aids

Florianópolis

2024

João Marcelo Faxina

**Gays e o novo sexo seguro:**  
a TARV, a PrEP e a limitrofia no dispositivo da aids

Tese submetida ao Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas (PPGICH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências Humanas.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi

Coorientador: Prof. Dr. Atilio Butturi Junior

Florianópolis

2024

Faxina, João Marcelo

Gays e o novo sexo seguro : a TARV, a PrEP e a limitrofia no dispositivo da aids / João Marcelo Faxina ; orientadora, Sandra Noemi Cucurullo de Caponi, coorientador, Atilio Buttuti Junior, 2024.

281 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Ciências Humanas. 2. dispositivo da aids. 3. hiv. 4. PrEP. 5. TARV. I. Caponi, Sandra Noemi Cucurullo de. II. Buttuti Junior, Atilio. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. IV. Título.

João Marcelo Faxina

**Gays e o novo sexo seguro: a TARV, a PrEP e a limitrofia no dispositivo da aids**

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 6 de agosto de 2024, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Fernando Seffner, Dr.  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof. Diego Madi Dias, Dr.  
Universidade de São Paulo (USP)

Prof. Javier Ignacio Vernal, Dr.  
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.

---

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Profa. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi, Dra.  
Orientadora

Florianópolis, 2024

Pesquisador: *Gracias.*  
R.: *De nada. Eu que agradeço... Você me chamou só pra entrevista?*

***Final da gravação com R., 32 anos, 6 anos em TARV, em 8 de dezembro de 2023***

## AGRADECIMENTOS

Ao Atilio, pela ordem e pelo caos, pelo Butturi Junior e pela são bernardo. Por bagunçar minha “mente cartesiana” e, com isso, me arrumar problemas melhores.

À Sandra e ao Javier, pelas aulas e provocações honestas que continuam a reverberar. Aos demais docentes e aos técnico-administrativos em educação do PPGICH da UFSC.

À banca de qualificação, pela leitura demorada e pelos comentários valiosos, que desde então busquei atender.

Às amizades humanas e mais que humanas contemporâneas destes escritos, lembretes poderosos dos outros mundos que borbulham fora daqui.

Ao Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS), pela concessão de afastamento para capacitação durante o curso do doutorado; aos colegas de trabalho, pela tolerância sem limites com meus tensionamentos aos prazos.

Especialmente, aos participantes desta pesquisa, por compartilharem comigo nacos de tempo, história e generosas doses de prazer. Pela confiança e pela coragem dos encontros, dos quais saímos diferentes.

Por extensão, às demais bichas: às pretéritas, às simultâneas e àquelas que perigam ascender. Desde o hiv, às sorodiversas e às soroperversas. Às lokas de Efavirenz e às putas do Truvada. Às resistentes a qualquer remédio, porque, acima de tudo, irremediáveis. Às que se afetam; ou melhor: às afetadas. Às do couro e às do látex, mas também às que preferem no pelo. Rejeito nosso parentesco ao mesmo tempo em que me percebo política e bioquimicamente emaranhado a essa genealogia infame que escrevemos espalhafatosamente, sem perceber.

## RESUMO

Desde uma mirada genealógica e neomaterialista, investigo, nesta tese, a relação sujeito-ARVs (TARV e PrEP) em um campo de agenciamento mútuo e “devir com”, tendo em vista deslocamentos recentes no dispositivo da aids e suas repercussões ao uso do prazer entre gays cis usuários dos fármacos em Florianópolis (SC). Conduzi, para tanto, durante o ano de 2023, grupos focais no Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (GAPA) e realizei entrevistas com 16 usuários gays cis de PrEP ou TARV em tratamento no município, entre 2022 e 2023. Em relação à PrEP, faço notar que é o “medo do hiv” que deslinda, para gays cis, o portal terapêutico em direção à profilaxia, prevalecendo sobre uma hesitação inicial manifestada pelo “preconceito” devido à capacidade do fármaco de caracterizar um comportamento promíscuo e, supostamente, destravar outros riscos, assim como pela preocupação com seus efeitos colaterais, memória tóxica dos ARVs do último século, aqui retomada. Aponto ainda que o monitoramento clínico e laboratorial a que são submetidos quando usuários é cooptado, no entanto, a uma gestão da saúde sexual mais ampla, que reitera a agência securitária do fármaco e é descrita como facilitadora de seu acesso à saúde e propulsora de uma lógica de confiança e cuidado. Em se tratando dos usuários de TARV, a indetectabilidade se apresenta não somente como o biomarcador supremo da terapêutica, mas também aglutina as concepções de saúde correntes, embora não prescindida de outras rotinas de disciplina corporal e investimento sobre si, alocadas a um “estilo de vida” e descritas também como um cuidado. Já sua ligação ao sexo, na forma da intransmissibilidade, expõe experiências cesuradas: práticas de outrora, de risco “mínimo” e injunção à confissão, mantém-se preservadas e cortes agenciais cindem as relações entre um fármaco que seria voltado ao tratamento e à manutenção da vida (TARV) e outro à prevenção e à produção de prazer (PrEP). É através da pergunta “Toma PrEP?”, recorrente entre gays cis e que elege a profilaxia como correlato de “sexo seguro”, que o hiv, a sorologia e a relação com o fármaco são pautados nessas relações e utilizados para definir seus desfechos preventivos. Quando direcionada à PVHIV, observo que a questão a confronto com sua produção sorofarmacológica diferencial neste dispositivo e libera uma agonística, uma relação diante da verdade que tenta ser resolvida, em geral, com um certo pragmatismo, que justifica o consentimento à interrogação em situações de sexo casual e, com isso, induz o indetectável ao apagamento nos arranjos interfarmacológicos recentes. A pergunta, contudo, serviria também à ostentação da soronegatividade por parte de seus enunciadores, delimitando uma linha somática que busca separar os corpos, agora igualmente medicalizados, “com vírus” daqueles “sem vírus”. Enquanto topologia, atento que o *barebacking*, por meio de seus significados “excitáveis”, relacionados à fantasia de um sexo não-mediado, organiza espaços de conectividade entre o orgânico e o inorgânico, a natureza e a cultura, o humano e não-humano que ameaçam ascender nos emaranhados compostos por tecnologias biomédicas, hiv e corpos de gays cis em interação cruzada em Florianópolis.

**Palavras-chave:** dispositivo da aids; PrEP; TARV.

## ABSTRACT

In this thesis I investigate, from a genealogical and neo-materialist perspective, the subject-ARVs (HAART and PrEP) relationship in a field of mutual agency and “becoming with”, in view of recent shifts in the aids apparatus and its backlashes on the use of pleasure among cis gay users of such drugs in Florianópolis (SC). To meet that end, in 2023 I conducted focus groups at the Aids Support and Prevention Group (GAPA) and carried out interviews with 16 gay cis users of PrEP or HAART undergoing treatment in the municipality between 2022 and 2023. With regard to PrEP, I point out that it is the “fear of hiv” that opens the therapeutic portal towards prophylaxis for cis gay men, prevailing over an initial hesitation manifested by “prejudice” due to the drug’s ability to characterize promiscuous behavior and supposedly unlock other risks, as well as the concern about its side effects, a toxic memory of the ARVs of the last century, which is revisited here. I also point out that the clinical and laboratory monitoring to which they are subjected as users is co-opted, however, into a broader sexual health management, which reiterates the security agency of the drug and is described as facilitating their access to health and propelling a logic of trust and care. When it comes to HAART users, undetectability is not only the supreme biomarker of therapy, but it also brings together current conceptions of health, although it does not dispense with other routines of bodily discipline and investment in oneself, allocated to a “lifestyle” and also described as care. On the other hand, its link to sex, in the form of non-transmissibility, exposes fractured experiences: past practices, of “minimal” risk and injunction to confess, are preserved and agential cuts split the relationship between a drug that would be aimed at the treatment and maintenance of life (HAART) and another aimed at prevention and the production of pleasure (PrEP). It is through the question “Do you take PrEP?”, which is recursive among cis gay men and who choose prophylaxis as a correlate of “safe sex”, that hiv, serology and the relationship with the drug are guided by in these relationships and used to define their preventive outcomes. When directed at PLVIH, I note the question confronts them with their differential seropharmacological production in this device and releases an agonistic, a relationship with the truth that tries to be resolved, in general, with a certain pragmatism, which justifies consent when questioned in situations of casual sex and, thus, induces the undetectable to be erased in recent inter-pharmacological arrangements. The question, however, would also serve to boast the seronegativity of its enunciators, delimitating a somatic line aimed at separating bodies, now equally medicalized, “with viruses” from those “without viruses”. As a topology, I point out that barebacking, through its “excitable” meanings related to the fantasy of unmediated sex, organizes spaces of connectivity between the organic and the inorganic, nature and culture, the human and the non-human that threaten to rise in the entanglements made up of biomedical technologies, hiv and the bodies of cis gay men in cross-interaction in Florianópolis.

**Keywords:** aids apparatus; pre-exposure prophylaxis (PrEP); highly active antiretroviral therapy (HAART).

## LISTA DE FIGURAS

|  |     |
|--|-----|
| Figura 1 – “VOCÊ ‘DUDA’ É UM PERIGO...” .....                                | 10  |
| Figura 2 – Anúncio do <i>Bleachman</i> (1988) .....                          | 99  |
| Figura 3 – Capa da revista <i>The Lancet HIV</i> (junho de 2023).....        | 139 |
| Figura 4 – Cartaz de campanha do MS alusiva ao Carnaval 2023.....            | 142 |
| Figura 5 – Risco, vulnerabilidade e as dimensões da prevenção combinada..... | 155 |
| Figura 6 – Mandala da prevenção combinada.....                               | 159 |
| Figura 7 – Colagem de @babysifilis em Florianópolis.....                     | 224 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

3TC: lamivudina

aids: síndrome da imunodeficiência humana adquirida

Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ARV: medicamento antirretroviral

AZT: zidovudina

CAB-LA: cabotegravir de ação prolongada

CDC: Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos

CD4: células CD4 ou linfócitos T-CD4

CV: carga viral

DS: Declaração Suíça

DTG: dolutegravir

EFV: efavirenz

FDA: Food and Drug Administration (EUA)

FTC: entricitabina

hiv: vírus da imunodeficiência humana

HSH: homens que fazem sexo com homens

IST: infecção sexualmente transmissível

I=I: Indetectável=Intransmissível

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

MS: Ministério da Saúde

PCDT: protocolo clínico e diretrizes terapêuticas

PEP: profilaxia pós-exposição do hiv

PrEP: profilaxia pré-exposição do hiv

PVHIV: pessoa(s) vivendo com hiv

PVHA: pessoa(s) vivendo com hiv/aids

RD: redução de danos

RN: recém-nascido

TARV: terapia antirretroviral

TcP: Tratamento como Prevenção

TDF: tenofovir

SUS: Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

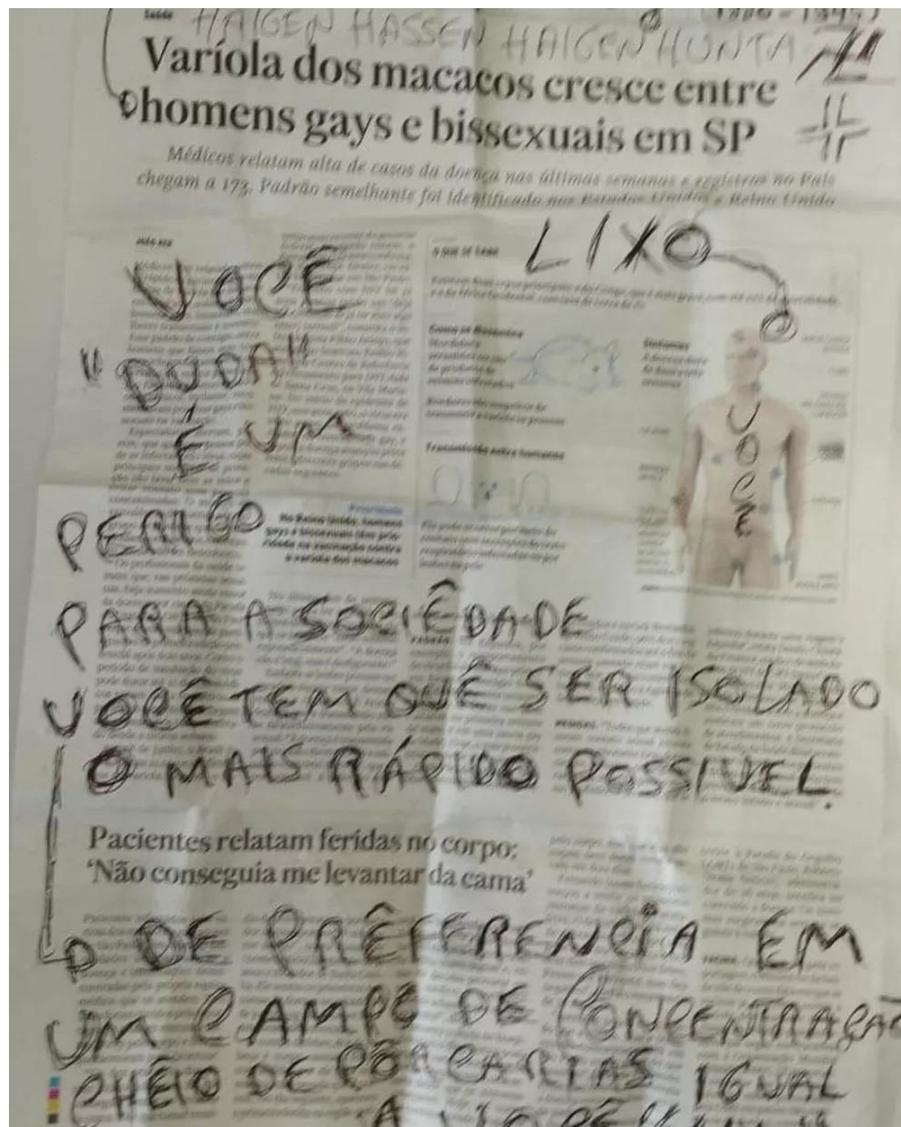
|  |            |
|--|------------|
| <b>1 INTRODUÇÃO (OU COMO FAZER SEXO EM UMA “EPIDEMIA”)</b> .....       | <b>12</b>  |
| <b>2 O DISPOSITIVO SECURITÁRIO DA AIDS</b> .....                       | <b>40</b>  |
| 2.1 O DISPOSITIVO, A SEGURANÇA, FÁRMACO: PODE O SUBALTERNO GOZAR?..... | 42         |
| 2.2 PERLONGHER E AS ARMADILHAS DO DESEJO.....                          | 67         |
| 2.3 LIMITROFIAS.....   | 83         |
| 2.4 NO PRINCÍPIO, ERA TARV (& <i>GAY SCIENCE</i> ) .....               | 91         |
| 2.5 A PREP, ESSE “OBJETO RELUTANTE” .....                              | 113        |
| 2.6 SOBRE RISCO E VULNERABILIDADE.....                                 | 146        |
| <b>3 “EU TOMO ANTIRRETROVIRAL” .....</b>                               | <b>163</b> |
| 3.1 “TOMA PREP?” .....   | 164        |
| 3.2 DEVIR-INTRANSMISSÍVEL.....   | 188        |
| 3.3 “EU SOU UM BAREBACKER”: UMA CONVERSA COM @BABYSIFILIS.....         | 225        |
| 3.4 QUANDO A AIDS É ENGRAÇADA (OU OS “UBU BUROCRATAS” DA PEP).....     | 241        |
| <b>4 CONCLUSÃO</b> .....   | <b>250</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | <b>258</b> |

# 1 INTRODUÇÃO (OU COMO FAZER SEXO EM UMA “EPIDEMIA”)

*Não se considera que uma bixa morta é assunto de Estado*  
Paco Vidarte

*É que esse sexo das loucas seria, também, não-humano?*  
Néstor Perlongher

Figura 1 – “VOCÊ ‘DUDA’ É UM PERIGO...”



Fonte: Pimenta (2022)

No final do último mês – escrevo em agosto de 2022<sup>1</sup> – o diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Tedros Adhanom, convocou, em coletiva à imprensa, o grupo de homens que fazem sexo com homens, conhecido como HSH<sup>2</sup>, a “[...] reduzir o número de parceiros sexuais, reconsiderar o sexo com novos parceiros e trocar detalhes de contato com novos parceiros para permitir o acompanhamento, se necessário” (G1, 2022). O pedido se justifica, segundo Adhanom, como forma de mitigar o “risco de exposição” à monkeypox, infecção por aqui traduzida como “varíola dos macacos”<sup>3</sup>, que, segundo estudo que o próprio diretor da OMS repercutiu na ocasião, concentra 98% das infecções nesse segmento<sup>4</sup>. O pedido se deu alguns dias depois de a entidade declarar o surto atual da doença como uma “emergência de saúde pública de interesse internacional” (Lopes, 2022). Um dos principais efeitos do apelo público de Adhanom e do espalhamento geográfico e discursivo da monkeypox para além de África está o de recolocar homossexuais em conjunto a partir de duas memórias pandêmicas distintas: a do hiv/aids<sup>5</sup>, com início na década de 1980, e, mais recentemente, a da

---

<sup>1</sup> Opto por manter a circunscrição temporal deste texto ao passado a fim de conservar um retrato de sua emergência.

<sup>2</sup> O termo tem aplicação circunscrita à área da saúde e possui alguma inexatidão no que diz respeito a seu significado/referente. Embora comumente busque abarcar – em pesquisas epidemiológicas e políticas públicas – homens que se relacionam sexualmente com outros sem que, com isso, identifiquem-se como gays ou bissexuais, pode também intentar reunir justamente gays e bissexuais (vide o uso feito por Adhanom) ou, de maneira geral, congregar todo o conjunto de homens não-heterossexuais. Parece incorreto, desse modo, como incorrem algumas pesquisas em ciências humanas e sociais, entender “HSH” como uma categoria meramente descritiva – desde Austin (1990 [1962]) desconfiamos dessa dimensão da linguagem, afinal – de uma prática ou papel sexual, ilustrativa da passagem dos “grupos de risco” ao “comportamento de risco”, relegando a categorias como “gays” e “bissexuais” o ultrapassamento para uma subjetividade ou identidade, as quais estariam inacessíveis àqueles. Por outro lado, da parte de identidades substantivas como a de homo e bissexuais, uma “prática sexual” não pode ser experimentada sem que se produzam efeitos na subjetividade, ou seja, atos dessa natureza não estão desvinculados de um universo de significação e subjetivação mais amplos. Retornarei à questão ao longo deste trabalho.

<sup>3</sup> Na ausência de uma terminologia mais adequada, que desfaça ou enfraqueça de modo minimamente satisfatório seu nexos com os macacos, optarei, doravante, pelo estrangeirismo “monkeypox” para me referir à infecção.

<sup>4</sup> O estudo foi publicado pelo *New England Journal of Medicine* no dia 21 de julho de 2022 e analisou 543 casos confirmados, distribuídos por 16 países. Apesar da referência aos HSH, os pesquisadores utilizaram as categorias “gay” e “bissexual” na pesquisa. Os resultados também afirmaram a transmissão predominantemente sexual – 95% das infecções – e a presença, considerada significativa, de pessoas com diagnóstico positivo ao hiv: 41% dos casos confirmados. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2207323>>. Acesso em: 22 ago. 2022.

<sup>5</sup> Na esteira de diversos autores que atentam à relação entre o universo de pânico e espetacularização da doença e do vírus com sua grafia em letras maiúsculas, adotarei, respectivamente, “aids” e “hiv” ao longo deste trabalho. Daniel (2018a [1990], p.141) aponta, em relação à palavra “aids”, uma certa saturação e orientação de sentido quando ela é grafada em maiúsculas: “[...] uso a palavra em minúscula para chamar atenção para este significante que quer dizer muito mais do que a doença indicada com a sigla AIDS”. Em citações diretas, será mantida,

covid-19, no final de 2019. Tais “memórias discursivas” (Foucault, 2015 [1969])<sup>6</sup>, além de partilharem discursos e práticas entre si<sup>7</sup>, articulam-se de modo inesperado no surto atual de monkeypox, que se desenrola em um momento decisivo na história do Brasil – sob ameaça da reeleição ou de um golpe de Estado por parte de Jair Bolsonaro – e do planeta, em colapso climático e diante da sexta extinção em massa de espécies.

Se, neste agosto em que escrevo, a cobertura da grande mídia acerca da monkeypox se mostra tímida, encontra, em contrapartida, exponencial reverberação em canais e páginas cujo alcance é dirigido justamente ao público-alvo do discurso de Adhanom: gays, HSH e assemelhados. No *Grindr*, um aplicativo de relacionamento destinado a esse público, por exemplo, há agora uma aba chamada “Monkeypox Resources”, que lista uma série de órgãos de saúde internacionais, e também de acordo com o país do usuário, para se obter mais informações sobre a infecção. Já na imprensa, jornalistas se intercalam com infectologistas na árdua empresa de desmentir a existência de grupos de risco à monkeypox, mas o que colocar no lugar deles? Em grande parte das vezes, fala-se em “comportamento/atitudes de risco” ou em “vulnerabilidade”, mas se tal prática, epidemiologicamente perigosa, permanece fundida a ferro e fogo à sexualidade homossexual, o que muda, fundamentalmente? O que poderia haver em comum

---

evidentemente, a grafia escolhida pela autoria, assim como na menção a instituições, políticas, cargos, etc, que frequentemente empregam as palavras em diferentes grafias. Ainda sobre a questão terminológica, utilizarei a versão combinada dos termos, “hiv/aids”, separados pela barra oblíqua (/), quando a distinção entre um e outro estado for irrelevante ou de difícil determinação. Sempre necessário demarcar: hiv é o vírus da imunodeficiência humana, já a aids corresponde à síndrome clínica desencadeada pela multiplicação desse vírus no/sobre o sistema imunológico. De maneira geral, para o dispositivo biomédico, a aids está manifesta quando existe a presença de infecções oportunistas (eventualmente, uma contagem de CD4 inferior a 200 células/mm<sup>3</sup> de sangue também é citada para definir o quadro). De acordo com o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos* do Ministério da Saúde, publicado em 2018, “O aparecimento de IO [infecções oportunistas] e neoplasias é definidor da aids” (BRASIL, 2018a, p.56). Por algum tempo, os critérios de elegibilidade ao tratamento coincidiram com as condições que caracterizavam o aparecimento da doença. Desde 2013, contudo, a recomendação da OMS, seguida pelo Ministério da Saúde brasileiro no mesmo ano, é que o tratamento deve iniciar o mais rápido possível após o diagnóstico, independentemente da contagem das células CD4 ou de qualquer condição que limite o acesso à terapêutica.

<sup>6</sup> As referências entre colchetes sinalizam o ano de publicação da primeira edição da obra ou, no caso de conferências transcritas e publicadas posteriormente, o ano de proferimento do discurso original.

<sup>7</sup> Butturi Jr (2020, p.114) persegue o fio que aproxima a aids e a covid-19 através de regularidades que se dão, segundo o autor, sob o regime de uma “asfixia generalizada”, cuja incidência diferencial sobre certos grupos da população é explicada pelo funcionamento de técnicas de morte que, em ambas as epidemias, excedem a biopolítica: “Ao que parece, assim como aconteceu com a aids, trata-se, na Covid-19, de uma espécie de desnudamento das engrenagens de uma forma de governo que não se esgota mais no fazer viver, mas que levou ao limite seus efeitos tanatopolíticos”.

entre homossexuais e homossexuais com comportamento de risco que não a pressuposição de uma virtualidade compartilhada em que tais categorias funcionam como a mesma coisa e desembocam nos mesmos corpos?

Tanto mais fortes são as suspeitas de contaminação homossexual no discurso virológico contemporâneo quanto mais obscuras – não exatamente para a ciência – são as causas e circunstâncias de uma infecção e do comportamento de um vírus, em termos de transmissão. A presença dessas condições forja o extravasamento de um imaginário social acerca da homossexualidade perigosa, o qual permite, por sua vez, que o “fantasma da aids” (Perlongher, 1987a) possa ser retomado em outros enunciados e paisagens. Evidentemente, uma infecção que, embora endêmica em alguns países da África há mais de cinco décadas (o vírus foi identificado em 1958, já a transmissão para humanos é relatada na década de 1970, na República Democrática do Congo), suponha a existência de contatos estranhos entre humanos e a “natureza”, tendo como palco um território supostamente dominado por ela e pela circulação de “selvagens” de toda ordem, parece uma receita muito propensa a apresentar algum ingrediente homossexual. Triangulação forçada entre humanos e não-humanos – macacos e vírus – em uma paisagem esculpida pelo racismo e pelo orientalismo? Já vimos isso antes, e excluídas as informações de descoberta do vírus e seu salto a humanos, poderíamos facilmente confundir com o hiv.

Mas por que isso acontece? Qual é a liga que permite apreender em uma mesma cadeia relacional homossexuais, animais e vírus? Não é de hoje que o discurso cristão classifica as relações homossexuais como “não naturais”, embora essa natureza tenda a ser justificada como “não natural aos olhos do Criador”, portanto não seria exatamente um tópico de discussão científica, mas sim teológica e moral. Por outro lado, também não é recente que argumentos pró-homossexuais procurem naturalizar a homossexualidade ao acusar espécies animais em que comportamentos alegadamente homossexuais seriam recorrentes – o que, concordemos, não faz nenhum sentido para cientistas sociais. Sabemos que a homossexualidade é muito mais – mas também bem menos, afinal, ficção e realidade num só golpe e num só corpo – que isso.

Sob Bolsonaro, temos presenciado como, a partir da imunização, a natureza, quando desfigurada ou desviada, descamba facilmente à homossexualidade. Com seus comentários a respeito das vacinas, temos a atualização de fantasias

sorofóbicas do século passado, como aquela que recomendava, sobremaneira às crianças, evitar a ingestão de keetchup em lanchonetes pois ele poderia conter sangue infectado com hiv, ou como os mais recentes espetáculos midiáticos em torno dos ditos clubes de carimbadores. Ao mesmo tempo em que relacionou os imunizantes contra a covid-19 ao hiv, sugerindo que pessoas com o esquema vacinal completo desenvolveriam aids (Teixeira, 2021), Bolsonaro também procurou provocar delírios imunológicos ao declarar, no final de 2020, que a vacina poderia transmutar quem se imunizasse em “jacaré” (Istoé, 2020). Seu impulso imediato foi proferir “chimpanzé”, porém não completou a associação. Logo após, afirmou que não citaria outro “bicho” para que não o acusassem de falar besteira. Não precisamos de muito esforço para imaginar a que animal Bolsonaro fazia referência, especialmente quando, nos segundos seguintes, ele dá seguimento à ameaça acerca dos efeitos do imunizante insinuando que poderiam fazer crescer barba em mulheres ou afinar a voz de homens. Finalmente, e dessa vez especialmente em relação à monkeypox, diante da vontade expressa de seu interlocutor em se vacinar contra a infecção, Bolsonaro sugeriu que ele só poderia ser homossexual, reiterando a ligação entre a monkeypox e a homossexualidade de um modo tão espelhado que manifestar o desejo pela imunização equivaleria, com o mesmo ato de fala, a sair do armário (Leite, 2022).

Aparentemente, para o bolsonarismo<sup>8</sup>, o homossexual é a barata de Gregor Samsa: o pior pesadelo de seus signatários pode ser representado por um despertar

---

<sup>8</sup> O termo ganhou destaque a partir de 2018, com a emergência de diversas condições políticas e sociais que convergiram à eleição de Jair Bolsonaro. Em comum entre suas diferentes conceituações, uma vez que encontra larga aplicação e consideráveis empenhos de definição entre cientistas políticos e sociais, está o entendimento de que o bolsonarismo é um fenômeno que, embora na origem faça alusão a Bolsonaro, tem o potencial de exceder sua figura através da inclusão de (e do rearranjo contínuo entre) outros atores sociais, forças políticas e pautas de interesse. Entre os componentes que caracterizam e explicam o bolsonarismo, é possível destacar: a adesão de defensores do livre mercado, sobretudo aqueles organizados em torno de *think tanks* e grupos políticos pós-2013 como Movimento Brasil Livre (MBL), ao conservadorismo, cujo salto à política institucional se dá em franca justificação e oposição a uma suposta “hegemonia cultural da esquerda” e seu caráter social e estatizante (Rocha, 2021); a criação de uma nova linguagem política, organizada sob o mote da destruição e do desfazimento de projetos classificados como “de esquerda”, especialmente aqueles caros aos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), à frente do governo federal entre os anos 2003-2016 (Starling; Lago; Binotto, 2022); a destruição também como estratégia de governo, a exemplo da desfiguração institucional de órgãos de fiscalização e controle do desmatamento e da legislação ambiental, processo que a ministra Carmen Lúcia, do Supremo Tribunal Federal, definiu de modo preciso como “cupinização” (apesar da aparente integralidade, Bolsonaro corrói as instituições desde dentro, não somente as impedindo de realizar seu trabalho, como pressionando para que atuem de modo inverso, contra suas próprias finalidades); o apoio substancial do agronegócio brasileiro, que converge a Bolsonaro na contestação de unidades de

homossexual ou pela incorporação de algum ruído diante do “sistema sexo-gênero” (Rubin, 2017 [1975]), como os pelos no rosto ou a voz aguda do discurso presidencial. Na balança, não há dúvida: vale mais a pena a infecção voluntária e, portanto, uma eventual eliminação de si mesmo (mas que nunca parece estar realmente no horizonte, uma vez que o bolsonarismo ativa a fantasia de um corpo autoimune, ainda que facilmente seduzido por “balas de prata”), do que a possibilidade de ser confundido com um homossexual ou ter atrelado a si algum problema típico dessa espécie<sup>9</sup>, como a aids. Na “era farmacopornográfica” (Preciado, 2018 [2008]) bolsonarista, assistimos à ascensão não apenas de subjetividades reacionárias e deletérias, mas a um *upgrade* farmacológico que colocou em circulação sujeitos-hidroxicloroquina (ou *cloroquiners*), sujeitos-ivermectina, sujeitos-nitazoxanida e sujeitos-azitromicina até então nunca vistos<sup>10</sup>.

---

conservação ambiental, na desqualificação de informações sobre desmatamento e na defesa do marco temporal de terras indígenas (Pompeia, 2021); o negacionismo científico, exacerbado ao longo de toda a pandemia de covid-19, mas também a criação de *sistemas alternativos de verificação*, seja relativos à imprensa (veículos ditos isentos, mas que na prática torcem o jornalismo ao bolsonarismo com a disseminação de conteúdos deturpados e mentirosos), seja de peritos, a exemplo de associações como *Médicos pela Vida*, que patrocinou anúncios publicitários sobre a suposta eficácia do “kit covid” em veículos como *Folha de São Paulo* e *O Globo* e do próprio Conselho Federal de Medicina (CFM), que permitiu a prescrição de tratamentos ineficazes à doença e absteve-se da punição de profissionais negacionistas em nome do argumento da “autonomia médica”; a formação de exércitos digitais através de grupos no *Facebook* e no *Whatsapp*, que promovem campanhas de desinformação e mentiras contra adversários políticos de Bolsonaro e jornalistas, algumas delas, inclusive, patrocinadas por empresários brasileiros via pacotes de disparos em massa, estratégia definida por Mello (2020) como “máquina do ódio”; a presença maciça de militares em várias instâncias de governo, até mesmo naquelas mais estratégicas e tipicamente ocupadas por civis, como o Ministério da Saúde, que no auge da epidemia de covid-19 foi dirigido pelo general da ativa Eduardo Pazuello, que confessou publicamente que “não sabia nem o que era o SUS” antes de ser convidado a assumir o MS e que, durante o tempo em que esteve à sua frente (de maio de 2020 a março de 2021), registrou mais de 270 mil mortes pela doença e esteve diante da crise de oxigênio em Manaus (AM); o diversionismo em torno de pautas de costume e a tradução da política como uma guerra santa, fenômenos que funcionam como um ímã moral a correntes do neopentecostalismo, que através de seus pastores e dirigentes buscam atingir suas bases de fiéis; a flexibilização da aquisição, posse e porte de armas de fogo em torno dos chamados CACs (caçadores, atiradores e colecionadores) e clubes de tiro, concorrendo para uma crescente “militarização da população” que, sugere provocativamente Nunes (2022, p.44), “[...] no limite equivale à privatização do poder soberano sobre a morte”, entre outros.

<sup>9</sup> Empregarei o termo “espécie” a fim de marcar a diferença da experiência homossexual perante um discurso que tende à homogeneização em torno de categorias como “humano”, “população”, “espécie humana”, etc. Obviamente, também aludo aqui à declaração de Foucault (2014 [1976], p.48, grifos meus) a respeito da formação do homossexual: “O sodomita era um reincidente, **agora o homossexual é uma espécie**”.

<sup>10</sup> Adicionalmente, e a fim de contemplar uma robusta base do atual governo, os militares, poderíamos falar ainda em sujeitos-*Viagra*, sujeitos-minoxidil, sujeitos-finasterida-1-mg e sujeitos-prótese-peniiana. Ver Marchesini (2022).

No plano da *sexual politics* propriamente dita, Bolsonaro adiciona ao darwinismo social uma boa dose de ideologia de gênero<sup>11</sup> (ponto de articulação entre os três pilares de seu projeto de governo – deus, pátria e família, como no integralismo – e ao qual faz convergir grupos de evangélicos conservadores e representantes de uma nova direita) visando ao incremento de uma masculinidade imunizante, moldada por um “histórico de atleta” capaz de redimensionar uma infecção até então desconhecida à condição de uma “gripezinha ou resfriadinho” (Burgos, 2021). Seja qual for o tamanho que se conferir à moléstia emergente, sua recomendação é que seja enfrentada de “peito aberto”; do contrário, nesse embate que o que está em jogo é muito mais a sexo-política do que a saúde pública, seremos um “país de maricas” (Gomes, 2020). Desse modo, para Bolsonaro, diante do anúncio da doença e do sussurro da morte, não apenas há que se seguir realizando os procedimentos de cristalização da tríade sexo, gênero e desejo (no corpo, nos gestos, na voz, no discurso), mas também extrair dessa correspondência normativa algum ativo imunológico. O “pensamento hétero” (Wittig, 2022 [1978]) bolsonarista se articula como um corpo completo, poderoso e pronto para o combate, uma vez que incorpora os signos de um gênero inteligível e de uma sexualidade sobre a qual não pairam dúvidas sobre sua saúde e sua normalidade; na prática, contudo, abraça toda a sorte de tecnologias que prometam turbinar seu sistema imunológico e sua segurança, seja através da invocação de uma masculinidade belicosa, seja pelo uso massivo e *off label* de medicamentos fajutos.

Nesse sentido, embora a produção da heterossexualidade lance mão de uma série de mecanismos produtivos, os quais antecedem a própria formação do “eu” e, por conseguinte, a corporificação das normas de gênero, ela se apresenta como a única sexualidade legítima e coerente tanto no plano da natureza (natural), como no da cultura (normal/boa/representável/desejável), especialmente neste quadrante da

---

<sup>11</sup> Talvez valesse o risco – repetindo o gesto de Scott (1995 [1986]) em relação ao gênero – de assumir a “ideologia de gênero” como uma categoria útil de análise, porém, obviamente, corrigindo seu vício à deturpação. Algumas características do que pode ser uma “ideologia de gênero” de verdade são sua organização, sobretudo a partir do século XIX, sob a forma de um “dispositivo de sexualidade” (Foucault, 2014 [1976]): uma rede discursiva e material que continuamente reedita o biológico a fim de cristalizá-lo e “naturalizá-lo” em indivíduos sexuais coerentes e correspondentes no que diz respeito à “ordem compulsória sexo-gênero-desejo” (Butler, 2015 [1990]). Esse processo resulta, ao cabo (mas nunca completamente, porque performativo e contingente), em corporalidades e subjetividades que se comportam como autênticas “ficções somatopolíticas vivas” (Preciado, 2018 [2008]): homens masculinos e mulheres femininas, cisgêneros e cujos desejos são, ao mesmo tempo, diametralmente opostos e substantivamente complementares.

história em que reaparecimento de pautas morais e de costumes acompanha o crescimento de uma nova direita que tem se mostrado muito bem-sucedida na tarefa de minar o debate público e político com tais temas consubstanciais. Do outro lado do campo de distribuição dos sujeitos sexuais, a homossexualidade está posicionada em um tensionamento com a natureza, o que, ao cabo, desinveste a existência homossexual – e de outros desviantes do “sistema sexo-gênero” – de valor ontológico e político. Assim, na alternância entre homossexuais com macacos e jacarés a fim de colocar em funcionamento paralelismos antivacina, a experiência homossexual aparece muito mais próxima de espécies não-humanas do que do par substantivo homem/mulher, que, nesse discurso, incorpora a única humanidade “civilizada” possível: binária e heterocentrada. É numa paisagem infra-humana, em que essa espécie outra que é o homossexual embaralha-se com animais e vírus em interações impróprias e que não raro beiram a fantasias de bestialidade, que mais uma vez mergulhamos para, supostamente, lutar contra a nossa “natureza homossexual”<sup>12</sup> e defender nossa saúde, desta vez diante da monkeypox.

Hoje pela manhã, por exemplo, em um aplicativo de relacionamento, topei com um perfil de nome “Só dps vacinado”. Na descrição, lia-se o seguinte: “Enquanto não sair a vacina da varíola do macaco não vou transar com ninguém do app. Eu hein, não há fogo no rabo q me faça abrir mão da minha saúde”<sup>13</sup>. A partir do momento em que a sexualidade se converte em uma forma de subjetividade ou “identidade”, em objeto de gestão da vida (Foucault, 2014 [1976]), todos nossos atos

---

<sup>12</sup> Sem dúvida, tais configurações sociais e subjetivas não podem ser atribuídas a algo como uma “natureza”; busco, contudo, ao longo deste texto, problematizar a homossexualidade a partir de representações e significados que estão ligados de tal maneira a um “modo homossexual de vida” que, para se sustentar enquanto realidade, só poderiam derivar de uma base genética. Conviria, aliás, aprofundar como o essencialismo ligado à homossexualidade não corresponde àquele já bem documentado, sobretudo pela análise feminista, acerca do gênero e do par “homem/mulher”. Ademais, estou ciente da sensibilidade do conceito de “natureza” às ciências naturais e às humanidades, então desde já admito a porosidade do debate e do uso que aqui faço do termo. Não busco alcançar com ele qualquer purismo: sabemos que um dos maiores artifícios da cultura é se disfarçar sob o invólucro de uma transparente e científica natureza, portanto qualquer iniciativa de recuperar aquele que seria o núcleo duro de algum desses polos só pode se revelar improdutiva. No final das contas, importa pouco determinar o que é cultura e o que é natureza, mas pensar em como elas se sobrepõem uma à outra e hibridizam-se entre si nos “ciborgues” (Haraway, 2013 [1985]) que estudamos. Ou, nas palavras de Preciado (2018 [2008], p.38), “[...] já não se trata de revelar a verdade oculta na natureza, e sim na necessidade de explicitar os processos culturais, políticos e tecnológicos por meio dos quais o corpo, enquanto artefato, adquire um *status* natural”. No caso da homossexualidade, a questão da natureza é especialmente relevante pois, como tento demonstrar, aparentemente enfrentamos alguns problemas adicionais com ela.

<sup>13</sup> Ao longo deste trabalho, opto por não marcar, em citações diretas, usos coloquiais da língua portuguesa que não satisfazem a dita “norma culta/padrão”.

parecem reverberar duplamente no interior de nós mesmos, primeiro pela condição de agentes individuais, posteriormente como filiados a um comportamento que continuamente produz os contornos de um “nós” incômodo, simultaneamente estranho e familiar, os “homossexuais”. Até mesmo atitudes que eventualmente contrariam os estereótipos desse grupo são entendidas como movimentos que precisamos fazer a contrapelo daquela que seria nossa natureza ou “expectativa de espécie”, como mostra a conflitiva do usuário acima. Ao cabo, qualquer caso confirmado de monkeypox de um homossexual é a reiteração encarnada dessa ficção virológica a que estamos atrelados desde 1980; desde quando, como cantou Cazusa, nosso prazer virou risco de vida. Seguimos até hoje assombrados por uma memória discursiva e por uma rede semântica que inspiram risco diante de aproximações perigosas, seja com humanos, seja com não-humanos. Ao que tudo indica, os homossexuais, além de uma já conhecida ameaça a si próprios e à sociedade heterocentrada, somos também um reservatório natural bastante atrativo para vírus e demais microrganismos.

Tal colocação de não-humanos e homossexuais em um estrato biopolítico bastante vicinal não seria um problema se não estivesse fundamentada no interesse deliberado de nos apartar da categoria de “humano” e da armadura que ela veste em torno de corpos que, sabemos e sentimos, não são os nossos. Provavelmente nós, homossexuais de evolução afetada, estamos em algum meio do caminho entre humanos e macacos, em alguma topografia difícil de precisar, mas que é, de todo modo, menos que humana<sup>14</sup>. Assim, quando não aparecemos de mãos dadas com os demais degenerados da sociedade, como “drogados” e prostitutas, convém nos

---

<sup>14</sup> No mundo animal, o principal correspondente do homossexual é o veado (também grafado “viado”). A origem de tal associação está, muito possivelmente, relacionada à difusão do filme *Bambi*, lançado pela *Walt Disney* em 1942. Ao que tudo indica, *Bambi* não performava satisfatoriamente a masculinidade (nesse caso também estendida a espécies não-humanas) exigida para um cervo *Odocoileus virginianus* em vigoroso crescimento, recaindo sobre si sérias dúvidas a respeito de sua “heterossexualidade”. Nos Estados Unidos, país de origem da produção, em contrapartida, tal associação do homossexual com o veado (*stag*) não somente não ocorre como o animal é símbolo, conforme conta Preciado (2022 [2010], p.49), de um modelo de “homem solteirão recalcitrante”. Os chamados *Stag Films*, produzidos por homens heterossexuais para o consumo de similares, foram um tipo de gênero pornográfico bastante comum nos dois primeiros terços do século XX. Tratavam-se de filmes mudos, de curta duração (até 12 minutos, uma bobina) em preto e branco, muitas vezes exibidos em reuniões privadas (*stag parties*) a fim de estreitar os vínculos da camaradagem masculina. Antes de ser *Playboy*, o primeiro nome que Hugh Hefner deu à revista foi justamente *Stag Party Magazine*. O primeiro mascote da revista era representado, na ocasião, por um veado de robe e chinelos fumando um cachimbo (Preciado, 2022 [2010]).

procurar em paisagens zoológicas<sup>15</sup>. Se tiver sorte de nos encontrar, é provável que os não-humanos já estejam em perigo ou em vias de extinção. Certamente seremos nós os próximos da fila.

No início deste mês, em São José do Rio Preto, em São Paulo, alguns macacos foram encontrados mortos e outros envenenados (G1 Rio Preto e Araçatuba, 2022). Segundo a Polícia Militar Ambiental local, os casos foram motivados pelo pânico em torno da monkeypox, decorrente da popularização de sua vinculação a eles com a tradução do termo ao português, cereja do bolo de um combo que já se mostrava explosivo desde o início deste surto. Cerca de duas semanas após o episódio com saguis e pregos, outra espécie envolvida na mitologia viral reencenada pelos episódios atuais de monkeypox é ameaçada. As palavras foram escritas com uma caneta de tinta preta sobre uma notícia do caderno saúde de algum jornal, de título “Varíola dos macacos cresce entre homens gays e bissexuais em SP” (ver Figura 1, na primeira página desta introdução). Ao lado do texto da matéria, há a figura de um corpo humano masculino padrão com os principais sintomas da doença distribuídos ao seu redor, que o autor da mensagem identificou com um “VOCÊ” escrito na vertical, no meio do peito, e escreveu a palavra “LIXO” logo acima. A mensagem principal, contudo, é esta: “VOCÊ ‘DUDA’ É UM PERIGO PARA A SOCIEDADE. VOCÊ TEM QUÊ SER ISOLADO O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL, DE PREFERÊNCIA EM UM CAMPO DE CONCENTRAÇÃO CHEIO DE PORCARIAS IGUAIS A VOCÊ”. Uma suástica também foi desenhada no canto superior direito da folha de jornal.

Duda, como é de se supor, não é um macaco, mas uma estrangeira do sistema sexo-gênero<sup>16</sup>. E, desde Sontag (1989), sabemos que o imaginário da doença se confunde com o imaginário do estrangeiro, mas não apenas em termos territoriais, como em seus exemplos sobre a peste<sup>17</sup>. O estrangeiro é também uma

---

<sup>15</sup> Quem nunca teve a impressão, diante de um pesquisador qualquer, aparentemente bem-intencionado, que se propõe a explorar as minúcias do mundo das dissidências, definindo o que é gênero, orientação sexual e “sexo biológico” por meio de bonecos e biscoitos pedagógicos, que nos convertemos em espécies para estudo e distinção técnica, não tão distantes do que experimentam os animais não-humanos em uma visita guiada ao zoológico?

<sup>16</sup> Trata-se de Duda Salabert, vereadora de Belo Horizonte, Minas Gerais. A carta em questão foi enviada ao gabinete da parlamentar no dia 17 de agosto de 2022. Ver Pimenta (2022).

<sup>17</sup> Em relação à aids, Daniel (2018b [1990], p.47) comenta: “Fundamentalmente, a AIDS passou a ser considerada uma doença estrangeira, em vários sentidos. Primeiro, no sentido mais rasteiro da xenofobia: era uma doença de gays americanos. Segundo, no sentido de que se tratava de uma doença que não se coadunava com as tradicionais epidemias (se é, em qualquer lugar e em qualquer

alteridade poluída e, portanto, potencialmente poluente, um risco imanente e iminente do contato com o estranho; risco que dialoga não exatamente com o medo da letalidade<sup>18</sup>, mas com uma fantasia de purificação sexual e com a utopia de um corpo sacro, imune, inviolável e proprietário de si mesmo, que se encontra, há séculos, assombrado pelos demônios da degeneração racial e da poluição. Nesse sentido, pouco importa que Duda se afirme uma travesti e esteja casada com uma mulher cis: ela, localizaria Sontag (1989), é um “não-nós” – e deve haver boas razões para isso<sup>19</sup>. Pouco importa, do mesmo modo, que os macacos não participem da cadeia de transmissão da monkeypox: no incipiente imaginário social acerca da infecção no país, macacos e dissidentes sexuais e de gênero estão na vitrine pública; na vida cotidiana, é sobre eles que a discussão política sobre quem deve viver e quem deve morrer ganha corpo<sup>20</sup>.

tempo, possível usar este adjetivo para epidemias). Por mais absurdo que pareça este foi um argumento fartamente repetido. Inclusive pelas autoridades governamentais que afirmaram várias vezes que a AIDS não era um assunto prioritário na pauta de desastres comuns na saúde pública do país”.

<sup>18</sup> Por esse motivo, não parece que a relação que se constitui entre um corpo e outro é apenas do tipo biológica, conforme qualifica Foucault (2010 [1976]; 2014 [1976]) a respeito da forma de fazer funcionar, em tempos biopolíticos, o poder de morte, o qual somente seria possível por intermédio de um racismo ancorado na biologia dos corpos. Como bem notaria, na década seguinte, Daniel (2018a [1989], p. 18) a respeito da aids: “[...] há uma disputa envolvida nessa epidemia que não se reduz ao confronto biológico”. Recuperarei essa discussão no próximo capítulo.

<sup>19</sup> Episódios como o ocorrido com a vereadora não deixam dúvidas de que a memória discursiva ora ativada pela monkeypox não se restringe à homossexualidade, mas respinga sobre outras dissidências sexuais/de gênero, sobretudo contra travestis e transexuais, frequentemente descritas e tratadas como homossexuais/a partir da genitália que apresentam (donde seu gênero derivaria, como um reflexo), mesmo quando orientam seu prazer ao gênero oposto ao qual se designam, em um esforço incansável de deslegitimar modalidades de existência avessas à cissexualidade.

<sup>20</sup> Como temos visto, esse avizinhamo com o mundo dos vivos não-humanos se manifesta das mais diversas formas. Em um trecho de sua famosa incursão etnográfica pelo “negócio do michê” em São Paulo, Perlongher (1987b, p.103, itálicos do autor, negritos meus), por exemplo, converte a noite paulistana em fauna; gays e outros tipos locais ocupam o lugar de animais em uma movimentada cena interespecie, eventualmente acossada pela repressão policial: “No caso do gueto *gay* da Marquês, porém, produzem-se esporádicas *blitz* que atacam – indiscriminadamente ou não – *gays*, *michês*, *bichas*, *travestis* e outras **faunas do local**”. Mais adiante, Perlongher também descreve o homossexual em termos de espécie: “Esta identificação entre homossexualidade e coito anal [...] repousa historicamente na própria constituição da **espécie homossexual**” (p.214-215, negritos meus). No ano seguinte, ao oferecer uma definição de “dispositivo da aids”, o autor identifica a conversão do homossexual em uma “[...] figura asséptica e estatutária, uma espécie de estátua perversa na **reserva florestal**” (Perlongher, 1987a, p.76, grifos meus). Seria, de todo modo, apenas mais uma delas na “[...] vasta tipologia de **espécies perversas**” (p.68, grifos meus) que a axiomática da sexualidade fez proliferar. A “animalidade do erotismo” homossexual reaparece ainda no artigo *Microfascismo e violência institucional*, publicado na *Folha de São Paulo* em 27 de novembro de 1987, no qual Perlongher, a propósito da proibição do ingresso de homossexuais na Escola Municipal de Bailados pelo prefeito de São Paulo à época, Jânio Quadros, constatava: “**A caça à bicha, a caça ao veado** é, lamentavelmente, um esporte bastante popular” (Perlongher, 1987c, p.20, negritos meus).

O fato é que enquanto alguns estão vivendo o pânico da monkeypox à flor da pele, a infecção segue seu curso, e os efeitos performativos de sua inclinação à homossexualidade já se fazem brotar sobre a superfície dócil e resignada de nossa epiderme. Das máculas à formação de crostas, as imagens da mídia, mas também aquelas publicadas por perfis pessoais no *Twitter*, retratam os sinais da infecção num corpo facilmente identificável como sendo de um homem adulto. O restante já sabemos ou, pelo menos, levantamos forte desconfiança. Além das fotografias das erupções cutâneas típicas da doença, alguns usuários do *Twitter* se dedicam a escrever um diário de recuperação online, intercalando impressões sobre a evolução de seus sintomas com notícias da imprensa e conteúdos produzidos por especialistas, geralmente infectologistas que detêm de algum prestígio para esse público. Em um desses perfis, no dia 12 de agosto de 2022, o publicitário João Pinheiro assim revela o seu diagnóstico positivo: “É realmente inacreditável a minha capacidade de contrair qualquer dessas malezas modernas. A da vez: monkeypox, famigerada varíola símia/dos macacos” (Pinheiro, 2022).

É também inacreditável como os homossexuais cis – para além de qualquer indicação estatística, já que, no discurso preventivo e epidemiológico, somos nomeados como “gays” ou “gays e outros HSH” e viramos números, taxas e curvas – parecemos compartilhar uma posição em que o risco de contrair algumas infecções – sobretudo sexualmente transmissíveis, mas não exclusivamente<sup>21</sup> – parece possível e aumentado tão somente em razão de nossa sexualidade. Alguém poderia apontar que o usuário em questão não faz nenhuma menção a ser homossexual e, na verdade, a matéria do portal *R7* sobre o caso, assinada por Fernando Mellis (2022), diz o seguinte: “João, que é bissexual, chegou a comentar com os pais que poderia ser monkeypox, mas tentou se convencer do contrário”. Mesmo na ausência dessa informação, contudo, arriscaria sugerir que uma certa empatia clínica diferencial poderia ser experimentada por qualquer homossexual em relação a João. Se há algo que nos aproxima dos não-humanos, há também algo que nos conecta entre si. A memória da infecção – cuja referência ao “dispositivo da aids” (Perlongher, 1987a) é fundamental – é certamente um desses pontos em que nossas experiências teimam convergir ou, dito de outro modo, sobre o qual somos

---

<sup>21</sup> Neste momento, a hipótese de a monkeypox ser ou não uma IST permanece algo aberta, porém, ao que parece, tende a ser cada vez mais preterida com a infecção gradual de outros grupos da população, sobretudo crianças, por vias não-sexuais.

compelidos a admitir que o que temos em comum deriva exatamente desse reduto luzidio e inesgotável que é a sexualidade<sup>22</sup>. Adicionalmente, em se tratando da monkeypox, a mimese visual da enfermidade com outras infecções – não por acaso, sexualmente transmissíveis – por nós já conhecidas, como herpes e sífilis, ainda que não impossibilite que ela circule encontrando sentidos próprios, certamente favorece que siga carregando consigo um rastro pra lá de indicativo de homossexualidade.

De volta ao caso de João, seria pedir muito que uma sexualidade não-heterossexual seja dispensada da confissão? O excerto anterior mostra bem como a menção a ela não poderia deixar de constar: sua inserção, de forma aparentemente despreziosa e descolada do restante do enunciado, não cumpre outro propósito que não o de legitimar a hipótese do entrevistado acerca da monkeypox. É porque é bissexual que João suspeita; posteriormente, também transfere tal prognóstico aos pais. De fato, não apenas suspeita: no fundo, João sabe. Sabe, mas tenta se enganar, convencer-se do contrário. Essa cena representa, para nós que já fomos de alguma forma pré-sentenciados à moléstia, uma reprise de dar arrepios. Não se trata de “se”, mas de “quando”. Talvez João só vacilou quanto ao momento, porém essa infecção virtual que está sempre à espreita de um corpo sexualmente desviante funciona para nós como um lembrete de que existe algo errado, patológico ou moralmente ruim em nossos atos. É o preço que temos de pagar pelo exercício de nosso prazer e por nossa diferença.

Apesar do caráter supostamente fatal de eventos como esse em nossas vidas, os motes de responsabilização, conjugados muitas vezes como “culpa”, seguem operando a todo vapor, ainda mais quando somos interpelados publicamente pelo diretor da maior organização de saúde mundial e convidados, para o bem geral e segurança da população, ao controle e à gestão de nossa sexualidade. O que Adhanom talvez não tenha percebido é que direcionar os holofotes da opinião pública e da vigilância epidemiológica globais novamente aos homossexuais sem garantir a eles o mínimo, ou seja, imunizantes, equivale a nos empurrar, mais uma vez, a um terreno espinhoso em que responsabilização e

---

<sup>22</sup> Embora, possivelmente mais do que gostaria, destaque o caráter contrastivo da homossexualidade, esse espaço não deve ser concebido como um universo fechado e homogêneo. A sexualidade é mais um dos inúmeros processos de criação de realidades somáticas e subjetividades nos quais nos engajamos e somos engajados, como a racialização, o estrato social, a idade, condições corporais, etc. Esse entendimento acerca da sexualidade, particularmente homossexual, será mais bem explorado ao longo desta pesquisa.

estigma caminham juntos; um cenário onde o imaginário social acerca da monkeypox se autorrealiza dia após dia em nossos corpos sexualizados. Especialmente no Brasil, considerando a desídia do governo federal na compra de vacinas contra a covid-19, colocar nossa sexualidade em *stand by*, à espera de imunizantes, equivale a uma invitation ao celibato – sem previsão de término. Além disso, uma resposta de saúde global que visa à supressão de contágios através de um apelo direto ao comportamento sexual de grupos cuja sexualidade é frequentemente tida como abjeta – e que, inclusive, configura crime em dezenas de países – demonstra não apenas a incapacidade de prever o surgimento de novos patógenos com potencial pandêmico por parte das organizações de saúde e dos centros de pesquisa, como também o despreparo para lidar com o aumento de casos de infecções já documentadas, mas que são negligenciadas até o momento em que permanecem restritas a países do sul global.

Na falta de imunizantes, medicamentos e estratégias de saúde melhores, o indivíduo se torna peça-chave na prevenção e no controle de uma moléstia cujo vírus e formas de transmissão são conhecidos há décadas, mas que somente é elevada a uma emergência de saúde digna de atenção pública quando fura o continente africano, contaminando corpos brancos ocidentais. Dito de outro modo, tanto em relação ao nome “monkeypox”, que, apenas neste momento, a OMS pondera alterar com vistas a dissipar o estigma sobre as pessoas infectadas e sobre os macacos, quanto a inexistência de um estoque minimamente satisfatório de imunizantes e também de medicamentos para o tratamento da infecção apontam para o funcionamento de uma geopolítica de saúde informada pelo racismo; o caráter endêmico da monkeypox não parece ser suficiente para explicar o despreparo das organizações de saúde diante da irradiação geográfica de uma infecção que está em circulação há mais de 50 anos – necessita da observação indispensável de que o vírus até então se encontrava restrito a territórios onde doença e morte são normalizadas. Mais uma vez, a referência à aids e ao modo como os meios de prevenção e os antirretrovirais são, ainda hoje, desigualmente distribuídos ao redor do globo deve remeter à decisão política, tomada a todo instante, de salvar algumas vidas e abandonar outras à própria sorte.

Diante do clamor global por uma *slow homosexuality*, cada homossexual com um diagnóstico positivo à monkeypox incorre em uma dupla falta: relativamente a si mesmo e também no que concerne ao avanço da infecção na sociedade –

compromisso que fomos publicamente instados a assumir. Por esse motivo, às vezes temos a impressão – a exemplo do usuário do *Grindr* que abraçou a abstinência sexual com a chegada da moléstia ao Brasil – de que para cuidar de nossa saúde é necessário, imprescindivelmente, estabelecer um distanciamento do exercício de nossa sexualidade, uma vez que, ao que tudo indica, ela é a causa principal de nossos problemas. Essa aparente incompatibilidade entre a homossexualidade e a saúde reaparece continuamente através do discurso do cuidado de si, que além de atrelado a técnicas de modelagem e definição corporal (sintonizadas, por sua vez, com um padrão de beleza imbricado com concepções de saúde correntes), visa à sinonímia com o “sexo bom”, ou seja, aquele que, conforme qualificou Rubin (2017 [1982]), reúne as formas consideradas legítimas de exercer a sexualidade, pautadas pelos motes da segurança, da saúde, da legalidade e do que é tido como moral e politicamente correto. Na mesma época, de emergência global da epidemia de aids, Perlongher fazia uma constatação semelhante em relação ao discurso preventivo:

A **política do sexo sadio** propõe reduzir o número de parceiros, evitar a penetração e a troca de fluxos seminais, incentivar a masturbação mútua, que, duramente estigmatizada pela medicina e pela religião como fonte de estranhas doenças, agora é candidamente recomendada (Perlongher, 1985a, p.36-37, grifos meus).

Em contrapartida, comportamentos vistos como perigosos, psicopatológicos ou condenáveis caracterizam, retornando a Rubin (2017 [1982]), o “sexo mau”, formando um gradiente de moralidade sexual cujas fronteiras estão sob constante negociação e vigilância. Em tempos de monkeypox, o “sexo bom” ou o “sexo sadio”, avoca, mormente e na impossibilidade de uma frequência sexual nula ou negativa, uma homossexualidade de baixo impacto epidemiológico, a ser conquistada por meio de relações monogâmicas ou entre contatos fixos e estáveis, praticado em situações controladas, preferencialmente no espaço doméstico e privado, a fim de evitar encontros perigosos, com parcerias fugazes e que se consumam em ambientes insalubres como saunas, clubes, boates e outros locais fomentadores da pegação.

Neste final de agosto de 2022, o surto da infecção ainda é recente – e crescente – e pode assumir dimensões pouco previsíveis, sobretudo se, no Brasil, depender substancialmente da iniciativa do Ministério da Saúde e do governo federal. Se, durante a covid-19, a aposta política se deu na imunidade de rebanho

via contágio massivo sob o pretexto de que a economia não poderia parar, temos, até o momento, uma nota técnica, algumas peças publicitárias e boletins epidemiológicos e uma previsão bastante desanimadora acerca da chegada – e da quantidade prometida (50 mil doses, a ser obtidas via fundo da Organização Pan-Americana de Saúde) – de imunizantes contra a monkeypox. Criada em 23 de maio de 2022 pelo Ministério da Saúde, a sala de situação para monitorar o espriamento da infecção no país foi descontinuada 50 dias depois e, atualmente, não há nenhuma promessa pública acerca da disponibilização de medicamentos para casos graves (embora a Anvisa, no dia 25 de agosto, tenha liberado a dispensa de registro para importação do *Tecovirimat*, antiviral supostamente capaz de diminuir a replicação do vírus). O certo é que a mesma escolha política pela imunidade de rebanho não está sendo aventada nesse caso, muito possivelmente não pela admissão de seu fracasso em reduzir óbitos relacionados à covid-19, mas mais provavelmente devido ao desinteresse intencional ou porque a imunidade coletiva a ser conseguida em relação à monkeypox deveria envolver, nas condições atuais e segundo os dados epidemiológicos disponíveis, muitas semanas de esfregação (*frottage*) e sexo homossexual.

De todo modo, ainda que incipiente, um dos feitos do dispositivo que se formou com a disseminação da monkeypox já pode ser sentido de vários lugares do mundo: o de ter agregado um grupo bastante diverso de pessoas – homossexuais, especialmente – através de um vocabulário por nós – ou contra nós – já bastante conhecido, que articula a homossexualidade à infecção, ao risco e ao pânico moral<sup>23</sup>. Nesse sentido, todo homossexual de vida sexual ativa parece ter passado, em certo momento de sua vida, por um tipo de *letramento epidemiológico*, o qual envolveu angustiantes horas de pesquisa sobre ISTs em livros ou na internet após algum episódio de sexo sem preservativo e a desconfiança permanente de que qualquer sinal suspeito em seu corpo, de uma dor na nuca a uma afta na boca, é um indicativo delas. Essa hipótese, inclusive, costuma ser ponto de partida para investigação clínica por parte de profissionais da saúde, mesmo que os problemas que justifiquem nossa procura pelos serviços nada tenham a ver com elas. Nessas

---

<sup>23</sup> Em um texto publicado no início deste mês a respeito da vinculação da monkeypox à homossexualidade, Butturi Junior (2022a, s.p) exprime o espanto: “[...] por que estamos novamente colocando os homossexuais nas manchetes dos jornais, nas redes sociais e no centro dos discursos científicos?”.

ocasiões, somos frequentemente solicitados a revelar nossas sorologias, realizar testes rápidos e, apenas depois de que provamos estar “negativos”, é que outras hipóteses clínicas são destravadas. Costumamos saber até mesmo os municípios em que há maior prevalência de hiv ou aqueles que ofertam Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). Por situações como essas, é possível sugerir que uma infecção até pouco tempo desconhecida, como é o caso da monkeypox, e que conflagra o presente surto compartilhando um perfil epidemiológico – além do léxico viral – em larga medida coincidente com os primeiros anos da epidemia de hiv/aids mobiliza uma memória discursiva capaz de retomar, em outras relações e paisagens, uma conexão histórica entre a homossexualidade e a “doença”<sup>24</sup>.

Logo, quando somos agenciados através de nossa sexualidade dessa maneira, não se trata, no fundo, simplesmente de reduzir contatos e novas parcerias sexuais, como se apenas uma contenção no nível do prazer estivesse em jogo. Estamos, mais uma vez, diante de enunciados que extravasam os limites do sexo ao suplantar sua facticidade anatômica e sua tradução como meros atos corporais e físicos; com Foucault (2014 [1976]), sabemos que o sexo é arena privilegiada da disputa política, encruzilhada entre o corpo individual e a população e que nele se procura, e dele se busca extrair, a verdade supostamente mais valiosa do sujeito e, no limite, a sua inteligibilidade como humano. Os efeitos de enunciados como o de Adhanom são, desse modo, ainda mais potencializados quando, como ocorre no Brasil neste momento, a prevenção está inteiramente confiada ao indivíduo: a adoção de um regime sexual que atue pela limitação radical das interações sexuais é o único “meio de prevenção” à monkeypox disponível no país. Uma individualização da resposta à infecção nesses termos amplifica os apelos ao comprometimento e, conseqüentemente, reforça sentimentos de responsabilização e culpa. Eventuais respostas e resistências poderiam se dar em nome da liberdade e do prazer, entretanto, na ambivalência sobre a qual opera toda biopolítica, tal atitude poderia resultar na exposição de nossos corpos à infecção e, no limite, à morte. O preço de resistir, biopoliticamente, é que essa atitude pode muito bem custar a vida – a sua e a dos seus.

---

<sup>24</sup> É interessante notar, a despeito de tais regularidades, que estamos diante de uma das poucas conexões entre “doença” e homossexualidade cuja referência direta ou presumida não é a aids. Embora se afirme que a imunossupressão pode interferir em seu curso e explicar eventuais complicações, a distinção entre corpos soropositivos e isentos de hiv não interessa muito à monkeypox.

Em um cenário assim configurado, é até compreensível que organizações da sociedade civil ligadas à luta contra o hiv/aids e à saúde do segmento LGBTQIAPN+, bem como associações, infectologistas e ativistas endossem o pedido de Adhanom emitido no final do mês passado. Se o ponto de partida dessas posições é, comumente, a referência aos primeiros anos da epidemia de hiv/aids na década de 1980, em que tais atores desempenharam um papel determinante na divulgação de informações sobre prevenção e também no amparo a vítimas da infecção, a sua articulação tem ocorrido, na altura em que escrevo, via discurso da conscientização, apelando a um certo senso comunitário que diz que agora é hora de cuidar de nós mesmos e da nossa “comunidade” (difícil não perceber a ressonância entre uma convocação organizada dessa forma e enunciados como o do usuário do *Grindr*, mencionado anteriormente). Sabemos, contudo, que, se na fachada há o letreiro luminoso da conscientização, devemos esperar que, na meia-luz de alguma sala dos fundos, eventuais transgressões serão tratadas como faltas de consciência e falhas no cuidado de si que reconectarão o sexo homossexual ao perigo e à impureza moral, instigarão vergonha e culpa, sobretudo quando a manifestação mais conhecida da infecção supõe fundir diagnóstico e verdade no mesmo signo, na mesma carne.

Sendo assim, caberia a nós agora providenciar, considerando a afluência de diferentes atores à mensagem da OMS e a hipótese – ainda que pouco provável – de um acréscimo exponencial dos casos de monkeypox, uma edição extra do manual *Como fazer sexo em uma epidemia*<sup>25</sup>, mas desta vez para uma infecção cuja causa é conhecida há mais de meio século e para a qual se dispõe de imunizantes e medicamentos para emprego em sua terapêutica?

Independentemente de o surto atual de monkeypox ganhar matizes epidêmicas ou pandêmicas, o que, apesar de seu alastramento para vários países, é tido como bastante improvável, uma geografia do risco, traçada a partir do corpo e da ubiquidade dos contatos entre gays e outros HSH, já foi dada e segue em

---

<sup>25</sup> *How to Have Sex in a Epidemic: One Approach* é um manual escrito por Richard Berkowitz e Michael Callen publicado em 1983, ano em que ambos os autores e ativistas já haviam recebido diagnóstico positivo ao hiv. O panfleto, que contou com a assessoria científica do médico Joseph Sonnabend, do qual Berkowitz era paciente, adota um tom informativo e aconselhador, baseado em informações desconstruídas sobre a aids disponíveis até aquele momento e informado pelo objetivo de ensinar a estimar (e evitar) o risco frente a uma “tirania de doenças sexualmente transmissíveis”: “Após entender como as doenças são transmitidas, você pode começar a explorar o sexo medicamente seguro” (Berkowitz; Callen, 1983, p.3-4, tradução minha).

constituição. O *déjà-vu* com a epidemia de hiv/aids advém de várias frentes, entre elas, por parte da resposta médico-sanitária, que novamente se organiza pela prescrição de um regime sexual, muito mais ampliado que o iniciado no século passado, porque extensível a todo corpo. Em se tratando da monkeypox, deve-se evitar qualquer aproximação física com o infectado e com tudo que por ele é tocado. Sequer abraços são inofensivos.

Até este final de agosto, a monkeypox já fez duas vítimas no país, que teve seu primeiro caso confirmado no dia 7 de junho. Embora a zoonose viral desencadeie um quadro autolimitado, e a letalidade seja considerada baixa quando comparada a outras infecções, pessoas com comorbidades e imunossuprimidas são apontadas como mais sensíveis a complicações, e as mortes até o momento têm sido explicadas em referência a questões de saúde prévias. Além disso, como se tentou demonstrar, o alastramento da monkeypox provoca um medo diferencial entre homossexuais, acentuado também pela perda recente de quase 700 mil brasileiros pela covid-19 – número possivelmente maior devido à subnotificação<sup>26</sup> e formado, em boa medida, por mortes evitáveis<sup>27</sup> durante a gestão de Jair Bolsonaro.

Nesse sentido, outro vértice que permitiria aproximar a aids e a covid-19 diz respeito justamente à morte, ao controle de seu reconhecimento e do luto público no curso das duas pandemias. Em relação à história da aids, não se trata apenas de considerar que muitas vidas poderiam ter sido viabilizadas ou seriam melhor vividas com outras estratégias de prevenção, tecnologias de assistência e acesso a antirretrovirais e outros medicamentos para infecções oportunistas, mas que um dos feitos de o nascimento da epidemia ter sido vinculado diretamente a corpos homossexuais cis (carregando consigo, inclusive, o correlato popular de “câncer

---

<sup>26</sup> A título de dimensionamento, pesquisadores da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) avaliaram, com base na análise de óbitos ocorridos no período de fevereiro a junho de 2020 nos municípios de Belo Horizonte (MG), Salvador (BA) e Natal (RN), que o número de mortes relacionados à covid-19 foi subestimado em pelo menos 18% durante o ano de 2020. Disponível em: <<https://journals.plos.org/globalpublichealth/article?id=10.1371/journal.pgph.0000199>>. Acesso em: 31 ago. 2022.

<sup>27</sup> A pesquisa *Mortes evitáveis por covid-19 no Brasil*, parceria entre a USP, a UFRJ e a Uerj, estimou, através de cálculos sobre o excesso de óbitos e impactos de medidas populacionais, que “[...] pelo menos 120 mil mortes, até o final de março de 2021 [em um ano de pandemia], poderiam ter sido evitadas se uma política efetiva de controle baseada em ações não farmacológicas tivesse sido implementada”. Disponível em: <<https://www.oxfam.org.br/especiais/mortes-evitaveis-por-covid-19-no-brasil/>>. Acesso em: 31 ago. 2022.

gay” ou “peste rosa”<sup>28</sup>), somado ao caráter de sentença representado pelo diagnóstico positivo nos primeiros anos de sua circulação, foi a construção de um poderoso nexos causal entre o sexo e morte, particularmente entre a homossexualidade e a morte, expressa em termos de uma “vontade de autodestruição” (Race, 2015). Com efeito, para Butler (2009 [1996], p.93), o discurso médico-jurídico que acompanhou o surgimento da epidemia de aids produziu o corpo homossexual como um portador por excelência da morte: “[...] o homossexual masculino figura, volta e meia, como alguém cujo desejo é de alguma forma estruturado pela morte, seja como o desejo de morrer, seja como alguém cujo desejo é inerentemente punível de morte”. Embora sua análise remeta a meados da década de 1990, alto da epidemia, e que desde então foram muitas as transformações neste dispositivo, é ainda possível identificar certa recalcitrância de enunciados em que a homossexualidade e a morte fazem dobradinha, especialmente quando o assunto é o *barebacking*.

Por tudo isso, e considerando ainda a inexistência da cura para a aids e as limitações de um regime de prevenção ancorado principalmente na necessidade do uso dos preservativos de látex durante o sexo, é de alguma forma esperado que a circulação de medicamentos que reduzem significativamente novas infecções tenha o potencial, se não de interromper, pelo menos de enfraquecer a cadeia de transmissão do hiv e, talvez, o discurso no qual homossexualidade, infecção e morte encontram-se amalgamadas. Neste trabalho, busco investigar como duas dessas tecnologias, através de mecanismos e processos característicos, são levadas a atuar conjuntamente com o objetivo de impedir novas infecções e, além disso, possibilitam o encontro entre soropositivos e soronegativos em um cenário inédito de minimização do risco de transmissão do hiv por via sexual. Como buscarei demonstrar, a incorporação desses dois fármacos, somada a outras estratégias agregadas ao dispositivo da aids, sobretudo nas duas últimas décadas, são responsáveis por uma guinada desse dispositivo em direção a um modelo securitário, nos termos de Foucault (2008 [1978-1979]; 2010 [1979]), permitindo que sua ação se dê em várias frentes e que todos os caminhos concorram para a prevenção e para a garantia, através do estabelecimento de relações mais ou

---

<sup>28</sup> Além do acrônimo GRID, proveniente de *Gay Related Immune Deficiency*, denominação extraoficial que antecedeu o consenso em torno do termo *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, reduzido como AIDS.

menos reguláveis, de um espaço de redução drástica do risco de infecção pelo hiv em relações que envolvem, segundo o interesse desta pesquisa, o sexo sem preservativo.

A primeira dessas tecnologias é a terapia antirretroviral, a chamada TARV, que no Brasil encontra na lei 9.313, de 13 de novembro de 1996, o marco legal para a distribuição gratuita, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), dos medicamentos necessários ao tratamento. Embora os primeiros antirretrovirais (ARVs) tenham surgido em meados dos anos de 1980, seus benefícios se mostraram temporários e bastante limitados. Além disso, os efeitos colaterais eram particularmente penosos e desmotivantes, amparando uma decisão bem mais comum à época que hoje: viver o curso da enfermidade dispensando os fármacos. Durante de 1990, novas classes de medicamentos surgem e demonstram êxitos consideráveis no controle da aids e de infecções oportunistas, sendo utilizadas em esquemas combinados e em dosagens mais baixas que nos primeiros anos da epidemia. Em um primeiro momento, o acesso à TARV reduziu sensivelmente as taxas de morbidade e mortalidade relacionadas à infecção: de sentença de morte, a aids paulatinamente se encaminha para uma condição de saúde que deve ser administrada, farmacologicamente, ao longo da vida, como ocorre com outras tidas como crônicas. Desse modo, através dos avanços biotecnológicos e da ampliação do acesso aos antirretrovirais, experimenta-se um aprimoramento na qualidade da terapêutica e um aumento na expectativa de vida de “pessoas vivendo com hiv/aids” (PVHA)<sup>29</sup> no país.

Somado a isso, sobretudo a partir da virada do milênio, um conjunto de evidências torna-se vez mais difícil de ser ignorado: seja, primeiramente, pela observação empírica, seja por meio de ensaios clínicos, um impacto significativo da TARV – e dos ARVs, de maneira geral – sobre a transmissibilidade da doença começa a ser apontado. Ou seja, além de seu papel na terapêutica do hiv/aids, o fármaco, ao diminuir a quantidade de cópias virais no organismo e em regiões privilegiadas da transmissão (como nos genitais, em seus fluidos e no esperma), afetam o potencial infeccioso do vírus, frustrando significativamente novas infecções. As condições para a construção do nexa “indetectável=intransmissível” – movimento

---

<sup>29</sup> O termo é consenso entre o movimento social brasileiro desde a década de 1990 e buscou desacoplar a associação imediata da infecção com o universo da morte através da conjugação gerundizada do verbo “viver”, sugerindo uma ação continuada, sem fim determinado, contraponto ao caráter sentenciador e fatalista atribuído ao diagnóstico e à “sobrevida”, fortemente disseminados até então.

ao qual o UNAIDS se junta somente em 2018 – proliferam a partir de 2008 e, de modo cada vez mais recorrente, as PVHIV serão interpeladas pelo dispositivo da aids a partir de um outro lugar, que não o da infecção e de seu tratamento, mas o da cena preventiva. Assim, segundo uma leitura frequentemente repetida sobre o assunto, de “parte do problema”, a PVHIV indetectável passa a ser “parte da solução” para o controle da epidemia.

O segundo desses fármacos é mais recente e dirige-se exclusivamente a pessoas soronegativas, inaugurando o regime de uma prevenção pré-exposição farmacológica. Combinação de dois compostos com propriedades antirretrovirais, já utilizados, em outras combinações, na terapêutica da PVHA desde 2004, a Profilaxia Pré-Exposição, também conhecida pela sigla PrEP e pelo nome comercial Truvada, é a associação entre fumarato de tenofovir desoproxila (TDF) e entricitabina (FTC). Em teste desde 2007 para esse fim, a dupla TDF/FTC tem demonstrado redução na incidência de hiv de até 95% em alguns segmentos populacionais e sua eficácia tem sido fortemente relacionada à adesão ao tratamento (BRASIL, 2022a). Constitui, desde 2018, uma estratégia governamental de prevenção empregada para minimizar o risco de infecção pelo vírus no país, sendo ofertada nacionalmente – porém ainda desigualmente entre capitais/regiões metropolitanas e municípios do interior – pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Na política atual de hiv/aids, tanto a PrEP, destinada a pessoas soronegativas com “risco diferenciado” de infecção por hiv (Brasil, 2022a), como o tratamento com TARV realizado pelas PVHA estão inseridas no bojo do que tem sido chamado de “prevenção combinada”, um novo paradigma de prevenção instituído em 2009 e tonificado desde então (UNAIDS, 2010). Segundo esse modelo, cuja marca principal é derreter a distância entre o tratamento e a prevenção, a PrEP e a TARV são duas ferramentas recomendadas pelo Ministério da Saúde para desacelerar a transmissão do vírus e de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) no país, ao lado da testagem para hiv, uso de preservativos, Profilaxia Pós-Exposição (PEP), diagnóstico e tratamento de ISTs, entre outros. O dispositivo desenhado pela prevenção combinada orienta o uso concomitante e cruzado de diferentes ferramentas para prevenção, partindo do entendimento de que nenhuma delas, isoladamente, é capaz de reduzir novas infecções. Afirma igualmente que cada pessoa pode escolher os métodos preventivos que se adaptem melhor às suas

condições de vida, devendo ser observados, nesse processo, a sua autonomia e os direitos humanos (Brasil, 2017a).

Em se tratando da PrEP, alguns segmentos populacionais foram eleitos, de sua implementação até 2022, ano de publicação do último PCDT da profilaxia, como prioritários ao tratamento. A constituição desses grupos baseava-se em estudos epidemiológicos diversos que apontam a prevalência do hiv e taxas de transmissão acima da média nas subpopulações em questão, como retomarei ao longo desta pesquisa. Em 2017, Florianópolis, acompanhada de mais 21 cidades brasileiras, integrou a primeira fase de implementação do serviço no país, concentrada, naquele momento, em capitais e regiões metropolitanas. A dispensação no município iniciou no ano seguinte, em 2018, na Policlínica do centro da cidade. No segundo semestre de 2021, o serviço foi expandido para os Centros de Testagem e Resposta Rápida (CTRr) do norte e sul da ilha e, posteriormente, para a Policlínica do continente. Atualmente, os quatro ambulatórios mencionados, além do Centro de Saúde do Saco Grande, que se tornou Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM) no ano de 2023, atendem juntos 2.398 usuários<sup>30</sup>. Já em relação à TARV, o município conta com as mesmas cinco UDMs que ofertam a PrEP. Em 2022, 6.996 PVHA estavam em TARV no município<sup>31</sup>.

Tendo isso em vista, esta pesquisa tem como objetivo investigar como as incorporações da PrEP e da TARV, considerando sobretudo as evidências da intransmissibilidade do hiv pela pessoa indetectável há seis meses, estão sendo conjugadas na política de hiv/aids e no uso do prazer de gays cis em Florianópolis, sejam aqueles praticados por meio da prática de sexo casual, sejam aqueles inscritos em relações afetivas mais permanentes, exigindo, com isso, que noções como saúde, segurança e cuidado de si e saúde sejam renegociadas, no interior deste dispositivo, sob um inédito cenário de supressão do risco de transmissão do vírus nos intercursos sexuais. Em outras palavras, que reordenamentos nas relações de saber-poder do dispositivo da aids e que processos de subjetivação e de

---

<sup>30</sup> Segundo o *Painel PrEP*, com dados de 27 de março de 2024. São considerados “usuários em PrEP” aqueles que tiveram pelo menos uma dispensação no ano e não descontinuaram o uso. Disponível em: <<https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/prep-profilaxia-pre-exposicao/painel-prep>>. Acesso em: 24 abr. 2024.

<sup>31</sup> Os dados são os últimos disponíveis no Painel de Indicadores HIV/AIDS. Desde 2020, são consideradas em TARV as pessoas vivendo com hiv que tiveram pelo menos uma dispensação nos últimos 120 dias do ano. Disponível em: <<http://indicadoresclinicos.aids.gov.br/>>. Acesso em: 5 fev. 2024.

governo característicos essas tecnologias biomédicas estão desencadeando, a partir da relação com o não-humano (fármaco), no exercício da sexualidade, do prazer, na vida de gays cis?<sup>32</sup>

Para isso, procuro recuperar as condições de descoberta e afirmação da TARV e da PrEP como recursos preventivos ao hiv, no bojo do que atualmente conhecemos por “prevenção combinada”, refletindo a que interesses, necessidades e urgências corresponde a convergência de tais tecnologias ao dispositivo da aids. A partir disso, interessa também identificar eventuais atravessamentos com a rede de enunciados circulantes nesse dispositivo e com a memória discursiva em torno do hiv/aids que vem sendo constituída e acionada desde a década de 1980, enfatizando possíveis deslocamentos e regularidades. Finalmente, busco catalogar algumas repercussões subjetivas decorrentes da assimilação farmacológica da PrEP e da TARV por gays cis, nas ocasiões em que tais tecnologias e corpos se cruzam, especialmente no sexo sem preservativo e, por conseguinte, em torno de noções como perigo, risco e segurança: um encontro, nesses moldes, inédito, mas que, como se propõe, não iguala as posições ocupadas pelos sujeitos nesse dispositivo que, agora de outras formas, segue cindindo a experiência de uns e outros com base no estatuto sorológico, positivo ou negativo. Em outros termos, convém pensar, para além da aproximação entre humanos e não-humanos na política preventiva, na produção de uma diferença que não se retrai, mas se atualiza com a reconfiguração das posições sorológicas, entre os campos já não tão delimitados do tratamento e da prevenção, ora sob a égide da prevenção combinada.

Desde a sua projeção global, o hiv tornou-se um dos vírus mais cercados de mistérios e estigmas da história dos patógenos, incidindo diferencialmente – tanto em termos epidemiológicos como em efeitos sociais e subjetivos – sobre alguns grupos populacionais, especialmente o de gays cis, foco desta pesquisa, cujo

---

<sup>32</sup> Como ficará mais compreensível ao longo deste trabalho, a concepção de tecnologia aqui mobilizada pouco tem a ver com um certo entendimento que confere a ela o papel de mediação ou recurso utilizado pelo sujeito cognoscente para os mais variados fins, translúcidos e pré-determinados, inerentemente bons ou ruins. Em vez disso, esses elementos não-humanos, os fármacos, são considerados sob a perspectiva do realismo agencial proposto por Barad (2017 [2011]), participando ativamente dos processos de produção corpórea e da matéria, assim como da delimitação diferencial das “coisas” e dos fenômenos do mundo, daquilo que contará como “humano” e “não-humano”, como “cultura” e “natureza”, e assim por diante. Mais que relações de causalidade ou de interação (que, segundo Barad, pressupõe a existência de entidades apartadas e independentes), propõe-se a noção de “intra-atividade” ou de “intra-ação agencial”, enfatizando a agência mútua e sempre imprevisível, pois devir, entre agentes humanos e não-humanos.

exercício do amor, do prazer e da sexualidade têm sido pautados pelo perigo, conjugados pela gramática do risco e assombrados pelo “fantasma da aids” (Perlongher, 1987a). Tendo isso em vista, a inclusão de um medicamento anti-hiv no rol de ferramentas preventivas, a PrEP, e a evidência de que a PVHIV indetectável há seis meses não transmite o vírus possuem o potencial de perturbar a memória discursiva e as práticas sexuais desse segmento, tratando-se, dessa forma, de um tema de relevância para o campo dos estudos em saúde pública, sexualidades e ciências humanas, as quais historicamente têm documentado transformações sociais e de comportamento, permitindo que novas interpretações sejam adicionadas ao debate acadêmico e possam servir de referência para elaboração de intervenções e políticas de Estado nas mais diversas frentes.

O município de Florianópolis, como citado, participou da primeira fase de implementação da política da PrEP, em 2017-2018, o único de Santa Catarina (SC). À época, Florianópolis ocupava a quinta posição no ranking de capitais brasileiras com índices mais preocupantes no que se refere à infecção pelo hiv, que leva em conta os indicadores de taxa de detecção, mortalidade e contagem de CD4 dos cinco anos anteriores (Brasil, 2018c). De lá para cá, os boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde têm indicado quedas progressivas nas taxas de detecção, que muito possivelmente têm sofrido o impacto positivo de ferramentas de prevenção como a PrEP, e também, como um efeito mais longitudinal, do uso da TARV pelas PVHA<sup>33</sup>. Assim, estudar a implementação e a execução dessas políticas é ainda mais relevante, uma vez que o município ocupa historicamente destaque na política de combate ao hiv/aids do MS e no cenário epidemiológico nacional.

Tendo isso em vista, durante cerca de um ano, de novembro de 2022 a dezembro de 2023, conduzi entrevistas com 16 usuários gays cis da TARV e da PrEP em Florianópolis. A idade dos participantes variou de 26 a 42 anos, sendo a maioria deles (11) brancos, com ocupações diversas (em alguns casos, sobrepostas): advogados, publicitários, professores, médico, paisagista, escritor, engenheiro, biólogo, estudantes de graduação e pós-graduação. Apenas uma das

---

<sup>33</sup> A taxa de detecção permanece, entretanto, uma das mais altas entre as capitais do país. Em 2021, segundo o MS (Brasil, 2022b), foram 38,3 novos casos por 100 mil habitantes, número que colocou Florianópolis atrás apenas de Manaus (64,6), Belém (49,7) e Porto Alegre (47,2). Em 2022, o município seguiu entre as cinco capitais brasileiras com posições mais elevadas no *ranking* que leva em conta índice composto pelos indicadores de taxa de detecção, mortalidade e primeira contagem das células CD4 nos últimos cinco anos (Brasil, 2023a).

entrevistas se deu de modo virtual, por meio da troca de mensagens de texto pelo *WhatsApp*; as demais ocorreram presencialmente, quase todas elas em minha residência, à época. As conversas foram gravadas em áudio e transcritas, preservando a oralidade e textualidade de meus interlocutores e sua identidade, conforme acordado com os participantes e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC<sup>34</sup>. Adicionalmente, durante o segundo semestre de 2023, realizei observações participantes no Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (GAPA), ONG atuante há mais de 30 anos em Florianópolis<sup>35</sup>.

O campo das entrevistas foi composto por amigos, conhecidos e parceiros sexuais do autor. Corresponde, portanto, a uma seleção – passional e arbitrária – de um grupo de participantes sobre os quais não busquei, ao longo desta pesquisa, traçar algo como um perfil do usuário deste ou daquele medicamento, tampouco deles tive a intenção extrair alguma representatividade no que diz respeito a dados sociodemográficos ou marcadores sociais. Esta também não é uma pesquisa sobre as barreiras de acesso à TARV ou à PrEP ou sobre dificuldades de adesão. Todos os participantes apresentavam, durante nossas conversas, aderência à terapêutica e não manifestavam a intenção de interrompê-la por efeitos colaterais ou outras inaptações. Apesar do que sugere uma generalização como “gays” presente no título desta tese<sup>36</sup>, recomendo prudência à extensão das análises aqui levantadas a outros grupos sociais e localidades, embora, acredito, algumas de suas reflexões podem ser relacionadas a outros emaranhados de gays cis e a outros enclaves de prazer orientados pelo uso simultâneo e cruzado de ARVs sobre a prevenção e o tratamento do hiv.

Com “novo sexo seguro”, busco destacar as formas de concepção e negociação a respeito da segurança no sexo que são específicas a um certo grupo de pessoas – neste caso, gays cis – e que não necessariamente coincidem com a

---

<sup>34</sup> Conforme Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 59197822.6.0000.0121. O projeto foi aprovado pelo CEPESH-UFSC em 18 de julho de 2022 (Parecer Consubstanciado 5.533.607).

<sup>35</sup> As idas ao GAPA apenas foram possíveis por minha vinculação ao projeto “O dispositivo crônico da aids em Florianópolis: a produção das subjetividades soropositivas e a criação de estratégias de qualidade de vida com o uso de tecnologias digitais em parceria com organizações não governamentais”, coordenado pelo professor Atilio Butturi Junior com financiamento da Fapesc e com a participação das pós-doutorandas Camila de Almeida Lara e Nathalia Muller Camozzato.

<sup>36</sup> Aproveito para justificar a elipse do artigo “os” (em “gays e o novo sexo seguro”), que o paralelismo sintático e semântico solicita observar (deduzindo, assim, pelo uso do artigo, um substantivo do “gênero masculino”), a fim de expressar nossa generificação diferencial em relação à categoria “homens”.

hierarquia do risco informada pelo discurso preventivo e epidemiológico, sobretudo quando o preservativo ocupa a supremacia da definição do que é considerado seguro ou não. Parto, assim, do entendimento de que as tecnologias biomédicas aqui em pauta – a TARV e a PrEP – desarticulam a ideia de sexo seguro (ou protegido) como correlato de sexo com preservativo, uma vez que, comportando-se como dispositivos de segurança, escalonam o risco em gradientes, permitindo que gays cis formulem um discurso próprio acerca da relação entre o sexo e o binário perigo/segurança, nem sempre afinado com a ciência, mas, ao que parece, sempre guiado e rearticulado por sua experiência, inventiva e intermitente, no “uso do prazer”<sup>37</sup>, assim como na organização de respostas coletivas e na formulação de estratégias de prevenção ao hiv, desde a década de 1980. Se, como entende Escoffier (1999) em referência à “comunidade gay”, a “invenção do sexo seguro” reflete tanto uma depuração das informações epidemiológicas do discurso médico e científico como o interesse de fortalecer a luta política e preservar as liberdades sexuais, muito provavelmente continuamos esse legado histórico, editando essa noção até o presente.

De todo modo, vale considerar que, mesmo antes do hiv, dada a condição histórica da emergência da homossexualidade como uma experiência dos limites (conforme demonstra, dentre tantos outros, o trabalho de Perlongher), avizinhada, portanto, do discurso da periculosidade social (como se pode ler a partir de Foucault), o sexo homossexual já demandava uma análise, apressada e ardente, do risco, que envolvia uma leitura das vestimentas, dos trejeitos e de aspectos verbais da interação. Veremos também como, antes mesmo da Declaração Suíça, emitida em 2008, e dos ensaios clínicos que reforçaram o nexos I=I (Indetectável=Intransmissível), gays cis já baseavam suas escolhas sexuais levando em conta a sorologia de suas parcerias e demais biomarcadores, como a contagem da carga viral, ou mesmo se fiavam na aposta, arriscada e desacreditada, sobretudo

---

<sup>37</sup> Ao longo desta pesquisa, empregarei a expressão em referência ao “uso dos prazeres” de Foucault (2014a, 2014b [1984]). Aqui o singularizo, no entanto, para marcar a distância com sua formulação original, relacionada ao cuidado de si (*epimeleia heautou*) greco-romano. A noção de “prazer”, no pensamento foucaultiano, contrapõe-se a de “desejo” e às conotações médicas e naturalistas que dela derivam, capturadas pela medicina e pela psicanálise como um instrumento de inteligibilidade e padronização em termos de uma normalidade e, por conseguinte, de patologização (Foucault, 2011 [1978]). Além disso, embora talvez seja esse o uso mais corrente neste texto, o prazer não está restrito ao dispositivo de sexualidade. É um “evento” que acontece “[...] fora do sujeito, ou no limite do sujeito, ou entre dois sujeitos, neste algo que não é nem do corpo, nem da alma, nem de fora, nem de dentro” (Foucault, 2011 [1978], p.389).

no início deste milênio, de que não infectariam seus parceiros. Involuntariamente ou não, foram eles que, em pequenos laboratórios improvisados e clandestinos, às margens dos protocolos e do acompanhamento demandado pelos ensaios clínicos, testaram uma hipótese que somente anos mais tarde seria validada pela ciência biomédica e laureada internacionalmente como uma grande descoberta. Existe, portanto, sob esse ponto de vista, uma experiência anterior e relacionada, porém independente do discurso epidemiológico, de gays cis no que se refere ao hiv, à prevenção e ao uso do prazer. É especialmente a essas experiências, aos problemas advindos de um encontro excepcional entre soropositivos e soronegativos, porque agora mediado por ARVs por todos os lados, que atentarei no decorrer desta pesquisa.

Esta tese é composta por mais dois capítulos. No que segue, recupero, com Foucault, o conceito de dispositivo, posicionando-o no debate sobre a segurança introduzido pelo autor e, posteriormente, apresento uma discussão acerca da interação (Barad, 2007, 2017 [2011]) sujeito-fármaco. Retomo, adiante, a noção de “dispositivo da aids”, de Perlongher (1985b, 1987a), assim como de uma outra categoria, que atravessa vários de seus escritos da década de 1980: a de “desejo”. Na parte final do capítulo, procedo uma descrição, a partir da seleção de alguns acontecimentos e enunciados, do dispositivo da aids, considerando especialmente as duas tecnologias biomédicas abordadas nesta pesquisa, TARV e PrEP, e finalizo com algumas considerações acerca da trajetória do risco e da vulnerabilidade neste dispositivo. O terceiro capítulo é o que apresenta as principais reflexões oriundas do trabalho de campo. Em um primeiro momento, atento às hermenêuticas farmacológicas de si dos usuários de PrEP e ao enunciando “Toma PrEP?”, por meio do qual os emaranhados entre humanos (gays cis), vírus e fármacos vêm à tona em um cenário de redefinição das noções de sexo seguro no contemporâneo. Na sequência, volto-me às hermenêuticas dos usuários de TARV e proponho um “devir-intransmissível” na tentativa de problematizar a indetectabilidade no uso do prazer. O *barebacking* enquanto topologia é considerado em seguida, e o capítulo encerra com um relato pessoal de minha busca pela PEP no SUS. Por fim, faço algumas considerações a respeito da realização do estudo e retomo seus principais apontamentos.

## 2 O DISPOSITIVO SECURITÁRIO DA AIDS

*Independente do que eu digo ou não, sempre serei a pessoa que tem aids em algum momento da vida*  
Indianarae Siqueira

*The virus, if no longer the catalyst for a lethal syndrome, was and remains a central problem of the gay male body. It inhabits both the infected as reality and the uninfected as potential*  
Nathan Lee

Foi Perlongher (1985b) quem, pela primeira vez, utilizou o termo “dispositivo da aids”, no embalo da análise de Foucault (2014 [1976]) acerca da organização da sexualidade moderna na forma uma rede heterogênea, “discursiva e não discursiva”, a qual nomeou como “dispositivo de sexualidade”. Esse é um conceito importante na obra foucaultiana pois reúne num mesmo esquema analítico e topográfico dois vértices do exercício do poder constatados pelo autor na década de 1970, as disciplinas e a biopolítica<sup>38</sup>. Mesmo depois de 1976 e, portanto, de sua circunscrição ao domínio da sexualidade, o uso do termo persiste, desvinculado dessa esfera, mas em outra apresentação composta: “dispositivos de segurança”.

Para Foucault, é através dos dispositivos que indivíduo e população se encontram, são interpelados e agenciados, mas que também podem ser diferencialmente dispostos, cindidos e alocados em zonas limítrofes e costeiras, as quais traçarão as fronteiras entre as formas legítimas e socialmente aceitas de se viver daquelas que inspiram perigo, vergonha e rechaço moral. Os dispositivos são, por isso, lócus privilegiados da formação da subjetividade: neles, indivíduo e população são manejados de maneira a repercutir comportamentos que, ao ser incorporados individualmente, são capazes de produzir efeitos coletivos e de conjunto, assim como induzem a processos de subjetivação particulares, não

---

<sup>38</sup> Não foi, contudo, somente em matéria de sexualidade que o autor empregou o termo “dispositivo” (*dispositif*). Em *Vigiar e punir* (publicado em 1975, um ano antes de *A vontade de saber*, portanto), por exemplo, o dispositivo já aparecia, singular ou pluralizado, em referência às formas de organizar a punição encontradas no final do século XVIII ou também em relação a instituições da sociedade disciplinar, como hospitais e exércitos. Lemke (2021, n.p, tradução minha), no entanto, distingue esses primeiros usos do termo, que estariam mais próximos a um sentido técnico e instrumental de mecanismo (*mechanism*) ou aparato (*apparatus*) e circunscritos ao domínio da soberania e do poder estatal, de seu emprego sobre a sexualidade, que enfatizaria especialmente a “composição estratégica” entre seus elementos: esta “[...] noção de dispositivo abre a análise para as relações estratégicas de forças em vez de focar na organização estrutural do poder estatal”.

determinados *a priori* e que, por conseguinte, podem ser mote para novas experimentações e formas de vida, essas, por sua vez, dotadas de alguma perspectiva de liberdade.

Após a morte de Foucault, em 1984, abundam revisões de sua obra, e as concepções de poder detêm lugar central na crítica. De maneira geral, tais retornos buscam enfatizar deficiências cada vez mais patentes quando considerados os avanços da tecnociência e a ascensão do mercado como agente de regulação global, somados à guinada neoliberal e a de nacionalismos de extrema direita, ou “novos fascismos” (Lazzarato, 2019), realçando a contradição entre um projeto de mundo que se anuncia cada vez mais globalizado, interconectado por fluxos de informação, tecnologias e capital, mas altamente controlador no que diz respeito a quem pode habitar, legitimamente e com algum grau de proteção à vida, os Estados-nação contemporâneos.

Na primeira parte deste capítulo, volto-me ao dispositivo foucaultiano e a algumas interpretações a ele dedicadas, posicionando-o no debate “disciplinas x segurança” aguçado pelo autor. Conforme argumentarei, declaradamente ciente da impossibilidade de generalizar tais observações à forma de um “padrão de poder” ou remetê-las a um movimento unitário e homogêneo, a subordinação das disciplinas à segurança parece um traço da biopolítica em curso, uma mutação em que se pode perceber certa regularidade, em investimentos diversos, como na gestão da saúde mental e da sexualidade. Na sequência, faço alguns comentários a respeito da relação sujeito-fármaco a partir de um texto de Preciado (2020 [2015]) sobre o uso do Truvada por gays e HSH. Posteriormente, retomo, a partir de Perlongher, sua noção de “dispositivo da aids”, anunciada em 1987. Aproveito ainda para esmiuçar o funcionamento de uma categoria transversal nos escritos do autor sobre a homossexualidade e sobre a aids naquela década: o do desejo, elemento que introduz uma série de cisões a suas análises sobre a sociabilidade homossexual e em relação ao poder médico que acompanha e orienta a constituição da epidemia de aids.

Indo adiante, busco catalogar uma transformação nas normas que regem o dispositivo da aids, sugerindo, em referência a Foucault e a Butturi Junior, a passagem de um esquema disciplinar, presente sobretudo nas duas primeiras décadas da epidemia, para um espaço tipicamente de segurança, acentuado de maneira expressiva a partir da década de 2010 e cuja organização tem sido

reorientada pelo fortalecimento do paradigma da prevenção combinada. Adotarei como ponto de partida, para a definição deste corte, os avanços biomédicos representados pela criação e incorporação de tecnologias farmacológicas mais eficazes no tratamento e na prevenção do hiv/aids, especialmente:

a) a Terapia Antirretroviral, a chamada TARV<sup>39</sup>, distribuída nacionalmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1996, que, ao desvincular o diagnóstico positivo ao hiv de seu caráter de sentença de morte, foi responsável pela mundificação de pessoas vivendo com hiv/aids (PVHA) em um regime de cronicidade;

b) a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), ofertada desde o final de 2017 por alguns municípios brasileiros, também pelo SUS, que agudiza um movimento estratégico desse dispositivo – que, como veremos, pode ser rastreado desde o século passado – na direção de uma prevenção mais ampla, farmacológica, que estende a abordagem medicamentosa do universo do tratamento em si mesmo à cena preventiva, na senda aberta pelo emprego profilático dos ARVs nos idos de 1990.

Como veremos, ambas as tecnologias, TARV e PrEP, mas também a intervenção terapêutica sobre a transmissão vertical do hiv através do emprego do AZT (zidovudina) – e a PEP, de maneira geral – tornam, de formas distintas e sob o paradigma da prevenção combinada, a máxima em saúde “é melhor prevenir do que remediar” sem sentido.

## **2.1 O DISPOSITIVO, A SEGURANÇA, O FÁRMACO: PODE O SUBALTERNO GOZAR?**

O esforço mais notável no caminho de uma definição do conceito de dispositivo pode ser encontrado em uma entrevista de 1977, na qual Foucault, animado com a repercussão de *A vontade de saber*, publicado no ano anterior, esmiúça:

---

<sup>39</sup> Em inglês, conhecida pela sigla HAART, de *highly active antiretroviral therapy* (terapia antiviral de alta potência). A TARV ou HAART representa o aperfeiçoamento da monoterapia com AZT e da terapia dupla, em que a lamivudina era combinada à zidovudina. A partir de 1996, adota-se um esquema terapêutico com três ou mais ARVs, de diferentes classes.

Por esse termo tento demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos (Foucault, 2015 [1977], p.364).

Dessa definição, decorrem ainda duas características. A primeira delas diz respeito à natureza da relação existente entre seus elementos, que é descrita por Foucault como um “tipo de jogo”, de onde não se pode esperar uma estabilidade interna ou uniformidade no que se refere a suas táticas: seus elementos implicam-se na medida em que participam desse mesmo “jogo”, ainda que, continuando com a metáfora da competição, possam não estar no mesmo time. Tais elementos, portanto, devem ser reunidos não em decorrência de uma coesão ou perenidade por parte de suas estratégias, mas sim por mudanças de posição e alterações de funções que se atualizam dentro de uma mesma rede (Foucault, 2015 [1977]). O interesse aqui está em descartar a presunção de uma coerência tática entre os elementos de um dispositivo e, conseqüentemente, oferecer uma outra espacialização – menos restrita – à sua circulação.

Já a última característica citada por Foucault, nessa mesma entrevista, diz respeito ao componente histórico: um dispositivo está imbricado ao curso da história porque se inscreve no tempo e no espaço como efeito de uma articulação peculiar entre saber-poder. Possui, por isso, uma gênese, mas não convém procurar nela uma origem ou um centro fundador, e sim recuperar as condições de possibilidade e emergência que a reconectam à história para responder a uma “urgência” e desempenhar uma “função estratégica dominante”. Dois momentos seriam essenciais a essa gênese: o primeiro deles é a prevalência de um “objetivo estratégico”; o segundo, a fim de que um dispositivo se constitua e permaneça como tal, envolve um duplo processo: de um lado, o que Foucault chama de “sobredeterminação funcional”, ou seja, que cada efeito estabeleça ressonância ou contradição com outros, reajustando elementos heterogêneos em sua dispersão, e o outro é que esse processo ocorra intermitentemente, por meio de um

“preenchimento estratégico” (Foucault, 2015 [1977])<sup>40</sup>. Esse duplo processo se impõe como um imperativo à sobrevivência dos dispositivos<sup>41</sup>.

Em sua genealogia do termo<sup>42</sup>, Agamben (2014 [2005]) destaca, do dispositivo desenhado por Foucault nessa entrevista de 1977, três pontos principais: 1) seu caráter de rede heterogênea (linguística e não linguística); 2) a existência de uma função estratégica concreta em seu interior; e 3) sua constituição enquanto resultado do cruzamento de relações de poder e saber. Mas, enquanto Agamben, em sua leitura do dispositivo foucaultiano, limita o mundo a viventes – substâncias – e dispositivos, de cuja interação resultariam os sujeitos, Lemke (2021) vê também nesse conceito uma abertura para as “coisas”, ou seja, para os não-humanos envolvidos no processo.

Em primeiro lugar, destaca que, “ontologicamente”, nessa rede circulam elementos tão heterogêneos que a distinção entre eles, ao cabo, não importa muito: “É um composto de coisas que parece incluir praticamente tudo, desde discursos e instituições até corpos e edifícios” (Lemke, 2021, n.p, tradução minha). “Tecnologicamente”, observa que os dispositivos não são fechados ou estáveis: ao permitir reposicionamentos entre seus elementos, forjam uma dinâmica que nunca é previamente dada e que enseja que certas materializações venham à tona em vez de outras. Por último, “estrategicamente”, Lemke (2021, n.p, tradução minha) nota que “[...] este conceito de estratégia não se origina nas ‘decisões’ ou ‘interesses’ de

---

<sup>40</sup> No quarto capítulo de *A vontade de saber*, Foucault (2014 [1976]) caracteriza de muitas formas o “dispositivo de sexualidade”, confere a ele um domínio e concebe quatro regras – ou “prescrições de prudência” – que, servindo a uma analítica mais ampla das relações entre poder-saber, podem ser estendidas a outros dispositivos e investigadas para além desse âmbito. Não retomarei uma por uma neste momento, porém assumo aqui que elas condicionam o que entendo por esse termo e a sua operacionalidade enquanto conceito.

<sup>41</sup> Ao atribuir ao dispositivo uma qualidade “performativa”, parece ser justamente essa exigência constituinte que Negri (2016 [2012]) busca explorar. Ainda que o autor encontre aí uma alternativa possível para a agência transformadora por parte do sujeito, ao recheá-lo de performatividade, repele uma constituição plena: se é precisamente a atuação – reiterada, descontínua e mesmo conflitante – de seus elementos que o produzem, através de reordenamentos, recuos e avanços, um dispositivo nunca se constitui completamente; ainda que possa se apresentar como um sistema ordenado, homogêneo e coeso é, ao contrário, potencial aberto, vivo, pulsante.

<sup>42</sup> Agamben (2014 [2005]) encontra um dos rastros do dispositivo foucaultiano na *oikonomia* teológica. Administração, governo ou gestão da casa (*oikos*), a *oikonomia* era para os gregos uma prática cotidiana, que deveria responder a uma situação particular no âmbito daquilo que o homem possui enquanto proprietário (da casa, de terras e demais bens, inclusive de uma esposa). Em *O uso dos prazeres*, Foucault (2014 [1984]) situa o comando do *oikos* como o centro da *Econômica*, uma das grandes artes da existência que, junto à *Dietética* e à *Erótica*, formam os três grandes conjuntos de técnicas de si elaborados pelos gregos com a finalidade de orientar sua conduta moral. Posteriormente, escreve Agamben (2014 [2005]), a *oikonomia* será, pelas mãos dos padres, traduzida para o latim como *dispositio*. Deleuze (1990) também dedicou um texto ao dispositivo, o mais poético até então.

um sujeito individual ou coletivo”; informa, em vez disso, que forças humanas e não-humanas são mobilizadas conjuntamente nas operações de um dispositivo.

Já quando considerado na trajetória do pensamento de Foucault, enquanto conceito dotado de funcionalidade metodológica e analítica, interessa observar que o “dispositivo” irrompe no mesmo momento em que um outro conceito com essa qualidade, o de biopoder, é solenemente anunciado. É em *A vontade de saber* que isso acontece e onde tanto o dispositivo, como a biopolítica, são caros e fundamentais à análise da sexualidade empreendida por Foucault. Entretanto, no final da década de 1970, o conceito de biopolítica se esfumaça com a entrada em cena de um outro sistema, o da segurança. Sendo assim, em diversas ocasiões posteriores à publicação do primeiro volume da *História da sexualidade*, Foucault (2008 [1978-1979]; 2010 [1979]), que antes insistia na diferença entre as disciplinas e a biopolítica, muitas vezes para indicar a atuação articulada e sobreposta de ambos os regimes de poder, mas também para dispô-los em sua diferença, passa a relacionar as disciplinas não mais à biopolítica, e sim aos recém-designados dispositivos de segurança. Desse modo, é possível sugerir não somente que, embora compartilhem um nascimento comum, os dispositivos resistem, teoricamente, ao desuso – explícito – do conceito de biopolítica, mas também que se fortalecem na medida em que a lógica securitária é a eles diretamente relacionada. Esse é mais um argumento no entendimento de que a segurança, além de cooptar as disciplinas, toma para si aquilo que, pelo menos em parte, estava anteriormente direcionado à biopolítica.

A consequência mais óbvia desse movimento, em boa medida opaco em Foucault, é que os dispositivos que sucedem o de 1976 serão as instâncias por excelência da fixação securitária. Recordemos a distinção clássica entre os modelos de gestão da lepra e da peste, aos quais o autor também se referiu como dispositivos: enquanto o primeiro tomou a forma de um grande fechamento através da exclusão dos doentes, o pestilento foi tratado no interior da própria sociedade a partir de regulações variadas e de um policiamento espacial rigoroso (Foucault, 2010 [1975]; 2014 [1975]; 2008 [1978]). Já com a varíola, segundo Foucault (2008 [1978]), o problema se coloca de maneira bem diferente, e o que mais importa não é nem o isolamento total (lepra), nem a quarentena disciplinar (peste), e sim a gestão de fenômenos endêmicos e epidêmicos na população considerando o aparecimento de algumas noções, naquele momento novas, como a de risco. Essa forma alternativa

de governar a partir dos processos de saúde/doença requer, ainda para o autor, um distanciamento de uma categoria muito sólida e consistente na prática e no pensamento médicos até o século XVIII, que é a de “doença reinante”: a ideia de que uma moléstia está profundamente ligada a uma localidade, a um clima, a um grupo de pessoas, a um modo de vida. “Era nessa relação maciça e global entre um mal e um lugar, um mal e pessoas, que se definia, se caracterizava a doença reinante”, condensa Foucault (2008 [1978], p.79).

Tão importante, a propósito da varíola, quanto o amplo uso das estatísticas para orientar as ações a serem tomadas nesse dispositivo, foi que a noção de doença, a partir da variolização e, mais tarde, da imunização, além de não corresponder ao sentido “reinante” à época, também não a abordou do ponto de vista disciplinar. Ou seja, o foco não estava exatamente em extirpar o mal por meio de sua expulsão e, conseqüentemente, pela imposição de uma barreira física ao contágio. A separação entre doentes e não-doentes importa pouco aos dispositivos de segurança (ou bem menos do que preocupava as disciplinas). Sendo assim, se, aos esquemas disciplinares, tal cisão se mostrava indispensável ao controle e à cura da doença, o mesmo não pode ser deduzido dos mecanismos securitários:

[O dispositivo da variolização-vacinação] **Não** [consiste], **em absoluto, em fazer essa demarcação entre doentes e não-doentes. Vai consistir em levar em conta o conjunto sem descontinuidade, sem ruptura, dos doentes e não-doentes, isto é, em outras palavras, a população**, e em ver nessa população qual é o coeficiente de morbidade provável, ou de mortalidade provável, isto é, o que é normalmente esperado, em matéria de acometimento da doença, em matéria de morte ligada à doença, nessa população (Foucault, 2008 [1978], p.81, grifos meus).

Talvez o mais fascinante, considerando a estratégia da variolização e o posterior desenvolvimento de programas de imunização, hoje já bastante difundidos e conhecidos, seja que se permite que a infecção – ou algum traço dela – ocupe o corpo de um modo inédito, abrandado e repleto de positividade (em termos foucaultianos). Nesse sentido, o dispositivo que se conforma em torno dessa moléstia não se destina simplesmente a combatê-la, e sim a acessá-la, conhecê-la, manipulá-la e, até mesmo, inoculá-la, buscando nela caminhos e respostas não propriamente para um aguardado e imediato fim, mas para o seu governo entre a população. Mais que negar seus elementos de realidade, manuseá-los, portanto, de outra forma, segura e atenuada, através de uma regulação além-do-humano, do que

é vivo e do que não é<sup>43</sup>. Governam-se pessoas, mas, igualmente, em alguma medida, governam-se “coisas”, patógenos e muitas espécies não-humanas.

Além disso, dispositivos como o descrito em relação à varíola não extinguem a lei ou as disciplinas, tampouco a elas renunciam, mas fazem funcionar em relação a elas outros elementos, ao mesmo tempo em que agregam mecanismos propriamente securitários a esses dispositivos. Esse fenômeno de reestruturação da lei e das disciplinas atizado pela lógica securitária encontra-se, para Foucault (2008 [1978]), em ampla expansão, e isso repercute, precisamente, na *espacialidade* desse dispositivo, bastante distinta daquela forjada pela arquitetura disciplinar em instituições totais e ortopédicas. Esse contraste é abordado pela diferenciação entre um funcionamento centrípeto, verificável no sistema disciplinar, e outro centrífugo, próprio dos dispositivos de segurança. Se, conforme dispôs Foucault (2008 [1978]), o gesto primeiro das disciplinas é o de circunscrever o poder a um espaço limitado, a fim de que lá seja exercido, de modo um tanto paradoxal, ilimitadamente, os espaços de segurança avançam com a derrubada de muros e fronteiras, fomentando a comunicação e o trânsito entre seus pontos, mais que sua interdição. A ausência de associação imediata dos dispositivos de segurança com instituições concretas, a exemplo do que ocorre com as disciplinas (o hospital, a fábrica, a escola, o exército, a prisão, etc), dá dimensão da dificuldade de delimitar os contornos de um espaço de segurança, pois ele é fundado sobre estruturas porosas e propensas ao extravasamento. Ou seja: tendência à ampliação, mas não em razão da anomia, como no sistema disciplinar, muito mais limitante nesse aspecto, mas em nome de um combustível irresistível, desejável e expansível ao extremo: a *liberdade*. Esta característica dos espaços de segurança, espacializar o poder ao mesmo tempo em que a liberdade é demandada, produzida e, também, desproduzida, é combinação perfeita à descrição do dispositivo como uma “rede”, como se referia Foucault na entrevista de 1977, e faz com que se possa reconhecer agora no termo “dispositivos de segurança” certa tautologia.

Nessa formulação nova, do final da década de 1970, em que é conjugado à segurança, o domínio do conceito de dispositivo se transforma, extravasa a sexualidade, em direção a um domínio de gestão mais amplo, que faz da liberdade o seu combustível. Nele, o indivíduo defronta-se com uma lógica que não é a da lei

---

<sup>43</sup> Há ainda certa polêmica em classificar os vírus como vivos, porém essa discussão não cabe aqui.

(legal/ilegal) ou da disciplina (proibido/permitido), mas se vê diante de uma curiosa zona de aparente proliferação de sua autonomia, em que é convocado a agir responsabilmente a partir da presunção de que é dotado de certa margem e de algum grau liberdade para isso, atitude que, inevitavelmente, será acompanhada, em maior ou menor grau, de uma responsabilização por eventuais “fracassos” relacionados à gestão de si. Veremos, adiante, em relação ao dispositivo da aids, que a ideia de uma sucessão de paradigmas preventivos (dos primeiros, em torno de “grupos de risco” e, posteriormente, da noção de “comportamentos de risco”, ao dispositivo da prevenção combinada, anunciado no início da última década), além de, ao contrário do que se pode sugerir, não promover um esvaziamento do papel do risco como principal elemento operacional e estratégico nesse dispositivo, emancipa uma série de intervenções a partir dele.

Em alguma medida, tratam-se, nesse sentido, de uma liberdade e de uma autonomia não apenas simpáticas à ideia do risco, mas que são incrementadas por ele e que podem aparecer, inclusive, como seu princípio e efeito: é porque há risco, porque ele é associado às situações mais banais e corriqueiras, que pululam cada vez mais ferramentas para sua gestão, e o que se chama liberdade muitas vezes não é nada mais que formas protocolares, imbuídas de racionalidade científica e fundamentação estatística, de administrar o risco na vida cotidiana. Uma gestão que, desde que informada pela lógica securitária, não está absolutamente comprometida com a eliminação do risco ou com sua redução a zero (essa parece ser, aliás, uma mensagem difícil de ser admitida, como verificamos na discussão acerca da intransmissibilidade da PVHIV com carga viral indetectável), mas com sua flutuação por limiares mais ou menos seguros e recomendados, os quais, por sua vez, não revelam que, por trás dos números, há sempre o gesto deliberado e contingente de decidir sobre a vida, desse ou de outro modo, com esse ou aquele interesse, diante de mil possibilidades.

Os dispositivos de segurança fazem circular, desse modo, algumas noções transversais, como as de risco, perigo e liberdade, em campos heterogêneos como a economia política, a saúde, o trabalho e a segurança pública. Em *O nascimento da biopolítica*, é sobretudo em relação à primeira, por meio do liberalismo, que Foucault delimita a aparição daquilo que entende por uma nova razão governamental. O engate do pensamento foucaultiano ao (neo)liberalismo acontece, assim, não exatamente com a biopolítica, que ali é concebida em um “quadro geral”, mas com

os dispositivos de segurança, uma vez que eles se mostram muito mais adaptáveis ao mercado do que o sistema disciplinar, não afeiçoado aos intercâmbios, às trocas e à circulação. As disciplinas delimitam, encerram, prescrevem. Nesse sentido, talvez tudo o que essa entidade metafísica, que ouvimos analistas chamar de “o mercado”, não deseja é ser associada com as disciplinas.

Em torno dessas noções, há o estabelecimento de saberes que funcionam como sistemas de veridicção, uma vez que, pretensamente, são reveladores e produtores de verdades, seja sobre as pessoas e as coletividades, seja sobre a prática governamental. Das análises de cunho econômico àquelas relacionadas à criminalidade, aquilo que se busca encerrar é um conjunto de realidade tão obscuro e inaudito que, a fim de administrá-lo, confere-se a ele um aspecto autoevidente e “natural”: “A natureza é algo que corre sob, através, no próprio exercício da governamentalidade. Ela é, por assim dizer, sua hipoderme indispensável”, observa Foucault (2008 [1979], p.40). Natureza, claro, não em seu estado bruto, mas, antes disso, a concepção de uma natureza, a respeito dos fenômenos sociais mais variados, que apresenta leis e processos intrínsecos que obedecem a um curso “natural”, sobre o qual ora se deve, ao menos divulgadamente, simplesmente “deixar acontecer” ou intervir o mínimo possível<sup>44</sup>, apenas com o intuito assegurar sua “naturalidade” (como geralmente assistimos em relação ao mercado e à sua mão que se prefere invisível), ora se deve regular a frequência de seus eventos, atuar sob certos limiares, que podem se revelar bastante flexíveis (como testemunhamos na biopolítica da covid-19 no Brasil).

Do liberalismo ao neoliberalismo, Foucault (2008 [1979], p.203) vê a passagem de uma sociedade mercantil, que se constitui em torno de trocas econômicas, para uma sociedade que se organiza concorrencialmente, por meio da multiplicação generalizada da “forma ‘empresa’”: “[...] porque o que é a propriedade privada, senão uma empresa? O que é uma casa individual, senão uma empresa?”. Princípio formador tanto da sociedade, como do sujeito, que ao ser individuado pela figura da empresa converte-se em um “empresário de si mesmo”, “[...] sendo ele próprio seu capital, sendo para si mesmo o seu produtor, sendo para si mesmo a

---

<sup>44</sup> É essa questão de “estilo governamental” que distingue, para Foucault (2008 [1979]), o liberalismo clássico do neoliberalismo: enquanto o primeiro recusa a intervenção, o neoliberalismo introduz um liberalismo positivo, ou seja, intervencionista, cujo problema central não é mais mexer ou não mexer (*agenda/non agenda*), mas *como* mexer.

fonte de sua renda” (Foucault, 2008 [1979], p.311). Cartografada previamente por Foucault, essa economia subjetiva específica que acompanha a ascensão do neoliberalismo é detalhada por autores como Dardot e Laval (2016 [2009], p.328), para quem “‘Empresa’ é também o nome que se deve dar ao governo de si na era neoliberal”. A “nova razão” transcenderia assim o interesse de formação de “bons produtores”, construídos desde as disciplinas como corpos dotados de utilidade e docilidade ao trabalho (Foucault, 2014 [1975]), para açambarcar um capital humano que deve ser zelado e aperfeiçoado para além das instituições ortopédicas e mesmo dos limites da empresa, nas relações interpessoais, financeiras, amorosas, enfim, em todos os domínios da vida, uma vez que, ainda segundo Dardot e Laval (2016 [2009]), toda atividade executada trata-se, em alguma medida, de um exercício de valorização do eu, em que a empresa de si representa uma entidade ao mesmo tempo social, psicológica e, sugerem os autores, quiçá espiritual.

Daí que, para além do discurso do mercado, autoproclamado arauto da técnica e fluente nos números da economia, portanto o único habilitado a dizer a verdade sobre as ações e rumos da política econômica de um governo, há uma horda de saberes menores, pouco sistematizados e que transpiram charlatanismo, *coachs* de todos os tipos (de vida, de relacionamento, de negócios, vocacionais, de emagrecimento, etc), que embalam teorias psicológicas com histórias de vida e superação pessoal e receitam como fórmulas de sucesso, comprometidas com o “desenvolvimento humano” a partir de um campo de conhecimento descrito como “neuro-alguma-coisa”. Tanto em um caso, como em outro, há uma negação das diferenças e assimetrias desde a base pela presunção de um sujeito autônomo e capacitado, cujas limitações não apenas não comprometem um desempenho ótimo, como podem, inclusive, ser bem-vindas e romantizadas como pequenas provas de condicionamento às normas da subjetividade neoliberal, momentos em que se pode aumentar a confiança em si mesmo e aceitar os desafios da vida através de um trabalho que deve vir de dentro e, supostamente, em seu próprio benefício (ou, mais precisamente, do sujeito-empresa).

Sabemos, no entanto, que se a estratégia econômica do neoliberalismo vai de vento em popa, a sua estratégia subjetiva “Não produz o capital humano, o empreendedor de si, mas o ‘trabalhador pobre’, relegando essa maioria à condição de ‘pobreza trabalhadora’” (Lazzarato, 2019, p.52). Perfumadas pelo discurso do empreendedorismo, as transformações do trabalho contemporâneo na direção de

uma informalização e da transferência crescente dos riscos ao trabalhador, que aparecem descritas nos últimos anos no fenômeno da “uberização”, correspondem, na prática, ao que Abílio (2019, p.5) denomina de “autogerenciamento subordinado”, em que parte relevante da gestão do trabalho é terceirizada ao próprio trabalhador: “Suas estratégias de sobrevivência, sua administração do próprio tempo, seu conhecimento são apropriados privadamente como fatores da execução de seu trabalho e se sua produtividade”.

Gostaria, daqui em diante, de estender a reflexão sobre o trabalho para outros campos, como a saúde e a sexualidade, com particular interesse em como se dá a articulação entre as técnicas disciplinares e securitárias em alguns dispositivos específicos, inclusive com o auxílio de fármacos. Desde os escritos de Foucault sobre a segurança, no final da década de 1970, é possível identificar, junto ao desuso, ao menos literal, do conceito de biopoder/biopolítica, que assim que anunciada estabelece uma relação persistente com as disciplinas no pensamento do autor, uma inclinação em admitir que a lógica securitária é mais ampla que a das disciplinas, como se pudesse abarcá-las e fazê-las funcionar submetidas ao seu propósito. Essa é uma discussão que importa aqui basicamente por dois motivos. O primeiro deles é que a questão do poder segue viva, possivelmente mais do que nunca, após a morte de Foucault, na primeira metade dos anos 1980.

No início da década seguinte, seu amigo e contemporâneo Gilles Deleuze (2008 [1990]), no breve *Post-scriptum sobre as sociedades de controle*, vislumbrava o “início de alguma coisa”, a irrupção de um “novo monstro”, que corresponde ao mecanismo de “controle”, substituto das disciplinas enquanto regime de sujeição dominante. O diagnóstico é o mesmo e será repetido em outros termos e sob outras perspectivas, várias vezes e por uma diversidade de autores e autoras desde então: a sociedade disciplinar está em crise. Entretanto, se o ponto em comum dessas análises heterogêneas é a superação das disciplinas, proliferam divergências quando se trata de definir que outra tecnologia de poder toma seu lugar.

Já o segundo dos motivos diz respeito particularmente a esta pesquisa: conforme buscarei argumentar, alguns acontecimentos do dispositivo da aids sinalizam uma prevalência crescente do modelo securitário sobre o disciplinar. Desde os anos 1980, estabelecidos como marco da emergência da epidemia, a distinção entre os domínios da prevenção e do tratamento tem sido basilamente abalada pela descoberta dos efeitos profiláticos dos ARVs sobre a transmissibilidade

do hiv. Se a distância entre tratamento e prevenção se encurta, a relação entre soropositivos e soronegativos se reconfigura com ela, e esses últimos passam a dispor de alternativas biomédicas, de mesmo tipo que os primeiros, não para administrar a infecção, mas a sua prevenção, como forma de produção e manutenção de seu estatuto sorológico negativo. Deslocamentos que, como veremos, não ocorrem sem ruídos diante de algumas declarações e evidências científicas, colisões entre paradigmas preventivos e a respeito do lugar destinado ao preservativo neste dispositivo, pressões sobre o sistema legal (como no caso da criminalização da transmissão do hiv), tudo isso num cenário de complexificação da cena da infecção, do uso contínuo e expandido das estatísticas e da profusão do risco para muito além da epidemiologia. Sabendo disso, retomo a seguir algumas reflexões sobre a interação entre disciplinas e segurança em alguns dispositivos específicos.

Em um artigo de 2014, em que investiga o espaço da psiquiatria na França, Doron (2014) a posiciona tanto em relação ao “dispositivo de saúde mental”, quanto no centro do “dispositivo penal” pela constatação de um saber espraiado e interventivo, que reclama para si a tarefa da “gestão dos riscos” em duas frentes: uma direcionada aos transtornos mentais, outra à recidiva de crimes violentos. Integrada a um conjunto de problemas de governo que definem um dispositivo de segurança, o que não implica a exclusão de sua atuação nos sistemas legal e disciplinar, à psiquiatria caberá assim a administração de uma função fundamental à lógica securitária: a maximização, por razões políticas e econômicas, da relação entre liberdade e segurança, cuja problemática central é “[...] a circulação dos elementos e a avaliação dos riscos que eles colocam” (Doron, 2014, p.16). O instrumento por excelência para a viabilidade de uma gestão desse tipo são as estatísticas, que permitirão uma normalização muito diferente da disciplinar, com base em eventos já dados e, a partir deles, na construção de limiares mais flexíveis entre os fenômenos considerados normais e os anormais em uma população. Desse modo, mais que uma questão acerca existência ou não de determinados fenômenos e de sua eliminação por completo, trata-se, nesse caso, de uma “questão de frequência”, da avaliação contínua da distribuição desses eventos pela população e entre alguns grupos que a compõem, de acordo com certas variáveis que se mostram pertinentes e que podem então ser correlacionadas como partes de um mesmo problema. Tudo isso, ao cabo, produz regularidades estatísticas, sobre as

quais se podem identificar desvios, crescimentos ou baixas em torno de uma normalidade que é mais uma média do que um padrão determinado *a priori*.

Doron (2014) observa ainda que o próprio dispositivo penal francês seguiu direções semelhantes ao observado acerca do dispositivo da saúde mental, que levou a psiquiatria ao “coração da cidade”. Nos presídios, uma das instituições ortopédicas mais representativas da matriz disciplinar, houve uma renegociação do “fechado/aberto”: embora a população carcerária tenha experimentado um acréscimo, os fluxos de entrada e saída escalaram com ela; muitas coisas passaram a se dar no regime semiaberto ou mediante o deslocamento sob vigilância eletrônica; o sujeito encarcerado deve agora ser avaliado em diferentes momentos e engajado em um “percurso da pena”. Descentralização, segundo o autor, do dispositivo penal em torno da prisão. Além disso, uma lei penitenciária elegeu a gestão dos riscos de recidiva como uma das missões do dispositivo prisional na França, permitindo o estabelecimento de relações mais fluidas entre as instituições e o sujeito, que passam a ser conjugadas não pelo viés negativo do controle ou pela ideia fria de gestão, mas pela gramática do cuidado. Doron (2014, p.24) demonstra muito bem como é em nome do cuidado que a psiquiatria consegue penetrar e arbitrar tanto no dispositivo saúde mental, como no dispositivo penal, valendo-se, certamente, para isso, da noção de risco, mas também de uma manifesta e incontestável “vontade de cuidar”: “Ela [a noção de cuidado] permite descrever um acompanhamento maleável e indefinido, no tempo e no espaço, e dar para ele uma determinada legitimidade”.

Assim, se o risco é o que assegura que se intervenha “epidemiologicamente”, o cuidado é o recurso utilizado para que abordagens desse tipo sejam de alguma forma humanizadas. Em um certo sentido, cuida-se, ou cuidar apresenta-se como um imperativo, porque o que legitima ações desse tipo – independentemente do nome que conferimos a elas – é o risco, uma vez que é ele que desenha os principais espaços para intervenção nos dispositivos de segurança. Obviamente, não convém aqui julgar se uma ação é boa ou má ou produzir suposições a partir do cuidado, uma palavra por si só bastante polissêmica (que pode significar tanto “amparar” ou “zelar”, como “observar” ou “vigiar”), e sim de indicar que essa noção, especialmente em matéria de saúde, não apenas pode vir acompanhada de uma ampla gestão de riscos como pode justificar seus avanços, prevalecendo sobre outras interpretações possíveis sobre a terapêutica e, principalmente, sobre aquele

que “não se cuida”, sobre a pessoa que não apenas é incapaz de desenvolver a autonomia requerida pelas autoridades de saúde, mas também o cuidado em relação a si mesma, incapacidade que, no limite e muitas vezes, cindirá os “bons” e os “maus” pacientes, os prazeres legítimos e os prazeres perversos. Afinal, “[...] cuidar é também uma maneira de trazer o sujeito a uma norma, seja ela social ou vital” (Doron, 2014, p.12).

Nesse sentido, podemos perceber, sem dificuldade, seja mais amplamente, a partir do Sistema Único de Saúde (SUS) e de sua capilarização pelo território nacional, seja no programa de hiv/aids brasileiro, que expansões têm ocorrido em vários momentos sob a perspectiva do cuidado, ancorada na ideia de integralidade na atenção à saúde. A noção figura há décadas em diversas políticas, programas e projetos no país, através de expressões como “cuidado em saúde mental”, “cuidado de saúde”, “cuidado à saúde”, “cuidado integral”, entre outras, largamente empregadas em pesquisas, no discurso de profissionais da área e em documentos do MS. Em 2021, a propósito, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, vinculada à pasta, colocou no ar a plataforma “Linhas de cuidado”, com materiais temáticos voltados a profissionais de saúde, gestores e cidadãos. Segundo o site da iniciativa, “Os conteúdos padronizam a organização do atendimento no sistema de saúde e descreve [sic] a trajetória adequada que o paciente deve percorrer nas redes de atenção à saúde”<sup>45</sup>. Atualmente, são listadas 22 linhas de cuidado, dentre elas “HIV/Aids no adulto”, que distribui o fluxo de encaminhamento, o manejo inicial e o planejamento terapêutico por cinco pontos assistenciais, como na Unidade de Atenção Primária e no Serviço de Atendimento Móvel (SAMU). Assim como Doron (2014) observa em relação aos chamados “percursos do cuidado”, “linhas” designam fluxos e caminhos à circulação, uma gestão do espaço que é essencial aos dispositivos de segurança.

Essa gestão dos riscos de que fala o autor, cujo modo de individuação pressupõe um sujeito autônomo, minimamente capaz de dirigir suas condutas, “[...] foi também possível com o desenvolvimento dos medicamentos (antipsicóticos em particular) que permitem ao sujeito gerenciar ao máximo seu estado e funcionar relativamente bem” (Doron, 2014, p.17). Emprego de certas substâncias, nesses casos, não visando à cura ou à transformação por completo do sujeito, mas à sua

---

<sup>45</sup> Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>. Acesso em: 21 jul. 2024.

regulação em certos limiares, oportunizando uma circulação controlada, fora das instituições totais, na comunidade. Mas o que pode significar, para um dispositivo como o da psiquiatria ou da saúde mental, “funcionar relativamente bem”? Caponi (2019) oferece algumas respostas ao analisar o aparecimento do primeiro neuroléptico – etimologicamente, aquele “que prende os nervos” – voltado à “gestão da loucura”: descoberta em 1952, a clorpromazina (CPZ) é responsável pelo início de uma alegada “revolução psicofarmacológica”, substituta (ou complementar) de velhas técnicas no campo da psiquiatria, como a lobotomia, com a qual já foi terapeuticamente comparada, como promotora de uma “lobotomia química”. Seus principais efeitos: sonolência, sedação leve, movimentos involuntários no rosto e nos membros e, no que refere mais especificamente ao comportamento, apatia e desinteresse por parte do paciente. Sob a ótica institucional, o medicamento contribuirá, segundo a autora, aos interesses de um espaço psiquiátrico que se quer cada vez mais disfarçado de hospital geral, tranquilo e pouco barulhento, também mais reticente ao uso aberto da força física.

Já a propósito das repercussões subjetivas, políticas e estéticas do uso da CPZ, Caponi observa que pesquisadores franceses e estadunidenses relatam um mesmo sentimento, recorrentemente atrelado ao uso do medicamento: “A palavra quase onipresente é indiferença” (2019, p.44). Mais do que apenas um efeito adverso e indesejado, a indiferença é uma espécie de indicador do sucesso do tratamento com o fármaco, seu objetivo em si mesmo: “[...] a questão da indiferença, seja indiferença ao mundo, ao meio ou aos sintomas da doença parece ser a chave de compreensão do modo como a droga age, como uma amostra da eficácia terapêutica da droga” (Caponi, 2019, p.51). Pioneira na história dos psicofármacos, a CPZ logo será acompanhada de um rol de substâncias que agem pela antecipação de perigos em circuitos cada vez mais amplos, associadas a um saber psiquiátrico que avança de modo centrífugo, tipicamente securitário, por diversos espaços sociais e sobre um campo bastante extensível, que é o dos comportamentos e das emoções cotidianas, da infância à vida adulta, através de uma inflação de diagnósticos de transtornos mentais garantida pelas atualizações do *Manual de*

*Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais*, o DSM, a partir de 1980, sobretudo com a publicação de sua quarta edição, em 1994, e da quinta, em 2013<sup>46</sup>.

Coincidentemente ou não, esse mesmo sentimento que, para Caponi (2019), integra uma “biopolítica da indiferença”, capaz de assegurar uma “sala tranquila” com a ajuda dos neurolépticos<sup>47</sup>, Lazzarato identifica na organização do trabalho e na produção do capital contemporâneos:

A capacidade de tratar qualquer atividade como trabalho abstrato, ou seja, de extrair quantificações de qualquer atividade, determina uma **‘indiferença’ radical em relação a qualquer conteúdo, a qualquer valor de uso**. As consequências dessa abstração são tremendas já que a acumulação do capital, conhecendo apenas limites quantitativos que ela deve continuamente ultrapassar, é **indiferente a tudo**, exceto a esse movimento quantitativo de perpétua superação (LAZZARATO, 2019, p.165-166, grifos meus).

Indiferença, de um lado, por parte do capital e da empresa, mas que, desde que firmada uma “separação estanque” entre a produção e o produto, demanda igualmente um trabalhador indiferente ao produto e um consumidor indiferente à produção. “A indiferença não é um traço psicológico, mas uma condição objetiva e subjetiva da produção do capital”, observa Lazzarato (2019, p.170). Seja na saúde mental, seja no trabalho abstrato, uma gestão que se dá sobre as emoções com o objetivo de cristalizar formas de subjetividade características, pautadas na indiferença, provavelmente a emoção menos emocionada que existe.

Segundo Preciado (2018 [2008]), é precisamente a circulação de novas e variadas substâncias – tais como bromazepam, Viagra, ketamina, Prozac, plástico, etc – com potencialidade de materialização corpórea, isto é. de “ganhar corpo”, que marca a guinada a uma sociedade pós-disciplinar, a qual denomina de “era

---

<sup>46</sup> Em um texto anterior, Caponi (2014, p.759) propõe que o próprio o DSM, opera “[...] como um dispositivo de segurança que reduz todos os nossos sofrimentos à lógica da intervenção biomédica, à lógica da prevenção e da detecção de riscos”. Nesse sentido, para que esse tipo de gestão fosse possível, foi necessário ultrapassar os limites mais imediatos da doença – e, no caso da psiquiatria, inventar algo novo, que são os “transtornos mentais” – através do alargamento do campo de intervenção médica. De acordo com Foucault (2010 [1974], p.184), uma das características da medicina moderna é justamente seu interesse por aspectos que extrapolam aquilo que, historicamente, constituía a doença e a clínica, inserindo-se no social com vistas a restaurar um padrão de normalidade que desconhece um “fora” imune à regulação: “Na situação atual, o diabólico é que, cada vez que se quer recorrer a um domínio exterior à medicina, descobre-se que ele já foi medicalizado”.

<sup>47</sup> É necessário marcar que as análises de Caponi (2019) estão restritas à CPZ e ao seu emprego sobre males psiquiátricos (ainda que possamos, em boa medida, questionar a legitimidade dessas categorias diagnósticas), envolvendo, portanto, um cenário em muito distinto daquele observado a respeito das tecnologias biomédicas no dispositivo da aids. Nesse sentido, o que interessa aqui é somente introduzir a relação sujeito-fármaco sob a lógica de um governo pautado pela segurança.

farmacopornográfica”. Nela, a subjetividade e a materialidade do corpo são modeladas e esculpidas por tecnologias produzidas em larga escala, através de interações contínuas entre o capital e a ciência, mediadas pelas gigantes farmacêuticas e em associação com os *media*, substâncias que invadem o metabolismo e desempenham a função de próteses à agência do sujeito. A pílula anticoncepcional, que começou a ser comercializada na década de 1960, é o dispositivo que assinala, de acordo com o autor, a passagem do controle biopolítico das mãos do Estado às instituições do mercado. Será com ele que, pela primeira vez, um composto químico penetrará o corpo a fim de dissociar a heterossexualidade da reprodução. Minilaboratório estatal instalado no corpo da mulher cissexual e reprodutora, a pílula, em uma associação ainda disciplinar, é um “Panóptico ingerível” (Preciado, 2018 [2008]).

Gostaria de encerrar esta seção com alguns comentários a respeito de um outro e breve texto de Preciado (2020 [2015]), intitulado “Preservativos químicos”, em que discorre sobre aparição do Truvada como profilaxia pré-exposição sexual, a PrEP, nos idos da última década. Aproveito essa crônica do autor para antecipar a discussão acerca de um ponto central deste trabalho, que é a relação sujeito-fármaco.

De início, a extensão do tratamento com ARVs sobre a prevenção ou, em outras palavras, a ampliação da terapêutica farmacológica para o universo dos soronegativos, como uma profilaxia que antecipa e previne os riscos de infecção, é concebida não sem ironia por Preciado: a fim de não se tornarem “consumidores” de antirretrovirais para o tratamento do hiv, gays e homens que fazem sexo com homens estariam dispostos à conversão em “consumidores” de antirretrovirais para sua prevenção. “Calcula-se que 1 milhão de estadunidenses podem vir a ser consumidores de Truvada para evitar... o risco de vir a ser consumidores de fármacos antirretrovirais para soropositivos”, equipara Preciado (2020 [2015], p.161). A nova tecnologia é logo inserida em um espectro comparativo com a pílula anticoncepcional e ambas entendidas como exemplares da “era farmacopornográfica”, conceituada pelo autor anos antes:

Tanto a pílula quanto o Truvada são provas da transição, desde meados do século passado, de uma sociedade controlada por aparatos disciplinares “duros” e externos (arquiteturas segregadas e de enclausuramento, cintos de castidade, preservativos etc.) para uma sexualidade mediada por dispositivos farmacopornográficos: novas tecnologias “brandas”, biomoleculares e digitais (Preciado, 2020 [2015], p.162).

Especificamente em relação ao Truvada, Preciado cita dois deslocamentos naquilo que descreve como uma “passagem da camisinha de látex aos preservativos químicos”. O primeiro deles diz respeito a uma mudança em relação os destinatários de um ou outro dispositivo: enquanto o primeiro atinge o “[...] o corpo hegemônico (o corpo masculino ‘ativo’, ou seja, penetrante e ejaculante, cuja posição é idêntica nos agenciamentos heterossexual e gay) [...]” (Preciado, 2020 [2015]), p.162), o Truvada afetaria os corpos “sexualmente subalternos”, com vaginas e ânus e, portanto, “potenciais receptores de esperma”. Um segundo deslocamento diz respeito ao tempo, uma vez que o medicamento, que deve ser ingerido antes do ato sexual, levaria o usuário a estabelecer uma “relação temporal de futuridade” com o fármaco, da qual derivaria a construção de sua subjetividade<sup>48</sup>. Ao cabo, a triangulação entre a pílula anticoncepcional, o Truvada e o Viagra (citrato de sildenafila) concorreria à fantasia de uma sexualidade masculina “soberana” e repelente de barreiras físicas, permitindo a ereção, a penetração e o lançamento ilimitado do esperma.

Para gays cis, em especial, se o *barebacking* entre soropositivos já foi entendido como uma prática de terrorismo sexual, com o uso do fármaco seria, para os soronegativos, o novo “sexo seguro”<sup>49</sup>: “Farmacologicamente higiênico, sexualmente viril, o poder do fármaco reside na sua capacidade de produzir uma sensação de autonomia e de liberdade sexual” (Preciado, 2020 [2015], p.163). Finalmente, apesar de sugerir que a relação com o medicamento é uma “relação livre”, o Truvada somente funcionaria em uma estrutura que Preciado entende como de “servidão molecular”, cujo interesse principal é acentuar a “dominação da masculinidade normativa”:

Assim como a pílula, o Truvada talvez não tenha como objetivo melhorar a vida de seus consumidores, mas otimizar sua exploração dócil e assegurar sua servidão molecular, mantendo uma ficção de liberdade e emancipação ao mesmo tempo que reforça as posições sexo-políticas de dominação da masculinidade normativa (Preciado, 2020 [2015], p.164).

---

<sup>48</sup> Nas palavras do autor: “Além disso, no caso desses preservativos químicos, a decisão de uso já não é tomada no momento do ato sexual, mas com antecedência, de modo que o usuário que ingere a molécula constrói sua subjetividade numa **relação temporal de futuridade**: o consumo do fármaco produz uma transformação tanto em seu tempo vital e na totalidade de seu corpo quanto na representação de si mesmo e na percepção das possibilidades de ação e interação sexual” (Preciado, 2020 [2015], p.162-163, grifos meus).

<sup>49</sup> É exatamente essa constatação que aceito e reproduzo ao longo deste trabalho, a fim de complicá-la.

Inicialmente, convém atentar à conjugação da relação do usuário com o Truvada em termos de consumo, pois ela pode gerar alguns mal-entendidos. A presunção dessa equivalência mostra-se cada vez mais questionável à medida que tal incorporação é pensada como algo a mais que o simples ato de tomar comprimidos, mesmo sob o marco de uma “era farmacopornográfica” (Preciado, 2018 [2008], 2022 [2010]), condição que aproximaria os dois tipos de “consumidores” descritos. A simplificação da relação com o fármaco em termos de consumo, contudo, faz pouco sentido tanto às PVHA, que podem experimentar sentimentos e efeitos ambíguos a respeito da TARV (Butturi Junior, 2016, 2019, 2020), como aos usuários da PrEP. Ainda que se tratasse da mesma substância (o mesmo antirretroviral, o que não é caso), soronegativos e soropositivos ocupam posições, embora relacionáveis, muito distintas nesse dispositivo (retornarei diversas vezes a esse ponto), logo essa diferença sorológica não apenas importa, como é fundamental à implicação mútua entre sujeito e fármaco. Além disso, vale interrogar quanto dessa equivalência não é possível somente mediante uma naturalização de base, que assume, sem muita surpresa ou alarde, que os usuários da PrEP de hoje serão os usuários da TARV de amanhã. Estaríamos diante de algum tipo de destino biológico? Ou que outra força poderia assegurar uma transferência tão silenciosa e eficiente entre essas posições? Se a transição entre estatutos sorológicos não fosse facilitada e azeitada para que certos corpos deslizassem mais facilmente que outros de uma posição à outra nesse dispositivo muito possivelmente essa correspondência soaria tão estranha que nem poderia ser expressa dessa forma<sup>50</sup>.

Em oposição ao paralelismo em torno do consumo, que promove usuários de Truvada e de TARV a posições equivalentes, podemos apontar que a relação com os fármacos (e entre elementos humanos e não-humanos, em geral), é sempre um devir: seu efeito, em qualquer caso, é provocar a alteração de um estado somático, mesmo quando aparentemente visa à sua manutenção, a partir de um lugar que é o da “intra-atividade” (Barad, 2017 [2011]). Sendo assim, trata-se de um encontro, em

---

<sup>50</sup> Assim percebem Seffner e Parker (2016, p.25, grifos meus): “Conhecer a situação da AIDS em um país é saber como operam todos esses marcadores da diferença que posicionam as pessoas em diferentes lugares no tecido da vida social e que **criam oportunidades para que alguns se infectem e outros não, e que alguns, depois de infectados, tenham acesso aos benefícios do tratamento em sua integralidade, enquanto outros só conseguem um precário acesso a esses mesmos bens**”. Nesse mesmo texto, os autores atentam para as respostas à epidemia que apagam o tempo, a memória e a história desse dispositivo, prometendo “o fim da AIDS” através de um “futuro altamente medicalizado”, que transforma as PVHA em “consumidores homogêneos de remédio”.

uma importante medida, aberto ou “livre” (como Preciado admite provisoriamente no caso do Truvada), inclusive a usos e efeitos não previstos. “Dispositivos são práticas em aberto”, compreende Barad (2017 [2011], p.21). É precisamente essa abertura que Preciado explora, alguns anos antes, ao se autoadministrar testosterona em gel como uma forma de “biopirataria”, rebelde aos protocolos médico transexualizadores ou de redesignação sexual/de gênero, tampouco visando ao incremento de habilidades atléticas ou ao ganho de massa muscular, objetivos de alguns homens cisgêneros com o hormônio sintético:

Não tomo testosterona para me transformar em um homem, nem sequer para transexualizar meu corpo. Tomo simplesmente para frustrar o que a sociedade quis fazer de mim, para escrever, para trepar, para sentir uma forma pós-pornográfica de prazer, acrescentar uma prótese molecular à minha identidade transgênero *low-tech* feita de dildos, textos e imagens em movimento [...] (Preciado, 2018 [2008], p.18).

O fato de Preciado absorver o *Testogel* de forma desinstitucionalizada e, aparentemente, mais livre, não implica, contudo, que o uso normativo dos hormônios (ou do Truvada), como parte essencial e integrante de um processo transexualizador, por exemplo, produza uma relação que já está dada e que preexista ao sujeito: ela continua se apresentando – ao sujeito e ao fármaco, pois eles “intra-agem agencialmente” (Barad, 2017 [2011]) – como um devir. Limitar a agência do fármaco (ou do sujeito) apenas a usos não normativos ignora uma ambiguidade ao mesmo tempo frustrante e fascinante da biopolítica, tal qual pensada por Foucault, que é a impossibilidade de atuar sobre o vivo e sobre a vida sem que esse investimento implique também um certo grau de governo sobre os corpos (inclusive do sujeito sobre si). Essa seleção de efeitos e possibilidades, a depender da posição ocupada diante da norma, ignora ainda que nos relacionamos de diferentes modos com ela e com um conjunto delas, que cotidianamente respondemos a várias delas, portanto o nosso encontro com os fármacos nunca se estabelece na completa ausência da normatividade ou de modo independente, uma vez que “[...] estar fora da norma é, em certo sentido, ser definido ainda em relação a ela”, conforme observa Butler (2022 [2004], p.76).

Como consequência de uma relação que é previamente preenchida de normatividade e, em outras palavras, da presunção de um automatismo da agência do fármaco, Preciado proíbe que, com o Truvada, prazeres e afetos imbuídos de liberdade sejam viáveis: “A tese de Preciado [...] coloca o *raw sex* no centro do

debate, mas sustenta que a hermenêutica farmacológica de si não tem como produto práticas de prazer e de afetividade mais livres, mas acaba por reconfigurar o dispositivo e conjurar qualquer perigo”, nota Butturi Junior (2023, p.160). Ao cabo, uma vez que essa interação é sempre capturada ao reforço da norma, Preciado interdita também todo um campo de resistências que, seja em Foucault (2014 [1976], 2015 [1977]) ou em Agamben (2007 [2005], 2014 [2005]), não existe fora das redes de poder, mas é experimentado pelo sujeito no corpo a corpo com os dispositivos.

Particularmente em relação às pessoas soropositivas em uso da TARV, que estabeleceriam com o fármaco uma relação nos moldes do consumo, há uma dessubjetivação total da experiência com a infecção, como se ela não fosse muito mais do que uma condição clínica que demanda o emprego de uma terapêutica medicamentosa. Se existe aí um esforço de normalização e de redimensionamento – fenômenos favorecidos, aliás, por uma cronicidade que apenas foi atingida com o surgimento e aperfeiçoamento dos ARVs – frente ao sensacionalismo fatalista das primeiras décadas de epidemia – que conduzia a uma morte antes da morte, a uma “morte civil”, como definiu Daniel (2018 [1989]) –, com Sontag (1984 [1978]) aprendemos que a “doença”, além de empurrar o sujeito na direção de uma outra cidadania que somente quem ingressa, momentaneamente ou não, no reino dos “doentes” é capaz de vivenciar, conta a nós sempre uma outra história, uma narrativa que transcende a versão literal e purificada dos fatos.

É essa parte importante da história que Preciado deixa de fora através do paralelismo simplista entre soropositivos e soronegativos, usuários de TARV e usuários de PrEP, ofuscando a heterogeneidade de experiências em torno da sorologia e da relação com o fármaco que se dão a partir de lugares que, ainda que coabitem a cena preventiva, diferem-se entre si. Se a infecção deve ser normalizada, pode ser administrada e não representa mais uma sentença de morte, enunciados desse tipo não são retomados para muito além do contexto clínico e por parte de profissionais de saúde. Fora desse âmbito, o hiv/aids permanece discursiva, material, semiótica, sexual, tecnológica e politicamente relacionado a alguns grupos de pessoas, especialmente aos que o autor faz referência: a memória discursiva desse dispositivo segue no encalço dos prazeres perversos; segundo a epidemiologia, gays cis e outros HSH constituímos o segmento com maior prevalência de hiv e, por conseguinte, apresentamos maior risco de infecção pelo

vírus que a população geral, da qual somos também pinçados como mais vulneráveis.

Apreender, tal qual faz Preciado, o surgimento do Truvada no dispositivo da aids como uma “passagem” de uma tecnologia à outra (do preservativo de látex ao preservativo químico) não parece uma boa ideia por vários motivos. Primeiramente, porque esse tipo de leitura foi o estopim das reações mais exasperadas ao anúncio do medicamento, acusado de estimular o sexo sem preservativo e um regime de subjetivação que já em 2012, logo após sua aprovação pelo *Food and Drug Administration* (FDA), buscou ser condensado com a expressão “*Truvada whores*” (“putos do Truvada”)<sup>51</sup>. Além disso, em casos de sexo consentido, a utilização ou não do preservativo é sempre negociada, ainda que, muitas vezes, desigualmente e mesmo que pela omissão. Assumir de imediato o desuso desse dispositivo como um efeito unívoco de uma estrutura qualificada como “mais complexa” e reconhecida como “de servidão molecular”, nesse caso ativada pela circulação do Truvada, sugere uma exclusão mútua entre as tecnologias que nem sempre é real: gays cis e HSH podem fazer um uso simultâneo da PrEP e de preservativos, considerar a utilização ou não dos últimos sob outras perspectivas, em circunstâncias específicas, mediante algumas condicionantes e/ou com determinadas parcerias sexuais. O mesmo vale para as PVHA, sobretudo àquelas que, porque indetectáveis, não transmitem sexualmente o vírus.

Finalmente, cabe redundar uma constatação simples, hoje bastante repercutida por infectologistas: o preservativo já não era usado por muitas pessoas antes da comercialização do Truvada ou da distribuição da PrEP, logo não deveríamos esperar que passe a ser caso a profilaxia desapareça das farmácias<sup>52</sup>. Apesar disso, essa suposta sucessão também é admitida, ao menos como hipótese,

---

<sup>51</sup> Exposta em uma interrogação pra lá de afirmativa, a transformação dos usuários do fármaco em *Truvada whores* foi sugerida inicialmente pelo jornalista estadunidense David Duran (2012), que suspeitava, em uma coluna para o *Huffpost*, que a medicação não estava sendo usada corretamente, conforme a prescrição médica, uma vez que, segundo sua “experiência”, haveria um bom número de homens gays que a utilizavam simplesmente para fazer “sexo inseguro”, prática que seria incentivada pela aprovação da substância pelo FDA e que também contribuiria para a disseminação de outras ISTs. Além de, em muitos casos, não ser uma mais que uma “desculpa para os gays fazerem o que querem”, Duran (2012, n.p, tradução minha) levanta em seu texto a hipótese de compensação de risco: “A PrEP está realmente ajudando a reduzir a propagação do HIV ou está apenas abrindo as portas para que outras pessoas se envolvam em comportamentos de risco?”. O jornalista revisitaria seu posicionamento em anos posteriores. Ver Duran (2014) e Logo (2016).

<sup>52</sup> Segundo o IBGE (2021), a maioria da população brasileira de 18 anos ou mais já não o utiliza: 59% das pessoas entrevistadas pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2019, afirmaram não ter usado o dispositivo uma única vez em suas relações sexuais nos últimos doze meses.

na epidemiologia, pela teoria da “compensação de risco” (que já era levantada em relação à PEP e que ganha tração com a PrEP), a qual sustenta que as pessoas, ao terem uma sensação de segurança aumentada, tenderiam, por um mecanismo compensativo, a correr mais riscos, conforme abordarei adiante.

Quanto ao primeiro deslocamento proposto pelo autor, ele opera uma sinonimização entre posições sexuais – insertivas ou receptivas, donde resultariam corpos hegemônicos ou corpos subalternos, respectivamente – e certas “identidades de gênero e sexuais”, o que não condiz com a experiência dos sujeitos: um corpo hegemônico, ativo, penetrante e ejaculante pode tranquilamente ser penetrado e recrutar seu ânus como um exímio receptor de esperma (condições que, para Preciado, caracterizam os corpos subalternos). Não há impossibilidade física – ou ontológica – que impeça usos intercalados e concomitantes do pênis e do ânus (por parte de pessoas com pênis). Concretar as práticas sexuais – sobretudo de gays e HSH, mas também de travestis e mulheres com pênis – a posições fixas e imutáveis, que se dão entre um polo sempre passivo e outro sempre ativo, não faz sentido já que, para muitos de nós, esses agenciamentos são simultâneos e variam de muitos modos durante a vida, portanto eles também “intra-agem” com o fármaco.

No que diz respeito à masculinidade, que Preciado entende como agregada ao caráter “ativo” de um agenciamento que seria o mesmo para gays e heterossexuais, conferi-la sem reservas ao primeiro grupo é enganoso pois ela se revela de certa forma incompatível com a homossexualidade e anterior ao próprio engajamento do sujeito ao exercício da sexualidade: desde pequenos, especialmente se “crianças viadas”, somos posicionados em relação a uma masculinidade que reclama, acima de tudo, a heterossexualidade. O “masculino” é constrangido pela admissão ou pela suspeita da homossexualidade porque uma das correspondências fundamentais desse atributo se dá precisamente com a heterossexualidade, como já indicava Butler (2015 [1990]) por meio da “ordem compulsória sexo/gênero/desejo”. É Preciado (2014 [2004]) mesmo que, em seu *Manifesto contrassexual*, incentiva uma variação da famosa declaração (“as lésbicas não são mulheres”) de Wittig (2022 [1978]), sugerindo que “os gays não são homens”. Por esse motivo, tanto a construção de gênero “homem”, como a “masculinidade”, e mesmo esse “agenciamento” que nos colocaria lado a lado dos heterossexuais, posicionam gays diferencialmente em relação a essas normas, e uma convergência com a heterossexualidade nesses termos não se sustenta.

A masculinidade não se concentra em corpos, homo ou heterossexuais; ela circula, na maioria das vezes valorada como positiva e desejável, inclusive entre gays cis, como um ativo em um circuito sexual, onde mais importante que “ser heterossexual” é “parecer heterossexual” através do que poderíamos descrever, partindo de Duque (2013), como um processo dependente de uma “passabilidade hétero”, pois é ela que garante, e nunca de modo definitivo, a conferência de alguma masculinidade ao sujeito homossexual neste dispositivo. Em outras palavras, a cristalização – sempre sujeita à falha e ao fracasso – de gays como masculinos, “machos”, “parças” ou “brothers” ocorre menos por um agenciamento desde sempre e para sempre “ativo” do que por uma economia do corpo, dos gestos, da voz e das vestimentas que rechaça, escanteia ou privatiza indícios da homossexualidade em troca da exaltação de valores caros à heterossexualidade, cuja interdição sexual do ânus certamente é um deles, porém não o único e também um dos mais difíceis de ser atestados na vida pública. Em aplicativos de encontro voltados a gay cis ou em paqueras cara a cara, podemos testemunhar como a afirmação e a procura pela masculinidade envolvem muito mais que a apresentação e a exigência de um “corpo masculino ativo”, uma vez que esse corpo somente encontra condições de possibilidade e inteligibilidade na manifestação de uma “aparência”, de um “jeito”, de uma “atitude” e de uma “voz” altamente regulados.

Já no segundo deslocamento introduzido pelo Truvada, Preciado restringe a construção da subjetividade decorrente da relação sujeito-fármaco a uma “relação temporal de futuridade” (em nada semelhante à compreensão desse processo como um “devir”<sup>53</sup>), mas não é somente essa dimensão que perpassa a intra-atividade com o fármaco: sua agência também deve ser remetida ao dispositivo de sexualidade e da aids pois é neles que podem ser encontradas as condições de emergência dessa tecnologia. Sem elas, o Truvada nem seria possível. Em outros termos, a memória discursiva do hiv/aids, historicamente agarrada à homossexualidade, constituem resíduos de passado que desafiam tal futuridade na

---

<sup>53</sup> Pelo contrário: a futuridade de Preciado é concebida como um anti-devir, uma vez que interdita que a relação sujeito-fármaco seja considerada, ainda que minimamente, como um processo capaz de originar novas formas de ser; teleologicamente, sua futuridade está sufocada pela reprodução da normatividade. Em detrimento dessa perspectiva, aproximo-me de Barad (2017 [2011], p.30, grifos meus), para quem “O futuro está radicalmente aberto a cada esquina. Este sentido em aberto de futuridade não depende do conflito ou da colisão de demandas culturais; antes, ele é inerente à natureza da intra-atividade — **mesmo quando os dispositivos são primariamente reificantes, a agência não é excluída**”.

construção da subjetividade e da matéria ao presentificar a agência do fármaco em uma relação de intra-atividade com o sujeito em outras temporalidades. Afinal, como explicar que, “Tanto como memória discursiva quanto como atualização estatística do dispositivo crônico, o homem cis homossexual permanece como uma espécie de paradigma” (Butturi Junior, 2023, p.147)? Certamente não através da assunção de uma futuridade “fraca”, previamente apreendida em seus desfechos e que funcionaria da mesma forma para todas as pessoas, já que, neste dispositivo, ela aparece aproximada ou até mesmo ansiada por alguns grupos. O quanto há, assim, de urgência histórica nessa futuridade?

Além disso, o uso contínuo ou sob demanda altera e apresenta outras temporalidades ao que Preciado percebe tão somente como “futuridade”: embora um ou outro modo de administração da profilaxia sempre visem à antecipação de riscos, o “antes” e o “depois” do medicamento podem perder a significância à medida que seu uso se normaliza, especialmente no caso do emprego contínuo do fármaco, de modo que as relações sexuais ocorrerem antes ou depois da ingestão diária do medicamento se torna pouco relevante ao usuário, uma vez que essa antecipação só precisou ocorrer efetivamente uma única vez. Já no uso sob demanda, a previsão do contato sexual deve ser realizada e repetida a cada evento e sua observância é tida como fundamental à eficácia da profilaxia, porém o inverso também é verdadeiro: o usuário deve ingerir um comprimido diário pelos dois dias subsequentes à exposição que originou o início do esquema. O fármaco experimenta assim uma outra temporalidade, ainda sobre a prevenção, mas posterior ao evento em si. O mesmo vale àqueles que utilizam continuamente a PrEP e decidem interromper o tratamento<sup>54</sup>.

Cabe assinalar também que a mesma tecnologia que contribuiria, junto à pílula e ao Viagra<sup>55</sup>, à “circulação ilimitada do esperma” e, ao cabo, à “dominação da

---

<sup>54</sup> O uso da PrEP injetável, a ser aplicada a cada dois meses, cuja implementação já está no horizonte no país, implicará, por sua vez, outras relações do sujeito com o fármaco no que diz respeito à dimensão temporal.

<sup>55</sup> Baseado em Butturi Junior (2022b), cabe apontar que a associação sem ruídos do Truvada ao Viagra não deixa ver como o perigo é desigualmente distribuído entre os fármacos, especialmente, nesse caso, em seu uso por homens cis héteros ou homossexuais. Existe, para o autor, uma “polivalência tática dos não-humanos” – ou seja, do Truvada e do Viagra – que se instaura nos discursos e que favorece que as práticas sexuais com esses fármacos sejam vistas e experimentadas sob prismas distintos, logo se mostra bastante questionável capturar antecipadamente a agência e os efeitos desses medicamentos a um núcleo estratégico comum, comprometido tão somente com a produção de uma dominação masculina normativa.

masculinidade normativa”, age sobre todas as dobras e cavidades do corpo, inclusive sobre o ânus, “região de maior risco à infecção pelo hiv”, segundo a epidemiologia, e “centro de desconstrução contrassexual”, para um certo Preciado (2014 [2004]). Aparentemente, contudo, por seu entendimento de que os corpos subalternos acessados pela profilaxia serviriam tão somente ao prazer penetrativo e seminal do corpo hegemônico, sendo tolhidos da capacidade de produzir benefícios a si próprios, e pelo retrato pálido que desenha do *barebacking* farmacológico com o Truvada, o fármaco comprometeria eventuais agenciamentos anais e vaginais (ambos, aliás, sequer são considerados) e também o “terrorismo sexual” incutido na prática do sexo sem preservativo entre gays soropositivos nos idos de 1990.

Sobre esse último entendimento, convém considerar o quanto dessa homossexualidade arriscada e perigosa não é incitada pelo próprio dispositivo de sexualidade e tem seus efeitos remetidos às normas que atualizam uma periculosidade indissolúvel, que acompanha cada movimento homossexual, desde o seu nascimento, como um tipo de pré-requisito e legado histórico, e que são, como agora, exigidas das práticas sexuais para que nelas seja reconhecida e legitimada alguma nuance de resistência, de liberdade, de invenção de si ou de gozo. De nenhum modo pretendo indicar o *barebacking* do passado, pré-Truvada, como uma prática que reiteraria, às avessas, a normatividade nesse dispositivo, mas propor que, em se tratando do *barebacking* farmacológico contemporâneo, a relação entre a norma e as práticas de resistência e liberdade também merece ser considerada em um cenário em que o próprio sujeito não corre perigo, não esteja exposto à insegurança e nem promova o “terror”<sup>56</sup>. Talvez essas práticas nunca deixem de ser “perigosas”, mas nem todas elas precisam, a fim de adquirir reconhecimento e legitimidade, dar-se perigosamente, de modo a fazer do sujeito (de sua integridade ou de sua saúde, por exemplo) uma questão, pois nossas vidas já são arriscadas o suficiente para que usos subversivos da sexualidade e do sexo sejam apenas ou preferencialmente admitidos quando se fundamentam e reforçam a precariedade de nossos corpos<sup>57</sup>.

---

<sup>56</sup> Retomo aqui Race (2015, p.3, tradução minha) que, ao tratar do apego teórico ao binômio homossexualidade e morte por parte de alguns estudos da sexualidade, questiona: “Podemos reconhecer o que é confrontador em relação ao sexo sem propor a autoaniquilação como uma espécie de programa político heroico?”.

<sup>57</sup> Cabe observar, afinal, que nenhum dos exercícios contrassexuais recomendados por Preciado (2014 [2004]) flerta com a transmissão viral.

Diante do novo “sexo seguro e responsável”, que afasta o fantasma da transmissão viral, e do condicionamento dos prazeres ao espalhamento irrestrito do esperma do corpo hegemônico, pode o subalterno gozar? Esse Preciado diz que não, especialmente com Truvada.

## 2.2 PERLONGHER E AS ARMADILHAS DO DESEJO<sup>58</sup>

Inicialmente, a rede que se delineia a partir da aids encontra-se, em Perlongher, organizada em torno da moralização, a qual resultaria de uma aliança entre os “dispositivos da sexualidade” e a medicina: “O poder médico, falando em nome da vida, articula um **dispositivo de moralização sexual**” (PERLONGHER, 1985b, p.34, grifos meus). A origem deste dispositivo<sup>59</sup> não seria recente, tampouco estaria umbilicalmente ligada à infecção, mas remontaria, desde segunda metade do século XIX, à transfiguração gradual de um comportamento reincidente em um “modo de vida”, próprio de uma “espécie” (ambos termos empregados por Foucault e repetidos por Perlongher em várias ocasiões). Em outras palavras, estaria relacionada ao surgimento do homossexual como uma figura particular em uma “vasta tipologia de espécies perversas”, na qual ele vem à tona como uma “criatura médica” (Perlongher, 1987a, 1991). Para o autor, o desabrochar da aids em um momento histórico simultâneo à exclusão da homossexualidade do rol de patologias – no Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM), acompanhando o

---

<sup>58</sup> Detenho-me, nesta exposição, a dois textos publicados em 1985, *Disciplinar os poros e as paixões*, pela *Revista Lua Nova*, e *AIDS*, pelo jornal *Folha de São Paulo*; três em 1987: o livro *O que é AIDS* e os artigos *A ordem dos corpos* e *Microfascismo e violência institucional*, ambos para a *Folha de São Paulo*; e, finalmente, ao *O desaparecimento da homossexualidade*, reproduzido em 1991 na coletânea *SaúdeLoucura* e, no ano seguinte, em um boletim da *Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS* (ABIA). Também farei referência a seu texto mais conhecido, de 1987, o livro *O negócio do michê: prostituição viril em São Paulo*, derivado de dissertação em Antropologia Social defendida no ano anterior, junto ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Curiosamente, nesse trabalho, que resulta de uma etnografia realizada entre março de 1982 a janeiro de 1985 – quando a aids já havia aportado no Brasil, portanto – no território da prostituição de rua na cidade de São Paulo (o chamado “gueto gay”), a menção à infecção ocorre apenas uma única vez, em um trecho que versa sobre a hipótese metodológica de uma “identidade homossexual”: “[...] essa área das relações sexuais contemporâneas está em pleno processo de mutação vertiginosa (complicada agora pela irrupção da AIDS) [...]” (Perlongher, 1987b, p.199). Já em *O que é Aids*, Perlongher comenta sobre os efeitos da doença no território por ele etnografado anos antes: “Em São Paulo, a irrupção da AIDS radicaliza, no plano espacial, o progressivo esvaziamento do gueto gay no centro da cidade” (Perlongher, 1987a, p.61, itálico do autor).

<sup>59</sup> Assim como apontado em relação a Foucault, Perlongher também fez um uso variado do termo “dispositivo”, nem sempre associado à homossexualidade ou à aids. Em *O negócio do michê: prostituição viril em São Paulo*, por exemplo, o autor (Perlongher, 1987b) empregou o conceito em construções como “dispositivos de poder” (p.188), “dispositivo de sedentarização” (p.192-193) e “dispositivo da prostituição” (p.211).

posicionamento da Associação Americana de Psiquiatria (APA) da década anterior, mas antecipado à própria Organização Mundial da Saúde (OMS), deixou de considerá-la doença em 1985 – seria uma grande ironia, uma vez essa dança patológica (sai de cena a homossexualidade propriamente dita, entra em seu lugar uma condição clínica que nasce fatalmente geminada a ela) não foi acompanhada do varrimento de sua memória sobre os homossexuais, que ainda poderiam sentir os efeitos de uma “doença na doença” (Perlongher, 1985b), em que os estilhaços da patologização duplicavam-se sobre suas existências: “[...] os homossexuais viram doentes – sujeitos e suspeitos da ‘peste do século XX’ – justamente quando deixam de ser considerados doentes enquanto tais”, remata Perlongher (1985b, p.34).

Se projetado desde a medicina, tal dispositivo, sobretudo nos primeiros anos da “crise da Aids”, em que informações imprecisas e a ausência de uma terapêutica minimamente eficaz e digna para seu controle e também para o de infecções oportunistas colocavam em xeque a própria capacidade e legitimidade do campo para responder à infecção emergente, encontraria aderência especialmente na cena preventiva: é no domínio da prevenção que, para Perlongher, a moral médica dilata-se e deleita-se sobre os corpos homossexuais. Nesse sentido, já nos primeiros textos em que se volta ao assunto, é sugerida a impossibilidade de que uma regulação dos corpos desse tipo e dessa monta, empreendida através do discurso da mudança de hábitos sexuais, pudesse estar desvinculada de uma regulação em outro nível, naquele próprio às paixões, às paqueras de rua e ao trânsito entre os corpos:

Ambos os planos parecem quase indissociáveis [...]. As operações desencadeadas perante sua irrupção extravasam a dor pessoal das crescentes vítimas, para se estenderem ao corpo social como um verdadeiro **dispositivo de moralização e normalização das uniões sensuais**, derivado das ondas de pânico (Perlongher, 1987c, n.p, grifos meus).

No afã de se combater a aids, uma “nova ordem sexual” (Perlongher, 1985a) ameaçaria se estabelecer, na qual a homossexualidade não poderia existir como antes, mas somente poderia ser tolerada às custas de sua disciplina e de seu controle, ou seja, mediante sua inclusão em uma “[...] certa ordem dos corpos, numa empresa terapêutica de regulação da sexualidade” (Perlongher, 1987c, n.p). A produção dessa tolerância obrigaria, por sua vez, o funcionamento de um regime de visibilidade extrema, a fim de que a aids pudesse ser esquadrihada, submetida ao

olhar público, exposta microscópica e midiaticamente; mas também, e “quase que indissociavelmente”, implicaria a não interdição de outras formas de acesso, incorporação e representação da infecção, como naquelas em que parece capaz de suplantar o próprio sujeito, que a encarnaria de modo absoluto, ou em que ele seria, sem mais nem menos, subsumido a ela, figurando ao mesmo tempo como seu “portador” e também como efeito de um devir irreversível sobre si mesmo, agora, acima de tudo, um “aidético”<sup>60</sup>. Nesse sentido, para Perlongher (1987a), sob o propósito de prevenir a aids, a medicina procedeu uma “organização do corpo” com base em uma “hierarquia do risco”, a qual ranqueou partes, contatos e interações entre os corpos de acordo com seu grau de periculosidade no que se refere à infecção, apontando certos cenários e usos como mais ou menos investidos de perigo, mais ou menos saudáveis. A observação atenta a essa geografia corporal do risco integraria, assim, um agenciamento mais amplo: a inculcação de uma “política do sexo sadio” (Perlongher, 1985a) sobre os corpos perversos e, particular e amplamente, sobre a vivência homossexual, que experimenta uma agonística no interior desse dispositivo, uma vez que, a fim de ser “tolerada”, necessitaria, imprescindivelmente, ser “modelada” para se “[...] integrar disciplinadamente nos compartimentos de uma **normalidade ampliada**” (Perlongher, 1987a, p.71, grifos meus).

---

<sup>60</sup> Visibilidade, portanto, da vivência homossexual, tanto no sentido da confissão de “[...] certas intimidades escabrosas, como penetrações, ejaculações dentro ou fora do ânus, etc” (Perlongher, 1987a, p.74), como na associação da medicina com as mídias que, ao explorar a aids em todas as suas camadas e dobras, intra e extracorporais, promoveria um verdadeiro “espetáculo de horror”: “O característico da Aids não é tanto essa curiosidade panóptica, mas a articulação do saber médico com a ressonância multiplicada das ‘mídias’. Os efeitos dessa expansão pelos fios do ‘socius’ podem ser paradoxais, mas o saldo tem algo de deleitação mórbida: à **imagética terrorista** dos corpos maculados, somam-se cruas descrições da vicissitude do coito anal, da profundidade da ejaculação, da força da felação e da letalidade do beijo, com dados sobre os promíscuos e suas diabólicas performances” (Perlongher, 1987c, n.p, grifos meus). Para que isso fosse possível, lembra Perlongher (1987a, p.75), a experiência da doença não deveria guardar segredos: “Ponto limite do dispositivo: transformar o antes proscrito em espetáculo, um grande show”. Para Valle (2002), o uso da categoria “aidético” para se referir às PVHA ganha força de 1987 em diante, prevalecendo sobre outras (como vítima, paciente ou portador do hiv) e enfatizando justamente uma corporeidade devastada pelo avanço da infecção, que podia ser representada midiaticamente como símbolo de uma “finitude não desejada” e que, ainda, carregaria consigo o rastro de um passado moralmente condenável, associado aos grupos de risco e à promiscuidade. Segundo o autor, é Cazuza quem encarna como ninguém essa representação social da doença: “A *cara de Cazuza* definindo-se como a *cara da AIDS* tornou-se a mais conhecida imagem cultural corporificada de uma *vítima da AIDS* e, sobretudo, de um *aidético*” (VALLE, 2002, p.185, itálicos do autor). Embora pudesse agregar pessoas com experiências sociais, culturais e subjetivas distintas, o termo, ainda para Valle (2002, p.191) era relacionado preferencialmente ao homossexual: “[...] o aidético foi associado historicamente à homossexualidade e, portanto, às identidades sexuais de origem médico-psiquiátrica (o homossexual) e também a outras categorias culturais, por exemplo, a bicha e o veado [...]” (Valle, 2002, p.191).

Assim, embora “quase indissociáveis”, em vários momentos Perlongher escancara a clivagem entre duas experiências dissonantes em torno da aids neste dispositivo: uma própria à medicina, que, com a “frieza da análise técnica”, não seria capaz de enxergar na infecção nada além de órgãos e corpos perfeitamente reguláveis (Perlongher, 1987a); outra por parte das existências homossexuais, que ergueriam “barreiras concretas” ao “aparelho médico e paramédico” por meio de práticas corriqueiras da sexualidade, como o sexo anônimo, o qual convém agora policiar e organizar: mais que reprimir, caberia disciplinar os corpos, de dentro para fora e vice-versa, “dos poros às paixões” (Perlongher, 1985a). Do embate entre a medicina e o sujeito – sua singularidade somática, suas condutas, seus gozos – a ser regulado, no caso, o homossexual, especialmente o promíscuo, grassam, desse modo, cisões em torno do sexo sadio, um corpo-território no qual saúde e moral se dão as mãos em defesa de um “[...] **modelo médico de prática corporal**, que tem uma relação conflitiva com os usos concretos e históricos do corpo” (Perlongher, 1987a, p.37, grifos meus). Sob essa perspectiva, tais clivagens operavam não somente através da produção de bons ou maus homossexuais no que diz respeito às práticas de prevenção, mas respingariam na experiência da infecção propriamente dita: no contraste entre “portadores sadios” (porque assintomáticos) e aqueles que performam exemplarmente a imagética da aids e, dentre esses, entre aqueles que são considerados “bons doentes” ou “doentes bem-comportados”, uma vez que seguem até o leito de morte toda a sorte de promessas e experimentações clínicas que se justificam pelo prolongamento de suas vidas, e “maus doentes” ou “doentes malcomportados”, que resistem ao “fenômeno técnico” a que o morrer teria sido convertido pelo dispositivo da aids, abandonando os tratamentos e os hospitais para experimentar a morte em outras circunstâncias. “Ruptura com as ‘homossexualidades populares’; instalação em guetos dourados de *gays* plásticos e bem-comportados: esse **o preço da luz**”, advertia Perlongher (1987a, p.72, grifos meus).

A formalização de uma rede de moralização e normalização sob a égide de um “dispositivo da aids” acontece em dois momentos, em um artigo de 1985 e na parte final do livro *O que é AIDS*, da seguinte forma:

É neste entrecruzamento estratégico que se pode entender a irrupção do **dispositivo da Aids**: a capilaridade das transformações – “branqueada” a figura clássica da “bicha louca” escandalosa e transgressiva – vai possibilitar a reciclagem da velha moral cristã, sob a moderna forma de controle clínico: o médico assume, em nome da ciência, os discursos do sacerdote e da família (Perlongher, 1985b, p.35, grifos meus).

O **dispositivo da AIDS** não parece dirigir-se (pelo menos da ótica progressista) tanto à extirpação dos atos homossexuais, mas à redistribuição e controle dos corpos perversos, fazendo do homossexual uma figura asséptica e estatutária, uma espécie de estátua perversa na reserva florestal (Perlongher, 1987a, p.76, grifos meus).

Em ambos os trechos, mais centrados no desvelamento das estratégias propriamente ditas deste dispositivo do que em sua definição, Perlongher reitera a negação de uma hipótese repressiva sobre a sexualidade, a qual Foucault já havia graciosamente desbaratado na década anterior, apesar de, como aquele, não sugerir, com isso, a extinção do viés repressivo, e sim que esse perde em espaço e em importância com o desbalanço de seus mecanismos em favor de investimentos mais positivos sobre os corpos e as sexualidades, destacando sua cooptação ao controle do poder médico. No entanto, Perlongher, cujo campo foi durante anos a borbulhante noite paulistana, o famígero “gueto gay”, um território regularmente perturbado pela polícia e objeto de intervenção estatal, não deixou de cogitar que aos enunciados médicos fossem empilhadas algumas interpretações policiais, insinuando uma “[...] certa tendência em transformar a *prevenção* em *repressão*” (1987a, p.60, itálicos do autor)<sup>61</sup>. A partir de uma outra disposição dos corpos, guiada pela “hierarquia do risco”, contudo, o fundamental desse dispositivo seria produzir tolerância em relação aos homossexuais em detrimento da conformação – ou deformação – de suas vivências à moral médica, reordenando e escalonando as homossexualidades existentes de acordo com a valoração de sua periculosidade, visando, ao cabo, à sua inclusão no espectro de uma “normalidade ampliada”, porém ao custo – inegociável – de uma ingerência, a qual, segundo Perlongher (1987a), por extravasar o orgânico, empurraria os excessos perversos, os

---

<sup>61</sup> Em *A ordem dos corpos*, a ligação entre a prevenção e a repressão é expressa de outro modo, mais genérico e menos policaresco. Para Perlongher (1987c), existiriam, a propósito do episódio da aids, duas grandes linhas: uma, mais “progressista”, enfatizaria a necessidade da mudança de hábitos sexuais e a adesão ao sexo seguro, e outra, “conservadora”, recorreria à lei para frear comportamentos fora da ordem, adicionando ainda anátemas à sodomia e a outros pecados carnis. A tendência à passagem, a partir da prevenção, a um viés repressivo estaria presente nessa última. Já na citação anterior (na segunda delas), Perlongher aborda esse dispositivo sob sua lógica progressista.

inadaptáveis à “política do sexo sadio”, ao território difuso e barulhento da marginália.

Em *O que é AIDS*, é possível perceber, pela alternância entre um tom didático, em que Perlongher (1987a) se dedica a explicar a infecção ao leitorado, e outro, digamos, político, em que aventa e esmiúça implicações dessas mensagens ao controle da homossexualidade, uma permanente desconfiança dirigida aos enunciados médicos. Tais abordagens relacionam-se entre si na forma de uma tensão, uma vez que o poder médico, por meio de uma série de conceitos e de uma “querela de nomenclaturas”, encontraria nesse saber a respeito da aids um meio ótimo para a regulação dos prazeres perversos. Parece existir, desse modo, uma preocupação constante por parte de Perlongher em fornecer as melhores informações sobre a infecção sem que, com isso, os apelos a uma sexualidade limpa, asséptica e normalizada fossem amplificados, o que se sucedia, à época, e também hoje, sobretudo pela via do discurso preventivo. Em outras palavras, interessava repelir que ao propriamente biológico fossem acrescidas prescrições alargáveis ao campo das moralidades, em que o homossexual seria de certa forma chantageado a incorporar o “modelo médico de prática corporal” sob pena de, caso não o fizesse, ser novamente excluído da normalidade, cujos contornos, ainda que dilatados após a despatologização da homossexualidade, agora apartariam os adeptos à política do sexo sadio dos avessos. Essa distância que busca estabelecer com o discurso médico parece explicar certas ressalvas de Perlongher quanto a algumas atitudes recomendadas no âmbito preventivo, inclusive ao então “sexo seguro” (com preservativo), e também sobre a atuação de algumas organizações de apoio e prevenção à aids e seus ativistas, que teriam confiado à medicina o único meio de garantir e viver a vida, os prazeres e o curso da infecção: “Para efetuar a disciplinarização da homossexualidade (ainda no vestibular dos gozos tolerados), o aparelho médico estatal ou paraestatal dispõe de agentes eficientes, que são os próprios ativistas *gays* tomados de pânico” (Perlongher, 1985b, p.35, itálico do autor).

É quase impossível – e experimentei essa dificuldade até então – retomar os escritos de Perlongher sobre a aids e sobre a homossexualidade sem recorrer ao “desejo” como uma categoria que atravessa ambas as temáticas, uma instância que, ao mesmo tempo que parte das homossexualidades como um contraponto, uma “resistência desejanter” (Perlongher, 1987a) e um elemento que é de certo modo

ininteligível – porém, ainda assim, aversivo – a essa medicina que inaugurou, biopoliticamente, um “dispositivo de moralização sexual”<sup>62</sup>, também a ferve por dentro, anima as experiências entre os corpos no/com o território, convida à circulação e instiga os encontros. Isso ocorre porque o desejo, em Perlongher, possui uma dinâmica duplamente orientada: de um lado, agarra-se à vida, em nome de outro regime de uso dos corpos, o qual caracteriza como “histórico” e “concreto”, na tentativa deliberada de fazer frente ao controle médico-moral e ao pânico emergentes com a aids. Assim, a respeito do fechamento de saunas e do abandono dos mictórios como “espaços orgiásticos”, “pontos de fuga libidinais”, em decorrência do espalhamento da infecção, Perlongher (1985b, p.35, grifos meus) comenta: “Seria desejável que o medo dos gays à morte não lhes fizesse perder esses **espaços de vida**”. Já em relação ao discurso médico, nota que a regulação somática e política promovida pela medicina “[...] encontra uma **incontornável resistência: o desejo**. A medicina não pode lidar com o desejo, pois escapa às prescrições segundo um impulso que não é racional nem formalizável” (Perlongher, 1987a, p.81, grifos meus). De outra parte, o desejo é faísca em uma noite já em polvorosa, tributária da revolução sexual das décadas de 1960 e 1970, mas que, diante dessa liberação e do “desbunde gay”<sup>63</sup>, corre o risco de esbarrar no perigo e na morte quando vaga, supostamente, à procura da sua própria sublimação, da sua realização, um processo que, embora nasça com o sujeito e dele seja dependente, eventualmente pode desarticulá-lo, conduzi-lo a situações-limite em que a manutenção de sua própria vida transforma-se na principal questão. De fato, para Perlongher, esse movimento pendular que aproxima o desejo ora da vida, ora da morte, apresentaria uma inclinação tendencial a esta última:

**O desejo tenderia ao excesso, à desmesura, à fuga.** Os caminhos são variáveis. A busca extremada de intensidade pode percorrer as vias da orgia, da perversão radical e sistemática, até a extenuação e a repetição apática dos gestos. Linha de fuga sempre fronteiriça, ela pode beirar os **abismos da destruição ou da autodestruição** [...] (Perlongher, 1987a, p.88, grifos meus).

---

<sup>62</sup> Segundo o autor, “Não podendo regulamentar os avatares do desejo, **a medicina o exclui** – isto é, **ele fica fora do campo do ‘real’** [...]” (Perlongher, 1987a, p.82, grifos meus).

<sup>63</sup> O “desbunde” acompanha, no plano dos costumes, o abrandamento da censura e do regime totalitário brasileiro, que ocorre no final de 1970 e nos primeiros anos da década de 1980. Perlongher (1987b, p.101, itálico do autor), para quem o desbunde se trata da “versão gay da abertura”, localiza-o no período de 1979 a 1984.

Assim, a dinâmica do desejo seria exercida de um modo muito distinto do “modelo médico de prática corporal” que ascendeu com a aids: ela é labiríntica<sup>64</sup>, expressa movimento – um “vaivém” (Perlongher, 1987a, p.92) – e desenha um itinerário, que não coincide exatamente com o interesse pragmático e imediato da obtenção do prazer em si mesma, como inicialmente se poderia supor: “O mecanismo de produção desse gozo percorre caminhos bastante afastados da imagem arcádica do prazer para se consumir. Mas o interessante é precisamente esse **percurso do desejo**” (Perlongher, 1987b, p.226, grifos meus). Por definição, labirintos formam caminhos que não podem ser previamente determinados pelo sujeito que nele ingressa, que podem conduzir a algo que, em alguma medida, se deseja ou se almeja alcançar, mas ao qual não se tem acesso antecipadamente, tampouco se detém sobre ele ou sobre seu percurso um dado nível conhecimento que ofereça conforto e segurança ao caminhante. São, por isso, territórios que realçam a estranheza, em que o medo de se perder é capaz de se apresentar como uma constante e em que não sair mais o mesmo desse encontro não somente pode significar uma experiência transformadora, mas o próprio fim do sujeito. Perlongher contraria, dessa forma, a ideia de um desejo baseado em sua autopreservação e, coextensivamente, na do próprio sujeito, que em toda circunstância estaria em seu favor e falaria em seu nome, como a expressão mais genuína e íntima de si, em detrimento de uma relação às vezes consonante, às vezes divergente, entre sujeito e desejo, em que ambos se desterritorializam e reterritorializam em percursos que experimentam juntos e sincronicamente<sup>65</sup>.

Esta é outra característica do desejo em Perlongher: ele é circunscrito espaço-temporalmente, nomadiza-se e territorializa-se junto com sujeito, concentra-se mais em alguns lugares e pontos, como praças e esquinas, dilui-se em outros, espalha-se desproporcionalmente sobre determinados dias da semana e horários,

---

<sup>64</sup> “A moral médica não costuma levar em conta os **labirintos do desejo**” (Perlongher, 1987a, p.89, grifos meus). Posteriormente, no artigo *A ordem dos corpos*, Perlongher (1987c) retoma a expressão.

<sup>65</sup> Espécies de “pontos de fuga libidinais”, determinadas áreas das cidades, de acordo com Perlongher (1987b), canalizariam e dariam vazão a desejos moralmente reprimidos e tidos como perversos em outros pontos, *topias* em que a “ordem moral dominante” não mais atrapalharia ou mesmo coibiria as aventuras eróticas e a pegação homossexual. Nesses territórios outros, as moralidades dominantes seriam em algum grau suspensas ou relaxadas e um outro código e sistema de valores se sobrepujaria ao vigente no restante da cidade. Nesse sentido, para o autor, o sujeito, quando abandona os locais de sua vida ordinária, como a casa e o trabalho, à procura da pegação, desterritorializa-se – parcialmente, é claro, uma vez que não há desvinculação completa – desses lugares, o que demanda, necessariamente, uma reterritorialização no “código-território” em questão.

mas também privilegia certos corpos, atitudes e atributos. Em sua incursão etnográfica pelo “negócio do michê”, informada pela antropologia urbana, Perlongher cartografa um fluxo sem pausa entre desejos e corpos no centro da cidade de São Paulo, pavimentado sobre a definição, sempre provisória, de áreas e fronteiras disponíveis à “deriva homossexual”<sup>66</sup>. O dispositivo de sexualidade, afinal, “[...] não se detém em conferir à homossexualidade uma demografia – uma base populacional. **Instaura também uma territorialidade geográfica [...]**” (Perlongher, 1987b, p.48, grifos meus). É precisamente essa territorialidade que Perlongher contrapõe à ideia de uma identidade, fixa e estanque, em que os sujeitos seriam definidos pela sua filiação a uma determinada prática sexual. Em vez disso, ocupariam lugares em uma rede intrincada, mas fluida, “posições desejantes” mais ou menos temporárias que não apenas podem dizer algo sobre si mesmos, como também sobre o outro: verdadeiros enclaves eróticos, é nos espaços de deriva que se sucederia, por meio de certas características, olhares, piscadelas, volumes, sinais fortuitos, sutis, muitas vezes bastante endógenos a uma determinada disposição geográfica e cultura local, a negociação do desejo, que excede o universo da “prostituição viril” propriamente dita e pode ser concebida nos termos de uma sociabilidade específica a cada um desses territórios.

Perlongher (1987b) se vê, desse modo, diante de marcadores, ou “tensores”, que mais do que individualizar, hierarquizam os sujeitos em um mercado de valores eróticos, favorecendo o fluxo estratificado do capital sexual por uma “rede circulatória” composta de vários pontos, mais ou menos afeitos ao perigo, em que alguns elementos, como a masculinidade, são ativos; outros, como a efeminação, são rechaçados ou tolerados somente mediante sua combinação com outros vetores libidinais. Em detrimento do acaso e da desordem que à primeira vista parecem guiar a cena da deriva, tais tensores, ao repelir ou acenar ao desejo, também o organizam, direcionando-o a determinados sujeitos<sup>67</sup>. Haveria, assim,

---

<sup>66</sup> Sinônimo de “paquera”, porém, especialmente, “[...] um modo de circulação característico dos sujeitos envolvidos nas transações do meio homossexual [...]”, que envolve a expectativa e/ou a procura de contatos sexuais e aventuras eróticas (Perlongher, 1987b, p.155).

<sup>67</sup> De acordo com o autor, “Esses tensores – de atribuição de valor e de distribuição no código categorial – seriam basicamente três: gênero [mais feminino ou mais masculino], classe, idade, e mais um ‘oculto’: raça” (Perlongher, 1987b, p.250).

De um lado, um desejo sexual aberto, profuso, que remete à ordem do acaso. De outro lado, esse desejo não é indiscriminado, mas agencia, para se consumir, um **complexo sistema de cálculo dos valores que se atribuem àquele que é captado pelo olhar desejante, incluindo tanto expectativas sexuais quanto riscos de periculosidade** (Perlongher, 1987b, p.161, grifos meus).

Fronteira turva, portanto, entre um polo no qual se pode interferir sobre o desejo, em que ele é agenciado pelo sujeito e pode ser calculado e avaliado, ainda que de modo impreciso e contingente, em seu dano potencial, e uma zona do acaso, em que é o desejo que agencia o sujeito, como uma “força” engajada apenas com seu próprio vício de intensificação<sup>68</sup>. Jogo de avanços e recuos, o sujeito desejante experimenta situações em que a vazão e o exagero podem garantir mais que adicionais gozosos à busca pelo sexo e pelos prazeres da carne, aproximando uma série de riscos para si, como o de ser roubado, extorquido, violentado e, na pior das circunstâncias, assassinado. Quando a violência irrompe, há o ultrapassamento do limite intrínseco a essa leitura de riscos com a qual o sujeito se compromete até certo momento da deriva, um ponto de inflexão em que a agência do sujeito dá lugar a um agenciamento pelo desejo. É nessa viragem, de um sujeito desejante a um desejo, digamos, dessujeitado, que mora o imprevisível, o perigoso e o mortífero.

O único recurso de que se poderia dispor, no caminho de uma autopreservação do sujeito frente a um desejo possivelmente desagregador, é o medo da morte, uma vez que, para Perlongher (1987c, n.p, grifos meus), testemunha-se, nesses enclaves, “[...] um **instável equilíbrio entre a potência do desejo e o medo da morte**”<sup>69</sup>. Tratar-se-ia, assim, de um equilíbrio conflituoso, se presumirmos que ao sujeito interessa sua integridade; ao desejo, em contrapartida, não somente a sobrevivência do sujeito se revela desimportante e, conseqüentemente, também a manutenção de condições mínimas para que possa

---

<sup>68</sup> Seria este, também, mais um ponto de divergência entre a instituição médica e o desejo: enquanto a primeira tomaria a vida somente em seu sentido *extensivo*, com o propósito estrito de sua prolongação, a qual poderia ser medida no tempo (em dias, semanas e anos), ao desejo interessaria a vida apenas em seu modo *intensivo*, incomensurável e irreduzível à equação preventiva (Perlongher, 1987b).

<sup>69</sup> Esse medo cobraria, contudo, um preço do sujeito: a sua formatação ao modelo médico de prevenção, que deixaria de fora usos dos corpos e “espaços de vida” considerados perigosos e pouco saudáveis pela hierarquia do risco. Se do lado do sujeito esse medo demanda, assim, uma série de perdas e recusas, esses efeitos subtrativos correspondem, para o dispositivo de moralização relacionado à medicina, a um excedente moral: “Além de aplicar um conjunto complexo de mecanismos comuns à massa de doenças, o poder médico pode estar extraindo, do episódio da AIDS, uma espécie de *mais-valia moral*” (Perlongher, 1987a, p.70, itálicos do autor).

desejar novamente, como ele apresentaria uma tendência ao exagero, o que, por sua vez, provoca os momentos em que, na deriva, o desejo atrai o sujeito a cenários de maior risco. Além disso, conforme sugere o excerto a seguir, em que Perlongher diferencia a relação entre desejo e morte nesses territórios daquela mobilizada pelo masoquismo, em algumas situações, ele, o desejo, conspira mesmo por sua própria destruição:

Essa proximidade entre o erotismo e a morte não poderia ser pensada apenas sob o miraculoso guarda-chuvas do masoquismo. Nas paqueras de rua, nos itinerários obscuros travados nas trevas da noite, nas vagabundagens extenuantes do sexo, a violência e a morte aparecem como um objeto de um desafio radical: na procura extremada de intensidades, nos embalos do tesão, desafia-se, em nome do desejo, à [sic] própria morte. No entanto, a irrupção da violência não responde – como no caso do masoquismo – a um acordo prévio entre as partes, segundo um contrato detalhado e escrito, mas **ela parece irromper a despeito de todos os esforços ‘conscientes’** feitos para evitar essas cenas sanguinolentas. **Quando eclode a violência – poder-se-ia dizer – é que o desejo é derrotado (ou melhor, que o desejo passa aí a desejar a sua própria destruição)** (Perlongher, 1987d, p.20, grifos meus).

Estou pensando no desejo como uma categoria transversal nos escritos de Perlongher, que mesmo quando não associado ao universo imediato da prostituição viril é inserido numa paisagem disjuntiva, em vários sentidos: entre si e o sujeito, entre a medicina e a rua, entre o acaso e o cálculo, entre a afirmação e a destruição, entre a vida e morte. Nesse sentido, Perlongher compele a experiência homossexual a operar num território cuja arbitragem caberia ao desejo, o qual desempenha, em seus percursos, papéis ambivalentes: ao mesmo tempo que é capaz de resistir e responder à medicalização e à normalização engendradas sob o intento da prevenção da aids, ao encontro da vazão dos “impulsos libidinais”, caso desmesurado ou excessivo, especialmente na cena da deriva, pode dirigir-se contra o próprio sujeito desejante, na forma de atos perigosos e atentatórios contra sua vida e sua segurança. Nesse processo, ainda que disponha de alguns elementos não apenas para direcionar, mas também para cogitar a viabilidade desse desejo, a compatibilidade dele com a sua autopreservação, aferir, ainda que limitadamente, o perigo de sua inclinação a certos corpos e territórios, em uma esfera, digamos, do cognoscível e do contingente, o sujeito defronta-se com um desejo que, instanciado psiquicamente, não lhe é nem de perto acessível, insubordina-se a seus “esforços conscientes”, sendo, portanto e em grande medida, igualmente incognoscível e imprevisível. É nesse espaço do acaso, de incognoscibilidade do desejo, que, ao tensionar os limites do próprio gozo, erra-se, eventualmente, o cálculo, e aquilo que

está em jogo não mais diz respeito – fundamentalmente – ao desejo em si mesmo, à sua dimensão, poderíamos dizer, erótica<sup>70</sup>, mas a um impasse em cujo desfecho podemos atestar, no limite, a manutenção da vida ou a produção da morte do sujeito.

A distância é curta não apenas no que se refere às posições entre sujeito e desejo quanto à autopreservação do primeiro, nos casos extremos em que se sucumbe a um desejo suicidário, o que inevitavelmente conduz o próprio sujeito à destruição<sup>71</sup>, mas também entre o emprego do desejo como uma categoria analítica das vivências homossexuais e a reiteração de significados históricos que comprimem a homossexualidade ao perigo e à morte. Em outras palavras, que tais percursos do desejo, absolutamente des/reterritorializados em Perlongher, individualmente ou em sua coletividade, possam renaturalizar a homossexualidade como uma experiência perigosa, criminológica e doentia, ancorada na presunção de uma natureza deturpada por parte de seus atores. Em um dos poucos trechos em que rebate um entendimento que toma esse caminho, Perlongher (1987d, p.20) afirma que “[...] não quer dizer que ela [a violência] seja intrínseca aos relacionamentos homossexuais: indica, pelo contrário, certa vizinhança histórica entre homossexualismo e marginália”. Nesse sentido, devemos lembrar e, de certa forma, pressupor, que suas interpretações acerca do desejo foram bastante condicionadas aos enclaves por ele etnografados, lugares em que, aos homossexuais à procura de sexo pago ou da pegação, somava-se uma horda de outros sujeitos ditos desviantes, como prostitutas, travestis, malandros e bandidos, a tal marginália social a que faz referência.

Desse modo, ainda que os pontos de pegação e prostituição demarquem suas próprias fronteiras, inserem-se em uma área mais ampla, a chamada “região moral”<sup>72</sup>, à qual convergem uma gama de sujeitos que, de uma forma ou outra, colidem com a “ordem moral dominante” que vigora no resto da cidade. As regiões

---

<sup>70</sup> O desejo, em Perlongher, é essencialmente erótico: mesmo quando acionado em relação à medicina, é em nome do uso do corpo e do prazer que ele se enuncia e através do qual busca resistir.

<sup>71</sup> Segundo Perlongher (1987b, p.202): “Onde acaba a necessidade e começa a vontade (ou o desejo ‘inconsciente’) é difícil de determinar no plano psicológico individual”.

<sup>72</sup> A noção é do estadunidense Robert Ezra Park, filiado a Escola de Chicago e figura proeminente na chamada sociologia urbana, campo de interesse e pesquisa de Perlongher. Assim como outros conceitos, a exemplo de “gueto”, Perlongher o adota criticamente, a partir do Brasil, especialmente da cena da deriva gay paulistana.

morais apresentam, assim, uma série de características que se apoiam entre si a fim de construir e salientar sua periculosidade: são frequentadas pelos marginalizados de uma dada localidade, cujo trânsito por esses espaços muitas vezes se justifica por uma razão econômica, para suprir necessidades básicas da vida, como alimentação e moradia, sua e de suas famílias, compõem-se de pontos, saídas e escapes que orientam o fluxo e eventuais fugas, possuem um regime de visibilidade que permite que algumas comunicações e transações possam ser firmadas sob a luz, e outras se deem na penumbra, recebem um tratamento por parte da polícia bastante contrastante com o que é aplicado ao restante do território, constituem, enfim, um meio em que o perigo e a violência circulam em uma espiral, onde se entrelaçam e reforçam-se incessantemente, materializando, ao cabo, uma certa profecia social acerca do crime e do perigo atribuídos às sexualidades desviantes.

Sendo assim, poderíamos nos perguntar: caso a esse desejo fossem dirigidas outras expectativas e urgências, se ele não houvesse sofrido um longo processo de patologização, cujos efeitos de sua revogação formal ainda mal podiam ser sentidos à época, se não constituísse um alvo privilegiado de um dispositivo de moralização e, com a chegada da aids, de regulação e medicalização, se a anormalidade não o acompanhasse desde o seu nascimento, se ele não fosse, concretamente, levado a atuar em zonas ideais à produção da violência nas cidades, restaria a ele, mesmo assim, essa afeição “natural” pelo perigo e seria ele, impreterivelmente, remetido ao solo traiçoeiro no qual a busca por sua intensificação “roçaria a morte”<sup>73</sup>? Se determinadas condições sociais, econômicas e político-sexuais não são suficientes para afetar a organização desse desejo, que se move por uma “pulsão mortífera”<sup>74</sup>, no que apresenta de mais elementar, se ele parece em alguma medida pré-determinado ao sujeito, obedece a uma dinâmica em muito obscura e imprevisível, mas também mais ou menos conhecida (eventualmente suicidária) e generalizável, pouco ou nada aberta à transformação nos (outros) enclaves eróticos nos quais o sujeito pode se reterritorializar, podemos aventar a propensão, a partir de

---

<sup>73</sup> Assim descreve Perlongher: “Tanto o perverso que perambula pelas bocas do perigo, quanto o consumidor de drogas que se obstina na exacerbação até o impossível de uma vertigem frenética estariam mergulhando (ou naufragando?) nas **areias movediças onde a intensificação do desejo roça a morte**” (Perlongher, 1987a, p.88, grifos meus).

<sup>74</sup> Sobre a periculosidade da profissão do prostituto, comenta: “Dos distúrbios e perambulações desse percurso (feito de sensações libidinosas) pode proceder, precisamente, o desencadeamento de uma certa **pulsão mortífera** que ronda o negócio” (Perlongher, 1987b, p.256, grifos meus).

Perlongher, de que esse desejo funcione basicamente como uma lei simbólica e, como tal, estruture-se como uma topografia psíquica em larga medida independente do social mas que, paradoxalmente, dispõe do melhor esquema para interpretá-lo<sup>75</sup>. Reproduzindo Deleuze e Guattari, Perlongher (1987d, p.261) observa: “[...] existe o desejo, o social e nada mais”.

Não se trata, evidentemente, de negar a existência da violência e do crime nas “regiões morais” em que a deriva homossexual coexiste com a circulação de outras marginalidades. Perlongher (1987b) mesmo comenta, a respeito de seu campo pelo centro paulistano, que levava consigo apenas um caderno de anotações às ruas pois, se carregasse um gravador de áudio, provavelmente ele seria confiscado em algum momento. Ocorre que a degradação do meio é a frente menos explorada por Perlongher nesses locais: na deriva, é sobretudo através do desejo que a violência se insurge contra o sujeito e, uma vez que essas violências – do meio e do desejo – se mostram ambas condicionantes à eclosão do terror, de modo a produzir um evento concreto, trata-se, sob esse ponto de vista, de uma violência sempre duplicada: qualquer ato executado contra o sujeito corresponde também a uma violência autoinfligida, uma vez que, em situações como essa, a violência pode ser justificada, até mesmo ansiada, pelo dispositivo do desejo, que age, simultaneamente, no e contra o sujeito<sup>76</sup>.

Esse processo envolve, ao cabo, uma dupla vitimização: o sujeito é, primeiramente, conduzido a uma armadilha onde o desejo trama a destruição (de si mesmo), portanto, ele é agenciado como vítima, mesmo que indiretamente, de seu próprio desejo; em seguida, e apesar de qualquer protesto “consciente”, o sujeito

---

<sup>75</sup> Embora Perlongher vacile em alguns poucos momentos, como no trecho: “**Essa violência seria constitutiva do paradigma de masculinidade**, no sistema de oposições binárias macho/fêmea (ativo/passivo, forte/fraco, etc.)” (Perlongher, 1987b, p.224, grifos meus). De todo modo, a relação entre o social e um desejo estruturado psíquica e tendencialmente à morte permanece problemática nos textos do autor.

<sup>76</sup> Por mais que, tal qual Perlongher convida, o desejo possa não coincidir com o sujeito, sabemos que ele possui uma existência vinculada e, antes de tudo, postulada, que ele se refere ao sujeito de modos altamente implicados e que separá-los é uma tarefa impossível. É por isso que, embora o desejo diga respeito ao sujeito, adquira, pelo menos aqui, no esforço de uma caracterização, uma certa autonomização a partir dele, quando a violência acontece há uma convergência de interpretações sociais que buscam ligar o sujeito à própria morte, demonstrar seu gosto pelo perigo, sua imprudência, arrolar atitudes que comprovem faltas anteriores de zelo e cuidado, o pensamento, no limite, de que alguma dor é, e pelos meios menos compreensíveis, requerida; que, de sua destruição, o sujeito obtenha um “secreto” gozo. Lado controverso de um dispositivo do desejo que, assim configurado, não interdita e pode, inclusive, fomentar: “[...] **essa violência é desejada**. Segundo um michê, ‘a bicha deseja ser estuprada’. O cliente consente: ‘o que a bicha deseja é sentir-se como uma mulher estuprada’” (Perlongher, 1987b, p.224, grifos meus).

perde o controle sobre si, vê-se à deriva, e aí, derradeiramente, defronta-se com seu algoz, que prossegue com o processo de vitimização. Assim, além da parentalidade histórica da homossexualidade com a violência de que fala Perlongher no trecho citado, uma aproximação que tem como palco os enclaves político-sexuais nos quais os sujeitos se reterritorializam, a morte é concebida em uma topografia psíquica, cuja tendência, de flerte e tensionamento intermitente com suas bordas, é também a da produção de efeitos reiterativos e revitimizantes (ou protovitimizantes) sobre o sujeito homossexual nos casos em que ele é objeto de violência.

Gostaria de encerrar esta exposição com um outro trecho, em que Perlongher, ainda que sobre o chão ensaboadado do suicídio, deixa ver uma clareira através da qual o desejo toma um percurso diferente, “essencialmente afirmativo”<sup>77</sup>:

No entanto, essa procura desenfreada não é estritamente suicida, embora o suicídio possa aparecer, à maneira de um acidente ou de uma tentação, na complexidade de seus meandros. **Essa demanda de intensidade é essencialmente afirmativa – afirma a vida tensionando-a e tensionando o corpo, viajando na experimentação de seus limites. Experiência de um desafio radical que arrisca na sua exploração intensiva ultrapassar os limiares da criação e da sensação, ela aponta em última instância a mutação da existência, tomando o sujeito humano como um viajante entre pontos de fuga e de ruptura.** Essa espécie de viagem não se encaixa nos quadros congelados de uma suposta “racionalidade”, não se integra aos esquemas preestabelecidos de uma existência acolchoada e rotineira (Perlongher, 1987a, p.88-89, grifos meus).

Em 1991, ano que antecede sua própria morte, Perlongher confia a si mesmo o papel de emissário de uma desapaixionada mensagem<sup>78</sup>: a homossexualidade contemporânea estaria sujeita a um processo, “tão manso que se a gente não olha bem não percebe”, de desaparecimento. Não buscava afirmar, com isso, a extinção das uniões entre os corpos, apesar de uma diminuição de contatos desse tipo ser

---

<sup>77</sup> O desejo, em Perlongher, como tenho entendido, opera através de posições duais e antagônicas, sendo uma delas a da afirmação/destruição. Quando se volta contra a moralização médica ou quando lamenta o esvaziamento de saunas e outros “espaços orgiásticos” em razão do pânico da aids, Perlongher também o faz afirmativamente, com base em um desejo que é, sobretudo, assertivo. Investimentos desse tipo também podem ser identificados no que se refere ao medo, ao qual o desejo deveria se contrapor em defesa da vida: “O medo da morte invade a vida e a confisca, cortando potencialidades expansivas, neutralizando intensidades”, observa Perlongher (1987a, p.88). E, algumas páginas adiante: “Seria paradoxal que o medo da morte nos fizesse perder o gosto pela vida” (p.92). De outra parte, o desejo agiria também destrutivamente, em especial quando reterritorializado nas zonas de deriva, onde pode apontar contra si mesmo e desejar sua própria destruição.

<sup>78</sup> “Não dá vontade, certamente, de festejar, afinal foi divertido, mas tampouco de lamentar. É que a homossexualidade não foi por sinal uma coisa tão maravilhosa quanto seus interessados apologistas proclamaram” (Perlongher, 1991, p.43).

sugerida<sup>79</sup>; aquilo que desaparece é “[...] a festa do apogeu, o interminável festejo da emergência à luz do dia, o maior acontecimento do século XX: a saída da homossexualidade à luz resplandecente da cena pública [...]” (Perlongher, 1991, p.40). Corresponderia, na verdade (e daí que, segundo o autor, a notícia, porque anunciada desde as periferias, poderia não ter alcançado ainda algumas paragens), a um discreto declínio, ou a um “êxtase descendente”, que o surgimento da aids teria imposto aos prazeres homossexuais: depois de uma “revolução sexual”, do “escândalo da liberação”, de “cem anos de glória”, a homossexualidade, se agora volta aos palcos, é somente para encenar seu “poético” e “desgarrado” fim<sup>80</sup>. Ela “[...] desaba sob o impacto (é preciso dizê-lo) da morte” (Perlongher, 1991, p.39).

Mas há ainda um outro desaparecimento, nesse texto-obituário de Perlongher, mas sobre o qual ele se cala: o do desejo. Após essa virada de década, não resta mais desejo, nem afirmativo, nem destrutivo. Para não dizer que está de todo ausente, “desejo”, em sua única aparição neste artigo de 1991, é palavra conjugada na primeira pessoa do singular, no seguinte trecho: “Com isto não **desejo** postular um desquício sexual, Deus nos salve, após tudo que temos passado com a premissa de nos libertar, mas advertir (constatar, conferir) como vai ocorrendo um processo de medicalização da vida social” (Perlongher, 1991, p.42, grifos meus). Para se tornar verbo, o desejo se “dessubstantiva”: não é mais erótico e com ele não se pretende resistir, apenas desejar (querer, intentar), “dessexualizadamente”. Porque tolhido de territorialidade, já não conduz mais a lugar algum, nem ao cálculo, nem ao acaso. Foi conduzido. Instância inacessível, potência insubordinada, aparentemente, a aids deu cabo também no desejo: ele não mais agencia, nem é agenciado. Extensivo sobre o intensivo, morte sobre a vida: o desejo virou pó. Doravante, apenas o social, e nada mais<sup>81</sup>.

---

<sup>79</sup> Aproximações na direção de uma “dessexualização” da homossexualidade” (PERLONGHER, 1987a) já eram aventadas nos textos de 1980. Agora, cogita: “Arriscar-me-ia a postular que a reação de grande parte dos homossexuais perante as campanhas de prevenção está sendo deixar de ter relações sexuais em geral, mais do que proceder a uma mudança radical das antigas práticas por outras novas ‘seguras’, ou seja, com camisinha” (Perlongher, 1991, p.43-44).

<sup>80</sup> “Um século de foda terminou por fartar-nos”, avalia (Perlongher, 1991, p.45).

<sup>81</sup> É interessante notar ainda que o sumiço do desejo ocorre simultaneamente não apenas ao desaparecimento da própria homossexualidade, mas também ao entendimento, expresso neste texto de 1991, de que o dispositivo de sexualidade, porque saturado, agora se esvazia, presencia ele também seu próprio e “manso declínio”. Assim, poderíamos dar continuidade à interrogação desse desejo a partir dessa conjuntura em que tudo vai abaixo (homossexualidade, desejo e dispositivo de sexualidade), dessa curiosa e estranha coincidência, suspeitando que há mais “social” nesse desejo do que inicialmente Perlongher faz supor e que talvez parte dele, especialmente essa que necessita

### 2.3 LIMITROFIAS

Prossigo com a descrição deste dispositivo a partir do apagar das luzes da primeira década e meia da epidemia, de uma agitação de temporalidades e experiências somáticas – terapêuticas, políticas, representacionais, sexuais e no uso do prazer – que podemos fixar a partir de dois eventos, ambos institucionalizados no Brasil na segunda metade de 1990. O primeiro deles corresponde à entrada da terapia antirretroviral (TARV) nesse dispositivo, que se dá através da promulgação da Lei nº 9.313, de 1996, que obriga, desde então, o Estado brasileiro a oferecer toda a medicação necessária ao tratamento da infecção pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se, inegavelmente, de um acontecimento terapêutico e biomédico, de um avanço – ainda que tardio para centenas de milhares de vítimas da epidemia – farmacológico, mas também do resultado de uma luta (para alguns, uma barganha), de uma reivindicação pela vida, que mobilizou ativistas, pessoas vivendo com hiv/aids, ONGs, profissionais de saúde e gestores públicos pelo país.

A cooptação da aids a um regime de cronicidade tem repercussões amplas, uma vez que enfraquece o caráter sentenciador de seu diagnóstico sobre a vida e seu curso, favorecendo, em seu lugar, que a infecção ora se apresente como uma condição clínica que deve ser administrada ao longo do tempo, sobre a qual os serviços de saúde devem dirigir uma atenção do tipo longitudinal, muitas vezes descrita como “cuidado”, assim como acontece com outras consideradas crônicas, caso da hipertensão e do diabetes. A aids experimenta, com isso, a normalização; a ela passa a ser destinado um tratamento que, longe de ser o ideal, uma vez que apresenta efeitos colaterais que comprometem, até hoje, a qualidade de vida de seus usuários, garantiu às pessoas com hiv/aids o planejamento de um futuro para além de alguns meses ou poucos anos.

O outro deslocamento importante desse dispositivo, contemporâneo à oferta gratuita e pretensamente universal da TARV no país<sup>82</sup>, refere-se à implementação do

---

confessar sua violência e sua tendência à autodestruição, que participa de um jogo em que não se disputa nada além da verdade, relacione-se, afinal, ao dispositivo de sexualidade de formas ainda pouco deslindadas.

<sup>82</sup> Biehl (2004), por exemplo, através de uma mirada etnográfica de longo prazo sobre a resposta terapêutica brasileira ao hiv/aids, identificou que, a despeito da tentativa obstinada em expandir o tratamento no país, de “universalizá-lo” de fato, um contingente de pessoas ficou descoberto da ação dessa política pública e oculto de suas documentações estatísticas. Quando essas pessoas – tratadas como viciados, ladrões, prostitutas, etc, pelo sistema de saúde pública – finalmente chegaram ao hospital, nele internaram para morrer, sendo a aids invisibilizada até mesmo como sua

protocolo sobre a transmissão vertical do hiv, terapêutica sugerida após a divulgação dos resultados de um ensaio clínico realizado entre 1991 e 1993 (Connor *et al.*, 1994). É a partir do corpo da mulher soropositiva e reprodutora, um sujeito ignorado pelo perfil epidemiológico da aids fomentado até então, que os ARVs furam a bolha de sua indicação voltada exclusivamente ao tratamento e ingressam no campo da prevenção. Embora bastante condicionado, o protocolo sobre a transmissão vertical é uma senda aberta para que fármacos desse tipo sejam posteriormente incorporados a outros contextos de exposição e por outras pessoas, a exemplo do que ocorre atualmente com as profilaxias pré e pós-exposição ao hiv.

Temos, em suma, de uma parte, um acontecimento que incide sobre a terapêutica da PVHIV, a chegada da TARV ao SUS e, de outra, a extensão dos ARVs a um espaço distinto, preenchido por pessoas soronegativas (mais precisamente, fetos e recém-nascidos), a fim de impedir a infecção durante sua gestação e após o nascimento<sup>83</sup>. Tratam-se, entretanto, e de fato, nesse caso, de lugares e usos umbilicalmente atados. Conforme recordam Smith *et al.* (2011, p.1, tradução minha), “Literalmente dias depois que a atividade do primeiro agente antirretroviral, a azidotimidina (AZT), foi anunciada, pesquisadores começaram a explorar a ideia do tratamento como prevenção”.

Essa inflexão, identificada pela introdução da TARV no SUS, aparece, na literatura sobre hiv/aids, através de diferentes categorias e expressões. É ela o

---

causa mortis. Nesses episódios, estiveram em jogo, para o autor, procedimentos burocráticos, dificuldades informativas, negligência médica, entre outros fatores que produziram a ausência dessas pessoas no campo de resposta ao hiv/aids brasileiro. De acordo com o relatório *In Danger* (“Em perigo”), divulgado pelo UNAIDS em 2022, cerca de 1/4 das pessoas que vivem com hiv não têm acesso aos antirretrovirais, o que corresponde a 10 milhões pessoas sem tratamento, em números globais (UNAIDS, 2022a). Em 2016, o Ministério da Saúde projetou que 260 mil brasileiros diagnosticados com hiv/aids não estavam em tratamento e que 112 mil desconheciam que apresentavam a infecção (G1, 2016). Em 2019, o MS estimou que das 900 mil que viviam com hiv no país, 135 mil não conheciam sua situação sorológica. No ano seguinte, esse número foi reestimado em 100 mil (Ministério da Saúde, 2020).

<sup>83</sup> Assim como, segundo Butturi Junior (2016), é necessário recusar o discurso da TARV como panaceia, a implementação do protocolo sobre a transmissão vertical apresenta seus próprios problemas. Vasconcelos e Hamann (2005) realizaram um estudo com 1475 parturientes com hiv e seus recém-nascidos (RNs), assistidas de 1996 a 2003, em maternidades públicas brasileiras reconhecidas como serviços de referência para o parto de mulheres soropositivas e RNs expostos. De acordo com a pesquisa, “[...] quanto à assistência dispensada, verificou-se respectivamente nas fases retrospectiva [a partir do prontuário médico] e prospectiva [através de um questionário aplicado pelos pesquisadores] do estudo, que cerca de 24% e 27% das gestantes não tiveram acesso sequer ao AZT oral; 19% e 10% das parturientes não receberam o AZT intravenoso; 8% e 7% dos bebês não foram medicados com o AZT solução oral. O coeficiente de TV [transmissão vertical] foi de 5,6% variando de 2,9% a 7,5% nas cidades, e sendo maior no parto vaginal (8%) e na cirurgia cesariana não-eletiva (7%)”. (Vasconcelos; Hamann, 2005, p.483).

marco que baliza, para Cunha (2011, 2012), a definição, na história da infecção, entre uma “aids de antes” e uma “aids de agora”. A primeira estaria atravessada por uma “narrativa catastrófica”, uma sucessão de falhas, frustrações e sofrimentos, enquanto a última é integrada a uma “história heroica”, em que as conquistas do saber teriam permitido, de modo ascendente, intervir, clínica e epidemiologicamente, sobre a infecção. Tratar-se-iam, no entanto, de fronteiras porosas, que embora imprimam uma espécie de “passado, presente e futuro” à epidemia, ainda coexistiriam, especialmente na cena preventiva: “A prevenção é o limite, pois traz o cheiro da morte da *aids de antes*, ora perfumada na *aids de agora*. Não se prevenir é em última instância morrer ou matar” (Cunha, 2011, p.164, itálicos da autora). Em relação à pessoa soropositiva (sobretudo aos jovens vivendo com hiv/aids, esse “novo personagem” epidemiológico que a autora escrutina), ele seria levado a abandonar as marcas negativas da “aids de antes”, positivando-se, na obrigação de ser feliz, a partir de sua saúde, que, “na aids de agora”, “[...] aparece como uma espécie de dever, uma ética e estética que inviabiliza o aparecimento da feiúra, da dor, do adoecimento e da morte” (Cunha, 2012, p.73).

Já para Simões (2018), a “velha aids” compreende uma “vivência crítica delimitadora” a que uma geração de pessoas foi submetida na primeira década e meia da epidemia, antes da implementação da terapia antirretroviral. Uma certeza do fim impregna esse primeiro marco temporal da aids, que diante dos poucos recursos terapêuticos e médicos disponíveis, foi experimentada, nas palavras do autor, na forma de uma “gestão da morte”. Após 1996, contudo, já na qualidade de infecção tratável, a “nova aids” recolocaria em outros termos a associação entre hiv/aids e morte, embora a “morte civil” de que falava Herbert Daniel<sup>84</sup> não tenha sido dissipada desse novo horizonte: “Ainda que conte com mais recursos para gerir a própria vida, em suas diferentes dimensões, a que convive com HIV e aids ainda segue se percebendo e sendo vista como uma espécie de cidadão de segunda

---

<sup>84</sup> Uma doença contagiosa, incurável e mortal são, para Daniel (2018 [1989]), os três mitos que deformaram as visões sobre a epidemia, uma espécie de “vírus ideológico” fundamentado na incapacidade de a medicina admitir a morte, insistindo, em vez disso, em sua incurabilidade, à qual convergiriam o pânico, a desinformação, o preconceito e um imobilismo diante da “doença real”. Na prática, o esgotamento da aids em torno dessa profecia maligna e inequívoca, interditaria qualquer vida possível após o diagnóstico. Assim, os “doentes de Aids”, independentemente de quaisquer sintomas do avanço da doença no corpo, já seriam socialmente dados como mortos: “Antes da morte biológica, a morte civil, a pior forma de ostracismo que pode suportar um ser humano” (Daniel, 2018 [1989], p.42).

categoria” (Simões, 2018, p.333). Desse modo, se a passagem de uma “velha aids” para uma “nova aids” corresponde também a uma virada de chave no governo da infecção, substituindo a mencionada “gestão da morte” por uma “gestão da vida”, é uma questão que Simões prefere deixar sem respostas.

Finalmente, ao “dispositivo da aids” de Perlongher (1987a), Butturi Junior (2016) agrega uma cronicidade que o primeiro não chegou a conhecer: de doença incurável e letal, a infecção recebe, com os midiáticos “coquetéis”, uma terapêutica parcamente capaz de manejá-la, garantindo, com isso, seu deslocamento na direção de um “dispositivo crônico da aids”. As “novas formas de ser sujeito” incentivadas com a “ordem da TARV”, nos termos do autor, não se dão somente sobre a ambivalência na qual operam, desde Foucault, as estratégias do governo da vida, mas na dubiedade dos próprios discursos daqueles que fazem uso dos ARVs, que, por sua vez, expõem também uma ambiguidade intrínseca ao *phármakon*, a um só tempo remédio e veneno, conforme apontado por Derrida. No que se refere às táticas de subjetivação dirigidas ao sujeito em TARV, Butturi Junior faz notar que a criação de “formas de vida” está, nesse dispositivo, ameaçada pela exigência de uma disciplina corporal que se disfarça como tratamento em si mesmo e que remete ao sujeito a responsabilidade pela gestão de sua saúde e dos riscos a ela relacionados, deixando-o exposto a um “dispositivo de criminalização”. É nesse lugar de profunda constrição a práticas de resistência e de invenção de si que o sujeito em TARV, o ciborgue do dispositivo crônico da aids (Butturi Junior, 2019), a quem a adesão irrestrita ao tratamento é a única forma de garantir a vida e inscrever-se na normalidade, vê-se diante dos efeitos racializantes da cronicidade que, desde o fármaco, seguem demarcando e cindindo as modalidades subjetivas em torno do perigo, da pureza e, no limite, de quem conta ou não como humano:

Ao soropositivo, nesse dispositivo da aids, só é dada a garantia de sujeito desde que medicalizado e engajado numa ascese ambígua. O AZT não apenas é essa ascese do corpo: torna-se um modo de categorização racial. É um remédio que não cura, que prolonga a vida dos sujeitos, que, “todo mundo sabe”, são os “aidéticos”. Uma abertura para a cronicidade (Butturi Junior, 2019, p.648).

Alguns anos antes, Pelúcio e Miskolci (2009) também revisitaram o “dispositivo da aids” de Perlongher, adensando o diagnóstico do autor acerca da conformação dos prazeres perversos a uma normalidade, cuja modelagem estaria, para os primeiros, premida por padrões heterossexuais: “A homossexualidade é o

fantasma de uma cultura que se constituiu – desde pelo menos o terço final do século XIX – como sinônimo de heterossexualidade” (Pelúcio; Miskolci, 2009, p.132). No lugar do sincrônico “doença na doença” (Perlongher, 1985b), o dispositivo da aids teria promovido, via discurso preventivo, uma “repatologização da homossexualidade em termos epidemiológicos”<sup>85</sup>, repelindo a abjeção fundante das experiências homoeróticas – os tais “usos concretos e históricos do corpo” – em detrimento do que denominam “teleologia heterossexista”, orientada pelos valores da monogamia, da reprodução e da família e promotora do exercício de uma sexualidade privada, sob controle, responsável (e responsabilizável), integrada ao imaginário de uma coletividade acossada pelo desvio. Construído desde a prevenção, o processo de subjetivação favorecido por esse dispositivo conclama o sujeito ao protagonismo de si, desde a própria vida, na forma de gestor de sua saúde, capaz racionalizar os riscos e desenvolver o “autocuidado” preconizado pelo modelo preventivo oficial. A esse processo, essa forma de construção de uma cidadania a partir do hiv/aids, Pelúcio e Miskolci denominam de “sidanização”<sup>86</sup>.

De maneiras distintas, e como já testemunháramos em Perlongher (e, portanto, antes mesmo do advento da TARV), o dispositivo da aids parece favorecer a coexistência, a tensão e a reorganização de experiências cindidas e polarizadas em torno da homossexualidade e da infecção, como sugerem os termos relacionais a seguir, em torno dos quais orbitaram algumas das reflexões até aqui expostas: êxtase ascendente/êxtase descendente, desbunde/desaparecimento da homossexualidade, afirmação/destruição, sexo sadio/sexo perverso, anormalidade/normalidade ampliada, bom doente/mau doente, aids de antes/aids de agora, velha aids/nova aids, morte biológica/morte civil, dispositivo da aids/dispositivo crônico da aids, despatologização/repatologização, fatalidade/cronicidade, remédio/veneno, vida/morte e assim por diante. Mais que a

---

<sup>85</sup> Daniel (2018 [1989], p.41, grifos meus) disse ainda de um outro modo: “[...] a homossexualidade deixou de ser vista, pela medicina, como doença, mas passou a ser considerada da sutilmente como fonte de doenças: **de patologia passou a ser considerada condição patogênica**. Mudança indicativa de uma feroz batalha ideológica, onde a medicalização da sexualidade é parte de uma sombria estratégia”.

<sup>86</sup> Na descrição dos autores: “A ‘SIDAdanização’ implica um processo de ‘conversão’ que pressupõe a adesão a princípios tipicamente modernos, como a ‘individualização’ e a ‘racionalização’, que sugerem mudanças ideológicas profundas nas populações visadas. No caso da prevenção, de maneira específica, faz parte dessa conversão a ‘responsabilização’ do sujeito no que se refere à saúde, à forma de lidar com o corpo e aos vínculos que passaria necessariamente a ter com o sistema oficial preventivo” (Pelúcio; Miskolci, 2009, p.139).

assunção de pares que excluem uns aos outros ou de momentos que se sucedem cronologicamente em uma história linear da epidemia, convém abordar algumas dessas categorias relacionais em um nível que é também o da indiscernibilidade, em que suas fronteiras são desafiadas, experimentadas simultaneamente, onde se reproduzem as ambiguidades e aquilo para o qual, muitas vezes, não dispomos sequer de nomenclatura. Uma zona em que o que está em jogo é uma “outra lógica do limite”, uma “limitrofia”, assim definida por Derrida (2002 [1999], p.57): “[...] o que se avizinha dos limites mas também que alimenta, se alimenta, se mantém, se cria e se educa, se cultiva nas margens do limite”.

Recupero tal conceito em um esforço de considerar as fronteiras que recortam esse dispositivo – entre corpos, tecnologias, discursos, acontecimentos, sorologias, práticas sexuais, marcos cronológicos – a partir de bordas que, a despeito de sua aparente simplificação, são continuamente atualizadas e adensadas na experiência homossexual contemporânea, a qual historicamente tem disso forjada nesses limites, conjugada e vivenciada entre o risco e o prazer, o alívio e a culpa, a repulsa e a atração, a reiteração normativa e a transgressão, o eu e o outro. Ao desafiar tanto uma constituição plena entre as partes como uma temporalidade sucessória, a limitrofia não está interessada em negar ou “[...] apagar o limite, mas em multiplicar suas figuras, em complicar, em espessar, em desfazer a linearidade, dobrar, dividir a linha justamente fazendo-a crescer e multiplicar-se” (Derrida, 2002 [1999], p.58). Relatos da geração de homossexuais que vivenciaram o surgimento da epidemia de aids e seu recrudescimento tendem a aprofundar muitas dessas ambivalências e de suas propagadas linhas divisórias, porém a miscelânea de sentidos dúbios, erráticos e enredados segue enosada na experiência homossexual das gerações mais jovens, como veremos ao longo desta pesquisa.

Conforme argumentarei, esses deslocamentos – poderíamos imaginá-los, em seus efeitos de conjunto, nos termos de Perlongher (1991), como uma “volta de parafuso do próprio dispositivo” – são engendrados pela ação integrada e transbordante, porém autônomas, de duas frentes: a primeira delas restringe-se – em um primeiro momento, mais circunscritamente – ao universo da pessoa soropositiva e refere-se à repercussão do tratamento com ARVs sobre sua saúde, evolução que começa a ser mesurada por biomarcadores cada dia mais apontados como determinantes ao controle da infecção, como a contagem de células CD4 e a carga viral (CV). Com o passar do tempo, entretanto, a essa dimensão individual do

tratamento são adicionados ganhos profiláticos coletivos: a indetectabilidade do vírus hiv em exames laboratoriais-padrão começa a rimar com a asserção de sua intransmissibilidade nas situações de contato sexual. Já a outra frente diz respeito às pessoas soronegativas, à cena preventiva em si mesma, mas se relaciona à terapêutica do hiv/aids de vários modos, uma vez que é, afinal, a partir dela, da observação de seus impactos sobre novas infecções, que um novo campo profilático é constituído e ampliado: em primeiro lugar, pelo emprego do AZT sobre a transmissão vertical do vírus, pela gestante e pelo recém-nascido, e, posteriormente, pela aplicação de tecnologias biomédicas em outras situações de exposição.

Assim, concomitantemente à universalização da TARV no país, a PEP também inicia sua oferta pelo SUS no final do último século. De modo semelhante, ao mesmo tempo que o PACT 076, que estabeleceu o protocolo sobre a transmissão vertical do hiv vigente até hoje, conduzia seus ensaios clínicos, a quimioprofilaxia – como também são chamadas as profilaxias pré e pós-exposição, baseadas no uso de ARVs – era investigada em outras situações de exposição, como nos casos de acidente de trabalho. Em 1993, o CDC estadunidense estimou o risco de transmissão percutânea no contexto ocupacional de profissionais de saúde do país em 0,36% (Tokars *et al.*, 1993). A utilização de ARVs para essa via de exposição já estava sendo testada desde o final dos anos 1980, porém os dados sobre sua eficácia e toxicidade eram ainda bastante limitados. Em 1998, o órgão de saúde dos Estados Unidos (CDC, 1998) publicou diretrizes para o gerenciamento da exposição ocupacional, recomendando a terapia com antirretrovirais através de dois regimes: um básico e outro expandido.

Antes da virada do milênio, ARVs já eram aplicados profilaticamente sobre a exposição sexual não consentida, decorrente de estupro, inclusive no Brasil<sup>87</sup>. Durante os anos 2000, a quimioprofilaxia seria disponibilizada a casais sorodiferentes e, em 2010, a situações de falha, rompimento ou não uso do preservativo, a chamada “PEPSexual”. Em 2015, de acordo com o Ministério da

---

<sup>87</sup> Em um estudo sobre a adesão à quimioprofilaxia por mulheres brasileiras sexualmente vitimadas entre 1997 e 1998, Drezzet *et al.* (1999) recordam a escassez de resultados significativos sobre esse tipo de exposição, tratamento até então bastante experimental no país e nos Estados Unidos e que enfrentava resistência por parte de alguns autores. Sobre ela, os pesquisadores hipotetizam: “[...] outras situações de risco equivalente ou potencialmente menor têm recebido atenção considerável na forma de programas específicos, como nos acidentes ocupacionais envolvendo profissionais de saúde. É provável que questões culturais e moralistas subjacentes possam interferir no julgamento destes casos” (Drezzet *et al.*, 1999, p.542-543).

Saúde (Brasil, 2022d), esse tipo de exposição já seria o responsável pelo maior número de dispensações (45%) dos medicamentos. Neste mesmo ano, o esquema de ARVs foi simplificado no PCDT da profilaxia, cuja recomendação ocorre, desde então, não mais pela categoria de exposição em si, mas pela avaliação do risco envolvido na exposição (Brasil, 2016, 2021). Essa mudança no protocolo, que descomplicou o esquema terapêutico, é, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2022d), o principal motivo para o acréscimo exponencial na dispensação da PEP (exceto no ano de 2020, em que o MS atribuiu a queda à pandemia de covid-19), que também ficou conhecida como “a pílula do dia seguinte do hiv”: de 2015 para 2021, um aumento de quase 300%<sup>88</sup>.

Como se vê, o desfazimento gradual das fronteiras entre o tratamento e a prevenção está relacionado ao emprego diferenciado e expandido dos ARVs, uso que tem início, primeiramente, com as pessoas soropositivas mas que, já a partir da década seguinte, é estendido para um conjunto de soronegativos: fetos/recém-nascidos, vítimas de violência sexual e de acidentes de trabalho, pessoas que apresentaram exposição sexual com parcerias de sorologia desconhecida e, também, para aquelas que, presume-se com a ajuda de estatísticas<sup>89</sup>, possuem maior vulnerabilidade à infecção. Desse modo, os ARVs, cuja utilização estava preliminarmente restrita a quem recebesse diagnóstico positivo ao hiv, expandem-se para outros momentos do dispositivo da aids, como àquele que sucede a transmissão ou àquele em que ela apresenta mais risco de ocorrer. Antes (PrEP), durante (TARV) e depois (PEP), os ARVs atuam de modo ainda mais articulado na cena complexa da gestação por parte da mulher soropositiva ou, mais recentemente, no encontro entre pessoas em TARV e usuários de PrEP neste dispositivo. O isolamento entre os domínios do tratamento e da prevenção, nos cenários descritos, nunca se mostrou tão obsoleto.

Tendo isso em vista, nas páginas que seguem argumentarei, baseado em Foucault, que essas mudanças obedecem a uma lógica securitária, que rearranja os elementos desse dispositivo a fim de promover, estrategicamente, uma regulação mais flexível e ampliada das posições que os sujeitos, generificados e sexualizados,

---

<sup>88</sup> Dados sobre a profilaxia podem ser consultados no Painel PEP, pelo link: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/painel-pep>.

<sup>89</sup> Aqui tomadas, à Foucault (2010 [1976]), enquanto tecnologias biopolíticas por excelência, encarregadas de estimar, organizar e regular o aleatório no nível da população.

soropositivos e soronegativos, mais ou menos vulnerabilizados, relacionados a um maior ou menor risco de infecção, podem ocupar nessa rede, em que, progressivamente, a cena preventiva se sobrepõe a do tratamento propriamente dito, embora a distinção entre esses dois lugares se apresente agora com certo anacronismo ao paradigma que emerge e consolida-se com esse movimento, o da prevenção combinada. Convém, contudo, não elidir os limites que recortam sujeitos e experiências em torno do hiv/aids, seja em relação ao tratamento e à prevenção e ao seu estatuto sorológico, seja no que se refere a uma historiografia linear da epidemia de aids e de processos somáticos unívocos e homogêneos que dela decorreriam. Interessa, em vez disso, como convida Derrida (2002 [1999]), aumentar a espessura dos problemas que esses limites colocam, engrossando suas linhas.

Recorrerei, a seguir, a alguns acontecimentos que tensionam distintos paradigmas e enunciados em torno da aids e do hiv, incitam a lei e a disciplina a funcionar de um ou outro modo, eventos, no limite, descontínuos, experimentados desigualmente ao redor do globo e também entre quem habita um mesmo país, mas que servem, individualmente, como pontos de fixação e acomodação que, quando reunidos, contribuem ao fortalecimento de um outro modelo, cujo mote fundamental se dá em torno da segurança e de algumas noções por ela favorecidas, como as de liberdade, cuidado, risco e adesão, seja em relação à TARV, seja, mais recentemente, em se tratando da PrEP. Uma vez que é a relação entre os ARVs, em suas diferentes combinações e usos, e a prevenção que, em maior ou menor grau, liga esses acontecimentos entre si e que precipita uma série de mudanças nesse dispositivo, é esse o fio que percorro daqui em diante.

## **2.4 NO PRINCÍPIO, ERA TARV (& GAY SCIENCE)**

O primeiro ensaio clínico de grande repercussão a apontar o impacto do uso de ARVs sobre a transmissão do hiv foi publicado ainda em 1994 (Connor *et al.*, 1994). Trata-se, contudo, de um estudo não acerca da transmissão sexual, principal via de exposição da emergência da epidemia até hoje, e sim vertical, da mãe para o bebê, em que o AZT (zidovudina) foi administrado durante a gestação, no parto e sobre o recém-nascido, nas seis primeiras semanas de vida, como introduzido anteriormente. Conhecido como PACTG 076 ou Protocolo 076, o estudo concluiria que o emprego do AZT reduziu o risco da transmissão materno-infantil do hiv-1 em

aproximadamente dois terços quando em comparação ao grupo placebo. Na seleção de participantes, foram incluídas gestantes com hiv cuja contagem de células CD4 era superior a 200 por mm<sup>3</sup> e que, portanto, de acordo com o entendimento da época, ainda não possuíam indicação para a terapia antirretroviral. Dois anos após, em uma atualização do PACTG 076, o mesmo grupo de autores revisita e adiciona novos resultados à pesquisa anterior, enfatizando que os dados obtidos apoiavam fortemente a recomendação de oferecer o AZT a todas as gestantes infectadas pelo hiv-1, independentemente da contagem de CD4 (Sperling *et al.*, 1996)<sup>90</sup>.

O Brasil, como dito, aderiu ao protocolo no final do último milênio e, desde então, as intervenções realizadas durante o pré-natal, parto e amamentação reduziram o risco de transmissão vertical a menos de 2%, segundo o Ministério da Saúde (Conitec, 2020). Um primeiro ponto a ser considerado acerca do PACTG 076 é que ele corresponde à principal resposta terapêutica, traçada a partir da maternidade, do dispositivo aids diante da “feminização” e da “heterossexualização” da epidemia<sup>91</sup>, fenômenos que começam a ser observados sobretudo a partir dos anos de 1990<sup>92</sup>.

---

<sup>90</sup> Trata-se de uma sugestão importante, uma vez que, nas primeiras décadas de epidemia, a indicação da TARV não estava condicionada somente ao diagnóstico positivo, mas deveria obedecer também a alguns critérios de elegibilidade, como a contagem de células CD4. A eliminação dessas condicionantes ao tratamento, na direção de uma ampliação de seu acesso, foi frequentemente acompanhada, nesse dispositivo, de resistências de natureza econômica, que alegavam os altos custos que a realização de testes periódicos e a ampliação da oferta dos ARVs representariam aos Estados nacionais. Parte da reação ao entendimento proposto por uma equipe de médicos suíços em 2008, retomado adiante, também foi expressa pela preocupação com a demanda global por testes que a aceitação dessa mensagem poderia gerar. No Brasil, os critérios de elegibilidade caíram de vez em 2013, dando lugar a uma estratégia conhecida como “Tratamento para todas as pessoas”, a qual recomenda, desde então, o início da TARV tão logo conhecido o diagnóstico (Brasil, 2013, p.68).

<sup>91</sup> Ambos os termos integram o discurso epidemiológico do hiv/aids desde o último século. Da *Política de DST/Aids*, publicada pelo Ministério da Saúde em 1999: “A epidemia de aids, nos últimos anos, vem apresentando mudanças no perfil epidemiológico, tanto em âmbito mundial como nacional. A tendência atual no Brasil é caracterizada pela feminização, pauperização, heterossexualização e interiorização” (Brasil, 1999, p.7). Já nos anos 2000, o documento *Vigilância do HIV no Brasil – Novas Diretrizes*, publicado pelo Ministério da Saúde em 2002, sintetiza a mudança no perfil epidemiológico da infecção desta forma: “No Brasil, a epidemia de infecção pelo HIV e da aids, que na primeira década (anos 80) manteve-se basicamente restrita às regiões metropolitanas da região Sudeste e aos homens que fazem sexo com homens (HSH), aos hemofílicos, aos hemotransfundidos e aos usuários de drogas injetáveis (UDI), vem crescendo consideravelmente entre as mulheres nos últimos anos como decorrência da transmissão heterossexual, que passou a ser a principal modalidade de exposição ao HIV” (Brasil, 2002, p.14).

<sup>92</sup> Em 1985, por exemplo, a “razão de sexos” – número de casos em homens dividido pelo número de casos em mulheres – era de 26,5:1, ou seja, havia 265 casos em homens para 10 casos em mulheres. Em 1990, a razão já cai para 5,3:1 e, em 1997, um ano depois tanto do início da distribuição gratuita da TARV pelo SUS, como da implementação do protocolo sobre a transmissão vertical, os casos de hiv/aids em homens são pouco mais que o dobro que em mulheres, 2,1:1 (Brasil, 2007a). No que se refere à infecção considerando a orientação sexual, na primeira década da

O paradigma preventivo, mormente em meados dos anos 1980, como é sabido, organizava-se pela delimitação de “grupos de risco”, constituídos pelos “5Hs” (Camargo Jr., 1994): homossexuais, hemofílicos, heroinômanos (usuários de heroína), haitianos e *hookers* (profissionais do sexo). Para além dos efeitos específicos sob essa gama de sujeitos, o reverso de uma política ancorada em grupos de risco, do ponto de vista daqueles que não os integram, é que algumas cenas de infecção, sobretudo aquelas que decorrem de interações socialmente atribuídas ao “sexo bom” (Rubin, 2017 [1982]) – o qual, dentre outras qualidades, é heterossexual – eram pouco divulgadas, tidas como menos possíveis ou até mesmo bastante improváveis. “Se já existia a AIDS? Já, sim, só que era coisa de ‘viado’, de ‘grupo de risco’”, relembra Valéria Piassa Polizzi (2021 [1997], p.12), que contraiu o vírus hiv no final dos anos 1980, então com 16 anos, através de uma relação heterossexual.

Além de aglutinado aos “grupos de risco”, o hiv, quando transmitido por via sexual, circunscrevia-se a uma zona precisa do corpo, tida como a mais perigosa à infecção e mais abjeta às moralidades: o ânus. Como anunciava Perlongher (1987a, p.75, itálicos do autor), “A ‘analidade’ entra em jogo. *Os olhos da ciência voltados ao ânus!* A máquina médica explora as mucosas, os pontos de roçamento e de fruição, as feridinhas microscópicas que testemunham uma potência descontrolada”. Daí que, tão improvável quanto mulheres contraindo o vírus nos primeiros anos da epidemia, é que a infecção estivesse relacionada ao sexo vaginal. “‘Você não praticou sexo anal?’ – Aquela história de sexo anal já estava me enchendo o saco”, desabafa a mesma Polizzi (2021 [1997], p.37) a respeito de uma consulta com um oculista, que, espantado com a informação de que era uma mulher soropositiva, afirmou que ela seria a primeira brasileira cuja infecção ocorreu através da penetração vaginal<sup>93</sup>. O risco, que se precipitava sob um guarda-chuva de sujeitos-

---

epidemia, de 1980 e 1990, a exposição sexual corresponde a 56,6% dos casos, sendo que 31,4% deles eram de homossexuais, 15,2% de bissexuais e 9,9% de heterossexuais. Logo após a virada do milênio, dos anos 2000 para 2001, à exposição sexual são associados 67,2% dos casos de hiv/aids: 46,1% deles de heterossexuais, 12,2% de homossexuais e 8,2% de bissexuais (Brasil, 2001).

<sup>93</sup> Para Valle (2002, 2010), as entrevistas clínicas constituem um momento narrativo e de revelação pessoal que permite que os profissionais de saúde perscrutem a “verdade” mais recôndita do paciente. O autor, que entende soropositivos e soronegativos como “identidades clínicas”, afirma que tais categorias demandam outras e requerem um conjunto de informações como uma “forma de identificação tecnicamente racionalizada”, que obscureceria a “dimensão cultural” da biomedicina: “Além do *status* sorológico, a identificação do comportamento sexual e a forma particular de transmissão do vírus eram elementos centrais na definição das pessoas afetadas e infectadas pelo

chave (ou tipos sexuais e epidemiológicos), ainda não se encontrava minimamente fixado sobre a vida e sobre os corpos de pessoas heterossexuais cis.

Um parêntese relevante acerca do fenômeno da heterossexualização é que, se por um lado, ele joga luz ao papel da mulher heterossexual cis no curso da epidemia, o seu correlato, o homem heterossexual cis, permanece tanto subsumido à “população geral”, como ofuscado pela popularização – e recalcitrância no imaginário social – dos “grupos de risco”, assim como segue encoberto pelas formulações mais contemporâneas baseadas na noção de “práticas/comportamentos de risco” e pelas derivações de populações-chave e prioritárias, formuladas a partir do reconhecimento e afirmação da vulnerabilidade de alguns grupos da população à infecção pelo hiv<sup>94</sup>. Desse modo, muito embora, desde os anos 1980, homens cisgêneros constituam o principal grupo afetado pela infecção, ações e programas específicos com base nessa categoria de exposição enfatizaram a infecção entre homossexuais (ou gays e outros HSH), a despeito de o número de novos casos em heterossexuais superar o de homossexuais em muitas leituras epidemiológicas<sup>95</sup>. Considerando os casos acumulados entre homens em 30

HIV. Categorias sexuais, tais como homossexual, bissexual e heterossexual seriam empregadas emblematicamente nas práticas de entrevista clínica como uma forma de identificação tecnicamente racionalizada. O surgimento de identidades clínicas foi configurado, portanto, ao mesmo tempo em que houve uma circulação intensificada de identidades sexuais, que seriam supostamente reveladas, identificadas e codificadas como evidência correta sobre a pessoa” (Valle, 2002, p.192).

<sup>94</sup> “Populações-chave” são aquelas em que a prevalência do hiv é identificada como superior à média na população geral, sendo essa discrepância atribuída à sua suscetibilidade diferencial perante a infecção. Geralmente, intenta abarcar cinco segmentos: gays e HSH, pessoas trans, trabalhadoras do sexo, pessoas que usam álcool e outras drogas e privadas de liberdade. Já “populações prioritárias” apresentariam condicionantes adicionais às estabelecidas pelas populações-chave, que contribuiriam ainda mais para sua vulnerabilidade ao hiv/aids. São elas: população negra, população jovem, população em situação de rua e população indígena. Essas distinções estão presentes em vários documentos do Ministério da Saúde, como no *Manual do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV/Aids*, que detalha melhor essa distinção e até exemplifica: “Assim, uma mulher trans que seja trabalhadora do sexo, que use drogas e que esteja em privação de liberdade se encontra em um contexto de vulnerabilidade muito maior do que pessoas que expressem apenas uma ou outras dessas identidades e/ou práticas sociais, sem falar de outras condições de exclusão social, como desigualdades de renda, gênero, racial, etária, sociocultural, moradia, educação, entre outras” (Brasil, 2023, p.14-15). Em outros documentos, no entanto, a demarcação é mais opaca ou adotada apenas parcialmente.

<sup>95</sup> Vale lembrar, complementarmente à nota anterior, que o universo de homens heterossexuais na população brasileira é estimado como consideravelmente maior que o de homossexuais, o que interfere diretamente na prevalência de hiv/aids nesses grupos e legitima políticas de saúde específicas ao último segmento. Em 2019, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizou, por meio da *Pesquisa Nacional em Saúde* (PNS), o primeiro levantamento acerca da orientação sexual autoidentificada na população adulta (18 anos ou mais). Dos quase 160 milhões brasileiros abarcados por meio da amostra, 94,8% se declararam heterossexuais, 1,2% homossexuais, 0,7% bissexuais, 3,4% não sabiam ou não quiseram responder e 0,1% declararam outra orientação sexual (IBGE, 2022). A pesquisa divulgou seus resultados na forma de “estatísticas

anos de epidemia, de 1980 a 2010, por exemplo, a maioria deles (63,6%) esteve relacionada à categoria de exposição sexual, distribuídos entre heterossexuais (31,2%), homossexuais (20,6%) e bissexuais (11,8%), segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2010a). Adicionalmente, se os casos, ao longo de toda a série histórica, apontam para a prevalência da transmissão heterossexual sobre a homossexual (quando reunidos “os dois sexos”), é necessário marcar que ela é puxada em grande parte pelas mulheres: com base nas detecções dos mesmos 30 primeiros anos da epidemia (1980-2010), o número de casos entre elas é maior do que entre homens heterossexuais, além de corresponder à sua principal – e expressiva – forma de exposição: 91,2% das infecções registradas em mulheres são atribuídas ao contato sexual (Brasil, 2010a).

Nesse sentido, em 2007, o Ministério da Saúde lançou dois planos distintos com o objetivo de dar conta de vulnerabilidades específicas, as quais contribuiriam para suscetibilidade de alguns grupos à infecção. Homens heterossexuais cis não foram foco de nenhum desses documentos. O *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST* se articulou em torno dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, dada a redução progressiva da razão de sexos entre os casos de aids ao longo da série histórica (Brasil, 2007b). Já o *Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis* buscou operacionalizar duas agendas afirmativas: uma para gays e outros HSH, outra para travestis (Brasil, 2007c). No ano seguinte, é lançada a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem* (PNAISH), mas a menção ao hiv/aids figura apenas quatro vezes no documento, em todas elas atrelada a outras “DSTs”, ou seja, de modo genérico<sup>96</sup>. A

---

experimentais”, arrolou uma série de limitações que poderiam ensejar vieses e, nas redes sociais, os dados renderam memes que sugeriam uma gritante subnotificação das orientações não-heterossexuais no estudo. Em se tratando da prevalência do hiv entre HSH, pesquisa realizada em 2009 a estimou entre 5,2% e 23,7% (a depender do município pesquisado), com uma média de 14,2% entre as dez cidades brasileiras participantes (Kerr *et al.*, 2013). Uma segunda pesquisa foi aplicada em 2016 e indicou um aumento na expectativa de prevalência além do esperado pelo estudo anterior, estimada em 18,4% no grupo de gays e outros HSH (Kerr *et al.*, 2018). Já o Ministério da Saúde, em 2012, estimou a prevalência do hiv entre HSH, de 15 a 49 anos, em 10,5%; na população geral, por sua vez, no mesmo intervalo de idade, ela seria de 0,6% (Brasil, 2012). O dado mais recente estima a prevalência do hiv na população geral em 0,4% (Brasil, 2023).

<sup>96</sup> Conforme ponderam Knauth *et al.* (2020), embora a prevenção ao hiv/aids seja definida como um dos objetivos da PNAISH, ela está inserida em um eixo temático mais amplo (da saúde sexual e reprodutiva), que na prática seria bastante negligenciado pela gestão em saúde. As autoras, que pesquisaram homens heterossexuais cis positivados para o hiv em Porto Alegre (RS), descrevem que a surpresa diante do diagnóstico permanece a mesma após mais de três décadas de epidemia, mas

despeito do considerável volume de dados acerca da transmissão entre heterossexuais cis e do número expressivo de infecções relatadas nesse grupo, dados e estatísticas dessa natureza estão ausentes no documento (Brasil, 2008). Aliás, tampouco é mencionada a infecção pelo hiv entre gays e outros HSH. A partir disso, podemos observar não apenas que a heterossexualização da epidemia, tal qual descrita na literatura, tem um “sexo”, e ele é “feminino”, como que o homem da PNAISH não aparece relacionado ao hiv/aids porque ele é presumidamente heterossexual (diria até mesmo que ele não possui orientação sexual alguma, salvo se não houvesse uma rápida alusão à sua dimensão reprodutiva no documento, o que justifica o argumento). Mais que isso, podemos nos perguntar se serão necessárias mais quatro décadas de epidemia para que as políticas e diretrizes de saúde reconheçam que homens heterossexuais cis podem se infectar com hiv, uma vez que, fora dos boletins epidemiológicos, essa vinculação é praticamente inexistente.

Tal grupo também não foi contemplado no ensaio clínico que antecedeu a implementação da PrEP no Brasil (Grinsztejn *et al.*, 2018), tampouco arrolado como um de seus “segmentos populacionais prioritários” pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicado em 2018 (Brasil, 2018b). Embora se possa identificar, na versão subsequente do documento, de 2022, uma desestabilização dos antigos critérios de elegibilidade, até aquele momento bastante costurados às populações-chave, as mudanças no protocolo procuraram atingir sobretudo um outro

---

de uma forma peculiar a esse grupo: **“A surpresa parece estar mais relacionada à forma de transmissão heterossexual do que à doença em si**, ou seja, ao fato deles terem ‘prego’ a doença de uma mulher” (Knauth *et al.*, 2020, p.5, grifos meus). Por um lado, a propósito do caminho até o diagnóstico, as autoras destacam que, na descoberta da infecção, há o papel intermediário das mulheres que, seja através de exames de rotina ou mesmo de sua morte por complicações relacionadas à aids, seja, e de modo muito frequente, através da testagem realizada durante o pré-natal, acendem o alerta para que os homens heterossexuais cisgêneros realizem os próprios testes. Por outro lado, há, ainda segundo as pesquisadoras, uma negligência dos serviços de saúde no que se refere à testagem desse grupo, que somente acaba acontecendo quando já se pode observar alguma infecção oportunista decorrente do avanço da aids, como a tuberculose, no caso de cirurgias ou mediante a identificação de um comportamento tido como de risco, como quando é relatado à equipe de saúde o consumo de drogas ou o sexo com outros homens: “Essa dificuldade dos serviços se deve às concepções e práticas dos profissionais de saúde que tendem a conceber os homens como negligentes em relação ao próprio corpo e à vinculação entre HIV e ‘grupos de risco’, que ainda pauta as concepções médicas para a indicação da testagem para o HIV” (Knauth *et al.*, 2020, p.6, grifos meus). De outra parte, Butturi Junior e Lara (2021) expõem que a dificuldade para se chegar ao diagnóstico também é encontrada entre mulheres cis, cuja infecção é desacreditada pelos médicos, sugerindo o efeito de um apagamento amplo sobre sujeitos desidentificados com uma memória discursiva da infecção ainda modelada pelos grupos de risco.

grupo, o de adolescentes e jovens (Brasil, 2022a)<sup>97</sup>. Finalmente, em um documento publicado recentemente pelo Ministério da Saúde, o *Manual do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV/Aids*, a ênfase da cena preventiva também é afirmada sobre as populações-chave e prioritárias, às quais os homens heterossexuais cis podem ser agrupados de forma indireta, pela apresentação de condicionantes adicionais ou, e principalmente, pela sua relação com alguma das populações-chave definidas no documento, como quando são parceiros sexuais de mulheres e gestantes vivendo com hiv/aids (Brasil, 2023b).

De volta aos anos 1990, é possível vislumbrar que o fenômeno da feminização da epidemia brasileira entra no radar não somente de pesquisadores e do MS, mas também da imprensa: a vinculação das mulheres à aids necessita ser produzida semioticamente e, para tanto, contará com alguns rostos conhecidos dos brasileiros. Até aquele momento, notícias da infecção envolvendo pessoas com projeção midiática diziam respeito exclusivamente a homens cis, como Herbert de Souza, o Betinho, e seus irmãos, o cartunista Henfil e o músico Chico Mário<sup>98</sup>,

---

<sup>97</sup> Desde a entrada da PrEP no dispositivo da aids, em 2018, espera-se que a heterossexualização da “epidemia masculina” se torne mais patente, como tem ocorrido em alguns países da Europa, não devido ao aumento de casos nessa categoria de exposição, e sim como efeito do impacto da profilaxia sobre as novas infecções entre “gays e outros HSH”, uma vez que eles correspondem a 82,0% de seus usuários, segundo o *Painel PrEP*. Homens heterossexuais cis, em contrapartida, são apenas 6,5% deles (dados relacionados ao ano de 2023). Como a expansão da PrEP ocorreu, em algum grau, concomitantemente à emergência da pandemia de covid-19, a diminuição de casos (queda de mais de 20% nos registros de novos casos entre 2019 e 2020), observável em quase todo país, pode ser explicada pela subnotificação, que também é capaz de atuar diferencialmente sobre as categorias de exposição em sua relação com outras variáveis, como escolaridade, raça, faixa etária e região geográfica. De modo geral, entre 2007 e 2022, os casos de hiv relacionados à transmissão sexual “masculina” que foram notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) apontam um incremento da transmissão entre homossexuais (de 33,1% a 44,4%, no período, com aumento inclusive a partir de 2018), enquanto heterossexuais sofreram queda nas detecções (de 35,9% a 30,4%, no mesmo período). Uma certa estabilidade pode ser verificada em se tratando da exposição de homens bissexuais nesse mesmo intervalo, que variou de 7,7 a 8,9, entre 2007 e 2022, sendo responsável por 8,2% das infecções no período (Brasil, 2022b). Apesar de, em alguns cenários, como após os 40 anos de idade, o número de detecções em homens heterossexuais cis ser maior que o de homossexuais, essa previsão ainda não ocorreu, sobretudo pois, caso se concretize, a diminuição de casos entre gays e outros HSH deverá ser observada em faixas etárias inferiores, de 25 a 39 anos, intervalo em que se encontram a maioria (cerca de 65%) dos usuários da PrEP.

<sup>98</sup> O caso dos Souza chamava atenção para um grande problema à época, no Brasil e no mundo: o da transfusão de sangue, particularmente por parte de pessoas diagnosticadas com hemofilia, como Betinho e os irmãos, doença eminentemente genética e hereditária que afeta quase que exclusivamente quem nasce com cromossomos XY. A hemofilia compromete a coagulação do sangue e provoca hemorragias e sangramentos, caso não tratada. Sua terapêutica objetiva a reposição dos chamados fatores coagulantes, proteínas responsáveis pela coagulação sanguínea, via infusão intravenosa, a qual deve ser realizada periodicamente. Antes de 1988, a comercialização de sangue – remunerada a quem doasse o fluido – não apenas era permitida no Brasil, mas correspondia a 70% dos estoques do país (Rossini, 2020). Segundo uma matéria do *Jornal do Brasil*, assinada por Júlio Fernandes (1988), de setembro de 1988, 80% das pessoas com hemofilia haviam se infectado com o

Herbert Daniel e Cazuzza, casos que vieram a conhecimento público no decorrer dos anos de 1980. Na década seguinte, algumas mulheres serão relacionadas à aids, como as atrizes globais Claudia Magno e Sandra Bréa, a primeira brasileira famosa a assumir publicamente sua sorologia, em 1993. A partir daí, Bréa manifesta o interesse de levar informação sobre a doença e dedica várias entrevistas sobre o assunto à imprensa. Em 1997, protagoniza uma campanha do Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA) e faz uma participação especial no último capítulo da novela *Zazá*, da TV Globo, em que não representa nenhuma personagem, mas fala de si mesma a partir desse lugar novo, o da soropositividade. Uma capa da revista *Veja* com a atriz, publicada logo após a descoberta de seu diagnóstico, reproduz bem esse novo nexos epidemiológico que se estrutura a partir dos anos 1990: na manchete, em caixa alta, lê-se “MULHERES E AIDS”, seguida do subtítulo “Cresce o número de vítimas femininas da doença”. Assim, e de modo ainda bastante tímido, as mudanças no perfil epidemiológico da doença serão acompanhadas da entrada tardia de um novo rosto ao dispositivo da aids: o da mulher cis, heterossexual, monogâmica, eventualmente casada e com filhos, que muitas vezes contrai o hiv de seu parceiro ou marido.

Uma segunda observação importante sobre a transmissão vertical é que um espaço de segurança começa a se tentacularizar a partir do corpo da mulher soropositiva, particularmente daquela que é cis, heterossexual e reprodutora, um sujeito ausente tanto dos grupos de risco, como da memória discursiva acerca da infecção até aquele momento – e, em boa medida, até hoje – em direção ao seu útero e ao embrião em formação. Após o parto, os recém-nascidos (RNs) serão os primeiros corpos vivos a receber AZT não exatamente como parte de uma terapêutica para o tratamento do hiv/aids, mas na forma de uma profilaxia, a fim de impedir sua infecção desde a mãe, que, dentre outras intervenções preventivas a

---

hiv através de transfusões no Rio de Janeiro. Nenhuma transmissão havia se dado nos hemocentros ligados ao Estado. A proibição da venda de sangue veio somente com a Constituição, e Betinho foi uma das vozes, durante a discussão que antecedeu a publicação da carta, a denunciar o comércio de sangue e cobrar responsabilidade por parte do Estado e dos bancos de sangue privados pelas contaminações com fluido transfundido. Em agosto de 1988, discursou na Câmara de Deputados: “A tragédia da aids é a tragédia da morte, que passa por este sistema de saúde marcado pela comercialização, pelo lucro e pela impunidade”, resgata Rossini (2020). Naquele ano, o sociólogo que cofundou o Instituto Brasileiro de Análises Estatísticas e Econômicas (Ibase) e a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), símbolo do combate à fome e à desigualdade social, já havia perdido os dois irmãos por complicações da aids: Henfil partiu em janeiro, e Chico Mário em março.

serem realizadas durante a gestação e após o parto, deverá ter a lactação inibida e não poderá amamentá-lo. Nesse sentido, embora a transmissão do hiv por via sexual fosse estatisticamente mais significativa que a vertical, a primeira ação profilática, por meio do emprego de ARVs, no dispositivo da aids, ocorre sobre o recém-nascido, a fim de que o vírus seja neutralizado e, com isso, não salte para a próxima geração<sup>99</sup>.

Na genealogia dos prazeres baseados em ARVs, que atualmente permitem o encontro de pessoas em TARV com outras em PrEP numa paisagem de supressão extrema do risco de infecção, há RNs de vários lugares do mundo, desde a década de 1990, recebendo a primeira dose oral de AZT até quatro horas após seu nascimento, preferencialmente ainda na sala de parto, e depois a cada 12 horas, durante 28 dias (Brasil, 2018c, 2022c).

Na década anterior ao PACTG 076, que seria afinal adotado por diversos países, outro espaço de segurança é desenhado pela primeira vez, mas não em torno da transmissão vertical, tampouco sexual, e sim sobre uma via de exposição que, em algumas localidades, correspondia à metade dos casos de aids relatados em 1980: o compartilhamento de seringas e agulhas por parte de usuários de drogas injetáveis. Em 1987, uma iniciativa pioneira em São Francisco (EUA) abordou a questão de uma maneira diferente da usual repressão ao uso promovida pela chamada “guerra às drogas” (*war on drugs*), política iniciada pelo governo do então presidente Richard Nixon (1969-1974), que em 1971 elegeria o consumo de tais substâncias como “o inimigo número um dos Estados Unidos”, mas buscando torná-lo mais seguro e, com isso, reduzir novas infecções pelo hiv. Assim, a primeira ação preventiva com esse novo enfoque, como era de se esperar nos Estados Unidos da década de 1980<sup>100</sup>, não partiu do Estado, e sim da sociedade civil, por meio da San Francisco Aids Foundation’s (SFAF). A estratégia, que buscava incentivar a

---

<sup>99</sup> Vermelho, Simões Barbosa e Nogueira (1999, p.370) assim refletem acerca do nexos entre mulheres e aids na década de 1990: “A recente preocupação com as mulheres em idade reprodutiva vem ocorrendo muito mais em função dos filhos infectados que estas estão gerando ou podem gerar. Assim, as mulheres comuns, as donas de casa, mães de famílias e, especialmente as pobres, que têm pouco ou nenhum acesso às informações e serviços, estão sendo negligenciadas ou abordadas somente em seus momentos de reprodução (quando grávidas)”.

<sup>100</sup> Não apenas em relação à política de guerra às drogas, que perseverou desde então, mas também em se tratando do retumbante silêncio e da omissão por parte do presidente Ronald Reagan (1981-1989) diante da eclosão da epidemia de aids nos Estados Unidos. Reagan só reconheceu a doença publicamente no segundo semestre de 1985, três anos após a avolumação dos casos no país, que contabilizaria mais de 5.600 mortes pela doença até o final daquele ano, a maioria delas de homens gays.

higienização das agulhas e seringas por meio de sua lavagem com alvejante doméstico (*bleach*) e água, processo que deveria ser repetido entre uma “picada” e outra, recebeu o selo da redução de danos (*harm reduction*)<sup>101</sup>.

Les Pappas, diretor das campanhas de prevenção ao hiv da organização no período de 1984 a 1994, conta que tudo começou com um cartaz informativo, que trazia o desenho de uma garrafa de alvejante junto à informação de que a água sanitária mataria o “vírus da AIDS”, além das instruções para proceder a limpeza do material (SFAF, 2022). O design da garrafa, contudo, segundo a *Clorox*, empresa de produtos de limpeza estadunidense, lembraria muito os da própria marca e, como não desejava ser associada nem ao hiv, nem ao uso de drogas (e, muito provavelmente, tampouco à homossexualidade), solicitou a descontinuidade do material. Foi aí que Les Pappas mandou confeccionar para si mesmo um traje de corpo inteiro, que fosse capaz de condensar semioticamente a nova mensagem de redução de danos: muito similar ao *Superman*, a fantasia era composta de uma roupa justa, com a letra “B” estampada no meio do peito, botas amarelas e uma capa vermelha; já a cabeça era encoberta por uma máscara com o formato de garrafa de alvejante, com olhos arregalados, nariz e um sorriso torto. Seja representado em anúncios, seja em aparições públicas e ações de rua, carregava sempre uma seringa gigante, outro dispositivo central da estratégia (ver Figura 2, a seguir). Assim nascia *Bleachman*, o super-herói da redução de danos.

---

<sup>101</sup> A história da redução de danos costuma ser contada a partir de 1926, com a divulgação do *Relatório de Rolleston (The Rolleston Report)*, referência a Humphry Rolleston, médico inglês e presidente da *Medical Society of London* que liderou um comitê sobre dependência de morfina e heroína para o governo do Reino Unido naquele ano. No documento, o comitê, composto principalmente por médicos, descreve como legítimos os tratamentos clínicos baseados na prescrição de tais substâncias, em dosagens mais baixas que as usuais e de acordo com um princípio de redução gradual, uma vez que a abstinência produziria sintomas graves, dificilmente tratáveis com outras terapêuticas (ROLLESTON et al., 1926). Desde 1992, a *Harm Reduction International*, organização que surge dois anos antes com o objetivo espalhar conhecimentos e práticas em torno da redução de danos e ampliar a resposta ao hiv e à prática insegura de injeção de drogas, segundo sua página institucional ([www.hri.global](http://www.hri.global)), concede anualmente um prêmio – o *Rolleston Award* – para pessoas, grupos e organizações com notáveis contribuições à RD em âmbito internacional. Em 2001, único ano em que uma iniciativa brasileira esteve no rol dos agraciados, o prêmio foi concedido a Fábio Mesquita (ver adiante). Após o *Relatório de Rolleston*, estratégias de redução de danos podem ser localizadas na Holanda, a partir de 1980, com foco na transmissão das hepatites virais, e são potencializadas e ampliadas nos anos seguintes, quando da eclosão da epidemia de hiv/aids. Ver Mesquita (2001, 2020), Passos e Souza (2011), Surjus e Silva (2019), entre outros.

Figura 2 – Anúncio do *BleachMan* (1988)

Fonte: SFAF (<https://www.sfaf.org/>)

No Brasil, a primeira estratégia de redução de danos – por aqui também conhecida pelas iniciais RD – na saúde pública também se estabeleceu a partir da aids. O ano era 1989 e, na cidade portuária de Santos (SP), conhecida como a “capital da AIDS” no país, mais da metade das infecções pelo hiv eram provenientes do compartilhamento de seringas para o uso de cocaína injetável (Mesquita, 2001, 2020). A prefeitura da cidade tomou então um caminho distinto daquele proposto pela SFAF: em vez de incentivar a higienização, instituiu o Programa de Troca de Seringas (PTSs), que operacionalizaria sua distribuição aos usuários de drogas injetáveis (UDIs), a fim de que fossem utilizadas uma única vez. A política foi denunciada pelo Ministério Público Estadual, com base em um artigo da Lei nº 6.368/1976, vigente à época, que acusava o então secretário municipal de Saúde, David Capistrano, e o coordenador do Programa Municipal da Luta Contra a Aids de

Santos, Fábio Mesquita, do crime de tráfico<sup>102</sup>. A implementação da estratégia foi postergada em decorrência da judicialização e acabou sendo executada pelo Instituto de Estudos e Pesquisas em Aids de Santos (IEPAS) anos depois. Mesquita pondera o seguinte sobre a formulação da estratégia naquele final de 1980:

Reduzir os danos era uma proposta mais objetiva e pragmática, visto que considerando ser o comércio ilícito de drogas o terceiro maior produtor de riquezas no planeta, não havia como se iludir de que ele acabaria com políticas públicas toscas e fracassadas, como a “guerra contra as drogas” (Mesquita, 2020, p.11-12).

Tanto nos Estados Unidos, como no Brasil, o dispositivo da redução de danos entra em rota de colisão com os poderes jurídicos, psiquiátricos e religiosos vigentes, com o que Passos e Souza (2011) entendem como “paradigma da abstinência”, configurado a partir de instituições e investimentos disciplinares – a prisão, o hospital, a internação compulsória, a comunidade terapêutica, etc – e de processos de subjetivação engajados na produção e no tratamento dos usuários de drogas como doentes e criminosos. A RD, pelo contrário, contrapõe-se ao dispositivo da abstinência uma vez que não almeja a “ideia transcendental de cura”, como caracterizam os autores, mas busca o gerenciamento dos danos – e dos riscos – a partir de um lugar que não é o das substâncias ilícitas, mas o do usuário, de sua autonomia e, também, segundo essa perspectiva, do cuidado: “Enquanto a abstinência está articulada com uma proposta de remissão do sintoma e a cura do doente, a proposta de reduzir danos possui como direção a produção de saúde, considerada como produção de regras autônomas de cuidado de si” (Passos; Souza, 2011, p.160). A partir dos anos 2000, a RD irradia-se para além da prevenção ao hiv, sendo incluída, pelo MS, como uma diretriz, alternativa ao proibicionismo e à abstinência, para o tratamento da dependência do álcool e de outras drogas. Ao longo do tempo, o dispositivo mobilizou resistências por parte de diversos campos,

---

<sup>102</sup> Dois anos antes, em 1987, a Operação Tarântula colocaria em ação uma política de segurança pública e higienização social contra travestis e mulheres trans na cidade de São Paulo sob, dentre outros, o propósito da prevenção do hiv/aids, por meio de prisões arbitrárias, espancamentos e humilhações. Uma notícia do *jornal Folha de São Paulo*, de 1º de março daquele ano, trazia como título: “Polícia Civil ‘combate’ a Aids prendendo travestis”. Aquilo que seria uma ameaça à saúde da sociedade, o vírus hiv, no entanto, era agenciado como proteção diante da violência policial, conforme relembra a ativista Neon Cunha: “A negligência do Estado e de seus agentes não encarava o vírus com a responsabilidade devida. Sendo assim, qualquer contato com nós, trans e travestis, era perigoso. Virou um instrumento de sobrevivência para nós porque eles tinham medo de nos encostar e se contaminarem” (*apud* Nascimento, 2023). Sobre a operação, ver Cavalcanti, Barbosa e Bicalho (2018).

da psiquiatria à religião, além de diversas tentativas de criminalização de suas práticas (Maronna, 2020; Vasconcelos, 2023).

Mais de quinze anos separam a publicação do PACTG 076 de um conjunto de pesquisas que hoje fundamentam a noção de Tratamento como Prevenção (TcP) – TasP (*Treatment as Prevention*), em inglês – e, mais recentemente, o entendimento de que “Indetectável=Intransmissível”, representado pela fórmula “I=I”. Publicado em janeiro de 2008, contudo, um documento elaborado por médicos filiados à Confederação Federal Suíça de AIDS (CFS) precipitou uma controvérsia global acerca do assunto ao afirmar que pessoas soropositivas em tratamento antirretroviral (TAR) eficaz (equivalente, para os especialistas, à carga viral – CV – abaixo do limiar de detecção por exames laboratoriais – 40 cópias/ml – por, pelo menos, seis meses, em acompanhamento médico, sem úlcera genital aparente e negativadas para outras ISTs) não transmitiriam o vírus por via sexual (Vernazza *et al.*, 2008). No texto, a CFS manifestava o interesse de aliviar os temores de pessoas soropositivas e soronegativas a fim de permitir que algumas das cerca de 17 mil que, naquele momento, viviam com hiv na Suíça, pudessem ter uma vida sexual “quase ‘normal’ [sic]”.

Antes de apresentar os dados epidemiológicos e biológicos que embasariam tal declaração (trata-se, afinal, de um acordo firmado entre especialistas), os médicos constituem um outro lugar para validar a asserção acerca da intransmissibilidade, que é o da observação e da prática clínicas aperfeiçoadas durante as décadas anteriores do dispositivo da aids. Assim, em uma analogia histórica, tanto por fazer referência a eventos pregressos, como por associar o sexo sem preservativo a uma zona do corpo mais desinvestida de perigo, os médicos comparam o imbróglio em torno da infecção por via sexual no caso de pessoas em TARV eficaz ao beijo na boca, via de transmissão que até então nunca havia sido demonstrada cientificamente e que, desde 1986, era publicamente descartada. A mesma ausência de comprovação é agora levantada para justificar a mensagem dos médicos suíços de que embora não se possa afirmar que a infecção seja impossível nas condições por eles previstas, ela seria “certamente improvável”.

O documento estratifica o significado do acordo a diferentes agentes do dispositivo da aids suíço, inclusive para o sistema de justiça, abordando a criminalização de eventuais infecções pelo hiv. Para todos os efeitos, os médicos reiteravam que pessoas soropositivas sem outras ISTs e em TARV eficaz não

transmitem sexualmente o hiv, não poderiam, portanto, representar uma tentativa de espalhar doença perigosa ou de produzir uma lesão corporal grave, crimes descritos no Código Penal suíço (Vernazza *et al.*, 2008). A declaração foi recebida com alento por pessoas vivendo com hiv (PVHIV), uma vez que, em vários países, a judicialização do tema pairava como uma ameaça constante, seja nos casos de relações sexuais sem preservativo consentidas, em que a PVHIV informava seu *status* sorológico, ou até mesmo quando o intercuro ocorria com o uso do preservativo, mas sem a informação da sorologia positiva ao hiv (quando sabidamente conhecida). Em algumas legislações, aliás, a criminalização poderia ocorrer mesmo que o contato sexual não resultasse em transmissão. Abordagens sensacionalistas da mídia sobre o funcionamento de “clubes do carimbo” e acerca da existência de “transmissores em série”, além de lendas urbanas que em muitas localidades insuflam o imaginário acerca da transmissão intencional, são elementos que, em diversos países, inclusive no Brasil, contribuem para que o tema, que segundo especialistas e ativistas diz respeito unicamente ao campo da saúde pública, seja tensionado a ponto de resvalar para a esfera da justiça penal<sup>103</sup>. Esse é apenas mais um dos pontos em que lei, disciplina e segurança se cruzam no dispositivo da aids.

A chamada “Declaração Suíça” (*Swiss Statement*), como ficou conhecida, não despertou somente a atenção de profissionais e de PVHA daquele país, mas se transformou em uma espécie de manifesto político que governos, organizações de saúde internacionais, ONGs e movimentos sociais não poderiam simplesmente ignorar. “Não apenas [a proposta suíça] é perigosa, é [também] enganosa e não

---

<sup>103</sup> Na última vez que este debate foi reaceso no Brasil, em 2015, grande parte da motivação adveio justamente da veiculação de uma matéria pelo programa *Fantástico*, da *Rede Globo*, acerca da transmissão deliberada do vírus entre homossexuais por um suposto “clube do carimbo” em São Paulo. Na reportagem, sensacionalismo criminal e omissão de informação – embora a PEP tenha sido mencionada como ferramenta preventiva pós-exposição, em nenhum momento o entendimento em curso acerca da intransmissibilidade em PVHIV com carga viral indetectável foi levantado – misturam-se para que homossexualidade, doença, crime, perigo e morte operem na mesma cadeia semântica e à luz do dispositivo legal, que é provocado a oferecer respostas no âmbito jurídico. No mês anterior à matéria ir ao ar, em fevereiro de 2015, inclusive, o deputado Pompeo de Mattos (PDT/RS) havia apresentado um projeto de lei – PL nº 198/2015 – que buscava acrescentar um inciso à chamada lei dos crimes hediondos (Lei nº 8.072/1990), com a seguinte redação: “IX – Transmitir e infectar, consciente e deliberadamente a outrem com o vírus da AIDS”. A proposta em questão reapresentava o PL nº 130/1999, de autoria do então deputado Enio Bacci, de mesmo partido, que havia sido arquivado em janeiro daquele mesmo ano. Em 2017, a relatora, deputada Laura Carneiro (PMDB/RJ) emitiu um parecer pela rejeição do projeto e de seus apensados. Meses depois, Pompeo de Mattos solicitou o arquivamento da proposição. Sobre a criminalização da transmissão do hiv no país, ver Pereira e Monteiro (2015), Guimarães (2016) e Oliveira (2022).

considera as implicações de fatos biológicos envolvidos na transmissão do HIV” avaliaria Jay Levy, diretor do Laboratório de Pesquisas Virais de Tumor e Aids da Universidade da Califórnia, conforme matéria da *Agência Estado* (2008) do final daquele mês de janeiro. Já para o então diretor de Prevenção, Cuidados e Tratamento do HIV da OMS, Charlie Gilks, as provas não eram conclusivas, logo não havia garantia de que ninguém seria infectado. Com essa observação, justificava a manutenção do posicionamento da OMS, o qual elegia o preservativo como o único dispositivo de prevenção recomendável e seguro: “Nós não vamos mudar em nada nossas recomendações muito claras de que as pessoas continuem a praticar sexo seguro, protegido com camisinha, em qualquer relação” (Agência Estado, 2008).

No segundo semestre daquele mesmo ano, durante a XVII Conferência Internacional de AIDS, que ocorreu na cidade do México, a Declaração Suíça (DS) esteve no centro do debate. Antes mesmo da abertura do evento, um painel com especialistas, dentre eles Pietro Vernazza, da equipe de médicos que assinava o documento, buscou discutir as principais implicações de suas mensagens. Em um artigo sobre o evento para o *NAM – aidsmap*, Edwin J. Bernard (2008, tradução minha) recupera parte da controvérsia e, o mais importante aqui, o conhecimento emergente à época de que o sexo sem preservativo entre parceiros sorodiferentes (ou de *status* sorológico desconhecido) e não-monogâmicos já era praticado por “[...] um pequeno grupo de homens gays bem-informados com carga viral indetectável em países desenvolvidos” (Bernard, 2008, tradução minha).

De fato, alguns estudos publicados anos antes tentavam mapear esse fenômeno, que, em boa medida, acontecia ao largo do embate entre cientistas e especialistas, uma vez que a relação entre os ARVs, a CV e a transmissibilidade era constituída desde, pelo menos, 1994, com a publicação do ensaio clínico que empregou profilaticamente o AZT com o objetivo de reduzir a transmissão vertical (Connor *et al.*, 1994), e que, desde então, embora não suficientemente demonstrada cientificamente, tal relação era, em maior ou menor grau, aceita ou pressuposta e que, além disso, difundia-se para além do campo biomédico e científico, entre PVHA e também entre soronegativos. Uma das pesquisas a abordar esse fenômeno, a primeira, segundo os próprios pesquisadores, a mostrar que “[...] HSH discutem e usam a informação sobre sua própria carga viral ou a do parceiro para decidir sobre quais práticas se envolver com parceiros sorodiscordantes” (Guzman *et al.*, 2006, p.

985, tradução minha) encontrou um universo um pouco mais amplo do que o de um “pequeno grupo”: 1 em cada cinco homens que faziam sexo com homens (HSH) de São Francisco (EUA) afirmava, em 2001, utilizar a CV como um critério para tomar decisões sobre relações sexuais sem preservativo. Outro estudo, realizado em Boston (EUA), abordou a adoção de comportamentos sexuais por parte de HSH soropositivos a fim de reduzir o risco de infecção de seus parceiros. Cerca de dois terços dos participantes (64%) acreditavam que a CV afetava a probabilidade da transmissão e 3% que ela não seria possível se estivesse indetectável (Mimiaga *et al.*, 2007).

Ou seja, antes mesmo da Declaração Suíça e dos ensaios clínicos que, na década seguinte, validariam uma evidência inicialmente avaliada como controversa e perigosa, inclusive por parte da comunidade científica, a eleição da carga viral sob uso da TARV como um elemento capaz de abalar os padrões de segurança relacionados ao sexo sem preservativo já estava em curso e era experimentada, em vários países, por casais sorodiferentes, formados sobretudo por gays cis. Essa elaboração marginal aos saberes especializados e científicos, que em geral determinam o que é válido e verdadeiro em uma dada sociedade, constituem, nos termos de Foucault, seus “saberes subjugados” ou “populares” (*le savoir des gens*):

[...] todo um conjunto de saberes que foram desqualificados como inadequados à sua tarefa ou insuficientemente elaborados: saberes ingênuos, localizados na parte inferior da hierarquia, abaixo do nível exigido de cognição ou cientificidade [...] um saber particular, local, regional, um saber diferencial incapaz de unanimidade e que deve a sua força apenas à dureza com que se opõe a tudo que o rodeia [...] (Foucault, 1980 [1976], p.82, tradução minha).

Nesse sentido, foram gays cis que assumiram, desde 1980, o pioneirismo na prevenção do hiv/aids, amplificando o uso do preservativo diante dos apelos a uma “quarentena sexual” ao mesmo tempo em que apontavam o controle biomédico da sexualidade que se valia da aids para sua execução, desenhando, a partir daí, um inaudito campo de resistências à normalização, inclusive por meio do *barebacking* (Dean, 2009, 2015). Esse mesmo protagonismo também se fez presente na divulgação de estratégias como a redução de anos e, em anos mais recentes, na implementação da PrEP. Considerando especialmente o traçado histórico da indetectabilidade, a *Gay Science* (Foucault, 2011 [1978]) se adiantou à ciência biomédica e assoprou seus achados empíricos aos quatro ventos. Sem esse *spoiler*, em que pé estaria hoje a solidificação desta evidência?

O diálogo a seguir, entre G. (36 anos, 11 em TARV) e um de seus parceiros, Y. (29 anos, 2 em PrEP), descreve a realização de um experimento bastante ordinário e prosaico, do qual muitos gays cis podem ter participado ao longo da vida:

- G.: Acho que [namorei] três ou quatro anos com o [nome do ex-parceiro]. **A gente nunca usou preservativo. A gente nunca usou preservativo, e ele nunca tomou PrEP. E ele nunca contraiu nada. Então já era bem tranquilo, desde 2014**, quando eu comecei a namorar com ele.

- Y.: Na verdade **foi muito na prática, né?** Com seu ex?

- G: Foi, porque nunca, nunca usei camisinha com meu ex, e ele nunca pegou nada. E mesmo depois que a gente terminou eu perguntei pra algumas amigas em comum, “Ó, e aí, tivesse alguma notícia, aconteceu alguma coisa lá [com o ex]?”. **Não aconteceu nada.**

Se me demoro um pouco neste acontecimento que foi a DS e suas reverberações é porque ela antecipa e retoma uma série de questões acerca do jogo constante entre mecanismos legais, disciplinares e de segurança no dispositivo da aids. Trata-se, de fato, de um episódio que exprime, a nível global, o problema central de um dispositivo securitário: o da potencialização entre liberdade e segurança, a qual envolve a avaliação permanente dos riscos referentes à produção dessa liberdade (Doron, 2014). Além disso, e de modo crescente, ancorado em pesquisas e evidências científicas, mas também em práticas sexuais que se modificam com a incorporação das novas tecnologias farmacológicas, trata-se de produzir conhecimento, fármacos e prazeres que partem de cenários em que o recurso preventivo por excelência desse dispositivo, o preservativo, está ausente ou não ocupa a centralidade da cena preventiva. Desse modo, quaisquer evidências que indiquem algum grau de êxito por parte de uma determinada tecnologia na profilaxia do hiv serão logo inseridas em um espectro comparativo com ele: argumentos pró-preservativo acompanharão não somente essa discussão acerca da (in)transmissibilidade, mas também serão exaustivamente explorados quando da implementação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). Não é à toa que Vernazza, acompanhado de outros médicos e pesquisadores, recorrerão ao preservativo em suas comparações, indicarão suas falhas e, mais amplamente, seu insucesso no controle da epidemia. Em contrapartida, ele será repetidamente apontado, como fizeram a OMS e o CDC em suas manifestações à DS, como a única ferramenta segura e responsável pelo “sexo protegido”.

Os principais acontecimentos que sucedem a DS na direção de um fortalecimento da relação entre a indetectabilidade e intransmissibilidade se dão a partir de 2010. Um ensaio clínico iniciado em 2005 com mais de 1760 “casais

sorodiscordantes”, em sua maioria heterossexuais (97%), demonstrou uma redução relativa de 96% no número de transmissões relacionadas ao hiv-1 com o emprego precoce da TARV em comparação com o grupo que receberia a terapia tardiamente. Ambos os grupos seriam acompanhados até 2015, porém, em abril de 2011, um conselho independente recomendou que os resultados fossem divulgados o mais rapidamente possível, uma vez que, das 28 infecções registradas até aquele momento, apenas uma havia ocorrido no grupo da terapia precoce<sup>104</sup>; as demais transmissões estavam vinculadas ao grupo da terapia tardia e, além disso, ocorreram enquanto o participante infectado pelo hiv-1 ainda não havia iniciado terapia antirretroviral (Cohen *et al.*, 2011).

Identificado pela sigla HPTN 052, o estudo foi capa da edição de dezembro de 2011 da *Science* e recebeu o *Breakthrough of the Year*, prêmio anual concedido pela revista a desenvolvimentos significativos no campo da pesquisa científica. No texto que anuncia o prêmio à pesquisa, assinado por Jon Cohen (2011, p.1628, tradução minha, grifos meus), as aspas de Anthony Fauci, principal cientista estadunidense ligado ao governo do país, permitem ver a mudança na avaliação acerca dos resultados da pesquisa, muito distante dos comentários a propósito da DS por parte da OMS e do CDC estadunidense: “Nós devemos simplesmente esquecer e deixar para trás a ideia de uma tensão entre tratamento e prevenção, porque **tratamento é prevenção**”. Acenos para esse novo espaço de segurança, em torno da PVHA e da TARV que, sob o mote da adesão, começa a ganhar forma no dispositivo da aids.

Outros grandes estudos publicados no último decênio auxiliariam na sedimentação do reconhecimento do duplo benefício dos ARVs. Um deles, que ficou conhecido como “Partner” (*Partners of People on ART – A New Evaluation of The Risks*), foi realizado em países da Europa e, em sua primeira fase (*Partner 1*), de 2010 a 2014, recrutou 1166 casais sorodiferentes, hétero e homossexuais, cujas relações sexuais ocorriam sem o uso de preservativo. Durante o acompanhamento, os casais relataram uma média de 37 relações sem camisinha durante o ano, o que, no período estudado, correspondeu a aproximadamente 22 mil atos sexuais entre os HSH e 36 mil entre heterossexuais participantes. Embora 11 parcerias negativas

---

<sup>104</sup> A infecção ocorreu cerca de um mês após o início da TARV pela PVHA, o que provavelmente não foi o bastante para que reduzisse a CV a ponto de alcançar a indetectabilidade.

tenham soroconvertido no curso do estudo, nenhuma delas esteve ligada ao parceiro viralmente suprimido, como apontou a análise filogenética dessas transmissões (Rodger *et al.*, 2016).

A segunda fase do estudo – *Partner 2* – buscou equalizar o nível de evidência para o risco de transmissão do hiv entre casais homossexuais com aquele já disponível acerca da infecção por heterossexuais, envolvendo, por isso, somente “casais gays sorodiferentes”. Entre 2010 e 2017, 972 casais com esse recorte foram recrutados, resultando em um total de 76.088 atos sexuais sem preservativo. Das 15 soroconversões registradas, novamente nenhuma delas estava conectada filogeneticamente à parceria soropositiva, garantindo uma taxa de transmissão igual a zero. Segundo os pesquisadores, os resultados apoiavam o entendimento “U=U”, de que indetectável é igual a intransmissível (*undetectable equals untransmittable*), mencionado a seguir, e “[...] sugerem que o risco de transmissão do HIV em casais homossexuais através do sexo sem preservativo quando a carga viral do HIV é suprimida é **efetivamente zero** (Rodger *et al.*, 2019, p.2428, tradução minha, grifos meus).

Finalmente, um último estudo que cabe menção é o *Opposites Attract*, que incluiu 343 casais formados por homens sorodiferentes e, dos 16.800 intercursos anais sem preservativo analisados, não encontrou nenhuma infecção decorrente da parceria positiva (Bavinton *et al.*, 2018). Quando agregados os três estudos (*Partner 1 e 2 e Opposites Attract*), os resultados sobre casais sorodiferentes reúnem mais de 150 mil intercursos sexuais sem nenhuma infecção ligada à parceria soropositiva identificada. Além disso, tais achados ultrapassaram a Declaração Suíça ao desvincular a presença de outras infecções sexualmente transmissíveis de suas conclusões, ou seja, mesmo na presença de ISTs a transmissão sexual do hiv não foi aumentada (porque é zero).

No início de 2016, a *Prevention Access Campaign* ([www.preventionaccess.org](http://www.preventionaccess.org)), movimento formado por pessoas vivendo com hiv e pesquisadores com o objetivo de promover a mensagem acerca da intransmissibilidade, lançou a campanha global “Undetectable=Untransmittable (U=U)” – “Indetectável=Intransmissível (I=I)”. De acordo com um editorial da revista *The Lancet*, de novembro de 2017, até aquele momento mais de 400 organizações, de 60 países diferentes, abraçavam o slogan, inclusive o CDC estadunidense (THE LANCET, 2017). Seria somente no ano seguinte, contudo, que o UNAIDS, principal

agência internacional sobre hiv/aids, ligada à Organização das Nações Unidas (ONU), emitiria uma nota explicativa, com a qual se juntaria ao movimento:

O UNAIDS endossa o conceito de indetectável = intransmissível. Existe um forte consenso científico de que as pessoas vivendo com HIV que fazem o uso da terapia antirretroviral de maneira eficaz e que possuem carga viral indetectável, não transmitem o HIV sexualmente (UNAIDS, 2018a, s.p).

Apesar do aparente clima de consenso, o imbróglio em torno da indetectabilidade e o que ela pode significar para as pessoas vivendo com hiv segue, no dia a dia, um território de disputas, muitas vezes silenciosas, já que o tema pode inclusive ser ignorado pelos profissionais da saúde, quanto ao entendimento, digamos, político-sexual desse *status*. Porque seu valor terapêutico já está demonstrado: a indetectabilidade, no dispositivo da aids, corresponde hoje ao principal índice do progresso da TARV, acompanhado do acréscimo das células CD4. Ao entrevistar, no ano de 2017 (antes da nota do UNAIDS, porém já com um vigoroso conjunto de evidências disponíveis, em parte aqui apresentadas), quatro infectologistas vinculados ao Serviço de Assistência Especializada (SAE) em Salvador (BA), Silva, Duarte e Lima (2020) expõem, contudo, as dificuldades dos profissionais em se comunicar sobre o assunto com seus pacientes: quando abordada no consultório, a “intransmissibilidade” acaba sendo descaracterizada e preterida por construções do tipo “diminui a chance de transmissão”, “o risco é mínimo”, “não há 100% de certeza”, “o risco é baixíssimo”, “indetectável é momentâneo”, entre outras.

Os profissionais ouvidos por Silva, Duarte e Lima (2020) oferecem basicamente dois conjuntos de reticências à asserção de que “I=I”. O primeiro diz respeito à indetectabilidade em si mesma, que diria respeito tão somente ao momento do teste, logo sua extensão a todos os outros dias e momentos da vida ordinária da PVHIV não seria possível, uma vez que, argumentam, a CV pode flutuar devido a uma série de questões (além da adesão ao tratamento ou mesmo da alteração no horário da ingestão do medicamento), como, por exemplo, em razão vacinas e infecções, as quais poderiam ocasionar uma ativação imune, os chamados *blips*. O intrigante é que os infectologistas entrevistados aventam hipóteses que sequer foram consideradas, ou mesmo que foram descartadas, pelos estudos observacionais citados, como interferências que comprometeriam a aceitação de que “I=I”. De outro lado, os profissionais lembram que o sexo sem

preservativo – e é disso que se trata, afinal – não previne outras ISTs e, no caso da PVHIV, pode originar uma reinfecção (a infecção por uma outra cepa do vírus), o que poderia torná-lo resistente aos medicamentos empregados até então, exigindo a definição de um novo esquema terapêutico.

Na prática, apesar de soar consensual, a comunicação acerca da intransmissibilidade – quando existe – pode apresentar tantos pormenores e condicionantes a depender da instância de avaliação que, quando expresso, os próprios termos da asserção “I=I” são reabertos para negociação e podem ganhar uma interpretação avessa ao entendimento que, temos observado, solidifica-se há décadas. Parece existir, assim, por parte dos profissionais da saúde (e do discurso científico, de forma geral), uma seleção cuidadosa dos efeitos e dos significados do que representa uma CV indetectável: admite-se seu valor terapêutico, porém desdobramentos fora do âmbito do consultório, naquilo que poderia ensejar mudanças no uso do prazer pela PVHIV, são controlados através da suspeição de alguns fundamentos que, paradoxalmente, apoiam o tratamento em si mesmo<sup>105</sup>.

A indetectabilidade também é frequentemente mobilizada pelos médicos como um argumento para o desincentivo ou mesmo negativa diante de um pedido de substituição do esquema terapêutico caso ele apresente efeitos colaterais indesejáveis. Além de várias outras barreiras de informação entre médico e paciente no que se refere à infecção, a PVHIV é muitas vezes compelida a aceitar adversidades dos medicamentos como parte do tratamento em si mesmo, normalizando os efeitos colaterais sob a justificativa de que “o vírus está controlado [indetectável]” e de que outros biomarcadores se encontram em níveis satisfatórios. Nesse sentido, Valle (2010, p.42) atenta para essas outras tecnologias biomédicas centrais à construção da soropositividade, como o teste anti-hiv e, a partir dele, para

---

<sup>105</sup> Um dos infectologistas ouvidos por Silva, Duarte e Lima (2020, p.9) diz o seguinte: “[...] eles [que defendem que I=I] estão utilizando um modelo matemático pra uma coisa que não é matemática”. Nenhuma objeção a uma medicina que se recusa a funcionar como um “modelo matemático”, porém cabe notar que é essa mesma “matemática” que permite, clinicamente, que se realize o tratamento do paciente e se possa atribuir a ele um êxito ou apresentar uma alternativa diante de falhas. Em outras palavras, a indetectabilidade – essa “coisa matemática” – já é usada pela biomedicina para produzir verdade, logo parece se tratar, a propósito da fórmula “I=I”, de uma disputa em outro tipo. Nesse sentido, em julho de 2023, a OMS divulgou um documento em que destaca o risco zero de transmissão sexual do hiv por pessoas indetectáveis com adesão ao tratamento e elencou três categorias de níveis de carga viral (WHO, 2023). A ênfase no “risco zero” impulsionou a campanha #sayzero (#digazero), que se somou ao movimento I=I na divulgação da mensagem, considerada de difícil tradução. Mas, novamente, é oportuno perguntar se a questão da “intransmissibilidade” seria apenas, ou principalmente, um problema de linguagem, uma evidência de complicada compreensão, sobretudo por parte de profissionais da saúde.

a rotina de exames periódicos de “monitorização do corpo” por toda a vida, que gera expectativas ambíguas e definições de saúde mais “moleculares e sistêmicas”, reduzidas à terapêutica do hiv/aids: “[...] as concepções do bem-estar de uma pessoa soropositiva passam a se associar aos exames de carga viral e do funcionamento imunológico”.

Finalmente, a hesitação diante da intransmissibilidade se revela problemática à medicina também fora do consultório. Em pesquisa documental sobre o sigilo médico do diagnóstico de PVHIV no Brasil, Maciel (2019) lembra que o “paradigma I=I”, ao rejeitar o risco nesses casos, deveria ser capaz de levar à obsolescência o motivo justo, uma espécie de excludente de ilicitude que, em provocações de profissionais ao Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), autoriza a quebra de sigilo, sob a justificativa da proteção à vida de terceiros, nos casos em que o paciente soropositivo se opõe a revelar sua sorologia a seus contatos sexuais:

Ora, se outrora, a probabilidade de transmissão do vírus ao comunicante sexual se afigurava como cerne do motivo justo, autorizando a quebra do segredo pelo médico, hoje, não havendo risco de transmissão do vírus, há de se prezar pela autonomia do paciente e pela manutenção do segredo? (Maciel, 2019, p.16).

Para o autor, que analisou 32 pareceres emitidos entre 1989 e 2019 pelos órgãos da categoria, a quebra de sigilo – que deveria, segundo o Código de Ética Médica, ser a exceção – é a regra nas decisões, e as evidências científicas têm sido ignoradas ou questionadas pelos conselhos, o que enseja a contestação jurídica e a responsabilização dos profissionais envolvidos em violações dessa natureza.

Tendo em vista que, desde 1985, com o desenvolvimento dos testes de anticorpos para hiv, as categorias “positivo” e “negativo” cindem, especialmente gays cis, em torno de um “*status*”, Lee (2013, p.4-5, tradução minha) acompanha o aparecimento desse curioso personagem – o indetectável – como um novo conceito na biopolítica do hiv/aids, que introduz um terceiro elemento ao par binário, uma espécie de híbrido positivo-negativo, capaz de alavancar outras formas de subjetividade, sociabilidade e representação: “[...] o indetectável ocupa um espaço indeterminado e produz novas formas de conectividade, aumentando a capacidade de um corpo e, ao mesmo tempo, submetendo-o a um regime de controle implacável”. Esse processo, descrito como um “devir-indetectável” (*becoming-indetectable*), arrisca o autor, ainda que destaque o caráter ficcional de uma

periodização desse tipo, seria responsável por uma terceira fase, então em andamento, da sexualidade *queer*, cujos eventos antecedentes seriam Stonewall, na década de 1960, e a chegada da TARV, em 1996.

Para quem vive com hiv, o “devir-indetectável”, como já deixava ver Lee na citação anterior, pode assumir sentidos ambíguos, uma vez que é considerado uma conquista, um biomarcador capaz de determinar o êxito ou o fracasso da terapêutica, mas que não pode ser atingido sem uma adesão irrestrita ao tratamento, tampouco seria suficiente para que o uso do preservativo nas relações sexuais fosse abandonado. No limite, a experiência na direção da indetectabilidade é pautada por uma disciplina e gestão de si que pode aproximar ou afastar a pessoa soropositiva no campo das normalizações que ora habitam este dispositivo:

[...] se tornar indetectável corresponde a uma posição máxima a ser adquirida, numa **lógica pautada por um compromisso ético de “cuidado”**. Por isso, remete a um complexo feixe de contradições e “ajustes de conduta”, como **forma de aproximar os sujeitos dos limites normativos de uma identidade “normalizada”** [...] (Coitinho Filho, 2023, p.4, grifos meus).

## 2.5 A PREP, ESSE “OBJETO RELUTANTE”

Em uma matéria de 25 de maio de 2015 para a extinta *Vice Brasil*, Felipe Canale (2015) narra o caso de D, morador de São Paulo e em relação sorodiferente, que procurou a justiça para conseguir, gratuitamente, um recurso preventivo até aquele momento novo: no lugar de atuar no contexto pós-exposição, a exemplo da PEP, a tecnologia em questão seria capaz de impedir a infecção pelo hiv através de um mecanismo que não impossibilita sua entrada no organismo (como ocorre com o preservativo), mas bloqueia, previamente a sua multiplicação no interior das células, frustrando a transmissão. Reproduzo abaixo o relato de D para o jornalista:

Eu me considero casado, pois moro junto com o meu companheiro há mais de seis anos; portanto, temos uma união estável. Ele é soropositivo e eu, negativo. Durante as nossas relações sexuais, sempre usávamos camisinha, mas o medo de ela estourar sempre nos deixava apreensivos. Foi aí que o meu médico me receitou o Truvada. Li muito a respeito e concluí que essa seria a melhor solução para a minha relação, conhecida como sorodiscordante. Mas, em vez de comprá-lo, sabendo dos meus direitos, resolvi processar o governo para adquiri-lo gratuitamente via SUS. Eu perdi a primeira instância do julgamento, pois o juiz alegou que eu poderia usar camisinha ou recorrer ao SUS para me tratar caso eu adquirisse o vírus. Mas o meu advogado entrou com uma jurisprudência contra essa decisão, e a desembargadora do caso me deu a vitória, alegando que "... a saúde do soropositivo precisa ser mantida, assim como a saúde do seu cônjuge. Não proteger a esse segundo seria tão omissivo quanto não proteger o primeiro. Então, se o remédio pode proteger a saúde do segundo, que está em risco de forma inquestionável, o Estado tem de prover o remédio". Após essa sentença tão precisa, o governo não quis recorrer ao Supremo Tribunal da Justiça e a minha causa foi ganha. Faz mais de 6 meses que recebo gratuitamente o Truvada via SUS. Agora, apesar de continuarmos usando a camisinha, vivemos muito mais tranquilos, pois me sinto intensamente mais protegido (*apud* Cannale, 2015).

Embora ainda inacessível à população brasileira em 2015 e objeto de divergências no campo jurídico, a inclusão da combinação TDF/FTC, substâncias ativas do Truvada, na lista de tecnologias preventivas ao hiv oferecidas pelo SUS estava, à época, sendo avaliada pelo MS através do estudo demonstrativo *PrEP Brasil*<sup>106</sup>. Antes disso, contudo, ainda na década anterior, participantes brasileiros integraram o *iPrEx*, pesquisa pioneira sobre o uso de ARVs como profilaxia pré-exposição sexual. De 2007 a 2009, foram acompanhados 2.499 homens e mulheres trans que faziam sexo com homens, e o estudo estimou que o uso diário do medicamento proporcionou 43% de proteção adicional contra a infecção pelo hiv. Entre aqueles que apresentavam níveis detectáveis do medicamento, a redução relativa foi de 92%<sup>107</sup> (Grant *et al.*, 2010). Já o *Partners PrEP*, outro grande estudo que sugeriria a segurança e a eficácia da PrEP, foi conduzido de 2008 a 2010 com 4.747 casais heterossexuais sorodiferentes através de três regimes distintos: uso diário de tenofovir (TDF), da combinação tenofovir/entricitabina (TDF/FTC) ou de

<sup>106</sup> Desenvolvido entre abril de 2014 e julho de 2016, o *PrEP Brasil* avaliou a retenção, o engajamento e a adesão à profilaxia por parte de 450 participantes (HSH e mulheres trans) em São Paulo e no Rio de Janeiro (as cidades de Porto Alegre e Manaus foram posteriormente incluídas no estudo). Duas soroconversões ocorreram no período, e ambos os participantes apresentavam concentrações indetectáveis de TDF no momento do diagnóstico. De acordo com a interpretação dos pesquisadores (Grinsztejn *et al.*, 2018), os resultados apoiavam a eficácia e a viabilidade da implementação da PrEP no país e descartavam a compensação de risco entre os participantes.

<sup>107</sup> Não houve soroconversões entre aqueles que tomaram o medicamento quatro ou mais vezes na semana. Atualmente, a segurança e a eficácia da PrEP também estão atreladas à adesão mínima de quatro comprimidos por semana (Brasil, 2022a).

placebo. A incidência de hiv foi reduzida em 67% com o uso do TDF sozinho e em 75% com a composição TDF/FTC, em comparação com o grupo placebo (BAETEN et al., 2012). Em julho de 2012, o FDA estadunidense aprovou o outro uso terapêutico da combinação TDF/FTC, sintetizada em 2004 pela Gilead Sciences e disponível até então como parte do tratamento do hiv, na forma de uma profilaxia pré-exposição sexual (*pre-exposure prophylaxis*), abreviada como PrEP.

Convém, no entanto, adicionar uma rasura entre o Truvada, medicamento empregado exclusivamente por quase uma década na terapêutica da PVHIV e produzido pela Gilead Sciences, e a PrEP, testada e voltada a pessoas soronegativas. Não apenas as condições de agência do fármaco se alteram completamente com a nova indicação terapêutica do medicamento, agora sobre a pré-exposição sexual, como também são envoltas por relações muito particulares entre a indústria farmacêutica, a saúde pública e a complementar, a depender do país ou mesmo do estado em que são consideradas. O caráter pago – ou parcialmente subsidiado – do Truvada, protegido por patentes, motivou muitas análises a destacar uma pré-seleção de usuários por meio de sua capacidade econômica, sinalizando uma privatização da prevenção que funcionaria como uma barreira fundamental de acesso ao fármaco por parte de um sujeito preventivo cuja constituição ocorreria *pari passu* à incorporação da lógica neoliberal ao campo da saúde.

No Brasil, a implementação da PrEP pelo SUS, gratuita e livre de patentes, demandou uma ampla rede de regulações (como a elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, escolha de municípios estratégicos, criação de serviços ambulatoriais específicos, demanda por pessoal especializado, etc), sobre as quais discorrerei adiante, que merecem reflexões relacionadas ao contexto brasileiro. A própria Gilead Sciences, além disso, desempenhou um papel ambíguo no processo de validação do fármaco como tecnologia pré-exposição ao hiv: apesar da demora em reconhecer seu uso profilático, a farmacêutica forneceu, por anos, o medicamento aos participantes dos grandes estudos que validaram sua segurança e eficácia como PrEP, assim como disponibilizou uma série de recursos aos pesquisadores envolvidos em sua execução<sup>108</sup>.

---

<sup>108</sup> A farmacêutica está envolvida em acusações de abuso de poder econômico em relação a vários medicamentos, especialmente ARVs, e em diversos países. O TDF, por exemplo, foi incorporado pelo

Nesses ensaios clínicos, um sistema de verificação intracorporal e molecular, cujo principal material para apreciação transcende a palavra do participante (como tipicamente ocorre em pesquisas acerca do uso do preservativo) e alcança o seu sangue, organiza-se de modo a estabelecer uma correspondência categórica entre a eficácia do fármaco e a adesão, que rapidamente se torna uma questão central ao uso da profilaxia. “A vigilância sexual pode agora ignorar completamente a subjetividade, entrando diretamente no corpo para obter informações”, observa Dean (2015, p.231, tradução minha). Em outras palavras, é o uso irregular ou a descontinuidade no uso do medicamento que explicará as infecções observadas durante o período de acompanhamento dos estudos citados, o que equivale dizer que eventuais lacunas de proteção corresponderão necessariamente a falhas de adesão por parte do participante, identificáveis através da medição dos níveis do medicamento, especialmente do TDF, em seu plasma sanguíneo. Assim, ainda que a contagem de comprimidos integre muitos desses protocolos de pesquisa, as soroconversões identificadas serão sempre submetidas a uma investigação molecular, e os níveis de TDF circulantes funcionarão como o biomarcador capaz de determinar a verdade da infecção, desvinculando-a, no limite, de uma deficiência do fármaco em si mesmo e, por conseguinte, transferindo a responsabilidade da soroconversão ao participante.

---

SUS para o tratamento do hiv em 2003; no ano seguinte, já integrava o esquema terapêutico de primeira linha, em substituição ao AZT. Em um artigo em que analisam a evolução do preço do TDF operado pela Gilead Sciences no Brasil entre 2003 e 2010 (período em que a empresa vendeu o medicamento ao governo federal), Chaves, Hasenclever e Oliveira (2018) notam que, mesmo com o pedido pendente e, portanto, sendo possível a compra do medicamento de outros fabricantes, o laboratório conseguiu sustentar o monopólio da oferta do TDF no país, o que, estimam as autoras, correspondeu a um custo de aproximadamente 200 milhões de dólares a mais aos cofres públicos do que se o governo federal tivesse obtido o TDF genérico ofertado internacionalmente (vendido por um valor cerca de dez vezes menor que o praticado pela Gilead). No Brasil, o pedido de patente do Truvada foi negado pelo Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI) em janeiro de 2017. A Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) coordenou um Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual (GTPI) que, ainda em 2010, apresentou um parecer alegando que o medicamento (TDF/FTC) era uma combinação de substâncias em domínio público e, portanto, deveria ser livre de patentes (argumento da falta de atividade inventiva, que também foi apontado a respeito do TDF na década anterior). O parecer do GTPI da ABIA embasou a decisão final do INPI. Em 2018, a associação dedicou um boletim ao assunto, comemorando a decisão (ABIA, 2018). Recentemente, documentos internos da Gilead trazidos à tona pelo The New York Times indicam que o lançamento do TAF, versão menos tóxica do TDF, foi propositalmente atrasado pela farmacêutica, que sabia de seus benefícios, a fim de manipular o sistema de patentes e majorar os lucros (Robins; Stolberg, 2023). No Brasil, o único caso de quebra de patente de um medicamento ocorreu em 2007 com o licenciamento compulsório do efavirenz (EFV), ARV utilizado até hoje na terapêutica do hiv/aids.

Vale observar, no entanto, que esse modo de verificação, intrusivo e microscópico, não é novidade neste dispositivo: nos ensaios clínicos que subsidiaram o entendimento acerca do risco zero de transmissão por parte da parceria indetectável em uso da TARV, a dissociação das soroconversões dessas parcerias ocorria justamente por meio de análises filogenéticas do hiv, as quais indicavam que a transmissão havia sido provocada por outros contatos sexuais. As evidências construídas desde então baseiam-se na ausência desse “match viral” entre parceria soropositiva e recém-infectada a fim de outorgar a intransmissibilidade à primeira. Encontramos, portanto, no discurso da adesão à PrEP, a continuidade de um certo modo de inteligir a infecção e de produzir evidências científicas cujo acesso ao corpo, agora do soronegativo, somente parece possível porque iniciado e desbravado em décadas acumuladas de vigilância sobre a PVHIV. Em um caso ou outro, o problema que a adesão introduz ao dispositivo da aids não remete à biologia, mas ao comportamento do indivíduo, ora alvo de diligências extremas (Carvalho; Amstrong, 2016).

De fato, a retomada, pela literatura emergente sobre a PrEP, da terapêutica do hiv/aids não se encerra no tema da adesão. De um modo bastante similar ao que já foi apontado em relação à constituição de um sujeito soropositivo açambarcado pelo dispositivo biomédico, o qual nivelaria suas concepções de saúde e bem-estar a biomarcadores invisíveis a olho nu (Valle, 2010; Lee, 2013; Butturi Junior, 2016, 2019), muitas análises oferecem uma espécie de denúncia àquela que seria uma nova empreitada disciplinadora e biomedicalizante sobre a homossexualidade, comprometida com sua subjugação a um regime de “servidão molecular” (Preciado, 2015 [2021]). Na outra ponta, em ambos os casos encontramos, por parte dos usuários da TARV e da PrEP, um discurso disruptivo às reflexões que dominam a mirada sobre o tema: o monitoramento clínico e laboratorial de sua sexualidade é experimentado não exatamente na forma de um controle, mas como um processo que vai ao encontro de sua saúde, investimento comumente descrito através do discurso da autonomia e do cuidado – de si e do outro (Bittelbrunn, 2021)<sup>109</sup>. O mais curioso, no entanto (retornarei a esse ponto no próximo capítulo), é que esse

---

<sup>109</sup> Testes para outras ISTs, como sífilis e hepatites, assim como exames para acompanhamento das funções renais e hepáticas integram a rotina laboratorial periódica a que são submetidos os usuários da profilaxia.

cuidado de si, que poderia fazer da transmissão viral uma “não-questão” por agregar novos padrões de segurança ao sexo sem preservativo, é facilmente combinado, em enunciados de gays cis, com *performances de risco* que resgatam, via uso do prazer, uma memória discursiva perigosa em torno do *barebacking* e, por conseguinte, do hiv/aids, mesmo em sua impossibilidade real e agentiva.

Essa observação me conduz à provocante declaração de Dean (2015, p.229, tradução minha), para quem “[...] o sexo sem preservativo é mediado pelo Truvada mesmo quando os participantes não o tomam porque a droga se cristalizou como uma ideia mediadora sobre o que poderia ser o sexo sem preocupações entre homens no século XXI”. Cabe aqui, contudo, uma flexão inevitável a esta constatação, sem recusá-la por completo, considerando que o sexo sem preservativo entre gays cis é, desde a emergência da epidemia, portanto antes do Truvada e depois dele, mediado pelo “fantasma da aids” (Perlongher, 1987a), mesmo nas situações em que o hiv está, materialmente, ausente. Para muitos de nós, possivelmente a maioria, um mundo sem o hiv e sem a aids nunca foi possível, apesar de nos implicarmos diferencialmente com este dispositivo, inclusive do ponto de vista geracional. Assim, em diferentes frentes, a PrEP tende a concentrar – quando não saturar – as novas concepções em torno do sexo e do prazer, de sua segurança e das resistências possíveis, ofuscando o papel agentivo de outras tecnologias, sobretudo da TARV, e constituindo-se, hoje, como a principal aposta biomédica à gestão da epidemia.

Nesse sentido, contemporaneamente à formação do nexo I=I, testemunhamos uma significativa diferença nas avaliações acerca das evidências produzidas a respeito do uso profilático de ARVs por soronegativos. Se, como recorda Vernazza (2009) em editorial publicado um ano depois da DS, o CDC estadunidense reagiu ao texto dos médicos suíços com uma nota de título “O risco não é zero!” (*The risk is not zero!*), em se tratando da PrEP, embora o risco de infecção mensurado pelos ensaios clínicos que testaram sua segurança e eficácia não seja de fato zero, tal inexistência de risco passou longe de comprometer sua recomendação/adoção por agências reguladoras e programas de hiv/aids de vários países. A declaração de Kevin Fenton, Diretor do Centro Nacional do CDC para HIV/AIDS, a respeito da decisão do FDA pela aprovação do Truvada no começo da última década, permite apreender esse outro clima – preocupante, mas otimista:

Com 50.000 novas infecções por HIV nos Estados Unidos a cada ano, **métodos adicionais de prevenção são urgentemente necessários. O Centro de Controle e Prevenção de Doenças aplaude a decisão da Food and Drug Administration dos EUA de aprovar o uso de Truvada** [...] (*apud* CDC, 2012, grifos meus, tradução minha).

No documento *Profilaxia Pré-Exposição Oral: contextualizando uma nova opção*, lançado em 2015, quando o Brasil já havia iniciado o processo de inclusão da profilaxia em seu programa nacional de hiv/aids, o UNAIDS expressa uma urgência semelhante: “Há uma necessidade urgente de opções adicionais de prevenção para responder às demandas de prevenção não atendidas. A PrEP se destina a pessoas que têm risco substancial de exposição ao HIV e que nem sempre usam o preservativo” (UNAIDS, 2015a, p.6). Como é possível perceber nessas declarações, esses “métodos” são adicionais em referência implícita ou direta ao preservativo. Convivência ruidosa, em que ora a PrEP é concebida como um método a mais de prevenção, ora se suspeita que, de uma forma ou outra, ela desestimularia o uso da camisinha ou mesmo poderia se tornar “o novo preservativo” (Glazek, 2013). Quando inserida em um espectro comparativo com a TARV, no entanto, apesar da agência profilática comum e de uma eficácia delimitada, em ambas as tecnologias, em torno da adesão do usuário ao fármaco, o campo de ação da primeira parte de um cenário em que o preservativo está ausente ou não é totalmente utilizado, já o discurso – inclusive biomédico – a respeito da TARV preserva até hoje reticências ao seu abandono por parte das pessoas indetectáveis e de suas parcerias sexuais.

Anterior à adesão, contudo, Race (2015) destaca que a PrEP reclama de gays soronegativos uma percepção de risco que, ao contrário do que sugerem automatismos entre o medicamento e a homossexualidade, constituem o fármaco como um “objeto relutante”:

[...] um objeto que pode muito bem fazer uma diferença tangível na vida das pessoas, mas cuja promessa é tão ameaçadora ou confrontadora com os hábitos duradouros de sobreviver neste mundo que provoca aversão, evitação - até mesmo condenação e moralismo (Race, 2015, p.17, tradução minha).

Desse modo, na prática, apesar de o paradigma da prevenção combinada ressoar valores individualizantes como a autonomia e a liberdade de escolha, e para além da oferta da PrEP ou de seu acesso facilitado, Race faz notar que a vinculação do sujeito ao risco e, posteriormente, à biopolítica, necessitam ser, de algum modo e em algum momento, produzidas. Em outros termos, uma vez que a noção de risco

somente funciona no registro duplo da realidade/virtualidade, pessoas consideradas com maior risco à infecção não necessariamente percebem em si mesmas e em suas práticas sexuais esse risco. Ou, se percebem, podem negá-lo ou diminuí-lo considerando, por exemplo, avaliações morais sobre sua sexualidade, tida como exacerbada, contrastante com o todo e, portanto, prioritária ao recebimento da medicação. Daí que esse engate do sujeito ao risco pode não ser tão auto evidente como algumas estratégias preventivas, e até mesmo análises das ciências sociais e da saúde sobre o uso da profilaxia, fazem supor.

Em pesquisas que recorrem às estatísticas, geralmente extraídas do Painel PrEP, para esboçar um “perfil” do usuário ou condensá-lo em um “estilo de vida”, correlações diretas e performativas entre risco, vulnerabilidades ao hiv e alguns marcadores sociais – como orientação sexual, raça, renda e escolaridade – estabelecem um retrato pré-determinado daqueles que seriam os usuários legítimos da profilaxia e, em contrapartida, daqueles nos quais sua incorporação corresponderia a mais um indicativo de seu “privilégio” individual e coletivo. São, nesses casos, marcadores sociais que ditam o risco e com ele estabelecem uma sintonia acurada, aparentemente mais comprometida com a reiteração de certas profecias sociais sobre a relação entre risco, vulnerabilidades e sexualidade do que com a reflexão sobre como tais marcadores intra-agem entre si – e com outros, que sequer costumam ser aventados – de modos irreduzíveis aos números e adversos aos cálculos matemáticos.

Partindo das estatísticas acerca da dispensa da PrEP no país no final da década passada, um grupo de autores, por exemplo, sugere o seguinte:

A alta escolaridade e o poder material e simbólico dos atuais usuários(as) de PrEP refletem numa dinâmica de dispensa de medicamentos assimétrica em detrimento daqueles(as) marginalizados(as). Nesses termos, enquanto não se avança na redistribuição e justiça social, **estratégias como a PrEP – da forma como está sendo implementada – parece [sic] manter a supremacia estrutural existente em detrimento daqueles historicamente excluídos** (Polidoro *et al.*, 2020, p.5, grifos meus).

Tais pressuposições obscurecem, por um lado, o risco e as vulnerabilidades<sup>110</sup> de uma gama de pessoas que não satisfazem suas associações de base e, por outro, fortalecem a ideia de um tipo ideal de usuário. As infecções por hiv, entretanto, seguem se materializando por todo o corpo social (por óbvio,

---

<sup>110</sup> Versarei sobre a simbiose entre risco e vulnerabilidades ao hiv na próxima seção.

desigualmente), mesmo nos estratos que aqui são interpretados enquanto responsáveis por uma “supremacia estrutural” de uns indivíduos sobre outros (brancos, com 12 ou mais anos de estudo, oriundos de grandes centros urbanos). Sob essa lente, a infecção de muitas pessoas – grande parte de meus entrevistados, eu diria – não pode ser satisfatoriamente explicada e, a eles (e a quem mais vive com hiv), a linha divisória entre marginalizados e não-marginalizados, excluídos e não excluídos, além de não fazer qualquer sentido, pode acentuar um sentimento de responsabilização implacável, frequentemente descrito como “culpa”, como atribui a si mesmo M., branco, que descobriu o diagnóstico durante o curso do mestrado, em um dos maiores municípios do Rio Grande do Sul:

Isso é uma coisa que eu ainda lido em terapia. Ainda é... **Eu ainda carrego essa culpa. “Como é que eu, um professor de Biologia, alguém que estudou a área da saúde, foi entrar em contato com isso?”**. Então é esse processo assim, aos pouquinhos. Poder tirar essa culpa, poder entender que tá na chuva pra se molhar, muito provável que se molhe se você não tá fazendo a prevenção correta, e aconteceu. E aconteceu (M., 32 anos, 5 anos em TARV).

Culpa devido à sua formação universitária, que socialmente lhe exigiria outra atitude frente ao sexo e, por conseguinte, asseguraria a ele outro *status* sorológico, mas, nesse bojo, M. adiciona também deficiências na educação sexual por parte da escola e dos pais, assim como a falta de informações sobre a disponibilidade de outras ferramentas preventivas:

Se eu tivesse tido essa educação no ensino fundamental ou médio, se eu tivesse sabido o que era uma PrEP ou PEP, muito provavelmente eu não teria contraído. Porque meus pais nunca falaram comigo sobre isso. Nem sobre o sexo hétero, muito menos sobre o sexo homossexual, homoafetivo. **Então se eu tivesse tido esse conhecimento acredito que as chances de eu ter contraído seriam muito menores** (M., 32 anos, 5 anos em TARV).

Programaticamente, no entanto, dizer-se gay (ou HSH) já garantia metade do caminho para o acesso à PrEP, especialmente nos primeiros anos da dispensa da medicação no país. No primeiro PCDT da profilaxia, vigente até 2022, a constituição de segmentos prioritários em muito coincidentes com os grupos de risco da década de 1980 acendeu o alerta de que poderíamos estar diante de uma repaginação da periculosidade de determinadas categorias e de uma política ainda bastante dependente das “identidades” arriscadas de, supostamente, outrora. Antes de tudo, clamava-se por uma sexualidade específica a que o risco deveria se amarrar, funcionando como um critério de elegibilidade legítimo o suficiente para justificar a

eleição à profilaxia. Apesar de todos os usuários com quem conversei perceberem-se em risco e explicarem sua decisão de buscar o tratamento nesses termos, o risco, em um dispositivo que o solicita a todo instante, ainda que se comporte como o elemento científico encarregado de conferir objetividade à biopolítica, ocupa, na experiência de gays cis, um reduto em que se mistura a interesses, suposições e expectativas pessoais:

Quando tu perguntou mais cedo assim “Ah, se tu acha que poderia não ser elegível pra PrEP”, quando eu comecei a fazer a PrEP eu já namorava, entendeu? **E mesmo assim, eu lembro que dizia que era pra solteiros, era pra não sei o quê...** “Ah, mas às vezes a gente faz a três”, eu falei. Porque assim, **eu queria muito poder usar a medicação, entendeu?** A gente nem tinha um relacionamento que, assim... A gente costumava fazer... Nossa, assim, sabe, já tinha feito uma vez ou outra, mas eu lembro que na época, depois até isso mudou no meu relacionamento, mas na época eu lembro que **eu falei porque eu queria muito poder fazer.** E meu único receio era pelo fato de eu estar em um relacionamento estável (B., 34 anos, 6 anos em PrEP).

B. relata acima como agiu para atender ao insaciável apetite deste dispositivo pelo risco: mesmo em uma relação estável e “fechada”, conseguiu ser incluído no PrEP Brasil, em 2016, por performar um comportamento – sexo casual com terceiros – que ele nem vivenciava no período, mas que apostou ser efetivo para receber a medicação, a qual “queria muito”. Já na condição de usuários, gays cis seguimos manipulando o risco pois, intuitivamente ou não, entendemos que ele é fundamental ao seguimento do tratamento e que, portanto, não oferecer risco algum poderia ser inclusive um motivo plausível para nos desligar de uma política na qual ele é o principal ativo<sup>111</sup>, como expõe J., no trecho a seguir:

Eu já menti lá [no questionário de retorno] pra continuar [risos]. O medo bobo de... Que hoje eu acho tão bom usar, que dá essa segurança... Eu infelizmente não transo muito, não tenho uma vida sexual super, infelizmente, mas daí **já aconteceu de não ter transado com ninguém naquele meio tempo** [entre uma consulta e outra] **e eu colocar que transei pra não sair do programa** [risos]. **Como se fosse uma conduta de risco pra ser aceito no programa, pra ser continuado** (J., 37 anos, 2 anos em PrEP).

As situações narradas atentam à *positividade do risco* e à sua dimensão propriamente performativa, em que ele constitui e é constituído, em que agencia e é agenciado, também como uma presença na ausência (está no sexo sem estar), é mais ou menos intenso conforme as demandas deste dispositivo e as expectativas

---

<sup>111</sup> Por essa razão, a polemização em torno da compensação de risco, de que tratarei adiante, não parece passar de uma grande hipocrisia deste dispositivo.

de seus usuários<sup>112</sup>. Assim, se a PrEP – tal qual executada no Brasil – reivindica o desenvolvimento de ritos confessionais, de monitoramento clínico e laboratorial, cujos objetos de peritagem são o plasma do sangue e a espessura da palavra, ao menos nesse último campo os usuários podem proteger algumas informações – por exemplo, acerca do número de parcerias sexuais, do pagamento por sexo e do consumo de drogas – e exacerbar outras, visando à apresentação, sempre provisória, daquilo que acreditam ser o bastante para permanecer no programa ou ter determinados interesses contemplados. Ao buscar preservar a si mesmos, evitam fornecer dados que poderiam responsabilizá-los, criminalizá-los ou torná-los alvo de julgamento por parte dos profissionais de saúde que os acompanham. O arquivo que resulta daí pode não corresponder exatamente a um *Big Data Sexual* sobre os usuários que os tornaria reféns de uma biopolítica minuciosa e inesquivável, mas a um acumulado de confissões falsas e arbitrárias, que continuamos sendo levados a acreditar que transportam consigo a verdade de nosso sexo e de nossa sexualidade.

Na parte final desta seção, gostaria de abordar os cinco primeiros anos de dispensação da PrEP no Brasil através de uma série de eventos que caracterizam, como tenho entendido, a formação de um dispositivo de segurança em torno fármaco, estimulando a reformulação da cena preventiva no tempo, no espaço e entre os elementos que a compõe. Para isso, e com fins exclusivos de organização textual, divido esse conjunto de acontecimentos em cinco níveis: 1) Do território: com o crescimento no número de centros de dispensação, a criação de estratégias como a PrEP em trânsito, educação entre pares e a regulamentação, durante a pandemia, dos teleatendimentos em saúde; 2) Das formas de uso, administração e apresentação: com o reconhecimento do modo sob demanda como alternativa à tomada contínua e com o processo de implementação do cabotegravir injetável; 3) Das competências de prescrição: com sua inclusão na rede privada e autorização de prescritores outros que não médicos, como enfermeiros e farmacêuticos; 4) Da elegibilidade ao tratamento: com a descentralização da indicação dos segmentos prioritários em direção à população em geral, ainda que concomitantemente à formação de novos bolsões de risco, como em torno do *chemsex*; e 5) Do discurso:

---

<sup>112</sup> Expectativas que podem ser modeladas por diversos fatores, dentre eles a gestão da política nacional, como testemunhamos diante da apreensão acerca da precarização ou mesmo interrupção dos serviços de oferta da profilaxia durante o governo Bolsonaro.

com a consolidação da PrEP como recurso preventivo e sua adoção crescente na definição de metas e na atribuição de resultados para o controle da epidemia.

1) Desde 2018, 185.673 pessoas iniciaram o tratamento e, atualmente, 92.464 encontram-se em PrEP no país, 2.475 delas em Florianópolis, segundo o Painel PrEP (dados até 30/06/2024). Dos 36 serviços que ofereciam a profilaxia em dezembro de 2017, mês de sua estreia no SUS, hoje são 1.020 unidades dispensadoras, distribuídas por todos os Estados e, ainda que concentradas em grandes centros urbanos, houve uma ampliação da oferta das capitais e regiões metropolitanas em direção ao interior do país. Em Florianópolis, a dispensação, que iniciou na Policlínica Centro, até o final de 2023 já havia sido incorporada pelas três policlínicas – Sul, Norte e Continente – e chegado ao Posto de Saúde do Saco Grande, inaugurando, no município, a tendência de que a profilaxia se espalhe pela atenção básica, como já acontece com a TARV<sup>113</sup>.

Desde o primeiro semestre de 2022, é possível solicitar também a PrEP em trânsito, por motivos diversos, como no caso em que o usuário se esquece de levar a medicação consigo em viagens pelo país. Nesses casos, ele pode se dirigir à Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) mais próxima e retirá-la para um período de até 60 dias. A possibilidade da obtenção em trânsito dos ARVs já estava prevista para usuários da TARV e, no segundo semestre de 2022, Florianópolis foi noticiada como a primeira cidade brasileira a criar um serviço de envio dos medicamentos às PVHA pelos Correios. Armários digitais, no estilo *self-PrEP*, PrEP *delivery* e prevenção combinada na rua, com foco em populações específicas, também estão sendo planejados no município, que desenvolve a educação entre pares (em que parte da equipe de saúde se desloca a locais de circulação e sociabilidade – como filas de balada, praias e saunas – de segmentos considerados vulneráveis, como o LGBT, com o objetivo de promover a prevenção e recrutar novos usuários), e o acompanhamento de trabalhadores do sexo, enviando a PrEP para outras localidades, para que o vínculo e a proteção ao hiv não sejam interrompidos pelas frequentes mudanças de cidade vivenciadas pelos profissionais da área.

---

<sup>113</sup> Sobre a PrEP em Florianópolis, ver, entre outros, Fretta (2019), Zirbel (2021), Bittelbrunn (2021) e Ferreira (2023).

A difusão dos testes hiv para além dos ambulatórios especializados e dos centros móveis de testagem permite, por sua vez, que eles possam ser retirados e levados para casa por usuários da PrEP, da TARV, da PEP e pela população em geral, distribuídos a amigos e conhecidos. Em Florianópolis, participante desde 2019 do projeto *A Hora é Agora* (<https://www.ahoraeagora.org/>), a oferta de autotestes ocorre por meio dos Correios, de armários localizados na rodoviária municipal e nos quatro Centros de Testagem e Resposta rápida (CTRr), anexados às policlínicas norte, sul, centro e continente. No âmbito clínico, a telemedicina, fundamentada e disseminada durante a pandemia de covid-19, relativiza a necessidade da presença física do usuário diante do médico que o assiste. Autorizada pela Lei nº 13.989/2020, os teleatendimentos em saúde até hoje estão vigentes nas policlínicas que realizam o tratamento de PVHA e de usuários da PrEP no município.

Vale mencionar ainda que, devido à morosidade do governo federal na abordagem da profilaxia em campanhas de divulgação nacional, os serviços de saúde que ofertam a PrEP no país dependem fundamentalmente da promoção local, por meio de materiais informativos e da participação de profissionais de saúde em eventos da área ou voltados sobretudo ao público LGBTQIAPN+. Foi assim que eu tive contato pela primeira vez com o ambulatório de Florianópolis, que organizou um estande, no centro da cidade, em uma feira que antecedeu a Parada LGBTI+, no segundo semestre de 2019. Além disso, muitos ambulatórios, como ocorre no município por meio do *@prepfloripa* no *Instagram*, mantêm perfis nas redes sociais, por onde é possível inclusive agendar consultas. Por fim, influenciadores digitais – notadamente médicos infectologistas – também desempenham um papel importante na disseminação de informações sobre a profilaxia no *Facebook*, *Instagram* e *YouTube*, além dos próprios usuários, que repercutem informações acerca da PrEP entre amigos e parcerias sexuais.

Todas essas estratégias se contrapõem a uma lógica em que tratamento e prevenção ao hiv estão restritos e bem delimitados, funcionam em alguns endereços fixos e reconhecidos pela reprodução da velha burocracia do Estado, cujo acesso exige uma série de barreiras a ser transpostas pelos usuários ou interessados na profilaxia. Em vez disso, forjam encontros e realizam recrutamentos considerando os seus movimentos pela cidade, em locais de trabalho e lazer, enviam testes e medicações até sua casa e transferem a consulta médica das salas brancas, em que

médico e paciente estão separados pela distância de uma mesa, até seus celulares e computadores pessoais.

2) Sobre as novas formas de uso e apresentação da PrEP, a primeira tentativa de avaliar a eficácia de outro regime ocorreu entre 2012 e 2014 e contou com a participação de HSH e mulheres trans, que deveriam tomar o medicamento antes e após o ato sexual, em um esquema que os autores (Molina *et al.*, 2015) definiram como “sob demanda” (*on-demand*). No estudo, que ficou conhecido pela sigla IPERGAY, os participantes foram orientados a tomar dois comprimidos de PrEP de duas a 24 horas antes do sexo, seguido por um terceiro comprimido 24 horas depois dos dois primeiros e um quarto comprimido 24 horas após o terceiro. Na eventualidade de a exposição sexual ocorrer por dias seguidos, o tratamento somente deveria ser encerrado 48 horas depois da última exposição, com um comprimido diário. Essa outra forma de administrar a dosagem passou a ser representada pela fórmula “2+1+1”. O IPERGAY indicou uma redução relativa da incidência de hiv de 86%.

Em 2017, o grupo de Molina iniciou outro estudo, o *Prévenir*, que buscava demonstrar que o uso da PrEP, seja de forma contínua, seja sob demanda, por três mil participantes da região de Paris levaria a uma redução de 15% no diagnóstico do hiv, com uma hipótese de eficácia estimada em 80% (Molina *et al.*, 2018). No ano seguinte, resultados preliminares não registraram infecção em nenhum dos grupos, o que motivou a OMS, a partir de julho de 2019, a recomendar o uso da PrEP sob demanda como uma alternativa à PrEP oral diária para o grupo dos HSH (WHO, 2019b). Os resultados finais do *Prévenir* não registraram diferença entre os esquemas, sugerindo o modo sob demanda como uma alternativa válida à prevenção do hiv (Molina *et al.*, 2022).

Após avalizado pela OMS, em 2019, o uso da PrEP sob demanda, ainda que não reconhecido oficialmente pelo Ministério da Saúde, popularizou-se. Embora os estudos mencionados acima sejam adotados como referências no PCDT de 2022, o MS não inseriu o esquema em sua atualização, mantendo como única recomendação o uso contínuo diário. Utilizou, para tanto, evidências produzidas por essas pesquisas (como a que recomenda o início do tratamento com dose única de dois comprimidos diários), selecionando, assim, alguns de seus resultados em detrimento de outros, o que gerou críticas por parte de infectologistas e ativistas. É

somente no final de 2022 que, por meio de nota técnica, o MS incluiu a modalidade sob demanda da profilaxia como alternativa válida para homens cisgêneros e para pessoas trans que não fazem hormonização à base de estradiol<sup>114</sup>.

Recentemente, duas pesquisas com metodologias semelhantes apontaram a eficácia de uma nova forma de administração da PrEP, intramuscular, através de injeção bimestral do antirretroviral cabotegravir de ação prolongada (CAB-LA). O primeiro deles, o ensaio HPTN 083, indicou uma superioridade do CAB-LA injetável sobre o uso oral de TDF/FTC: o risco de infecção pelo hiv foi 66% mais baixo no grupo do cabotegravir (Landovitz *et al.*, 2021). O outro estudo, o HPTN 084, ocorreu com mulheres cis em países da África subsariana, também com um grupo recebendo TDF/FTC e outro CAB-LA. Como a adesão à profilaxia oral foi menor entre as mulheres cis, as diferenças entre as profilaxias foram ainda mais patentes: houve 8,5 vezes mais infecções no grupo dos comprimidos diários (Delany-Moretlwe *et al.*, 2022). Ambos os estudos foram interrompidos por demonstrarem a alta eficácia e a superioridade do CAB-LA como profilaxia pré-exposição, e as injeções passaram a ser administradas a todos os participantes.

Em julho de 2022, a OMS recomendou o uso do CAB-LA como profilaxia pré-exposição ao hiv, a ser administrada na dosagem de 600mg, com quatro semanas de intervalo entre as duas primeiras injeções e a cada oito semanas a partir de então (WHO, 2022b). Um estudo de implementação do CAB-LA, no Brasil e na África do Sul, com financiamento da Unitaid, foi anunciado em 2022 e deve restringir a medicação a usuários considerados pouco aderentes à PrEP oral, como adolescentes e jovens. A duração do projeto é estimada em dois anos e, no caso brasileiro, avaliará a incorporação da tecnologia biomédica ao SUS. O acompanhamento está previsto para ocorrer em seis cidades: Rio de Janeiro, São Paulo, Campinas, Florianópolis, Salvador e Manaus. O primeiro passo para a incorporação do CAB-LA à rede pública, contudo, já foi dado: a Anvisa concedeu o registro para o novo medicamento em junho de 2023. Além da iniciativa da Fiocruz, o estudo internacional PURPOSE 2 testará o uso subcutâneo do lenacapavir (LEN), a ser administrado a cada seis meses, em comparação com o regime oral TDF/FTC

---

<sup>114</sup> A despeito disso, o uso sob demanda já era abordado nos formulários de retorno trimestral (antes da pandemia) e quadrimestral (durante a pandemia e até hoje), inclusive com informações aos usuários de como utilizar o esquema. Ou seja, mesmo sem uma comunicação oficial, o MS já reconhecia o uso sob demanda, os profissionais de saúde já o indicavam como uma terapêutica alternativa e os usuários brasileiros já o adotavam na prevenção ao hiv.

(Cespedes *et al.*, 2022). No Brasil, o projeto está sendo coordenado pelo Centro de Referência e Treinamento DST/Aids Santa Cruz (CRT/SP), em São Paulo.

3) No nível das competências, no final do primeiro semestre de 2021, foi criado um projeto piloto, com duração de três meses, que autorizava a prescrição da PrEP por serviços de saúde privados em oito Estados brasileiros, dentre eles Santa Catarina. Em dezembro daquele ano, a prescrição da PrEP pela rede suplementar de saúde foi liberada aos demais Estados e ao Distrito Federal. Nos primeiros meses de 2024, ela já era responsável por 9% da origem dos atendimentos no país; em Florianópolis, alcançava 23%, segundo o Painel PrEP (dados até 31/03/2024). Justificada a partir do interesse em desafogar filas de espera pelo medicamento no SUS, a extensão da prescrição à saúde complementar inaugura um novo campo de relações entre o público e o privado na prevenção do hiv.

É essa senda que permite o surgimento de empresas de *delivery* de ARVs como a VenLibre, que se define em seu site ([www.venlibre.com.br](http://www.venlibre.com.br)) e redes sociais como uma *startup*. A iniciativa agrega duas experiências pandêmicas distintas à oferta da prevenção combinada: a primeira se refere à popularização dos serviços de entrega como o *Ifood*, acionado complementarmente pelo viés sanitário de evitar aglomerações em restaurantes, supermercados e farmácias; já a outra diz respeito à prática dos teleatendimentos em saúde, citada anteriormente. O site oferece uma experiência de navegação bipartida e orientada para uso em *smartphones*, em que o usuário pode escolher, descomplicadamente, a tecnologia, PrEP ou PEP, que melhor lhe convém de acordo com o momento em que se encontra neste dispositivo (pré ou pós-exposição ao hiv). O serviço é descrito como fácil, rápido, cômodo e sem constrangimentos, tanto por dispensar o deslocamento até os serviços públicos de saúde, como na consulta remota com especialistas, na qual o usuário pode escolher o melhor método de prevenção “sem medo de julgamento”, ou mesmo durante a entrega dos ARVs e autotestes, realizada por meio de embalagens discretas por parte de uma equipe de *delivery* bem treinada.

Inserindo-se em uma interface entre o SUS e o cidadão, a empresa intermedia o acesso às profilaxias ao hiv em cidades como São Paulo, Brasília e Rio de Janeiro. Se o mote da *startup* é facilitar a disponibilidade das tecnologias biomédicas em questão, há que se interrogar sobre que efeitos de médio e longo prazo a individualização de estratégias preventivas como essa, advindas da saúde

complementar, podem imprimir à resposta brasileira à epidemia, no sentido já abordado por Seffner e Parker (2016) a respeito do tratamento. Com o intuito declarado de otimizar o acesso às profilaxias e o fluxo nos ambulatorios públicos com alta demanda, essa ampliação da política à rede privada, a despeito de, no curto prazo, potencialmente ser capaz de assegurar um acréscimo no número global de usuários da PrEP e evitar novas infecções, pode tornar a continuidade do tratamento em alguma medida dependente da capacidade econômica do usuário, dificultando a criação ou manutenção de vínculos com a rede pública, seja para o atendimento de questões relacionadas à sua saúde sexual, seja para a assistência de outras demandas.

Uma outra alteração no âmbito das competências diz a respeito à formação exigida dos profissionais prescritores. Na rede privada, a PrEP somente pode ser prescrita por médicos; no SUS, também por enfermeiros (Brasil, 2022a), assim como ocorre, em alguns municípios, com a PEP. A pedido do Ministério da Saúde, a Câmara Técnica da Atenção à Saúde (CTAS) do Conselho Federal de Enfermagem (CONFEN), no primeiro semestre de 2020, endossou a prescrição das profilaxias por parte dos profissionais da enfermagem. A partir daí, pareceres de conselhos regionais da classe passaram a autorizar a prescrição em alguns Estados, antes mesmo de sua contemplação pelos últimos PCDTs da PEP e da PrEP. Em Florianópolis, desde o final de 2020, a Secretaria Municipal de Saúde considera a prescrição das terapias profiláticas também prerrogativas de profissionais da enfermagem (Florianópolis, 2020).

4) Em relação à elegibilidade ao tratamento, no excerto do UNAIDS de 2015, citado anteriormente, em que o programa classificava como urgente a adoção de outras estratégias preventivas para além do preservativo, a indicação da PrEP já espalhava para “pessoas que têm risco substancial de exposição ao HIV”<sup>115</sup>. A despeito disso, o PCDT de 2018 amarrava sua indicação a quatro grupos

---

<sup>115</sup> Aprovado pelo FDA em 2012, é somente dois anos depois que a OMS recomenda o uso da combinação TDF-FTC como profilaxia ao hiv, circunscrevendo a oferta, à época, ao grupo dos HSH. Também em 2014, o CDC estadunidense atualiza a indicação para pessoas “em risco substancial” (*substantial risk*), porém enfatiza alguns grupos da população (CDC, 2014). Em 2015, a OMS replica a expansão, um movimento singular pelos emaranhados da prevenção combinada: “A PrEP oral contendo fumarato de tenofovir desoproxila (TDF) deve ser ofertada como uma opção de **prevenção adicional para pessoas com risco substancial de infecção pelo HIV como parte de abordagens de prevenção combinada do HIV**” (WHO, 2015, n.p, tradução minha, grifos meus).

populacionais, rotulados no documento como “prioritários”: gays e outros HSH, pessoas trans, profissionais do sexo e “parcerias sorodiscordantes” para o hiv. No caso dos três primeiros, além de pertencer a algum dos segmentos, a pessoa candidata deveria apresentar, como critério para indicação, ao menos uma das seguintes condições: relação sexual anal ou vaginal sem uso de preservativo nos últimos seis meses, episódios recorrentes de ISTs e/ou uso repetido da PEP. No caso das parcerias sorodiferentes, seria necessário somente manter relações sexuais com uma pessoa soropositiva. Ainda que a identificação a um desses grupos não garantisse a indicação da profilaxia (que dependia ainda da apresentação de uma ou mais condicionantes expostas acima), o PCDT barrava ou dificultava, na prática, a sua prescrição a pessoas não identificadas com os segmentos prioritários, que funcionavam como uma espécie de pré-requisito ao acesso à política, mesmo que o gerenciamento de risco observasse, em suas práticas sexuais, suscetibilidades à infecção pelo hiv. Desse modo, nesse PCDT de 2018, é possível sugerir uma prevalência do segmento prioritário sobre os critérios de elegibilidade. É essa relação que, na atualização do documento quatro anos depois, será deslocada e invertida.

Duas mudanças significativas introduzidas pelo último PCDT contribuíram à ampliação da oferta da PrEP entre a população e para além dos segmentos prioritários. Uma delas diz respeito justamente a um deslocamento da política pelos meandros do risco: dos segmentos de outrora, o novo PCDT resvala seus critérios de indicação para “contextos de risco”, que, como veremos, referem-se a algumas situações específicas e estratificadas de exposição ao hiv. A mudança acompanha recomendação da OMS, ainda que a noção de “populações-chave” continue operante, tanto em documentos da OMS (WHO, 2022a), como do MS. Podemos observar, a partir dessa extensão, como a inversão dos critérios de indicação do medicamento se realiza mediante uma nova valoração do risco, que se desloca dos grupos com alta prevalência do hiv e, por essa lógica, prioritários, para uma individualização da estratégia biomédica preventiva: **“As características individuais e o comportamento que podem levar à exposição ao HIV, em vez da incidência do HIV em nível populacional, são mais importantes quando consideramos aqueles que podem se beneficiar da PrEP”** (WHO, 2021, p.70, tradução minha, grifos meus). A OMS continua:

Os indivíduos que solicitam a PrEP devem ter prioridade para receber a PrEP, uma vez que **a solicitação da PrEP provavelmente indica que há risco de contrair o HIV. A relação custo-eficácia não deve ser a única consideração ao implementar programas de PrEP**, uma vez que permanecer HIV negativo e controlar o risco de HIV tem valor intangível para pessoas e comunidades (WHO, 2021, p.70, tradução minha, grifos meus).

Já a segunda modificação introduzida pelo atual PCDT da PrEP se deu sobre a idade mínima para inclusão no programa, que passou de 18 anos, em 2018, para 15 anos, a partir de 2022, acompanhando a alteração da bula do TDF/FTC<sup>116</sup>. Gostaria de retomar essas flutuações na indicação da PrEP a partir de alguns enunciados presentes no documento (Brasil, 2022a), os quais reproduzo e enumero abaixo, conforme a ordem em que aparecem no texto:

(1) A presente atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV (PCDT-PrEP) traz alterações nos critérios de indicação da PrEP no Brasil, incluindo a recomendação da profilaxia **a todos os adultos e adolescentes sexualmente ativos sob risco aumentado de infecção pelo HIV [...]** (p.10-11, grifos meus).

(2) Podem iniciar imediatamente a PrEP os **indivíduos com alto risco de infecção pelo HIV que tiveram uma exposição recente de risco [...]** (p.15, grifos meus).

(3) A PrEP deve ser considerada para **pessoas a partir de 15 anos, com peso corporal igual ou superior a 35 kg, sexualmente ativas e que apresentem contextos de risco aumentado de aquisição da infecção pelo HIV** (p.22, grifos meus).

(4) Assim, a PrEP é recomendada para **indivíduos das populações-chave que apresentem risco aumentado de infecção pelo HIV**, conforme já descrito anteriormente, mas também deve ser considerada para **outras pessoas sem infecção pelo HIV que cumpram critérios para o uso da profilaxia**, conforme suas práticas sexuais, número de parcerias, uso irregular de preservativos e qualquer outro **contexto específico associado a um maior risco de infecção**, conforme acima mencionado, e que demonstrem interesse e motivação em relação ao uso do medicamento (p.22, grifos meus).

Em todos os excertos acima, a indicação da profilaxia condiciona-se ao risco, porém desliza, de um PCDT a outro, dos segmentos prioritários à situação de exposição, liberando a exigência prévia de filiação a um ou outro grupo da

---

<sup>116</sup> Duas pesquisas, ATN 113 (Hosek *et al.*, 2017) e PlusPills (Gill *et al.*, 2020), ampararam a extensão da recomendação da profilaxia a esse público, confirmando a segurança e a tolerância da medicação entre os participantes. Ambos os estudos contaram com algum grau de participação da Gilead Science. Em 2018, o FDA aprovou a rotulagem expandida da combinação TDF/FTC para uso como PrEP por adolescentes com peso mínimo de 35kg.

população e, doravante, condicionando-a a um “contexto” em que o risco deve ser avaliado. Na versão de 2018, é possível perceber como a elegibilidade à profilaxia está constricta, em um primeiro momento, aos segmentos populacionais prioritários: “Candidatos a PrEP, **que estiverem dentro das populações e critérios para indicação** [...] poderão iniciar a profilaxia mediante testagem negativa para HIV [...]” (Brasil, 2018b, p.20, grifos meus). Já na atualização do PCDT, os candidatos se ampliam, são nomeados como “todos”, “indivíduos” e “pessoas”, e os critérios de indicação assumem o primeiro plano. Deslocamento da indicação de grupos a indivíduos, ora manifesto sob o mote “PrEP para quem precisa” (UNAIDS, 2022b). É, no entanto, através de um gerenciamento que, tanto antes, como agora, o risco deve ser mensurado e, se considerado maior que na população em geral, a PrEP está indicada. O material dessa administração do risco não é outro que não as práticas sexuais, mas ele se apresenta de formas distintas se relacionado à generalidade de uma população a partir de 15 anos sexualmente ativa ou se associado aos quatro grupos do PCDT anterior, designados no documento como “populações sob risco aumentado”, “indivíduos das populações-chave” ou “segmentos populacionais-chave”.

Para pessoas desidentificadas das populações-chave, a PrEP é recomendada considerando o “número de parcerias”, o “uso irregular de preservativos” e “qualquer outro contexto específico associado a um maior risco de infecção”, como define o excerto (4). Já o gerenciamento de risco para segmentos populacionais-chave é orientado, em ambos os PCDTs, por uma mirada mais demorada sobre suas práticas sexuais: se são frequentes (pelo menos uma em seis meses), penetrativas e sem o uso do preservativo, se com parcerias eventuais e diversas, se delas resultaram ISTs, se motivaram uma busca repetida por PEP e se em contexto de trocas (de dinheiro, objetos de valor, moradia, drogas, etc). Adicionalmente, a atualização do protocolo lista ainda um outro indicativo de risco à infecção: o *chemsex*, que é a prática sexual sob o efeito de substâncias psicoativas. Cinco delas são citadas no documento: metanfetaminas, GHB (gama-hidroxitirato), MDMA, cocaína e *poppers* (Brasil, 2022a).

Nesse sentido, apesar do afrouxamento dos antigos critérios de elegibilidade, é possível perceber, no atual PCDT, não apenas um convívio estratégico entre os agrupamentos de 2018 e a população (que nunca sai completamente de cena – uma marca, afinal, da biopolítica), mas como novos elementos de risco à infecção pelo

hiv podem ainda ser diretamente atribuídos a esses segmentos, neste caso envolvendo gays e HSH e sua relação com não-humanos: substâncias psicoativas utilizadas durante o ato sexual, o chamado *chemsex*, sobre o qual discorro brevemente abaixo.

A prática de fazer sexo sob efeito de drogas não é recente, porém seu uso recreativo, para fins estritamente sexuais, tem sido apontado como relativamente novo – e em alardeada difusão, sobretudo a partir da segunda metade da última década e com o auxílio de aplicativos de relacionamento baseados na geolocalização do usuário – e tem recebido uma atenção particular da epidemiologia, uma vez que o *chemsex*, contração de *chemical sex* (sexo químico), é continuamente relacionado a um aumento de comportamentos de risco, como sexo grupal, múltiplas parcerias sexuais, sexo sem preservativo entre pessoas sorodiferentes e transmissão de ISTs, particularmente entre gays cis e HSH.

Como sugere Butturi Junior (2022b, p.129), essas substâncias não apenas sinalizam e reforçam a promiscuidade desse grupo, mas são elevadas, pela epidemiologia, a “fatores de risco”: “[...] os não-humanos são agenciados de modo a cumprir duas funções, a saber: produzem o sujeito perigoso e dão aos não-humanos os estigmas do risco”. Ambas as referências utilizadas pelo Ministério da Saúde no PCDT em questão tomam esse caminho e indicam que o tema está no radar do órgão<sup>117</sup>, bem como da OMS (WHO, 2021, 2022a) e de governos de alguns países da Europa, especialmente do Reino Unido, considerado o epicentro da prática.

Tanto a concepção, como a popularização do termo são atribuídas ao ativista e pesquisador David Stuart, que acompanhou – como usuário, gay cis soropositivo e profissional do sexo – a introdução de algumas substâncias psicoativas na noite londrina durante a década de 1990; drogas que, anos mais tarde, estariam no cerne do que costumava descrever como uma “epidemia”<sup>118</sup>. No Reino Unido, o *chemsex*

---

<sup>117</sup> Em novembro de 2021, um grupo de trabalho sobre *chemsex* foi criado pelo Programa Estadual de DST/aids do Estado de São Paulo, com participação de pesquisadores, médicos, representantes da sociedade civil e do Ministério da Saúde, entre outros (FOAESP, 2021). A prática também tem sido abordada nos questionários de retorno dos usuários de PrEP no SUS: inicialmente, aparecia em uma pergunta acerca do uso de uma lista de substâncias e, dentre elas, algumas usualmente relacionadas ao *chemsex*. A partir de 2022, foi adicionada uma questão específica sobre o tema, de seguinte redação: “Nos últimos 4 meses, você praticou 'sexo químico' (CHEM SEX), ou seja, sexo sob efeito de substâncias/drogas psicoativas (como ecstasy, GHB, MD/MDMA, poppers, cocaína...)?”.

<sup>118</sup> David faleceu no início de 2022 e é considerado a principal referência no assunto, tendo contribuído com organizações governamentais e não governamentais para a construção de serviços de apoio ao *chemsex* e prevenção do hiv, sob a lógica da redução de danos. Acerca da origem do

geralmente é circunscrito a três delas: metanfetaminas, mefedrona e drogas “G” (GHB e GBL). Segundo Stuart, nomear o fenômeno foi importante pois permitiu aos usuários identificar-se entre si e obter assistência em serviços específicos, capazes de “[...] abordar de forma competente as raízes culturais gays da questão” (tradução minha)<sup>119</sup>. No Brasil, o *chemsex* aparece atrelado a grandes cidades, sobretudo a São Paulo, e a literatura, embora incipiente, já deixa ver um esforço notável de aproximar substâncias variadas ao sexo homossexual, mesmo na ausência de dados que dimensionem a prática no país, da observação de um uso abusivo em cenas locais e do uso indiscriminado de categorias obscuras para a investigação do fenômeno, como a dos HSH. O problema, além disso, começa justamente na falta de consenso sobre os “não-humanos” que estão em jogo: às drogas citadas anteriormente referentes ao contexto inglês, podem ser adicionadas uma série de outras substâncias, como cocaína, *poppers* e MDMA (vide o uso feito pelo MS), *Viagra* e até mesmo maconha.

Ainda em formação e carecendo de definição conceitual, o “sexo químico” brasileiro tem sido pautado por algumas matérias e artigos da imprensa (Branquinho, 2020; Alcantara e Silva, 2021; Lisboa, 2021). Em um desses textos, intitulado “Tesão doido”, assinado por João Batista Jr (2023) para a *Revista Piauí*, testemunhamos como o prazer homossexual apenas é inteligível sob a ótica do excesso e da desrazão. Discursivamente, seguem atraídos a locais inseguros e que cheiram mal, consumam-se em encontros anônimos e fora do circuito das “câmeras de segurança”, sucedem-se em intercâmbio com ilegalidades de toda ordem e, ao cabo, deslocam-se facilmente de quartos em hotéis baratos no centro de São Paulo para camas em hospitais e clínicas de reabilitação. Retomando a pergunta de Halperin (2007) sobre o que querem os homens gays (*what do gay men want?*), de acordo com algumas matérias da imprensa sobre o *chemsex*, a resposta é translúcida: eles querem morrer. *Flashback*.

A questão é: a “ciência” pode oferecer uma resposta diferente? Uma das primeiras pesquisas publicadas sobre o assunto no Brasil descreve o sexo químico como um “sério problema de saúde pública” mundial, responsável por um “grave

---

termo, comentou em seu site pessoal (<https://davidstuart.org/>): “Sou creditado por ser a primeira pessoa a cunhar o termo ‘chemsex’ (o que pode muito bem ser verdade; tenho lembranças de ter inventado a palavra – mas eu estava muito chapado na época” (tradução minha).

<sup>119</sup> Disponível em: <https://davidstuart.org/what-is-chemsex>. Acesso em: 18 out. 2023.

impacto” nesse âmbito e disparado por uma “perigosa prática sexual entre homens”. Nessa revisão integrativa, Silva *et al.* (2019), com ou em formação em Enfermagem, revisam não apenas a bibliografia sobre o tema, mas até uma psicologia particular que subsidiaria a prática: as substâncias psicoativas serviriam como um “catalisador para mascarar sentimentos negativos” por parte de “indivíduos com dificuldades de manter relacionamentos afetivos duradouros”. Uso errôneo de uma sexualidade que seria reduzida ao sexo, deixando de lado um campo de afetos impregnado pela moralidade e por valores monogâmicos e românticos: “Focando apenas no ato sexual, distanciam-se da afetividade, do carinho, do amor ou sentimentos mútuos de bem querer, deixando o gostar de lado e limitando, erroneamente, sexualidade ao sexo” (Silva *et al.*, 2019, p.1921).

De acordo com os autores, a PrEP também estaria sujeita a um uso deturpado, o qual consideram digno de pesar: “Lamentavelmente, alguns indivíduos banalizam a prevenção combinada e mantêm relações sexuais de forma desprotegida” (p.1921). Em Race (2015), a polêmica em curso em torno da profilaxia e do uso do preservativo pode ser lida como a frustração de uma expectativa simbólica de que, a partir do hiv, o sexo gay poderia se tornar seguro:

[...] dada a sua eficácia clínica, a caracterização do uso da PrEP como irresponsável só poderia fazer sentido em um mundo em que o problema que a prevenção do HIV deveria resolver não é simplesmente a transmissão viral, mas o perigo moral atribuído ao prazer sexual gay em geral (Race, 2015, p.14, tradução minha).

Já em relação aos aplicativos e redes sociais, nos quais o *chemsex* pode ser combinado entre os usuários, tais recursos merecem destaque, em Silva *et al.* (2019, p.1924), “[...] devido ao potencial de circulação dos agentes infecciosos [...]” e aqui não sabemos se esses agentes são vírus, bactérias ou os próprios praticantes do *chemsex*. De todo modo, a prática seria parte diminuta de uma questão mais ampla que, poderíamos suspeitar sem nenhuma novidade, diz respeito ao enquadramento das sexualidades desviantes a determinadas normas, que nesse caso e também em outros, através de noções como a de “comportamentos de risco”, camuflam-se sob o propósito messiânico da prevenção, incumbida de responder aos “alarmantes” problemas de saúde pública, locais ou globais: “Metaforicamente falando, o Chemsex é a ponta de um iceberg, abaixo dela existem inúmeros problemas e comportamentos” (Silva *et al.*, 2019, p.1923). Ao que tudo indica, a

intersecção entre gays e HSH é o cume perfeito para o início da escavação desse *iceberg*.

Um outro artigo, que descreve a realização uma pesquisa *online* multicêntrica – no Brasil e em Portugal – com HSH a respeito do *chemsex* durante o período de “isolamento social” da covid-19, sugere que, particularmente no caso brasileiro, a prática foi experimentada como um “momento de relaxamento e fuga da realidade” por esse grupo, que em sua busca por prazer, controle e pela liberação de tensões demonstrou insensibilidade aos apelos sanitários de distanciamento físico:

A ocorrência de *chemsex* foi elevada, sobretudo no Brasil, onde o isolamento social proposto não sensibilizou os HSH à adesão, diante da opção pelo sexo casual. **Parece evidente que a busca pelo prazer se mostrou mais relevante diante das medidas de proteção ao COVID-19 propostas**, o que coloca os HSH mais expostos (Sousa *et al.*, 2020, p.9, grifos meus).

De todas as situações da vida ordinária dos HSH que poderiam comprometer o distanciamento social, a única que aparece como equivalente, porém antagônica, ao bem maior da saúde – inclusive coletiva – é a fixação incompreensível desse grupo com o sexo que, nesse momento em que diversos “químicos” são a ele relacionados, tende a ser abordado sob um viés altamente viciante/patológico e potencialmente criminalizável. Mas, afinal, como poderia essa categoria – HSH – funcionar para além do sexo? Em outras palavras, o que fazem os homens que fazem sexo com homens quando não estão fazendo sexo com homens? Ou, antes disso, quem são – e quem podem ser – os homens que fazem sexo com homens?<sup>120</sup>

Como localiza Race (2009) em outro texto, o ponto de partida ao se considerar a conjugação entre prazer e fármacos – e para o que denomina de “política queer das drogas” (*queer politics of drugs*) – deve ser a ironia entre uma indústria médica que persistentemente amplia os parâmetros para o uso legal de algumas substâncias, na forma de uma simples questão de escolha do consumidor, enquanto uma guerra punitiva é travada sobre outras. Mesmo no caso de drogas legalizadas, como é o caso da TARV, vale apontar como a regulação pode se dar não exatamente sobre o uso ou não de determinada droga, mas sim sobre as

---

<sup>120</sup> Kaplan, Sevelius e Ribeiro (2016, p.2, tradução minha) listam três principais críticas ao emprego da categoria: “1) o pressuposto de que ‘homens’ não é uma identidade; 2) de que conhecemos os corpos de que estamos falando – ou seja, que os corpos dos ‘homens’ ou o ‘corpo masculino’ é algo homogêneo, estável e facilmente identificável; e 3) de que conhecemos as práticas sexuais em que estes corpos estão envolvidos, isto é, que a expressão ‘homens que fazem sexo com homens’ é suficiente para descrever um comportamento sexual”.

circunstâncias desse uso, ou seja, sobre seus efeitos para além de um domínio determinado e normatizado (exclusivamente terapêutico, neste caso). Ambiguidade aliviada, mas ainda presente na PrEP, em enunciados que necessariamente a “combinam” com preservativo – como no artigo citado, em que os autores lamentam o descasamento das tecnologias – e alertam sobre sua prevenção limitante (somente sobre o hiv). Não me estenderei mais nesse assunto uma vez que a prática, tal como descrita nessa literatura claudicante, organiza-se de modo a induzir algumas associações simbióticas entre elementos humanos e não-humanos, cristalizando noções de sujeito perigoso e de substâncias de risco a ele associadas (Butturi Junior, 2022b).

Por fim, ainda acerca da tensão entre os segmentos populacionais e a população em geral nos PCDTs da PrEP, vale mencionar o caso das parcerias sorodiferentes. Elas eram, em 2018, prioritárias à indicação da profilaxia, independentemente da questão da indetectabilidade, que era precariamente traduzida, no documento, como “baixa transmissibilidade” (Brasil, 2018b). Em 2022, o excerto apresenta quase a mesma redação, salvo pela substituição da “baixa transmissibilidade” por “não transmissibilidade”:

Pessoas em parcerias sorodiferentes para o HIV também são consideradas prioritárias para o uso da PrEP. **As evidências científicas indicam a não transmissibilidade do HIV por via sexual quando uma pessoa vivendo com HIV está sob TARV há mais de seis meses, apresenta carga viral indetectável e não tem nenhuma outra IST** (Brasil, 2022a, p.28, grifos meus).

Curiosamente, o trecho destacado acima utiliza como referências as mesmas pesquisas do PCDT anterior para fundamentar as referidas “evidências científicas”: uma conduzida por Cohen *et al.* (2011a), responsável pelo estudo HPTN 052, citado anteriormente, e outra realizada com mais de mil casais sorodiferentes no Quênia e em Uganda, em que uma parceria recebeu a TARV e a outra a PrEP (Baeten *et al.*, 2016). Dessa reescrita de evidências realizada pelo MS, destaco duas observações. A primeira delas é que se mostra evidente, quando considerada a genealogia da indetectabilidade, que as condições para afirmar a não transmissibilidade da PVHIV indetectável já estavam mais que dadas em 2018. A interpretação seletiva e deturpada das conclusões produzidas pelos ensaios clínicos, além disso, é reproduzida também pelo condicionamento da aceitação da baixa ou não transmissibilidade à inexistência de ISTs, uma vez que ambas as pesquisas

recusaram a relação entre as variáveis, ou seja, não foram encontradas quaisquer evidências de que a presença de ISTs entre os participantes aumentaria o risco da transmissão do hiv<sup>121</sup>.

Embora a ocorrência ou não de ISTs como condicionante à aceitação de que I=I esteja presente na DS, de 2008, ela não é respaldada pelas evidências recentes que embasam o consenso, algumas delas empregadas pelo MS em seus documentos, mas que são, aqui e ali, peneiradas estrategicamente para dizer algumas coisas e não outras, expondo ambiguidades dos documentos de base às políticas brasileiras de hiv/aids em relação às pesquisas científicas. Em uma publicação de 2015, o UNAIDS (2015a, p.7), por exemplo, tratava a questão nesses termos: “No caso de casais sorodiscordantes, isto inclui a opção de utilização da PrEP como uma ponte até a obtenção da supressão viral por meio da terapia antirretroviral no parceiro vivendo com HIV ou para a concepção mais segura”. Já na nota na nota de 2018 em que se junta ao movimento I=I, além de não reproduzir essa dependência, o programa oferece outra recomendação a esses casos:

Parceiros HIV-negativos de pessoas vivendo com HIV que possuem o vírus suprimido devem considerar a continuidade do uso de preservativos, bem como da profilaxia pré-exposição (PrEP), **se tiverem relações sexuais com pessoas que não sejam seus parceiros** (UNAIDS, 2018, n.p, grifos meus).

Mais que “erros” e “contradições” do PCDT<sup>122</sup>, ou descontinuidades entre as recomendações do MS e diretrizes internacionais, convém pensar nos efeitos dessas mensagens ambíguas na direção de uma vigilância sorológica que atualiza – programaticamente e além, uma vez que profissionais da saúde ressoam tais reservas à intransmissibilidade na comunicação de risco a seus pacientes – a suspeição sobre a PVHA e sobre suas condutas e, por conseguinte, o controle sobre o uso das tecnologias biomédicas, um dos principais domínios em que a relação entre liberdade e segurança se impõe neste dispositivo. No caso específico da expansão da PrEP, interessa indicar como ela também pode se dar às expensas da

---

<sup>121</sup> O mesmo pode ser dito a respeito dos *Partner 1 e 2* (Roger *et al.*, 2016, 2019) e sobre o *Opposites Attract*, em que os autores explicitamente refutam essa ligação: “Também examinamos o risco de transmissão no contexto de infecções sexualmente transmissíveis concomitantes e de início recente da terapia antirretroviral. Nenhum caso de transmissão vinculada ao casal foi relatada” (Bavinton *et al.*, 2018, p.2, tradução minha).

<sup>122</sup> Esta versão do documento, de 2022, é tão ambígua a esse respeito que ao mesmo tempo em tacitamente classifica as parcerias sorodiferentes como prioritárias, se for observado somente o fluxograma presente na Figura 1 do documento, a PrEP não seria indicada a elas.

rejeição parcial dos achados acerca do risco zero de transmissão da PVHIV indetectável, valendo-se, em outra ponta, da atribuição de uma “autonomia” à parceria soronegativa que, não devendo ela se responsabilizar pela adesão à TARV do outro, deve prevalecer sobre as evidências científicas:

O principal é valorizar e reforçar a **autonomia da parceria soronegativa** quanto à sua prática sexual e o grau de exposição a que deseja se submeter, considerando que a parceria soronegativa não é responsável pelas condutas da outra pessoa, por exemplo, no que se refere à tomada regular da TARV (Brasil, 2022a, p.46, grifos do autor).

De maneira geral, por sua vez, trata-se de observar que o dispositivo da aids tolera bem e viabiliza-se sobre um dado nível de contradições, como a expressa em torno da indicação da PrEP à parceria soronegativa, e este é um traço importante da lógica securitária: existem mensagens que se contradizem entre si e recomendações divergentes ou mesmo contraindicadas, mas isso não é realmente um problema porque essas inobservâncias e esses desvios são, de algum modo, esperados. Um dispositivo de segurança efetivamente apenas funciona com eles e pode, inclusive, ignorá-los ou fazer pouco caso até o momento em que eles se mostram, com base em certos limiares e frequências estatísticas, suficientemente problemáticos para justificar certas intervenções ou mudanças de rumo.

5) Por último, cabe notar, nessa textualidade que grassa em torno da PrEP, além de sua constituição enquanto recurso preventivo nos planos globais e nacionais de prevenção ao hiv/aids, a sua eleição como modelo de inteligibilidade central às análises acerca do curso da epidemia, em que a profilaxia é crescentemente ativada por especialistas para dar sentido às leituras e aos indicadores epidemiológicos. Um impacto que, embora esperado, agora se quer mensurado, estimado e dimensionado também em sua relação com outros recursos preventivos, como o preservativo e a TARV. No campo da epidemiologia, por exemplo, há a aparição de noções novas, como a “razão PrEP:HIV”, segundo a qual o número de pessoas em PrEP dividido pelo número de novos casos de PVHA que iniciam o tratamento (vinculadas) seria capaz de indicar se a epidemia caminha para a redução ou para o aumento das infecções em uma dada localidade.

A corrida pelo título de primeira metrópole mundial a zerar o número de novos casos de hiv, a propósito, já foi anunciada e parece impossível de continuar sem a PrEP, tida como o principal recurso disponível para cruzar essa linha tão sonhada há

décadas e que, neste momento, propala-se tangível. No Brasil, embora ainda distante (foram mais de 2 mil novos registros em 2023), São Paulo é possivelmente o único município em que a expansão no acesso à profilaxia tem sido adotada como arcabouço por excelência em análises sobre as quedas progressivas de novas notificações de hiv. A capital concentra cerca de 1/4 dos usuários do país e está na vanguarda do lançamento de ações que redefinem o território preventivo, através de estratégias como o projeto “PrEP na Rua”, a inauguração de uma unidade de prevenção anexa ao metrô (Estação Jorge Beloqui), com horário de atendimento das 17h às 23h, e o canal SPrEP, serviço digital acessível no aplicativo e-SaúdeSP que permite a marcação de teleconsultas, prescrição de receitas online e retirada de PrEP ou PEP no mesmo dia, em horários flexíveis.

Ora principal aposta para o controle da epidemia, ora a PrEP divide os louros da queda nas infecções com outras tecnologias biomédicas, como a TARV, como sugere a capa da revista *Lancet HIV* do mês de junho de 2023 (Figura 3, a seguir). Nela, a TARV (ART) e a PrEP fazem as vezes de borracha sobre o vírus, apagando-o; o preservativo, habitante de longa data deste dispositivo, ficou de fora da ilustração e, por conseguinte, do reconhecimento desse trabalho em equipe.

Figura 3 – Capa da revista *The Lancet HIV* (junho de 2023)



Fonte: The Lancet HIV (2023)

Além de diferenças técnicas, de plano (intra ou extracorporal) ou relacionadas aos prazeres, interessa apontar que a relação entre o preservativo e a PrEP mobiliza diferentes paradigmas preventivos no interior do dispositivo da aids. Por um lado, ao destinar ao preservativo a supremacia da cena preventiva, confia-se a esse recurso – de um modo similar ao que Bentham devaneava com as instituições panópticas – a resolução de todos os problemas no que concerne à prevenção, os quais ele se propõe a dirimir de modo absoluto, supostamente a zero. O dispositivo securitário, em contraposição, assumirá, de imediato, uma outra maneira de conceber o universo preventivo, ampliado e expansível, tanto no que diz respeito à oferta de outras tecnologias, como a PEP e a PrEP, como no entendimento de que existem inúmeros fatores que concorrem à prevenção, os

quais devem ser distribuídos entre as dimensões estruturais, comportamentais e biomédicas que compõem essa outra abordagem, a da prevenção combinada, que dá as caras na década de 2010 (UNAIDS, 2010; Brasil, 2017a).

Ao esfumaçar a distinção clássica, no discurso das doenças e infecções, entre prevenção e tratamento, a prevenção combinada perturba uma série de posições e relações neste dispositivo, atuando sobre vários de seus limites: entre soropositivos e soronegativos, pré e pós, dentro e fora, insertivo e receptivo, contínuo e sob demanda, crônico e temporário, com mais risco e com menos risco, entre outras. A dissolução parcial entre esses domínios também explica por que uma tecnologia como o preservativo, capaz de atuar em apenas um deles, não poderia, afinal, ocupar o lugar de único recurso legítimo à prevenção.

Sendo assim, daqui em diante, os enunciados em torno do preservativo se modificam radicalmente com a passagem de um paradigma em que detinha o protagonismo a outro, ao qual é combinado com outras tecnologias e intervenções, que ora compõem com ele a cena preventiva. Figura até então bastante solitária nessa frente, ele passa paulatinamente a compartilhar o mesmo espaço com tecnologias farmacológicas, sob um novo quadro que o posiciona lado a lado de outros recursos que integram essa rede, a qual tende a incluir, em nome de sua segurança, sempre mais elementos, assim como fazer orbitar em relação a eles novos saberes e práticas no que se refere ao hiv/aids. A respeito dos métodos atualmente disponíveis à prevenção, o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*, de 2018, por exemplo, diz o seguinte:

É amplamente aceito que a promoção das práticas sexuais seguras, com o uso do preservativo em todas as relações, constitui método efetivo e central para o controle da transmissão sexual do HIV. **Porém, as estratégias de prevenção combinadas são mais efetivas e possibilitam a oportunidade de prover os meios para intervenções estruturais e individuais** (Brasil, 2018a, p.48, grifos meus).

De modo semelhante, na versão mais recente do PCDT destinado à prevenção da transmissão vertical do hiv, publicada em 2020, o MS recomenda aos seus profissionais que o planejamento sexual e reprodutivo das PVHA deve levar em conta esse novo paradigma preventivo (que corresponde, no texto, a uma nova forma de “cuidar”), o qual não pode ser comprimido, discursiva-materialmente, ao preservativo:

Isso implica uma nova abordagem do cuidado – **não mais a oferta exclusiva do preservativo masculino, mas a ampliação da perspectiva para a prevenção combinada**, concepção e contracepção, além de PrEP e PEP para o HIV, quando indicado (BRASIL, 2020, p.31, grifos meus).

Finalmente, trago uma última ocorrência a propósito do embate entre preservativo *versus* prevenção combinada. O texto foi transcrito de um vídeo do clínico geral e infectologista brasileiro Ricardo Vasconcelos em seu perfil no *Instagram*, publicado no dia 28 de fevereiro de 2023:

**Você é adepto do *bareback*? Então, muito provavelmente, a camisinha não é um método de prevenção que cabe na sua vida.** Então você, mais do que qualquer outra pessoa, precisa tá bem por dentro dos métodos adicionais de prevenção do hiv, como é o caso da PrEP, que consiste no uso de medicamentos para prevenção do hiv (VASCONCELOS, 2023).

Como se vê, o preservativo, com a emergência da prevenção combinada, experimenta seu próprio reposicionamento neste dispositivo e uma ambiguidade constante em sua relação com as tecnologias biomédicas baseadas em ARVs. Ambivalências que se manifestam nos enunciados acima, nos documentos do MS e na tradução e reescrita sempre estratégicas das evidências e recomendações de programas internacionais como UNAIDS. Em um texto sobre o não atingimento das metas 90-90-90 pelo Brasil, assinado por Janaina Garcia (2020) para o *UOL*, por exemplo, os especialistas ouvidos pela reportagem apontavam que “[...] o não cumprimento da meta pelo Brasil se deve, principalmente, ao teor das campanhas informativas que, em geral, ainda estão mais focadas no uso da camisinha que na propagação de informações relativas à prevenção combinada [...]”. De fato, a campanha do MS daquele ano de 2020 poderia muito bem datar do último século: “Usar camisinha é uma resposta de todos”, manifestava seu slogan. Já a de 2019 notabilizou-se pelo recurso ao medo e à ameaça diante da “imagética terrorista” (Perlongher, 1987c) de algumas ISTs, como a sífilis e a gonorreia: “Se ver já é desagradável, imagine pegar. Sem camisinha, você assume esse risco”.

Assim, a despeito de toda essa profusão discursiva em torno da PrEP, produzida por enunciados do MS e de médicos influenciadores, em pesquisas acadêmicas e em perfis de gays cis no *Twitter* e no *Grindr*, vale destacar que a implementação da profilaxia é acompanhada de um verdadeiro apagão midiático, arena em que o preservativo ainda domina a cena. Desde o final de 2017, a PrEP recebeu apenas uma campanha de divulgação nacional massiva nas cadeias de

rádio e televisão, e somente no início de 2024. A primeira campanha lançada sob o governo Lula, em 2023, seguiu, como nos anos anteriores, a ênfase dedicada ao preservativo como principal método de prevenção. As camisinhas – feminina e masculina – foram os únicos dispositivos representados nas peças publicitárias, que reforçavam a mensagem: “Voltou o Carnaval e com camisinha a alegria é geral” (ver Figura 4, a seguir). Descompasso, portanto, entre o que se vê e o que não pode ser visto, entre uma estratégia de divulgação historicamente focalizada no preservativo em um país em que esse método, de acordo com o IBGE (2021), não integra a rotina sexual da maioria da população adulta e não oferece indicadores de estar sendo mais utilizado nos últimos anos, o que, por sua vez, deveria ensejar a reformulação de uma política preventiva que engatinha tanto no caminho da adesão a esse recurso preventivo quanto na promoção de tecnologias anti-hiv como a PEP e a PrEP.

Figura 4 – Cartaz de campanha do MS alusiva ao Carnaval 2023



Fonte: MS (2023)

Tendo isso em vista, é possível identificar descontinuidades no que se refere à distribuição e interação entre os elementos preventivos – preservativo x tecnologias biomédicas – neste dispositivo, sobretudo quando tomamos os enunciados do MS em manuais e PCDTs em comparação com as campanhas publicitárias voltadas à população sexualmente ativa. Apesar da adesão brasileira ao paradigma da prevenção combinada no começo da última década, em se tratando da PrEP, essa vinculação tem sido produzida e reiterada em documentos técnicos e materiais de circulação mais restrita e recepção segmentada, que muitas vezes são desconhecidos até mesmo pelos profissionais de saúde envolvidos na prevenção ao hiv/aids. Para além do apagamento da profilaxia no SUS e o que isso pode repercutir em seu conhecimento e acesso pela população, vale observar ainda que a profilaxia não foi, de fato, testada pela opinião pública brasileira e que distorções de várias ordens podem surgir com um incremento dessa visibilidade, considerando especialmente o uso político que as novas direitas e o neoconservadorismo provavelmente dedicarão à temática. Um usuário que entrevistei pelo *WhatsApp* – o @babysifilis (31 anos, 2 anos em PrEP), que apresentarei adiante – reflete desta forma sobre o assunto e sobre uma possível prova de fogo a ser enfrentada pela PrEP diante das barulhentas moralidades verde-amarelas:

Eu acho q a prep deu certo exatamente por nao ter tido tanta visibilidade. Eu to trabalhando numa escola e ja tive um papo de prep lá. E sabe quantos sabiam o que era prep? So eu. Eu ja fui em medico me consultar e ela perguntou se eu tomava um remedio controlado e eu disse prep, e ela falou oq eh isso? **Nao acho que esteja dando certo por que as pessoas saibam o que eh. Acho que se as pentecostais todas recebessem um zap q explicasse superficialmente oq eh a prep hoje mesmo ja teria reportagens inventando cortes na band ou rede tv** (@babysifilis, 31 anos, 2 anos em PrEP).

Enquanto “objeto relutante” (Race, 2015), a PrEP se produz nas limitrofias entre essas zonas de visibilidade e apagamento, entre os discursos em que é pólvora de uma revolução sexual em curso e aqueles que, com indiscreto desânimo, enxergam nela somente a biomedicalização, entre as experiências de gays cis em que risco e prazer, perigo e segurança, cuidado de si e promiscuidade convivem em inédita e curiosa harmonia.

Na seção final deste capítulo, traço algumas considerações acerca dos deslocamentos da noção de risco no dispositivo da aids com o surgimento de um

outro conceito que, a partir da década de 1990, é convidado a circular com ele no campo da saúde: o de vulnerabilidade.

## **2.6 SOBRE RISCO E VULNERABILIDADE**

Muito embora a noção de “grupos de risco”, como é bem sabido, venha sendo problematizada desde o século passado por seu caráter dito estigmatizante, por, em alguma medida, oferecer certa identidade individual e coletiva para determinados grupos da população enquanto alvos prioritários do hiv/aids, a lógica que a fundamenta não somente não desapareceu, como se tornou um dos elementos mais estratégicos desse dispositivo, o conector que permite o encontro entre atores, políticas, instituições, tecnologias e corpos. O risco é, na verdade, o nó górdio que amarra cada uma das extremidades desses dispositivos variados a um centro; o elo que permite que seja atribuído não apenas a uma situação concreta ou a um agente individual, mas que apareça, a partir dos anos 1990, ligado a causas mais amplas, estruturais, que, crescentemente se entende, concorrem à suscetibilidade de algumas subpopulações à infecção pelo hiv.

Trata-se, em outras palavras, de um risco que excede o biológico uma vez que é posicionado em interação com outros elementos, como condicionantes comportamentais, sociais e culturais. Dos “grupos de risco” de meio século atrás para “populações com práticas/comportamento de risco” até as mais recentes formulações “populações em risco substancial” (Brasil, 2017c) ou “populações sob risco aumentado” (Brasil, 2018b, 2022a), temos diferentes expressões que, embora mais ou menos abertas a efeitos subjetivantes nocivos sobre determinados segmentos da população, fazem da infecção pelo hiv uma cena em que o principal elemento a se considerar, calcular (quando possível) e administrar é o risco, noção central de um dispositivo de segurança como o que se constitui em torno da aids.

Assim, quando consideramos as tecnologias farmacológicas de tratamento e prevenção do hiv, TARV, PEP e PrEP, o risco é o grande catalisador de acontecimentos envolvendo tais estratégias biomédicas nesse dispositivo. Na discussão sobre a intransmissibilidade da PVHIV com carga viral indetectável trata-se, afinal, de aceitar ou não a existência do risco nas relações sexuais sem preservativo. Apesar de cientificamente demonstrado como zero ou nulo, ele é, nesses casos, reiteradamente relativizado por meio de adjetivos como “baixo”,

“mínimo” ou “insignificante”. Os interesses, tanto por parte dos defensores do mote “I=I”, como de seus detratores, são múltiplos, intrincados e ultrapassam facilmente uma concepção estritamente epidemiológica do risco, se é que ela existe. Haveria ainda, além disso, o risco de contrair outras ISTs e, especialmente no caso da PVHA, o da reinfecção. Percebe-se, a propósito de uma situação específica, não somente como o risco apresenta-se como o principal indicador a se considerar e a ser negociado, tendo como referência a segurança, mas também como ele é capaz de destravar outros campos de realidade/virtualidade para que outros riscos sejam decompostos do risco inicial, sobrepondo-se uns aos outros (risco de transmitir, risco de contrair uma IST, risco de intercâmbio entre cargas virais, risco de que essa reinfecção ocorra por uma cepa resistente à TARV em uso, risco de falha terapêutica, risco de voltar a ser detectável e assim por diante). Um risco que, para a PVHA, vem em cascata.

Como já mencionado, o risco também foi protagonista de uma importante mudança no PCDT da PEP: desde 2015, a indicação da profilaxia baseia-se principalmente nele e não mais no contexto da exposição. Apesar disso, essa noção operacional informada pela estatística seria, na prática da dispensação da PEP, de difícil determinação, como sugerem Filgueiras e Maksud (2018) em pesquisa com usuários da profilaxia e profissionais. Tanto por parte de quem procura o atendimento de urgência, como de médicos infectologistas que atuam no serviço, prevalece a conduta, diante da incerteza que a noção de risco pode trazer à cena clínica, de que “na dúvida, melhor tomar a PEP”. Uma decisão na qual, segundo as autoras, podemos notar a “persistência da lógica dos conceitos de grupos e comportamentos de risco”, responsável por fortalecer, via práticas de saúde, um “ambiente riscofóbico”.

Massa, Grangeiro e Couto (2021) também abordaram as percepções de profissionais da saúde – com formação em Medicina, Psicologia e Enfermagem – sobre o uso e a procura da PEP na rede pública, e identificaram uma visão ainda informada pelos “grupos de risco”, costumeiro reduto das sexualidades tidas como “desviantes”:

[...] os profissionais de saúde compreendem a busca da PEP sexual como uma **falha do indivíduo no cuidado à saúde**, transformando esta busca e seu motivo em atos errados e não desejáveis do ponto de vista da “saúde”. Essa compreensão é construída pelos profissionais a partir de **concepções normativas da sexualidade e de abordagens preventivas baseadas em um conceito tradicional de risco** (Massa; Grangeiro; Couto, 2021, p.12, grifos meus).

Já em relação à PrEP, a profilaxia atende a um interesse caro a um dispositivo de segurança, que é a delimitação e operacionalização de um espaço de prevenção que funcione pela antecipação dos riscos, recentemente farmacologizado no caso da pré-exposição sexual. Um campo, nesse caso, de intervenção sobre o universo dos soronegativos, mas que atua diferencialmente sobre esse conjunto, uma vez que, presume-se, de acordo com o estabelecimento de “retratos” e “perfis” da infecção em diferentes grupos da população e de características que a epidemiologia considera relevantes (como gênero, idade, orientação sexual, entre outros), que algumas pessoas são virtualmente mais suscetíveis à infecção que outras.

Antes mesmo da chegada da PrEP ao SUS, contudo, o que presenciemos não foi um debate a respeito do risco de contrair o HIV sob o uso da profilaxia, ou seja, acerca de sua eficácia na redução da transmissão, mas sim o risco de que uma maior segurança em relação ao HIV fosse compensada com o desuso do preservativo nas relações sexuais, comprometendo, com isso, a estratégia preventiva como um todo. Grande parte dos argumentos contrários à PrEP, das primeiras notícias de sua inclusão no rol de tecnologias preventivas disponíveis no país até hoje, reside justamente na celeuma em torno da ideia de compensação de risco, segundo a qual o usuário, ao ter uma percepção de risco ao HIV reduzida, contrabalancearia esse incremento em sua segurança com um afrouxamento no uso do preservativo, aumentando, com isso, o número de exposições a outras ISTs. A compensação de risco, hipótese investigativa promovida a elemento da realidade que extravasa o biológico e incrusta-se no social, funcionaria, sob esse ponto de vista, como um correlativo psicológico responsável pela arbitragem do indivíduo na gestão de sua segurança, peça central de um certo equilíbrio que, como confirmam pesquisas sobre o assunto, é de complicada demonstração, o que por si só deveria

reforçar o questionamento de sua pertinência para avaliar intervenções preventivas dessa natureza<sup>123</sup>.

Já no caso do uso ou não da PrEP pela parceria soronegativa, presencia-se, além de uma hesitação sobre os termos do entendimento de que I=I em documentos do MS, uma estratégia de individualizar a decisão através da atribuição de uma autonomia à parceria soronegativa, a fim de que caiba a ela deliberar sobre o “grau de exposição a que deseja se submeter” (BRASIL, 2018d, 2021, 2022a). Em outros termos, quanto risco está disposta a correr, uma vez que, de acordo com essa perspectiva, ela não pode ser responsabilizada por falhas na adesão da TARV por parte de sua parceria soropositiva. Já o deslocamento pelos meandros do risco que sustentou a ampliação da oferta da PrEP para outros grupos da população, tanto pela OMS, em 2015, como pelo MS, em 2022, demandou um processo de individualização que, a fim de alcançar o sujeito, teve como ponto de partida o risco: dos grupos aos indivíduos, as “características individuais e o comportamento”, afirmava a OMS (WHO, 2021) em trecho citado anteriormente, mostram-se agora mais relevantes quando se trata de avaliar os benefícios da PrEP. Processos de individualização que se reconfiguram e que são sempre diferenciais de acordo com o *status* sorológico dos envolvidos.

Já sugeri que uma política ancorada no risco necessita imprescindivelmente dele e de sua atualização a fim de justificar sua necessidade programática e persistência no tempo, ainda que, na experiência de gays cis, ele seja constantemente manipulado por cada usuário de acordo com interesses e expectativas individuais, mas que podem trazer consigo estereótipos e anseios sociais relacionados à homossexualidade. Além disso, presume-se que a PrEP possa também destravar outros riscos, capazes, por sua vez, de colocar à prova sua legitimidade nesse dispositivo. Vale observar ainda que, na origem do debate sobre a compensação de risco, está o preservativo: é ele a referência, a tecnologia que regula seu aparecimento; quanto mais distante a presença do látex, mais o risco espreita os corpos e os contatos. Ironicamente, tecnologias alternativas ou

---

<sup>123</sup> Estudos têm produzido evidências divergentes acerca da possível compensação de risco entre usuários da PrEP, e a questão segue um dos objetivos centrais em pesquisas sobre a profilaxia, junto à avaliação de sua adesão, segurança e eficácia. Ver, entre outros, Marcus *et al.* (2013), Grant *et al.* (2014), Volk *et al.* (2015) e Fonner *et al.* (2016). A hipótese da compensação de risco foi recusada pela análise dos dados de HSH e mulheres trans participantes do projeto *PrEP Brasil* (Grinsztejn *et al.*, 2018), porém foi sugerida posteriormente por um de seus autores (Vasconcelos, 2021).

complementares ao preservativo, como a PrEP e a PEP, que buscam tamponar gargalos no que diz respeito à prevenção do hiv, são acusadas justamente de promover seu abandono e incentivar o sexo “desprotegido”<sup>124</sup>. Isso ocorre pois, como lembra Mitjavila (2002), enquanto recurso polissêmico e versátil, que age simultaneamente como probabilidade e perigo, o risco desempenha uma função cada vez mais relevante à arbitragem social, sendo mobilizado tanto para justificar políticas públicas como para incitar o seu questionamento.

Finalmente, ainda sobre a PrEP, na atualização do PCDT da profilaxia em 2022, interessa notar que a flexibilização do protocolo sobre os “segmentos populacionais prioritários”, formalizados na versão de 2018, não distensionou a lógica do risco sobre a qual se estrutura a política e através da qual têm sido realizadas intervenções a propósito da prevenção. Em vez de um recuo da lógica do risco sobre os agora denominados “segmentos populacionais-chave”, houve, assim, um deslocamento das estratégias desse dispositivo para um espaço cuja gestão ainda cabe ao risco, através de um movimento comprometido não com o seu alívio sobre alguns grupos, e sim com a irradiação diferenciada para um público-alvo mais abrangente, mantendo, com isso, a coexistência entre os grupos prioritários de 2018 e a coletividade populacional, adicionando, ainda, novos matizes àqueles (particularmente gays e HSH), através da constituição de novas topografias do risco, a exemplo do *chemsex*.

De todo modo, transcorrida uma década de epidemia, especialmente pela contribuição do epidemiologista estadunidense Jonathan Mann e pelo lançamento do livro *A AIDS no Mundo (AIDS in the world)*, do qual é um dos organizadores, a vulnerabilidade foi agregada ao risco na construção de respostas locais e globais à epidemia de hiv/aids. Publicada no Brasil em 1993, a obra de Mann e colaboradores é a porta de entrada e a vitrine do conceito aplicado ao campo da saúde e manifesta o interesse de operacionalizá-lo a fim de construir programas nacionais mais eficazes à prevenção de infecções por hiv. O termo busca descentralizar as estratégias que até aquele momento se organizavam exclusivamente em torno do risco e de suas implicações focadas no comportamento individual e na presunção de que todas as pessoas contariam com condições preventivas similares para um

---

<sup>124</sup> A hipótese da compensação de risco foi aventada até mesmo em relação à PEP. Ver, por exemplo, Martin *et al.* (2004), Schechter *et al.* (2004) e Körner, Hendry & Kippax (2006).

campo mais amplo, em que a vulnerabilidade, apesar de, epidemiologicamente, corresponder a um maior risco de exposição à infecção, é estratificada em outros oito sentidos (operacionais, econômicos, sociais, políticos, entre outros).

Assim como o risco, ela nunca seria zero, uma vez que todas as pessoas estariam, em algum grau, vulneráveis à infecção pelo hiv, mas poderia se aproximar do mínimo através de ações que envolvessem desde o acesso a informações precisas sobre a transmissão até a garantia de serviços de proteção e assistência, pautadas pelos princípios da equidade e da dignidade e informadas pelo discurso dos direitos humanos, com o qual o conceito estabelece manifesta sintonia. O esforço de Mann e colegas se concentra em dispersar, ao menos parcialmente, o enfoque sobre o indivíduo, agregando à epidemia uma dimensão coletiva que tanto poderia contribuir à mudança de comportamentos individuais, como à promoção de intervenções na coletividade por meio da cooperação com entidades e comunidades locais. Um dos principais efeitos derivados da lógica do risco na saúde, o da responsabilização do indivíduo por sua “capacidade preventiva”, está na mira desse conceito, uma vez que, afirmam os autores, “[...] a responsabilidade pessoal é a antítese da vulnerabilidade” (Mann; Tarantola; Netter, 1993, p.277).

Na continuação da obra, *AIDS in the world II*, publicada em 1996, mas que não foi vertida ao português brasileiro, Mann & Tarantola propõem uma periodização das estratégias preventivas empregadas até então, aqui recuperadas por intermédio de Ayres *et al.* (2009 [2003]). Nos primeiros anos, de 1981 a 1984, o uso instrumental da epidemiologia, ao conjugar fatores de risco com grupos de risco, produziu categorias específicas e concretas de pessoas como destinatárias fundamentais do discurso preventivo, com êxitos bastante limitados sobre o alastramento da infecção e cujos efeitos adversos resultam em uma memória discursiva que até hoje respinga sobre esses segmentos. Além disso, o período foi marcado pela defesa do isolamento das pessoas soropositivas e da abstinência como recurso preventivo, ambas estratégias que, como tenho entendido, caracterizam a prevalência de uma mirada disciplinar sobre a epidemia. O isolamento do vírus hiv por Montaigner e Gallo são o acontecimento derradeiro desta etapa: com o agente etiológico identificado e o caráter transmissível da infecção delimitado, as primeiras respostas, no período de 1985 a 1988, desenvolvem-se em torno da “redução de riscos”, por meio de ações como o controle de bancos de sangue, estímulo ao uso do preservativo e ao “sexo seguro”,

testagem/aconselhamento e o surgimento de estratégias de redução de danos sobre o uso de drogas injetáveis, inaugurada, nos Estados Unidos, pela *San Francisco Aids Foundation's*, e, no Brasil, pela iniciativa da prefeitura de Santos (SP), no final daquela década, conforme descrito páginas atrás.

Através da crítica de movimentos sociais, sobretudo do movimento gay cis estadunidense, mas também em decorrência de uma observação mais acurada da dinâmica da epidemia, que demonstrava desafiar limites geográficos e sexuais, os grupos de risco, pelo menos no discurso da saúde pública sobre hiv/aids, entram em crise. Em seu lugar, e na tentativa de afastar os holofotes das “identidades”, oferecendo, por sua vez, visibilidade às práticas que concorreriam à infecção, o conceito-chave desse segundo momento da prevenção migra para a noção de “comportamentos de risco”, que não demoraria para revelar suas próprias limitações, uma vez que, segundo pontuam Ayres *et al.* (2009 [2003], p.125), “A tendência à culpabilização individual é sua outra face: quando o comportamento do indivíduo é trazido para o centro da cena, a consequência inevitável é que se atribua à displicência pessoal, para dizer o mínimo, a eventual falha na prevenção”.

A invenção da categoria “HSH” se dá justamente neste momento – final da década de 1980 – em que “comportamentos sexuais”, mais que “identidades”, são catapultados como a principal morada do risco de infecção pelo hiv, muito embora os efeitos performativos da reiteração dessa categoria, sobretudo por seu uso pela epidemiologia e pelo discurso preventivo, produzam uma dinâmica própria, que não tardaria a revelar formas de filiação e homogeneização social bastante análogas às velhas “identidades”<sup>125</sup>. Por conseguinte, como é de praxe à política identitária, há a formação de espaços de exclusão e apagamento em torno da categoria,

---

<sup>125</sup> Segundo Aggleton e Parker (2015), a categoria HSH – no original, “men who have sex with men”, cujos primeiros acrônimos foram MWHSSWM, MeSM e, atualmente, MSM – foi inventada logo no início da epidemia de aids no Reino Unido, e utilizada por ativistas na tentativa de alcançar, via estratégias de prevenção, homens que não se consideravam propriamente gays ou pertencentes a uma “comunidade”. Se a origem do termo, contudo, ainda guarda controvérsias – Boellstorff (2011) a situa nos Estados Unidos, por exemplo –, há o entendimento comum de que sua criação ocorreu na década de 1980, no contexto do hiv/aids, com o interesse declarado de alcançar um grupo até então inatingível, que apesar de engajado em relações sexuais com outros homens não se identificava como gay, através de uma mirada que, supostamente, deslizaria de uma problemática “identidade” para um auto evidente “comportamento sexual”. Ao contrário do que seu caráter explicitamente descritivo pode sugerir, a noção, no entanto, ainda que eventualmente seja utilizada com esse intuito, foi incorporada pela epidemiologia enquanto unificadora de um conjunto bastante diverso e opaco de pessoas, o que tem sido apontado como um verdadeiro entrave ao endereçamento de ações preventivas para grupos vulneráveis que não se encaixam nas visões normativas, racializadas, ocidentais e binárias de sexo e gênero que dela decorrem.

especialmente devido ao binarismo sexual e de gênero, à classe social, à raça e à etnia, à localização geográfica (ocidental/não-ocidental), entre outros (Young, Meyer, 2005; Boellstorff, 2011).

Finalmente, o período de 1989 em diante realçaria o caráter multifacetado e desigual da epidemia, descrito pelo Ministério da Saúde, no final do decênio seguinte, nos termos de uma tendência à feminização, pauperização, heterossexualização e interiorização da infecção no país (Brasil, 1999). A carga viral, nesse período, soma-se à contagem das células CD4 e torna-se o principal biomarcador do hiv/aids, capaz de predizer tanto sobre o risco de transmissão, como sobre a suscetibilidade da PVHA ao adoecimento. No campo terapêutico, há o aparecimento dos “coquetéis” e de combinações entre diferentes classes de ARVs. É nesse cenário, de variadas transformações, que o conceito de vulnerabilidade emerge e ganha espaço no dispositivo da aids. Tendo em vista uma década de utilização do termo, Ayres *et al.* observam:

Tem sido cada vez mais comum, conforme se dissemina a expressão, o uso do termo vulnerabilidade como um sinônimo de risco. Troque-se um termo por outro e o texto não muda em nada seu significado e sentido. Talvez vulnerabilidade pareça mais ‘moderno’ ou ‘politicamente correto’ que risco, por conta da história problemática deste último termo no campo das respostas à Aids (Ayres *et al.*, 2009 [2003], p.130).

Se, em sua concepção e distribuição inicial (Mann; Tarantola; Netter, 1993), a vulnerabilidade desenha um cenário em que abrange o risco, no qual ele corresponde, digamos, a uma de suas expressões (a epidemiológica), os termos podem facilmente ser intercambiados como sinônimos, conforme advertem os autores no trecho acima, e a ligação entre ambos ora denota certa causalidade – é porque se é mais vulnerável que se apresenta mais risco (e o contrário também pode ser sugerido) –, ora uma correlação pra lá de simbiótica: risco e vulnerabilidade se incrementam ou decrescem reciprocamente, estabelecendo uma relação diretamente proporcional, e a distinção entre o que concerne a um ou a outro é de fato impossível de ser traçada<sup>126</sup>.

---

<sup>126</sup> O que sinaliza um problema, uma vez que, diferenciam Ayres *et al.* (2009 [2003]), o risco possui um caráter eminentemente probabilístico e analítico: quando em operação, busca estabelecer associações entre eventos relacionáveis e entre variáveis dependentes e independentes. A vulnerabilidade, em contrapartida, caracterizam os autores, tomaria um caminho quase inverso, não-probabilístico, de interesse pela síntese, mas sem desprezar sinergias e sincronismos: “O que, para as análises de risco consistentes, deve ser cuidadosamente deixado ‘de fora’ é o que constitui a quintessência dos estudos de vulnerabilidade – a co-presença, a mutualidade, a interferência, a

De todo modo, distante de recuperar os deslocamentos que o conceito pode ter experimentado desde a sua proposição, gostaria de sugerir que alguns usos da vulnerabilidade subvertem o esquema proposto por Mann e colaboradores, no qual a vulnerabilidade forma um guarda-chuva polissêmico composto de vários elementos – e dos quais o risco é apenas um deles – através de uma inversão em que a vulnerabilidade é assimilada ao risco na cena preventiva. O Ministério da Saúde, no guia *Prevenção combinada do HIV*, por exemplo, diz o seguinte:

**A noção de vulnerabilidade foi agregada à ideia de risco à maioria das ações de prevenção do HIV nas respostas governamentais mais arrojadas.** A partir disso, a epidemia passou a ser tratada menos como um problema individual, resultante de comportamento e ação de indivíduos ou grupos, e mais como consequência dos padrões de organização da sociedade, seja política, econômica ou culturalmente (Brasil, 2017a, p.23, grifos meus).

Não obstante a visão exposta acima, é possível encontrar, na literatura sobre hiv/aids, um certo entendimento que afirma a passagem do risco à vulnerabilidade, ou mesmo a superação do primeiro pela emergência da segunda, ao passo que há também estudos, como alguns que trouxe até aqui, que indicam justamente a recalitrância da lógica do risco sobre as práticas de saúde, ora edulcorada pelo conceito de vulnerabilidade. Conforme observa Cunha (2011, p.37) em relação aos jovens vivendo com hiv/aids, “[...] o interessante é perceber como os valores associados à noção da vulnerabilidade mesclam-se aos sentidos do risco, predominando os últimos [...]”. Já Butturi Junior (2022, p.127, grifos meus), a respeito do convívio estratégico entre risco e vulnerabilidade no PCDT da PrEP de 2018, observa: “[...] as vulnerabilidades aparecem como uma espécie de adendo, invertendo a posição que ocupam em discursos de ONGs e de pessoas que vivem com hiv: é uma prática mais perigosa que precede a classificação pelas vulnerabilidades”.

Desse modo, parece seguro sugerir não somente que a vulnerabilidade não levou ao abandono ou ao enfraquecimento da noção de risco neste dispositivo, mas também que, pelo contrário, ela pode oferecer, em algumas ocasiões, um outro conjunto de realidade/virtualidade para que o risco possa arbitrar, atuando como

---

relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não constante, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço” (Ayres *et al.*, 2009 [2003], p.131). Em poucas palavras, a vulnerabilidade não foi pensada, ao contrário do que apontam seus usos contemporâneos, como uma noção equivalente à de risco.

uma espécie de linha auxiliar de uma política que permanece centrada nos riscos e na individualização das respostas à epidemia, com ênfase em “identidades” extra-epidemiológicas e em comportamentos avaliados sob a lente da periculosidade social. As análises a respeito do risco e de sua possível compensação se mostram, assim, imbricadas com esse paradigma preventivo que, através da relação entre humanos e não-humanos, segue permitindo e favorecendo a circulação de leituras morais acerca da homossexualidade como uma experiência sexual contrastiva e hiperbólica, afeita ao perigo e disposta a correr riscos. Embora se possa afirmar que todo risco, enquanto probabilidade de que um evento ocorra ou não, aponta para o futuro, é ele que tem permitido a intervenção simultânea sobre as várias dimensões temporais da infecção, pré, durante e depois: risco de se infectar, risco de transmitir, risco de ter sido infectado. Os debates mais acalorados acerca das estratégias biomédicas – PrEP, TARV e PEP – se deram ao redor do risco, que continua a suscitar uma série de controvérsias nesse dispositivo.

Nesse mesmo guia *Prevenção Combinada do HIV*, o Ministério da Saúde (Brasil, 2017a) apresenta sua própria periodização das estratégias preventivas dirigidas historicamente à epidemia, a exemplo da proposta por Mann & Tarantola e retomada por Ayres *et al.* (2009 [2003]). Nela, o primeiro paradigma de prevenção também se encontra circunscrito aos grupos de risco e, a partir dos anos 1990, desliza para o modelo idealizado por Mann, em que a vulnerabilidade é agregada ao risco pela maioria das respostas governamentais. Já o terceiro paradigma preventivo ganha força na medida em que a distinção entre tratamento e prevenção mingua: os ARVs, outrora restritos à terapêutica das PVHA, espalham-se pela cena preventiva, inaugurando um terceiro momento da prevenção que, desde 2009, tem atendido pelo nome de “prevenção combinada” (UNAIDS, 2010; Brasil, 2017a). O objetivo não parece outro que o de organizar esse dispositivo à luz não somente das sucessivas descobertas sobre o duplo benefício dos ARVs, que criaram um espaço novo, de indiferenciação parcial entre tratamento e prevenção, mas também da conjugação do risco com dimensões estruturais e biomédicas, conformados ao conceito de vulnerabilidade construído desde o último século. Em *Prevenção combinada do HIV: adaptando e coordenando estratégias biomédicas, comportamentais e estruturais para reduzir novas infecções pelo HIV (Combination HIV prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioural and structural strategies to reduce new HIV infections)*, documento que torna pública essa nova abordagem da epidemia de

hiv/aids, o UNAIDS assim descreve a dificuldade experimentada até aquele momento:

Os programas nacionais de prevenção são muitas vezes compostos por uma coleção de intervenções desconexas, e que muitas vezes carecem de marcos claros, caminhos causais claramente articulados e conexões claras com outros programas que contribuem para alcançar as mesmas metas de prevenção (UNAIDS, 2010, p.5, tradução minha).

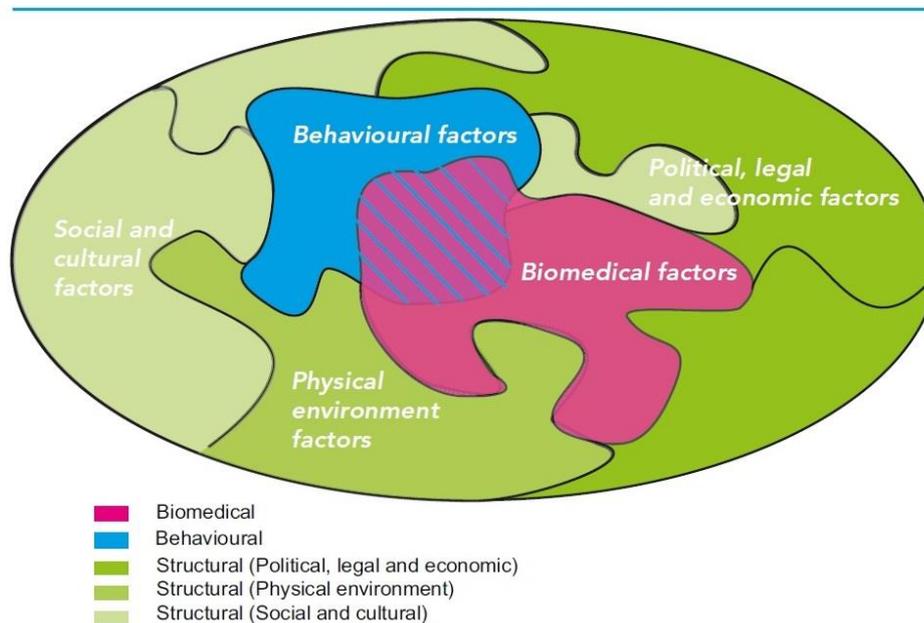
De acordo com a organização ligada à ONU, o novo modelo ofereceria as melhores perspectivas para lidar com as deficiências documentadas a respeito da prevenção e para gerar quedas sustentadas na incidência do hiv. Na prevenção combinada, risco e vulnerabilidade são causas que interagem entre si<sup>127</sup>, fatores comportamentais e biomédicos se interpenetram e são circundados por elementos estruturais (políticos, legais, econômicos, sociais, culturais e relacionados ao ambiente físico), conforme representado na figura abaixo, extraída do documento:

---

<sup>127</sup> Os termos são assim posicionados pelo UNAIDS: “O risco é definido como a probabilidade de uma pessoa adquirir a infecção pelo HIV. Certos comportamentos criam, aumentam e perpetuam o risco. Os exemplos incluem sexo desprotegido com um parceiro cujo *status* de HIV é desconhecido; múltiplas parcerias sexuais desprotegidas; uso de drogas injetáveis com agulhas e seringas contaminadas. A vulnerabilidade resulta de uma série de fatores que reduzem a capacidade dos indivíduos e das comunidades de evitar a infecção pelo HIV. Estes podem incluir: (i) fatores pessoais, como a falta de conhecimento e habilidades necessárias para proteger a si mesmo e aos outros; (ii) fatores pertinentes à qualidade e cobertura de serviços, como inacessibilidade de serviços devido à distância, custo e outros fatores; (iii) fatores sociais, como normas sociais e culturais, práticas, crenças e leis que estigmatizam e desempoderam certas populações, como mulheres e meninas ou homens que fazem sexo com homens e agem como barreiras para as mensagens essenciais de prevenção ao HIV. Esses fatores, sozinhos ou combinados, podem criar ou exacerbar a vulnerabilidade individual e, conseqüentemente, a vulnerabilidade coletiva ao HIV” (UNAIDS, 2010, p.9, tradução minha).

Figura 5: Risco, vulnerabilidade e as dimensões da prevenção combinada

Figure 1. Interacting causes of HIV risk and vulnerability



Fonte: UNAIDS (2010)

De acordo com o Ministério da Saúde, o país aderiu ao modelo de prevenção combinada em 2013, quando a atualização do PCDT para manejo da infecção pelo hiv em adultos derrubou a contagem de células CD4 como critério de elegibilidade para início da TARV, ampliação que, segundo a pasta, fortaleceu o paradigma do Tratamento como Prevenção (TcP)<sup>128</sup>. A ideia de combinação de métodos e abordagens foi mote da campanha nacional preventiva de 2016, de slogan “Aids. Escolha sua forma de prevenção”, que enfatizava cinco deles: camisinha, PEP, pré-natal, teste e tratamento (BRASIL, 2016b). Em 2017, há a publicação do já citado *Prevenção Combinada do HIV*, que recupera o surgimento do conceito, que se deu no âmbito do planejamento quinquenal da resposta do governo estadunidense ao hiv/aids, em 2009, e foi divulgado no ano seguinte, com a publicação do documento do UNAIDS.

No plano político-institucional, dois marcos impulsionaram as estratégias ora vinculadas à prevenção combinada. O primeiro deles é o Tratamento para Todas as Pessoas (TTP), instituído em 2013 no Brasil, e que se relaciona a uma outra medida,

<sup>128</sup> Disponível em: <<http://antigo.aids.gov.br/pt-br/faq/como-se-chegou-essa-estrategia-de-usar-medicamentos-como-prevencao>>. Acesso em: 22 mar. 2024.

conhecida como “test and treat strategy”, ou seja, testar e iniciar imediatamente a TARV no caso de diagnóstico positivo. Já o outro marco é decorrente da Declaração de Paris, de 2014, que convocava as cidades ao redor do globo a cumprir, até 2020, as chamadas “metas 90-90-90”: “[...] 90% das pessoas que vivem com HIV sabendo que têm o vírus; 90% das pessoas diagnosticadas com HIV recebendo tratamento; e 90% das pessoas em tratamento antirretroviral com carga viral indetectável” (UNAIDS, 2014a, p.2). A declaração baseava-se no documento *Perspectiva: O Relatório das Cidades (Outlook: The Cities Report)*, divulgado pelo UNAIDS naquele mesmo ano (UNAIDS, 2014b).

Tendo como principal referência o relatório com foco nas cidades, a Declaração de Paris dirigia-se, assim, especialmente às prefeituras e a líderes locais, cuja gestão deveria se comprometer com várias metas, dentre elas a de acabar com a epidemia até 2030: “Modelos matemáticos sugerem que o alcance dessas metas até 2020 permitirá que o mundo ponha fim à epidemia de AIDS até 2030, o que por sua vez gerará grandes benefícios para a saúde e para a economia”, sugeria a organização (UNAIDS, 2015b, p.2). Se até aquele momento as metas miravam benefícios em termos de morbidade e mortalidade decorrentes da ampliação do tratamento, a meta 90-90-90 engloba também, segundo o UNAIDS (2015b), os “benefícios terapêuticos e preventivos do tratamento do hiv”, destacando a eficácia de intervenções biomédicas como a TARV, a circuncisão peniana e a PrEP (o preservativo sequer é citado na Declaração de Paris). Santa Catarina e 12 cidades do Estado, dentre elas Florianópolis, através de uma cooperação interfederativa com o Ministério da Saúde, assinaram o documento em junho de 2018, durante a segunda fase de implementação da PrEP, cujo foco envolveu a ampliação da oferta do medicamento (Ministério da Saúde, 2018).

No segundo semestre de 2020, ano de avaliação dos resultados da Declaração de Paris, uma nota do UNAIDS (2020) qualificaria o progresso como “bom”, porém distante de atingir os patamares 90-90-90: globalmente, 81% das pessoas vivendo com hiv conheciam seus *status*, 67% estavam em tratamento e 59% com a carga viral suprimida. No Brasil, os números estavam mais próximos aos visados pelo planejamento da campanha: 89% haviam sido diagnosticadas, 77% faziam tratamento e 94% eram indetectáveis (Ministério da Saúde, 2020). No ano seguinte, uma nova estratégia global foi anunciada para os próximos cinco anos, atrelando o fim da aids a um outro fim: o das desigualdades (UNAIDS, 2021). As

metas, embora não cumpridas pelo plano anterior, seguem vigentes e ambiciosas: 95% das PVHA devem conhecer seu diagnóstico, 95% devem estar em tratamento e 95% dessas devem apresentar carga viral indetectável até 2026. Além disso, há metas que excedem o tratamento em si mesmo, dentre elas, a de que 95% das pessoas em risco de hiv façam uso da prevenção combinada (UNAIDS, 2021).

Vê-se, assim, que o incremento do conceito de vulnerabilidades ao discurso preventivo e às diretrizes de organizações como o UNAIDS convive muito bem com a noção de risco, que tende a precedê-lo e a capturá-lo na elaboração de políticas e estratégias de resposta à epidemia, as quais permanecem pautadas por modelos matemáticos e projeções estatísticas aplicados sobre a população. A respeito das metas 90-90-90 e suas declinações, cabe destacar que cada uma das etapas sugeridas em direção ao controle do hiv – diagnóstico, tratamento e indetectabilidade – depende implacavelmente do acesso e da adesão a tecnologias biomédicas: teste anti-hiv, TARV e exame de carga viral, respectivamente. A simplificação de uma epidemia complexa ao ponto de vista biomédico, na forma de uma “estratégia do modelo único”, baseada no “testar e tratar” e na eterna promessa do fim do hiv/aids, corresponderia, segundo Seffner e Parker, a uma

“[...] neoliberalização da prevenção no Brasil, em que não há financiamento para atividades de educação em saúde ou redução da discriminação, mas somente para o tratamento, confundindo a cura da AIDS com a eliminação do vírus ou o impedimento de sua replicação” (Seffner; Parker, 2016, p.30).

Pautada em uma “ontologia individualizante”, de caráter neoliberal, a estratégia do Tratamento como Prevenção (TcP) reduz, para Seffner e Parker, as PVHA e aquelas que virão a se infectar a consumidores individuais de ARVs. Ao recuperar alguns movimentos da resposta brasileira ao hiv/aids, os autores indicam ainda um recuo, em nome da governabilidade, das políticas de gênero e de sexualidade, das campanhas educativas focalizadas em grupos e em mensagens importantes à prevenção e do papel das ONGs e dos movimentos sociais no país, tolhidos de acesso aos fundos públicos e desincentivados em sua função de controle social.

Nesse sentido, com o advento do paradigma da prevenção combinada, os processos de individualização se modificam: continuam ativados pelo mote da responsabilização, agregada à lógica do risco, mas também se organizam com o fortalecimento da ideia de um sujeito preventivo autônomo e capaz de decidir sobre

sua saúde, cuja vontade é soberana e deve ser respeitada por quem o assiste, considerando condições no corpo da população e estruturas sociais que o vulnerabilizam à infecção pelo hiv. Os fenômenos em torno do risco e da autonomia não são, contudo, independentes, uma vez que a prevenção combinada convoca ao aparecimento um determinado tipo de sujeito que, frente à prevenção, deve assumir uma postura ativa, combinando os diferentes meios e ferramentas disponíveis tendo como base justamente uma leitura do risco: ao mesmo tempo orientada, porque reconhecida, documentada, distribuída no espaço, no corpo e no tempo, transmutada em dados e estatísticas, e também particular, uma vez que uma de suas superfícies de apoio é a presunção de que um processo deliberativo possa ser exercido com certa autonomia e com algum grau de liberdade por parte do sujeito. Na prevenção combinada, ele é convidado a executar sua capacidade de individualizar abordagens e decisões, assim como a combiná-las entre si.

Uma definição recente do Ministério da Saúde acerca dos objetivos desse paradigma preventivo diz o seguinte:

“[...] propõe-se a conjugação de ações biomédicas, comportamentais e estruturais, articulando desde intervenções de prevenção já consagradas na resposta ao HIV (como o uso de preservativos) até a introdução de novas tecnologias de prevenção, a exemplo das profilaxias pré e pós-exposição à infecção pelo HIV (PEP e PrEP), sem descuidar de questões estruturais como o enfrentamento à LGBTIfobia, ao machismo, à criminalização e a todos os processos de estigmatização que afetam determinadas populações, tornando-as mais vulnerabilizadas ao HIV/aids (Brasil, 2023, p.9).

Vê-se, assim, embora qualquer periodização dos momentos da epidemia por meio de momentos necessite desafiar uma cronologia que afirme a substituição de um modelo pelo outro ou pressuponha uma história linear a respeito desses eventos, que muitos elementos foram sendo adicionados a esse dispositivo, desenhando um espaço de intervenção e regulação mais amplo e interconectado sobre o hiv/aids que o do último século. De maneira geral, assistiu-se a um esforço de descentralização da infecção do indivíduo, de sua “identidade” e comportamento, em direção ao seu entorno. Isso ocorreu, ainda em 1980, pela emergência da categoria “HSH” e, a partir de 1990, do conceito de vulnerabilidade, que atravessa – ao menos pretende – as três dimensões deste dispositivo (biomédicas, comportamentais e estruturais), apesar de comumente mobilizado em relação a apenas uma delas, a comportamental, como sinônimo de risco. Ao mesmo tempo, o derretimento das fronteiras entre a prevenção e o tratamento, motivado pelo uso profilático dos ARVs,

é responsável pelo enfraquecimento, sob o prisma preventivo, de uma outra distinção: aquela entre soropositivos e soronegativos. Essa demarcação se mostra cada vez mais estratégica a um dispositivo que se expande seguindo um princípio baseado no risco e na segurança. Obviamente, seus efeitos são sempre desiguais e assimétricos, uma vez que o risco é distribuído diferencialmente entre os atores dessa rede, sendo particularmente mais pernicioso sobre a PVHA. A principal tentativa de representar a espacialização atual deste dispositivo pode ser encontrada na figura abaixo, concebida como “mandala da prevenção combinada”:

Figura 6 – Mandala da prevenção combinada



Fonte: Brasil (2018d)

Por definição, a mandala não tem início, meio ou fim; não há uma porta de entrada principal e um mesmo indivíduo não apenas pode, como é recomendável que percorra e ocupe diferentes “fatias” do dispositivo, combinando métodos, atitudes e abordagens que excedem o hiv/aids na direção de uma gestão da saúde sexual mais ampla. Além disso, ela permite identificações e ações variadas, tanto por parte dos usuários dos sistemas de saúde como de profissionais e gestores que neles atuam. Embora circunscrita, formada por nove pedaços, cada um deles abre

um campo de regulações, tecnologias, saberes, ações e processos subjetivos característicos, ou seja, de governo da vida a partir do hiv/aids, e pode estabelecer sobreposições e interações simultâneas entre si, sem hierarquização entre as estratégias. Nessa rede, dispositivos mais “duros”, como o preservativo, coexistem com as tecnologias biomédicas baseadas em ARVs (TARV, PEP e PrEP), das quais podem se beneficiar tanto as PVHA como as soronegativas. A mandala tem sido continuamente utilizada em dinâmicas de grupo e ações educativas por ONGs, movimentos sociais e serviços de saúde.

Em se tratando especialmente dessas estratégias baseadas em ARVs que integram a mandala, é notável que a controvérsia, a vigilância e a “cautela” por parte do discurso biomédico preventivo, assim como de profissionais de saúde, aumentam quando delas são aventados benefícios que excedem seu uso primeiro, restrito à terapêutica do hiv/aids, quando, em outras palavras, elas saltam de tecnologias biomédicas a tecnologias de produção de prazer. Isso ocorre, diferencialmente, também em relação à PrEP, especialmente quando ela é descombinada do uso de preservativos. Em um caso ou outro, a principal noção operativa para que essa gestão biopolítica do prazer seja viabilizada segue sendo o risco, ainda que ela ofereça, muitas vezes e mais do que se admita, mais dúvidas que certezas, mais profecias sociais que probabilidades estatísticas.

### 3 “EU TOMO ANTIRRETROVIRAL”

*Em ensaios clínicos com adultos infectados pelo HIV-1 e em um ensaio clínico com indivíduos não infectados pelo HIV-1, o fumarato de tenofovir desoproxila esteve associado a reduções ligeiramente maiores na densidade mineral óssea (DMO) e aumentos nos marcadores bioquímicos do metabolismo ósseo, sugerindo aumento na remodelação óssea em relação aos comparadores*  
Bula do Truvada

*Foi então que percebi, com nitidez, que não estava tomando AZT. Estava engolindo, comprimido após comprimido, as metáforas transtornadas do medicamento, estava ingerindo uma ideologia muito própria cristalizada na sigla e na notícia que dela se dá muito mais do que na fórmula química que, a priori, deveria estar limitando a ação devastadora do HIV nas minhas células*  
Herbert Daniel

“Eu tomo antirretroviral”. Poderia ter sido esse um enunciado unificador de experiências – como aqui se mostrarão, ora tão afins, ora irreconciliáveis – entre soropositivos e soronegativos com a TARV e a PrEP no dispositivo da aids em Florianópolis. No entanto, quis a vida, em uma trombada com H. (39 anos, 11 anos em TARV), que os rumos de minha pesquisa, até aquele momento circunscrita à profilaxia, junto com a ficção de um “mundo soronegativo em PrEP” que eu roteirizava sem me dar conta, ruíssem. Com ele, H. demarcava que seu antirretroviral (ARV) era outro – aqui, notavelmente, o único – e, por tabela, que vivia com hiv. Complementaria, algumas semanas depois, que foi desse modo, ambíguo e torto, que, pela primeira vez desde o diagnóstico, em 2012, contou a um parceiro sexual sobre sua sorologia, e assim justificou: “[...] ainda é muito estigmatizado, ainda tem um véu muito grande”.

Neste capítulo, interessa-me sugerir não apenas que o hiv permanece uma problemática central na sociabilidade gay cis aqui deslindada, uma ubiquidade tanto para soropositivos, como para soronegativos, mas também que essa tração sujeito-hiv – interface entre o eu, o outro e o vírus – torna-se em boa medida afetada por um outro vértice, o dos ARVs, tecnologias biomédicas que intra-agem – isto é, participam ativamente dos processos de devir do sujeito e do mundo, em contínua intra-atividade com outras forças materiais-discursivas (Barad, 2017 [2011]) – com o humano e o não-humano produzindo novos e outros emaranhados, formas de dizer e pertencer, representar, experimentar o corpo e o prazer e exercer um governo sobre si que atualiza noções pregressas do dispositivo da aids, como a de risco,

segurança, cuidado e saúde. Em outras palavras, proponho-me a pensar a partir e além das sorologias, em “estar em TARV” e “estar em PrEP” como experiências limítrofes e contemporâneas desse restrito e, ao mesmo tempo, multitudinário compósito, no qual me incluo, formado por humanos, vírus e tecnologias, em que materializações diferenciais podem vir à tona e em que essas questões, de algum modo, importam.

### 3.1 “TOMA PREP?”

“Toma PrEP?”. Essa foi a pergunta que dirigi a H. e que destravou o enunciado anterior. “Na real, eu não tomo PrEP, eu tomo antirretroviral”, respondeu ele pelo bate-papo do *Instagram*. Usuário da PrEP desde 2020, acompanhei a inscrição dessa tecnologia no discurso e no uso do prazer de gays cis em Florianópolis. Uma incorporação, no princípio, tímida e silenciosa, seja por seus efeitos reiterativos sobre um comportamento sexual considerado promíscuo, ligado aos *Truvada Whores*, que não tardou a dar as caras e estampar capas de revista no Brasil, seja por uma desconfiança que, à época, ainda marcava a relação com o fármaco. Estaríamos, de fato, seguros?

Em grupos de amigos, a primeira relação sexual sem preservativo, mas sob uso da PrEP, ganhava assim ares anedóticos e até mesmo subversivos. Os grandes ensaios clínicos que asseguraram a segurança e a eficácia da profilaxia ainda na primeira década dos anos 2000, além do emprego já consumado da combinação na terapêutica do hiv/aids, não impediram que, naqueles primeiros meses de tratamento, alguns usuários de PrEP descrevessem a si próprios como “ratos de laboratório”. Do *Fórum PrEP no Facebook*, um importante canal de discussão, criado em 2015, entre participantes dos estudos da profilaxia então em desenvolvimento no Brasil e demais interessados, aos primeiros ambulatórios que iniciaram a oferta do medicamento, a questão acerca dos efeitos colaterais predominava. Olhando em retrospecto, é oportuno aventar o quanto desse pânico inicial em torno da agência do fármaco não bebia da memória precedente dos ARVs, os precursores, aqueles a que H. faz referência em sua resposta: medicamentos fortes, tóxicos, que arruinam os corpos que dizem tratar. “Aí sempre vem a questão da saúde, que eu vejo que o pessoal também me fala hoje: **‘Ah, mas teu fígado vai ficar detonado, teu rim...’**. Mesmo que tu fale daí pra pessoa que não, que tá sendo acompanhado por exames,

é só parar. Mas tem essa visão”, entende J. (37 anos, 2 anos em PrEP). É isso que queremos?<sup>129</sup>

Após seis anos da chegada da PrEP ao SUS, o fármaco consolidou-se como peça central à inteligibilidade de um conjunto de relações entre gays cis no uso do prazer. Antes ou depois dos encontros, “Você toma PrEP?” corresponde atualmente ao principal balizador das novas concepções de segurança que somente se fortaleceram no país com o emprego de ARVs sobre a pré-exposição ao hiv, orientando desfechos e cenários possíveis a partir de sua resposta. “Estar em PrEP” confere segurança e normalidade ao sexo sem preservativo, vespeiro histórico de uma memória cruzada e pertinaz entre hiv, *barebacking* e morte.

Nas páginas que seguem, minha atenção se volta aos efeitos dessa tecnologia às relações entre gays cis, soronegativos e soropositivos. Noto, com isso, que me limitarei ao regime de visibilidade e enunciação da PrEP no uso do prazer dos participantes do estudo. No capítulo anterior, observei que, a despeito de sua importância a esse acoplamento entre corpos, hiv e tecnologias, o governo federal dedicou apenas uma campanha de divulgação à profilaxia – e somente seis anos após sua incorporação ao SUS. Nos serviços que não se ocupam de sua dispensação, como Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), mas também na rede privada, a PrEP é ainda uma esfinge para profissionais da saúde, conforme relatos repetidos por vários participantes desta pesquisa e minha própria circulação por esses locais. Nessas ocasiões, os usuários muitas vezes omitimos a tomada do medicamento, considerando que essa informação não seria relevante aos atendimentos em questão, mas também um histórico de mal-entendidos quando seu uso foi abordado. O principal deles diz respeito ao posicionamento dos usuários em relação ao hiv, uma vez que, nessas comunicações, é praxe que nossos interlocutores tomem a PrEP pela TARV, sugerindo que, por caminhos não tão usuais, queremos comunicar, na verdade, que somos soropositivos. “Remédio” e “hiv” juntos, em um mesmo enunciado, formulado por um homossexual, apenas poderiam produzir, afinal, uma confissão. Triangulação

---

<sup>129</sup> Efeitos discursivos recalcitrantes que podem ser igualmente relacionados à PEP. Durante um treinamento da Brigada de Emergência e Incêndio realizado no primeiro semestre de 2024 na instituição em que trabalho (IFRS), por exemplo, o instrutor, técnico em segurança do trabalho, abordou a profilaxia na forma de um “coquetel”, conjunto de medicamentos “fortes”, empregados também sobre a “doença”, que deveriam ser tomados por um longo período e que causavam uma série de efeitos colaterais.

obstinada e de difícil dissolução entre homossexualidade, hiv e fármaco, ora atualizada a propósito da PrEP. Selecciono, entre tantos, um caso desse tipo, narrado, a seguir, por A.:

**Olha como é a informação da PrEP, né, como não chega.** Eu fui na Unimed, uma vez, eu não lembro o que que eu tinha... Eu acho que foi a vez que eu quebrei o punho. E eles fazem aquelas perguntas... Ah, se eu tô tomando alguma coisa... “Que que cê toma”, né? “Ah, eu tomo creatina, ômega 3 e PrEP”. “Ah, tá, então você tem...”. Acho que ela falou alguma coisa assim: **“Então você é positivo”**. **Eu falei: “Não, eu sou negativo e eu uso a PrEP”**. **E ela: “Como assim?”** [risos]. **E eu explicando pra ela... Eu explicando pra médica** (A., 30 anos, 1 ano em PrEP).

Essa mesma zona de indiscernibilidade entre os fármacos ganha forma durante a retirada da PrEP nas farmácias públicas, onde a medicação costuma ser dispensada por um igual período ao da PVHA, em frascos similares e com ARVs semelhantes, favorecendo, ao cabo, uma mimese visual entre ela e a TARV. Transportada para casa, a materialidade da PrEP segue problemática, agora no âmbito familiar, uma vez que pode precipitar interpretações erradas, sendo a principal delas, novamente, a de que o usuário vive com hiv. A cena da “descoberta” é imaginada desta forma: geralmente suas mães, que costumam ter acesso a todos os cômodos e visitar os filhos com regularidade, encontram o medicamento em uma gaveta ou no armário do banheiro. Movidas pela curiosidade, pesquisam sobre sua composição e terminam por entender que ele integra a terapêutica da PVHA, uma vez que

Se tu procurar a nomenclatura da medicação, ela também é uma medicação pra hiv, né? O fumetrato lá de não sei o quê [fumarato de tenofovir] é uma medicação pro hiv. **Então se a pessoa procura, ela também pode pensar exatamente isso. “Ah, vou pesquisar aqui o nome do remédio. Ah, remédio pro combate ao hiv...”** (B., 34 anos, 6 anos em PrEP).

Temendo esse horizonte, alguns se adiantam com explicações sobre o uso do fármaco<sup>130</sup>, porém esses diálogos são, em algum grau, da ordem da ininteligibilidade, uma vez que, tendo sido estabelecidas os limites entre a PrEP e a TARV, resta a necessidade incômoda de justificar por que o medicamento é, afinal,

---

<sup>130</sup> Assim fez D. (37 anos, 1 ano em PrEP): “A minha [mãe] ela é curiosa, e ela ia vim me visitar e daí eu já... **A última vez que eu fui pra Porto Alegre, eles moram lá, né, daí eu falei pra ela que tô tomando uma medicação, falei já porque eu sabia... Pra ela não ficar...** Tanto que eu cheguei em casa de viagem, tava tudo organizadinho, e ela pegou... As minhas camisinhas elas ficam espalhadas pela gaveta de cueca ali, tava tudo arrumadinho dentro do estojo então... **Ela deve ter visto as minhas coisas, então eu falei na hora certa. Mas mais, assim, pra evitar chatice de mãe que chafurda as coisas**”.

necessário se existe o preservativo. Ergue-se, aí, um abismo de experiências entre a cissexualidade heterossexual, levando ainda em conta aspectos geracionais, e a cissexualidade homossexual, no que diz respeito ao hiv e à prevenção. Uma saída avistada por muitos usuários é insistir na agência adicional e extra da profilaxia, uso normatizado pelo paradigma da prevenção combinada.

Recupero esses episódios para assinalar que, a despeito da saturação discursiva no uso do prazer, os efeitos da relação com a PrEP – assim como ocorre com a TARV – são amplos e remetem a um campo que é o da regulação e das estratégias, e que, neste dispositivo, o regime de subjetivação e de governo do hiv/aids também orienta as práticas de soronegativos que, nas situações descritas, resgatam uma memória, prenhe de efeitos discursivos, entre o fármaco e o hiv, o sujeito e o diagnóstico, o público e o privado. No limite, os ARVs se apresentam às experiências de usuários da TARV e da PrEP tanto como um índice de avaliação dos comportamentos sexuais, prévios ou atuais, capazes, portanto, de predizer sobre sua promiscuidade, assim como representam uma das principais superfícies nas quais o hiv adquire materialidade, conduzindo, inclusive, a essa injunção à confissão, agora sobre soronegativos, que se percebem, vez ou outra, envolvidos nesse esforço de “provar” que não vivem com hiv e que o tratamento com a PrEP se associa, antes de tudo, a uma demanda de saúde e a um cuidado de si.

Pontuado isso, retorno à vinculação do sujeito ao risco, um engate que, além de não determinado *a priori*, reivindica, segundo o protocolo de dispensação da profilaxia, uma leitura epidemiológica que circunscreve a elegibilidade terapêutica ao comportamento sexual, a ser mensurado por meio de variáveis supostamente objetivas, tais como número de parcerias e estratégias preventivas empregadas nos últimos meses (Brasil, 2022a). Na experiência de gays cis, no entanto, essa percepção de risco costuma vir acompanhada de uma régua moral em que tais condicionantes, distribuídas entre os gradientes do “sexo mau” (Rubin, 2017 [1982]) do dispositivo de sexualidade (Foucault, 2014 [1976]), reiteram a promiscuidade das práticas que, aparentemente, apenas intentam catalogar. Desse modo, o interesse pela PrEP pode tanto sinalizar um comportamento já desviante como reforçá-lo, uma vez que os efeitos pressupostos da intra-ação com o fármaco vertem o excesso e a desmesura, como deixa ver o seguinte diálogo, extraído do grupo focal que conduzi com usuários:

J. (37 anos, 2 anos em PrEP): Nossa, **eu tinha uma visão muito preconceituosa, né, da PrEP**, que é o que eu vejo que o pessoal nas cidades que ainda não têm, tem uma visão meio estranha, **que vai ser algo pra única e exclusivamente pra promiscuidade total assim, que vai usar pra isso e esquece de toda a prevenção e de toda a importância que tem**. Eu tinha também meio que essa deturpação, assim.

F. (36 anos, 1 ano em PrEP): Também acho que não procurei antes por **preconceito disso também, de alguém achar que eu sou promíscuo**.

S. (33 anos, 1 ano em PrEP): É exatamente isso.

O principal elemento instado a arbitrar diante desse “preconceito” inicial com a PrEP, capaz, em alguma medida, de apaziguar a promiscuidade generalizada direcionada a seus usuários e demais candidatos à profilaxia, é o *medo*, domínio no qual o “fantasma da aids” (Perlongher, 1987a) ainda marca forte presença nas relações entre gays cis e sobre o qual os mecanismos securitários avançam. Daí que, ao cabo, entre meus interlocutores, é ele que finalmente prevaleceu sobre o preconceito, assim como sobre outros efeitos da PrEP, a princípio não relacionados ao comportamento, mas colaterais e “biológicos”:

1) Eu fui atrás, pedi como funcionava e tal, mas eu também, inicialmente, assim, **eu tinha um certo preconceito com a PrEP. Mas como esse medo sempre me acompanhou**, aí no ano passado, no meio da pandemia, eu resolvi começar a fazer. Aí foi... Eu acho que eu pedi em agosto aí eu consegui atendimento só pra outubro, aí foi quando eu comecei. **Mas foi mais por esse medo mesmo** (S., 33 anos, 1 ano em PrEP).

2) Quando veio a ideia da PrEP, “Ah, mas vai tomar todos os dias? Teu rim...”. **Foda-se meus rins, entendeu? Eu vou poder transar sem medo!** (B., 34 anos, 6 anos em PrEP).

Conforme sugerido há pouco, desconfio da incomunicabilidade entre a biologia, a subjetividade e as normas a propósito dos devires sujeito-fármaco aqui em foco: os efeitos colaterais atribuídos à PrEP resgatam, na forma e no conteúdo, a memória tóxica e devastadora dos ARVs e circulam, principalmente, em uma exterioridade constitutiva, pelo discurso de interessados na profilaxia, profissionais de saúde e detratores. Seleciono, a seguir, dois trechos que permitem ver essas imbricações da PrEP com uma agência bioquímica considerada onerosa ao organismo. No primeiro deles, B. relembra o dia em que seu ex-parceiro ingeriu acidentalmente dois comprimidos do fármaco, ao mesmo tempo que coloca em xeque a diretriz, vigente desde 2022, de iniciar a administração com essa

dosagem<sup>131</sup>. No segundo, R. comenta sobre a interrupção do tratamento com a profilaxia pelo parceiro. Em ambos os casos, efeitos não-discursivos (“ficou malzão”/“se sentiu um pouco mal”) empilham-se a efeitos discursivos (“a medicação é muito forte”/“um remédio muito forte”) na experiência com a PrEP:

1) Eu lembro que teve uma vez, há muitos anos atrás, tava com o [nome] ainda, meu ex-namorado, **e teve um dia que ele tomou dois sem querer e ele passou muito mal. Eu acho até engraçado por causa que hoje em dia é a recomendação do sob demanda, né?** Eu lembro que ele passou mal, bem que nem tu falou assim, vomitou, teve ânsia de vômito, diarreia, ficou malzão assim, sabe? Aí entrou em contato com o pessoal lá e **“Ah, é que a medicação é muito forte, né, como tu tomou pode ter sido isso que gerou isso aí. Se continuar assim tu vem aqui”**. E melhorou depois, logo depois melhorou. E eu acho engraçado que hoje em dia, no sob demanda, **“Ah, toma dois de uma vez aí já. Tá de boa, sabe, duas horas antes”** (B., 34 anos, 6 anos em PrEP).

2) Ele acabou recorrendo à PrEP, só que ele se sentiu um pouco mal, se não me engano ele parou de tomar a PrEP e tipo ele... **Ele também ficou meio assim de coisas que falam, de questões de ser um remédio muito forte, e de fato é, enfim. Daí ele optou por não tomar** (R., 32 anos, 6 anos em TARV).

A inculcação de uma agência bioquímica perigosa e nociva ao corpo e à saúde, entretanto, tende a escassear nos enunciados dos usuários após as primeiras semanas de uso, como relata L.:

**No começo eu fiquei, tipo, receoso, porque eu acho que é uma medicação pesada.** É uma medicação, querendo ou não, é uma medicação que precisa tomar. Aí eu ficava mais com esse fato de ser uma medicação que, ao longo do tempo, de anos, ela pode te dar... Como qualquer outra medicação de uso contínuo. **Mas passou isso, sabe? Mais prós do que contras** (L., 26 anos, 1 ano em PrEP).

Mais adiante em nossa conversa, L., que afirma ter atrasado o começo do tratamento pois, à época, “já tomava muito remédio”, a despeito de reconhecer o benefício da medicação à expectativa de vida da PVHA, reforça onexo entre a PrEP e a TARV no que se refere aos seus efeitos colaterais:

E até onde eu sei hoje, teoricamente, [a PVHA] pode viver realmente até 80, 90 anos **se tomar medicação certinho, tiver uma vida saudável, etcetera.** Então é isso que eu tenho de conhecimento. Até há pouco tempo atrás, a questão de medicação. **Pra mim a medicação era muito pesada. Ainda tenho essas dúvidas sobre medicações pro hiv. São muito pesadas, fazem muito mal** (L., 26 anos, 1 ano em PrEP).

---

<sup>131</sup> A sinalização de uma desconfiança às mudanças tecnológicas e às atualizações terapêuticas é um dos traços da incorporação dos ARVs – PrEP e TARV – à vida cotidiana que comento na próxima seção.

Ainda que, na cena terapêutica, a memória dos efeitos colaterais continue ativada pela realização de exames regulares de monitoramento clínico (como o de creatinina, que avalia a função renal), eles, desde a implementação da PrEP, espaçaram-se no tempo, sugerindo uma sobrevalorização inicial – alguns médicos, inclusive, colocam a questão nesses termos – dos efeitos do fármaco com o organismo.

Vale indicar que uma problemática preliminar em torno do tratamento com a PrEP pode dizer respeito à impossibilidade de acessá-lo não apenas sem o esboço de um comportamento que dialoga com o risco, mas, antes disso, de uma “identidade sexual”, na qual ele é encaixado e inteligido. Assim, para alguns, a procura pelo fármaco, tendo em vista o automatismo entre a tecnologia e a homossexualidade, corresponderia a uma forma alternativa de sair do armário. J. (37 anos, 2 anos em PrEP), que é médico, assim reflete a respeito da invisibilidade da profilaxia no consultório: “Bom, eu vou falar bem genericamente, pra não expor ninguém, mas várias pessoas que eu consulto, que eu já vi lá na PrEP, **eles mentem que não usam**. Porque daí eu peço, né, ‘Usa algum medicamento? Qual que é?’ **As pessoas não falam que usam PrEP**”. Em outro trecho, ventila a correspondência entre o fármaco e a homossexualidade como uma das razões desse silenciamento, além da já afamada promiscuidade: “**Não é só de a pessoa ser considerada promíscua, mas eu acho que tu falar que toma PrEP tu atesta que tu é gay também** e, às vezes, tu não quer falar”.

Já na condição de usuários, em entrevistas e nos questionários de rotina, esse arquivo segue alimentado por minúcias que escarafuncham o sexo, como acerca da posição exercida nas relações (se anal insertivo, receptivo, etc) e da identidade de gênero de suas parcerias (se homem trans, mulher cis, travesti, etc):

J.: Teve um amigo meu que falou que ficava com vergonha de responder se era ativo ou passivo. Ele tinha essa vergonha de dizer se foi passivo, por exemplo. **Passivo, né? Se foi ativo a pessoa daí geralmente não tem o preconceito. Mas essa pergunta ela expõe alguns preconceitos.**

B.: Mas eu acho que ela é importante porque ela **tem uma relevância sobre a questão que a região anal...** A absorção vamos dizer ali ela é diferente...

J.: É diferente.

B.: **Daí o risco ali é maior. Dá microlesão, todas essas coisas que a gente sabe que tem.** Então eu acho que é uma pergunta que pode gerar desconforto, mas **é uma pergunta relevante pra dados estatísticos**, pra poder ver, sei lá, se a pessoa... Enfim...

J.: Eu acho que ali tem várias perguntas ali que são capazes de extrair vários preconceitos... Transfobia. Ali tem perguntas “Fez sexo com pessoas trans?”, né? Eu acho que é uma caixinha de coisas... De preconceitos que existem, né? Na comunidade toda, infelizmente.

D.: Elas são mais tranquilas de serem respondidas num modo documento assim, né? De tu olhar, de tu preencher. Mas agora tu falou da pergunta eu me recordei que eu acho que essa é a pergunta mais delicada, assim, se tu se relacionou com pessoas trans, que eu vejo que **pode ter uma certa incidência de pessoas não passando a informação real**. Se foi sexualmente ativo ou passivo eu acho que são... Das perguntas pessoais ali, eu acho que são essas as mais... Que a gente entende. Eu entendo também que é muito importante.

J.: **Eu acho que tem muitas perguntas respondidas nesses questionários que não devem dá a estatística real.**

Como se vê, os próprios usuários justificam a necessidade de tais inquirições segundo uma hierarquia que escalona o risco pelos corpos e pelas formas de contato entre eles. A vergonha e o preconceito seguem abraçados ao “fantasma da passividade” (Butturi Junior, 2012), alteridade problemática tanto à formação de uma “identidade gay”, como à saúde, em que o ânus funciona como um dinamizador do perigo. Por mais que se pretendam ajustadas ao discurso científico, à epidemiologia e aos estudos de prevalência, ainda assim, contudo, algumas dessas perguntas são consideradas desnecessárias e desconfortáveis e, ao cabo, duvida-se de sua validade, tendo em vista que se pode decidir pela omissão ou pela manipulação das informações, favorecendo vieses. Além disso, a própria formulação do questionário, direta e objetiva, avoca uma normatividade, uma sexualidade da ordem do registro e da contabilidade, que pode fazer pouco sentido à experiência de gays cis. Extensivo sobre o intensivo, diferenciaria Perlongher (1987b). Mas, na qualidade de “Panóptico ingerível” (Preciado, 2018 [2008]), a arquitetura molecular da PrEP reivindica, pensando com Deleuze e Guattari (1996 [1980]), uma outra segmentaridade, dela indissociável, processos molares compostos de protocolos, exames, espaços, fluxos, saberes e dizeres sobre si que atravessam também grupos da população, deles decompõem estatísticas e que são mais ou menos incontornáveis à experiência do sujeito com o fármaco. Sendo assim, mesmo depois de identificado o risco e torcido o preconceito, o agora usuário não se abstém de se ver periodicamente diante dele, tendo que confessá-lo cara a cara para “senhorinhas” ou para desconhecidos, por meio de formulários *online* que antecedem as teleconsultas. “É melhor do que pro padre, né?”, cutuca G. (36 anos, 10 anos em TARV), parceiro de dois soronegativos, logo após o diálogo abaixo:

Y. (29 anos, 1 ano em PrEP): Sabe uma informação que eu ficava com muita vergonha de responder até online, mas nunca me perguntaram pessoalmente, foi **se eu usei camisinha em todas as minhas relações sexuais**. Porque como eu vinha de um pensamento que não fazia a menor ideia do que era a PrEP, que o retroviral também funcionava, todas as minhas relações eram com camisinha, e aquilo tinha ficado fixado na minha cabeça. **E aí hoje quando respondo que não faço sexo com camisinha eu fico “Cara, eles devem tá me julgando porque não faço sexo com camisinha”, sabe?**

N. (31 anos, 4 anos em PrEP): **Eu prefiro responder que eu dei o cu naquela semana no computador do que conversando com a senhorinha** [que trabalha no ambulatório].

Antes mesmo do início do tratamento com a profilaxia, no entanto, este dispositivo seleciona e privilegia alguns efeitos possíveis da intra-ação com o fármaco – colaterais, sobre o comportamento sexual dos usuários (que tenderiam a compensar o risco diminuído de infecção ao hiv com exposições a outras ISTs e outras condutas tidas como controversas em matéria de saúde) e até mesmo sobre sua eficácia profilática – em detrimento de outros. Nesse sentido, como bem observou Dean (2015), a PrEP age com o sujeito e imiscui-se em suas relações mesmo na ausência plásmica, ou seja, quando não circula pela corrente sanguínea, capturando, produzindo e inteligindo determinadas repercussões corporais-subjetivas como prioritárias, extensivas e homogêneas, que atuam antes, durante e depois da adesão ao fármaco. Essa relação, contudo, como aqui tenho entendido, é sempre da ordem do devir, uma vez que, ainda que o sujeito frequentemente necessite se defrontar com uma memória discursiva e um conjunto de normas relacionadas ao fármaco, à saúde e à sexualidade, os desdobramentos intra-agenciais desse encontro nunca estão completamente dados *a priori*:

Uma coisa do negócio do preconceito que eu acho interessante é que, num primeiro momento, quando a pessoa começa a usar a PrEP ela não vai mudar de cara o comportamento dela, ela vai ficar um tempo com o mesmo comportamento que ela já tinha, **depois pode ser que ela mude os comportamentos e tal, né, cada um vai se encontrando, se acostumando**, mas pra ver como o preconceito era bem irracional, né? Porque tu continua com a mesma coisa que tu era até que... **Daí tu aceitou o medicamento, né? Tu aceitou como uma estratégia interessante, válida e tal, mas no primeiro momento derruba aquele preconceito que tinha, porque tu continua a mesma pessoa. Só tomando PrEP** (J., 37 anos, 2 anos em PrEP).

Deixando de lado a vacilação e as ambiguidades expressas por J., repetidas, aliás, por outros participantes desta pesquisa<sup>132</sup>, acerca dos efeitos da conjugação entre humanos e ARVs, que mundificaria esse ciborgue paradoxal “a mesma pessoa, só que tomando PrEP”, vale considerar que os mecanismos securitários do dispositivo que se organiza em torno da profilaxia excedem a prevenção do hiv, uma vez que sua implementação no país estabelece a constituição de uma rede de vigilância e gestão sexual heterogênea e distribuída, composta por rotinas de testagem e tratamento de outras ISTs, imunizações, rastreamento de contatos, etc. Essa é uma observação importante por dois motivos: por seus efeitos positivos e ampliados sobre a saúde do usuário – e coletiva – e por incrementar a segurança no uso da profilaxia – sobre e além do hiv.

O primeiro deles é bastante óbvio, porém secundarizado ou mesmo ignorado por uma visão eminentemente negativa acerca do uso da PrEP, mirada que retém de sua ação somente o controle sobre as sexualidades, apenas possível mediante um processo nefasto de biomedicalização dos prazeres, sobretudo dos dissidentes. Ocorre que, para além dos já conhecidos gargalos da saúde pública brasileira, nos últimos anos vivenciamos as investidas barulhentas das novas direitas e do mercado por um Estado mínimo, um ajuste fiscal promovido pelo teto de gastos, o temor da descontinuidade e do desmonte das políticas de hiv/aids sob Bolsonaro e a transferência crescente do orçamento do Executivo para o Legislativo (por meio de emendas parlamentares, o chamado “orçamento secreto”), fenômenos que, dentre outros, comprometem a seguridade social e o acesso à saúde da população no país. Nesse sentido, para muitos usuários, os ambulatórios de PrEP correspondem a verdadeiras “heterotopias” (Foucault, 2013a [1966]) no interior do SUS, uma vez que contrastam com os demais pontos de sua estrutura, marcados por barreiras e

---

<sup>132</sup> A celeuma acerca de eventuais mudanças no comportamento sexual acompanhou todo o campo com usuários, não exatamente pois era meu interesse responder a essa questão, mas sim porque ela é central e prévia à hermenêutica farmacológica de si que acompanha a adesão ao tratamento, o principal âmbito no qual se supõe que podem ser verificadas alterações entre um “eu antes da PrEP” e um “eu com a PrEP”. Durante as entrevistas, muitos de meus interlocutores adiantavam o assunto e/ou conduziam minhas perguntas a ele, buscando negar de antemão os efeitos do fármaco sobre novos comportamentos, o que, no limite, poderia corroborar a hipótese da compensação de risco e a promiscuidade (de si e do grupo), pontos preocupantes tanto à política preventiva, como às moralidades. Uma dúvida inicial sobre a eficácia da PrEP sobre novas infecções, assim como a produção de uma segurança que ocorre simultaneamente ao abandono do preservativo são reproduzidas a seguir por G. (36 anos, 10 anos em TARV): “Eu acho que quando chegou a PrEP era uma coisa que ninguém tinha certeza se ia funcionar ou não e quando o pessoal começou a perceber que funcionava, aí começou a ter essa alteração na conduta sexual das pessoas, de não quererem mais usar preservativo”.

dificuldades de toda ordem, configurando-se como “contraespaços” de acolhimento, respeito e produção de saúde<sup>133</sup>. Somado a isso, oportunizam a identificação e o tratamento de infecções historicamente negligenciadas, caso do próprio hiv/aids, e atendem a um público formado significativamente por minorias sexuais, cujas trajetórias por outros locais que compõem essa rede envolvem frequentemente preconceito e indiferença por parte dos profissionais de saúde, como na busca pela PEP, que retornarei adiante.

Em relação ao segundo ponto, interessa notar que, no acompanhamento terapêutico da PrEP, essas outras tecnologias biomédicas (testes, exames, tratamentos, vacinas, etc) também comportam-se como dispositivos de segurança: ao mesmo tempo que colocam o usuário diante de uma gama de suscetibilidades, sobretudo em decorrência da prática do sexo sem preservativo, estabelecem fluxos e intervenções sobre esses cenários, criando outros espaços de gestão e de administração do risco relacionados ao uso da profilaxia. Nos excertos abaixo, D. e N. narram como a testagem periódica adiciona segurança a comportamentos sexuais “não combinados” e, com isso, produz efeitos reiterativos sobre a agência securitária da PrEP, assim como facilita o acesso do usuário à saúde:

1) Eu tenho muito receio de achar porque eu tá fazendo PrEP agora eu tenho um escudo de proteção e que a gente sabe que, enfim, o SUS estimula que sejam feitos comportamentos combinados, camisinha mais PrEP, mas quando eu entendo que não só pelo risco do hiv, mas também de ISTs e outras coisas que a gente acaba tendo por não ter uma aproximação, um convívio tão próximo, com exames que a gente deveria ter. **E a PrEP, pra mim, fez isso. Tipo exames que eu nunca tinha feito na vida, segui algumas regras de exames que eu nunca tinha seguido, isso me deixa também um pouco mais seguro de que se eu tiver alguma coisa eu tô fazendo um acompanhamento a cada quatro meses da minha saúde sexual de alguma forma, sabe? Do jeito que dá** (D., 37 anos, 1 ano em PrEP).

---

<sup>133</sup> Atribuo esse funcionamento à Policlínica Centro, onde todos os usuários que colaboraram com este estudo realizamos o acompanhamento clínico e laboratorial do uso da profilaxia. O serviço foi continuamente predicado pela organização e pela eficiência, pelo tratamento acolhedor e pela resolução de várias demandas de saúde.

2) Eu tive a sorte de ser um dos primeiros ali, eu acho, aqui em Floripa, a começar fazer o tratamento. E no começo eu fiz muito exame. Fiz exame do coração, exame do fígado, exame de tudo. Tudo. E as consultas não eram de quatro em quatro meses, eram de dois em dois, de três em três meses. E no primeiro ano toda vez que eu ia eles passavam exame de fígado, de urina, de rim, de tudo. E aí de lá eu ia fazer exame em outros lugares pra levar pra eles o resultado dos exames. Hoje agora é assim: eu fiz de urina, aí na próxima a gente não vai fazer, vai fazer o exame de sangue geral. Então eles ficam intercalando os exames. **E depois que eu comecei a fazer esse tratamento, tive um acesso muito mais rápido a médico, sabe? Tu tá ali o tempo todo, eles tão te vendo, tão olhando pra ti** (N., 31 anos, 4 anos em PrEP).

Quero me atentar agora à “hermenêutica farmacológica de si”<sup>134</sup> (Butturi Junior, 2023) dos usuários no que diz respeito ao uso do prazer, reduto em que a PrEP, acompanhada dessas outras tecnologias biomédicas, funcionam estrategicamente como dispositivos mais ou menos capazes de modular o risco dos contatos sexuais e, portanto, orientar o governo de si nas relações com o outro<sup>135</sup>. Conforme já sugerido, essa hermenêutica, sobremaneira entre gays cis, pode anteceder o início do tratamento propriamente dito, uma vez que os efeitos discursivos do fármaco instam o sujeito a arbitrar um conjunto de relações que dizem e produzem verdade sobre si de um modo que, em alguma medida, independe da tomada do medicamento. Nesse campo de possibilidades intra-agenciais entre si e o objeto – fármaco – propulsam modos de subjetivação nos quais o sujeito deve conduzir-se pelas ambiguidades entre o preconceito e o medo, o risco e o prazer, a saúde e a promiscuidade<sup>136</sup>:

---

<sup>134</sup> Apesar do enfoque sobre o fármaco, importa indicar que essas hermenêuticas, seja em torno da PrEP, seja da TARV, relacionam-se, antes de tudo, a experiências somáticas cindidas a partir de sua intra-ação diferencial com o vírus hiv, isto é, entre soronegativos e soropositivos. São elas, afinal, que oferecem as condições de possibilidade ao acoplamento dos sujeitos com uma ou outra tecnologia e que, em vários momentos, tornam equivalências e semelhanças entre eles insustentáveis.

<sup>135</sup> Em Foucault, a hermenêutica é um processo experimental, de si para consigo, no qual o sujeito é compelido a olhar para si, interpretar-se e reconhecer a si mesmo em um domínio de saber que, no limite, coloca-o diante de um jogo de verdade. Contrasta, portanto, com sua constituição pelo outro, através de saberes e práticas que atuam sobre si para dirigir e constranger sua ação. Como é sabido, o “cuidado de si” que, na ascese pagã/filosófica, orientava os gregos a constituir a si próprios como sujeitos morais através de três grandes conjuntos de técnicas de si (Econômica, Dietética e Erótica) assume, desde o poder pastoral e o dispositivo de sexualidade, o sentido de disciplinar o corpo e governá-lo biopoliticamente por meio de “confissões da carne”, em referência a uma *Scientia sexualis* cujos discursos de verdade são controlados sobretudo pela ciência, pela psiquiatria e pela biomedicina (Foucault, 2014 [1976], 2014a [1984], 2014b [1984], 2020 [2018]). Trata-se de uma diferença fundamental na relação entre o sujeito e a verdade que Foucault (2006 [1982], p.401) exprime nestes termos: “Trata-se [no primeiro caso] de encontrar a si mesmo em um movimento cujo momento essencial não é a objetivação de si em um discurso verdadeiro [tal como no segundo], mas a subjetivação de um discurso verdadeiro em uma prática e em um exercício de si sobre si”.

<sup>136</sup> Noto que algumas dessas tensões, que aqui aparecem como prementes às hermenêuticas de si dos usuários de PrEP, são, na verdade, retomadas e atualizadas com o fármaco, uma vez que

**Assim, primeiro: quem eu vejo tomar PrEP tem mais preocupação. Tem esse fator. Eu quero me cuidar, não quero pegar hiv.** Então também tem esses fatores, que às vezes eu vejo, tipo assim, tem muita gente que eu sei que transa sem camisinha e não toma PrEP. Simplesmente. Então a pessoa não tá muito preocupada. **Quem eu vejo que toma PrEP, tem um cuidado de querer ter relação, mas tipo... Questão de prazer, mas também questão de saúde** (L., 26 anos, 1 ano em PrEP).

Na condição de usuários, efeitos discursivos e não-discursivos intra-agem e amontoam-se, no regime dos prazeres, em torno da segurança que, com o passar do tempo, tende a se intensificar tanto pelo monitoramento clínico e laboratorial que ultrapassa o hiv, como pela observação de que nenhuma soroconversão, de si ou de amigos, ocorreu, mesmo com a disseminação de relações sexuais sem preservativo. Entretanto, nessa hermenêutica farmacológica de si, que geralmente denota, como expressou L., um cuidado para consigo (que, aqui e ali, articula-se à segurança para responder à pecha da promiscuidade), a vigilância sobre a parceria sexual, sobre sua sorologia e sobre as tecnologias preventivas por ela empregadas, não desaparece, mas é reconfigurada, a partir da PrEP, na forma de elementos adicionais à gestão dos riscos, mais ou menos imprescindíveis a essas relações e à inteligibilidade do outro, como mostra a conversa entre usuários abaixo e o caso de A., que procura a profilaxia no contexto de um relacionamento sorodiferente em andamento:

1) B. (34 anos, 6 anos em PrEP): Mas eu me sinto seguro assim, não sei vocês, mas eu me sinto tipo muito seguro. Não sei se também não é porque faz muitos anos que eu tomo e continuo negativo... **Tem uma sensação de segurança muito grande. “Não, isso me protege”. Eu pelo menos me sinto muito seguro.**

D. (37 anos, 1 ano em PrEP): **Eu tenho uma sensação de segurança quando eu sei que a outra pessoa também usa.**

B: **Mais ainda.**

2) Eu tive mais segurança [com a PrEP] em relação ao relacionamento [com um soropositivo] (A., 30 anos, 1 ano em PrEP).

---

preexistem a essa relação, constituindo problemáticas para uma homossexualidade historicamente concebida como uma experiência perigosa e afeita ao risco. No trecho a seguir, E. (39 anos, 12 anos em TARV) discorre sobre o movimento pendular entre risco e prazer associado ao preservativo e sobre sua escolha pelo último: “Mesmo na adolescência, quando eu comecei a transar, no início eu transava com preservativo, e depois eu parei de transar pelo simples fato de que não me dá tesão. Me corta, me corta total. Se eu sou passivo, me machuca, me corta, não dá. Se eu sou ativo, meu pau não endurece... [...] **E daí essa coisa de se colocar em risco. Como eu sabia que eu tinha esse problema, eu sabia também que me colocaria em risco, e aí eu aceitei tudo. Eu sou muito sexual, eu tenho muitos hormônios, isso não vai mudar, eu só vou sofrer muito com o tempo, essa questão do preservativo também, então eu vou me colocar em risco, mas o meu prazer vale mais. O meu prazer valia mais do que o risco**”.

Introduzida entre a díade sujeito-verdade, a PrEP funciona como um vértice central à constituição de si e ao governo dos comportamentos de gays cis no uso do prazer, uma força centrífuga que atrai para si, ao mesmo tempo que amplia, as novas concepções de segurança do dispositivo da aids, estendendo-as a relações sorofarmacológicas diversas e subordinando-as à agência do fármaco. Desse modo, como é possível notar nos trechos acima, a hermenêutica do sujeito em PrEP ocorre simultaneamente a uma objetivação de suas parcerias, processo relacional, discursivo ou não, em que se busca posicionar esse “outro” – e a segurança do encontro com ele – nessa rede de implicação cruzada entre corpos, hiv, tecnologias e o risco, agora mediada pelo uso, ainda que apenas pressuposto ou desejado, do fármaco. Assim, tendo em vista o regime de visibilidade e enunciação da PrEP na sociabilidade de gays cis, esse “outro” pode ser facilmente identificado como um “mesmo”: seu comportamento em relação à prevenção – especialmente quando reitera o do usuário – é justificado pelos efeitos observados em si próprio, a partir de seu estatuto sorológico negativo e do tratamento com a profilaxia, que confere segurança e normalização ao sexo sem preservativo.

É nesse espectro que o enunciado “Toma PrEP?” quase sempre é dotado de um viés confirmatório, que busca conferir à parceria uma segurança que é produzida e reconhecida em si mesmo, a fim de equalizá-la e transferi-la à relação com o outro. Assim, o fármaco reúne em torno de si antigas estratégias, utilizadas para fins semelhantes, mas centradas em outras tecnologias (perguntas acerca da realização de testes, por exemplo) ou mais abstratas e genéricas (“Está tudo bem?”, “Posso ficar despreocupado?”, etc), como recomenda regressar M., em trecho logo a seguir. Nem sempre, no entanto, essa objetivação do outro passa pela verbalização, uma vez que os usuários podemos questionar a utilidade de tais interpelações, seja porque a parceria, no limite, pode omitir/mentir, seja porque confiamos suficientemente na eficácia e na segurança da PrEP que essas abordagens se tornam pouco relevantes à definição dos desfechos preventivos.

De todo modo, embora muito recente neste dispositivo, a PrEP expande seu campo de ação para um universo virtualmente vultoso e sorodiverso, que excede, portanto, o da experiência de seus usuários e demais soronegativos, controlando o modelo de inteligibilidade e representação do sexo sem preservativo entre gays cis e favorecendo a percepção de que nossos prazeres consumam-se em “bolhas

sorofarmacológicas”: cercados de pessoas iguais a nós, compartilhando momentos, afetos e fluidos com outros também iguais a nós. Ao cabo, as bolhas engendram efeitos de conjunto que falseiam a relação entre o “eu” e o “outro”, isto é, entre “negativos” e “positivos”, distorções que costumam ser problematizadas pelos próprios usuários, seja da PrEP, seja da TARV:

1) Tem muita gente que é indetec que diz que é PrEP, entendeu? Eu percebo um pouco esse comportamento. **Mas então quantas pessoas fazem PrEP nessa cidade, né? Todo mundo faz PrEP, não tem ninguém positivo?** (B., 34 anos, 6 anos em PrEP).

2) **Daquelas que pessoas que tão no aplicativo e que tá no perfil delas “Tomo PrEP”, dessas pessoas, quantas realmente tomam a PrEP? Ou às vezes já fazem o tratamento...** Eu fico pensando. Eu fico pensando até porque eu conheço pessoas que tão ali de muito tempo, de lá da minha época, sabe? E tá ali, “em PrEP”, sabe? (E., 39 anos, 12 anos em TARV).

Direcionada à PVHA, a pergunta “Toma PrEP? também deslinda um espaço até então inabitado e, com ele, um conjunto de relações inéditas, em que o dizer de si a partir do diagnóstico e os efeitos da indetectabilidade são, ao menos parcialmente, descortinados e precisam ser doravante administrados diante do aparecimento deste novo personagem no dispositivo da aids: o sujeito em PrEP. Nesse sentido, embora o indetectável o preceda, tecnológica e temporalmente, junto com as evidências de sua intransmissibilidade, o papel preventivo da TARV costuma ser ignorado nas negociações sobre o sexo sem capa e nos diálogos sobre prevenção dos usuários de PrEP com suas parcerias, muitas delas vivendo com hiv. Diante de tal interrogação, essas são constrangidas a revelar seu diagnóstico ou a contorná-lo por receio de rejeição, conforme expõe M.:

A primeira vez que eu e o [parceiro atual, usuário de PrEP] a gente se encontrou, que eu vim aqui e ele morava sozinho, a gente transou, e ele perguntou assim: **“Ah, tu faz uso da PrEP?”. E aquilo me pegou. Porque eu não tinha contado pra ele, e nós tínhamos transado sem camisinha.** E depois que a gente começou a ter um pouco mais de afinidade, um pouco mais de intimidade, eu falei assim **“Ó, [nome do parceiro], talvez a gente pode mudar a maneira como se pergunta. “Seus exames estão de boas?”. Porque, às vezes, a pessoa não faz uso da PrEP, ela convive com hiv, vai se sentir mal em mentir que faz uso da PrEP** (M., 32 anos, 5 em TARV).

Pegos de surpresa e incitados a se posicionar nesta renovada cena sorofarmacológica, alguns consentem e desenvolvem maneiras para responder a situações como essa. A principal delas envolve um certo pragmatismo: se a intenção é apenas sexo, optam por concordar que tomam PrEP a fim de não entrar em detalhes sobre sua sorologia e, talvez com isso, “quebrar o clima”:

1) **Eu acho que eu acabo respondendo afirmativo quando me perguntam se eu tomo PrEP.** “Ah, você toma PrEP? Também toma PrEP?”. Eu falo: “Sim”. Mas quem sabe eu deveria falar “Não, eu faço uso de pós”... Não sei se isso muda alguma coisa, se deveria mudar [...] **Quando o contexto é unicamente esse [sexo casual], eu acabo respondendo “Sim, tomo PrEP”, pra não aprofundar** (C., 42 anos, 13 anos em TARV).

2) Assim, teve várias que depois de transar com a pessoa, depois de gozar, os dois, “Então, cê toma PrEP?”. Aí eu falo: “Então, eu sou soropositivo, indetectável”. “Ah, eu também”. Ou “Tudo bem”. Hoje é mais assim, as pessoas que questionam se toma PrEP ou alguma coisa... Ou às vezes eu também falo, se eu não quero falar, “Aham, tomo PrEP”. **É que a pessoa “Ah, toma PrEP?”, eu vou falar “Não, sou soropositivo”? Depende, talvez deveria, entendeu?** [...] Porque daí eu vou começar toda aquela história, entendeu? Tipo, pra mim não é problema, só que eu já tive algumas discussões que, tipo, **não faz sentido eu tá discutindo isso com uma pessoa se eu só quero transar com ela, se eu não represento risco nenhum pra ela, enfim** (R., 32 anos, 6 anos em TARV).

Mais que um padrão de comportamento, convém remeter as respostas dos usuários gays cis da TARV a este enunciado – definidor, no limite, das novas formas de transar seguro no dispositivo da aids – ao campo das estratégias, em que a PrEP, inclusive entre eles, comporta-se como um “objeto relutante” (Dean, 2015), catalisador de ambivalências: ao mesmo tempo que, por meios menos explícitos, corresponde a uma nova injunção à confissão sorológica – uma vez que os coloca diante da questão “Será que eu deveria falar?” e das repercussões que isso poderia acarretar ao curso dessas relações, como refletem C. e R. nos excertos anteriores –, pode salvaguardá-los de dizer sobre si e de explicar suas condutas no uso do prazer através de menções diretas à sua sorologia. Assim, embora direcione os holofotes à parceria soropositiva, cujo direito de não revelar seu diagnóstico encontra-se sensivelmente abalado depois dela, a pergunta acerca do uso da PrEP também abre esse espaço análogo, em termos securitários, ao qual a PVHIV pode deslizar, participando do movimento de liberalização do uso do preservativo entre gays cis sem precisar declarar o seu diagnóstico: “Na realidade eu tenho hiv, eu faço tratamento, **estou falando que eu faço outra coisa, mas eu sei que não vou transmitir**”, resume H. (39 anos, 11 anos em TARV).

Sob essa perspectiva, a PrEP pode tonificar a segurança no envolvimento com soronegativos, que começa a ser construída com a admissão da agência da TARV sobre a transmissão e que, mais recentemente, intra-age com a da PrEP no

corpo de suas parcerias, distensionando a obrigação de dizer de si com hiv<sup>137</sup> e trazendo “alívio” ao sexo sem preservativo, como percebe, mais uma vez, H. e, também, C.:

1) Mas eu já tenho um pensamento hoje em dia assim: **essa questão de ser indetectável/intransmissível me tira uma obrigação que antes eu achava que eu tinha que revelar** porque eu tenho uma vida normal e, naquilo que concerne a outra pessoa, eu não transmito (H., 39 anos, 10 anos em TARV).

2) **Agora, quando veio ali o negócio do indetectável e a transmissão, essa pesquisa, foi um alívio assim. E a PrEP também veio dar uma segurança.** Então hoje em dia eu não tenho mais aquele lance, mas rolava muito isso de se sentir mal porque estourou a camisinha, ou porque transou sem... Porque tinha essa consequência muito grande, né? (C., 42 anos, 13 anos em TARV).

Desse modo, intuitivamente ou não, os usuários da TARV com quem conversei entendem que estão em uma posição equivalente à dos usuários de PrEP, no sentido de não oferecer risco, porém a conversa aberta sobre seu diagnóstico ainda envolve uma série de restrições, tendo em vista que incorpora uma questão que segue problemática a esse conjunto de interações que reclama certa fluidez e pragmatismo e cuja enunciação pode desengavetar preconceitos e desinformação por parte das parcerias soronegativas, como acerca de sua intransmissibilidade, em um meio ainda sorofóbico. Além disso, ao saturar as concepções daquilo - e daquele - que é seguro, enunciados que buscam encerrar na PrEP as possibilidades de transar “sem nóia” no que diz respeito ao hiv atualizam e produzem novas valorações em torno da periculosidade e da segurança dos sujeitos-ARVs neste dispositivo, assim abordadas por G. e em uma conversa entre usuários da PrEP:

1) **Se tu chega e fala “Ah, eu tomo PrEP”, aí tá tudo certo, sabe? Sendo que pra mim a função da PrEP e da TARV é a mesma, né?** De não deixar que se contamine mais ninguém. E eu por anos... Assim, ó, dá pra contar nos dedos às vezes que eu usei preservativo e nunca ninguém veio atrás de mim falar “Olha, tô aqui, bá, também [infectei]...”. Nunca me aconteceu isso (G., 36 anos, 10 anos em TARV).

---

<sup>137</sup> Relaxamento, na relação com sorodiferentes, que pode dizer respeito não apenas à publicidade do diagnóstico, mas também a uma vigilância sobre o tratamento com a TARV, a fim de, em alguma medida, estender as evidências científicas acerca da intransmissibilidade sobre as condutas da parceria, como antecipa R. (32 anos, 6 anos em TARV): “[...] eu acho que eu faço o meu cuidado, tenho meu cuidado, e conseqüentemente vou querer cuidar de quem tá próximo de mim, entendeu, mas eu acho que é uma coisa que... **Eu não aceitaria... É que nunca houve algum tipo de cobrança de meu namorado em relação a ‘Ah, você tá tomando remédio? Ah, você, não sei o quê...’, sabe? ‘Cadê seus exames?’ Se houvesse isso, mano, vai tomar sua PrEP e para de me encher o saco, entendeu? Então pra mim não há isso, então é muito tranquilo ele não tomar porque eu sei que eu não represento risco, mas eu deixei muito bem claro pra ele: ‘Olha, esse é o meu cuidado’”.**

2) J. (37 anos, 2 anos em PrEP): **Numa transa, o cara fala “Eu uso PrEP”. “Ah, vamos transar!”. “Eu sou hiv positivo indetectável”. “Então não vou mais transar contigo”.** E com o cara que usa PrEP vai transar então, né? Qual que é?

F. (36 anos, 1 ano em PrEP): É porque no senso comum do hiv a pessoa tá condenada, vai passar pra todo mundo, **não tem esse conhecimento do indetectável e tal. E a PrEP já vem aquela figura de... Ok, tomou, tá tudo certo.**

J.: Mas há três dias não toma, aqueles [risos].

Apesar de um campo agencial que, desde o discurso biomédico e o paradigma da prevenção combinada, aproxima as tecnologias no que se refere à prevenção do hiv e que, além disso, promove a adesão como um problema central ao regime de ambos os fármacos, essa não parece comprometer, como provoca J. no diálogo anterior, a segurança do usuário de PrEP. Assim, embora as soroconversões, observadas desde os ensaios clínicos que testaram sua eficácia e sua segurança, sejam concebidas em uma causalidade com a adesão (que pode apresentar falhas, cuja investigação da concentração plasmática dos ARVs se propõe a dirimir), o comportamento do usuário de PrEP é pautado não exatamente por ela, mas pela promiscuidade sexual ainda associada à profilaxia<sup>138</sup>. Já no caso da PVHIV, é pela adesão que o comportamento do usuário da TARV é colocado à prova e introduz as hesitações já conhecidas sobre I=I. Condições distintas, portanto, de modulação entre a adesão e a segurança que, quando esses sujeitos-

---

<sup>138</sup> Noto, com isso, que a despeito do sistema de verificação intracorporal organizado nesses ensaios clínicos, abordado no capítulo anterior, a adesão, entre os usuários de PrEP, não engendra, neste âmbito, uma relação de si para consigo, mediada pelo fármaco, como ocorre com a TARV (sobretudo através dos testes de carga viral e CD4). Assim, no geral, os usuários da PrEP não questionam a segurança da profilaxia nestes termos; outros exames, como o que avalia a função renal, também se mostram pouco relevantes às suas hermenêuticas de si neste dispositivo. Essa “confiança” no fármaco também é transmitida pelos profissionais de saúde que trabalham nos ambulatórios aos seus pacientes (Zirbel, 2021). Ilustro essa relação de segurança/confiança com um caso pessoal: em setembro de 2023, recebi uma ligação do Centro de Testagem e Resposta rápida (CTRr) anexo à policlínica sul de Florianópolis: o enfermeiro me convidava para realizar testes pois um ex-parceiro havia positivado para uma “IST” e indicado meu nome como contato. Na semana anterior, eu já tinha realizado um tratamento para sífilis com base em situação semelhante e, pensando nisso (na notificação compulsória), declarei já estar tratado. Desconfortável, ele disse que, na verdade, aquela ligação dizia respeito ao hiv. O chão me escapou por infinitos segundos e, quando voltei a mim, respondi que era usuário de PrEP. Não lembro muito de nossa conversa a partir desse ponto, porém em nenhum momento o enfermeiro colocou em xeque meu comportamento como usuário, ou seja, a minha adesão à medicação. Pelo contrário, não considerou mais necessário que eu fosse até o CTRr fazer os testes e ainda soltou um enunciado que me incomoda até hoje: “A PrEP te salvou”. Essa situação me abalou demais e lamentei também o fato de esse parceiro não ter se sentido confortável para entrar em contato comigo, o que é totalmente compreensível pois o implicaria ainda mais à possibilidade de ter me infectado.

TARV e sujeitos-PrEP se encontram, revelam assimetrias importantes, sobre as quais J. discorre novamente, no trecho abaixo:

Agora tu vê, uma coisa que é injusta, né, a pessoa que é soropositiva indetectável ela talvez sofrer mais preconceitos, ser considerada um tipo de perigo que no caso ela não é, e **o cara que usa PrEP ele é considerado seguro, tem um dispositivo de segurança que coloca ele num lugar de pessoa segura, né? E a outra pessoa que é indetectável não** (J., 37 anos, 2 anos em PrEP).

Vale marcar que essa valoração do risco dos usuários de um ou outro fármaco não necessariamente informa práticas sexuais que dissociam ou limitam a escolha das parcerias ou o sexo com base nesses parâmetros. Todos os usuários que entrevistei estão a par de que  $I=I$  e refletem sobre essas discrepâncias, como temos visto. Ao negociar o uso do preservativo com seus parceiros e ao discorrer sobre prevenção, contudo, alguns deles recorrem à amálgama discursiva entre a PrEP e a segurança e acabam rimando sexo seguro em relação ao hiv somente com ela<sup>139</sup>:

**Então eu me sinto muito mais seguro a não usar [o preservativo], e a gente sabe que é muito melhor sem. Na hora 'Tá, tu faz PrEP?', 'Como é que faz?', e as coisas acabam acontecendo mais fácil, mas eu tenho ainda muito receio em pessoas... Em não usar camisinha com pessoas que não fazem PrEP. Então o método combinado pra mim é que os dois, os três, a suruba toda use PrEP** (D., 37 anos, 1 ano em PrEP).

Entre esse espaço de intervenção amplo descoberto pela PrEP, capaz de aglutinar em torno da segurança um conjunto de arranjos preventivos que a precedem, estão aqueles até então baseados na intransmissibilidade da PVHIV. Esse foi o caso de N. (31 anos, 4 anos em PrEP), que ao acompanhar o parceiro, G. (36 anos, 10 anos em TARV), em uma consulta de rotina com o infectologista no início de 2018, foi abordado no ambulatório que também iniciava a dispensação da profilaxia, a Policlínica Centro, em Florianópolis: “Ei, você toma [PrEP]?”. Eu disse:

---

<sup>139</sup> Desse modo, a exclusão do indetectável pode ser mais “discursiva” do que esses enunciados levam a supor. Quando B. (34 anos, 6 anos em PrEP), durante o grupo focal com outros usuários, levanta a suspeita de que existem PVHIV que se dizem em PrEP, pergunto a que ele atribuiria esse deslocamento, e ele responde: “Porque eu acho que existe preconceito, entendeu? Como eu falei, eu acho que as pessoas gostam de transar sem camisinha e se eu sou uma pessoa positivo indetectável e digo que quero transar sem camisinha contigo tu vai receber de uma maneira, e se eu disser que eu sou negativo em PrEP e eu quero transar contigo tu vai receber de outra maneira. Eu acho que existe esse preconceito dentro da comunidade, entendeu? Eu sou bem sincero, eu não tenho preconceito com quem é positivo indetectável. Vem de uma compreensão muito tranquila da minha cabeça de que eu sei que ele é indetectável”. Já D. (37 anos, 1 ano em PrEP), que no trecho logo a seguir desenha esse mundo soronegativo em PrEP como exemplo ideal de prevenção combinada, complementa: “É mais seguro transar com ele”.

‘Não, meu parceiro tá fazendo consulta pra... Ele toma TARV’. Aí ela: ‘Ah, então vamo aqui’. Me arrastou lá pra dentro. **Eu já saí de lá com quatro potinhos de PrEP. Só assim: cheguei ali, tô começando a tomar**”. Embora namorassem há cerca de um ano e confiassem exclusivamente à TARV a prevenção ao hiv, desde este dia a PrEP foi adicionada a esse emaranhado, ao qual Y. (29 anos, 1 ano em PrEP) se somou a partir de 2021, ano em que também iniciou a profilaxia, em uma relação definida por eles como “trisal fechado”. Assim, os soronegativos que, na comunicação de risco promovida por profissionais de saúde, eram orientados a manter o uso do preservativo com seus parceiros indetectáveis, em um deslocamento securitário recente, podem ser autorizados a dispensá-lo, mas desde que continuem em PrEP, como detalha N., abaixo:

**Mas o médico da PrEP também já me disse que não tinha necessidade da gente fazer com camisinha.** O próprio médico, o doutor [nome do profissional], lá na Policlínica. Que aí eu falei pra ele que eu fazia... Meu médico, né, eu tomava PrEP, aí ele sabia que o [G.] era indetectável, ele falou **“Olha, não tem necessidade de fazer sexo com camisinha entre vocês, não tem o risco de vocês se contaminarem”**. Eu falei: **“A gente só faz sem camisinha, moço”** (N., 31 anos, 4 anos em PrEP).

Quando pergunto aos parceiros soronegativos de G. qual abordagem preventiva seria adotada pelo trisal na hipótese de a oferta da PrEP ser interrompida, N. responde que, por ele, prosseguiria sem a camisinha, como se dava antes de 2018. Já Y., pondera: **“Eu ficaria com medo se eu não tivesse tomando PrEP.** Você [G.] falou sobre o seu ex e tal [que não contraiu hiv após anos de relacionamento sem preservativo], **mas eu me senti mais seguro tomando também.** Por isso que entrei nesse rolê. É isso”. Pela fenda estratégica produzida pelo próprio dispositivo da prevenção combinada, que orienta o uso simultâneo de várias ferramentas de prevenção por um sujeito soronegativo concebido como livre, autônomo e sob risco (neste caso, de uma infecção decorrente de falhas da adesão ao fármaco pela parceria soropositiva), a PrEP em relações sorodiferentes incrementa a segurança entre corpos-ARVs em questão, porém não sem se sobrepor ao papel securitário da TARV, mantendo a vigilância sobre a PVHIV e o medo do contágio latentes ao menor sinal de recuo de sua agência. Nesse sentido, a hesitação médica acerca de I=I persiste e agora, com a PrEP, pode oscilar entre a necessidade do emprego do preservativo ou da profilaxia, tecnologias recomendadas para se administrar um risco que é “efetivamente zero” (Rodger *et al.*, 2019). A pergunta que importa é: se a TARV oferece proteção suficiente para

legitimar o abandono do preservativo, por que a PrEP ainda aparece como inegociável nessas relações?

Os efeitos securitários do fármaco, no entanto, podem sofrer abalos quando do comportamento dos parceiros se infere uma promiscuidade excessiva ou, inversamente, quando, do ponto de vista de não usuários, a profilaxia é um elemento que diz sobre a existência de (outras) condutas de risco. No primeiro caso, a conversa sobre sexo, preferências e fetiches ou os perfis em aplicativos informam, para o usuário de PrEP, práticas perigosas, que “acendem um alerta”, como conta L. (26 anos, 1 ano em PrEP), a respeito de um convite que recebeu para um encontro estilo “porta aberta”: “O que aconteceu? **‘Ah, vem aqui em casa, vou deixar a porta aberta e te esperar de quatro, pra chegar e meter’**. Sabe, bem assim. E vi que isso aqui é frequente”. Novamente, estamos diante do ânus perigoso, que aqui assume, empinado sobre as articulações, literalmente, o primeiro plano, precedendo o rosto e insinuando a promiscuidade. É em episódios como esse que L. cogita lançar mão do preservativo, ainda que, em suas palavras, “Tudo é momento. Tudo é momento e quantidade de tesão”. Outra situação em que o usuário pode vacilar, tanto à realização do ato em si, quanto ao não emprego do preservativo, é quando o corpo da parceria comunica que “algo não está bem”, isto é, a presença de ISTs, especialmente da sífilis, como retomarei adiante.

Já no segundo caso, trata-se, por parte dos usuários, de operar taticamente esse regime de visibilidade e enunciação da PrEP em um espectro mais amplo de compartilhamento de informações e práticas que calibram a segurança nos encontros, haja vista a identificação possível do fármaco com comportamentos de risco. De modo geral, a negociação da prevenção no sexo é sempre da ordem das estratégias, das investidas e dos recuos, dos silêncios e das verbalizações, da manifestação de uma vontade ou de uma série delas e de sua aprovação ou recusa pelo outro, por meio de um jogo de tentativas, solitárias ou sucessivas, a depender dos códigos dos enclaves eróticos em que está inserida. Nesse sentido, ao passo que alguns de meus interlocutores publicizam o uso da PrEP a fim de prenunciar a configuração de um cenário preventivo aos seus contatos (por meio do *status* sorológico no *Grindr* ou diretamente com as parcerias, por exemplo), outros, como A. (30 anos, 1 ano em PrEP), preferem guardar essa informação para momentos mais oportunos, tendo em vista que ela poderia, ao contrário do que se pretende, justamente reforçar a exigência do uso do preservativo por parte de não usuários.

Nessas circunstâncias, os enunciados acerca do uso da PrEP permanecem em segundo plano até o momento em que se presume existir as condições necessárias para que, quando venham à tona, resultem em performativos felizes<sup>140</sup> (Austin, 1990 [1962]). Assim, na experiência de A., o sexo pode até começar com o preservativo, caso a parceria assim solicite, porém se ele atrapalhar sua ereção, o que geralmente ocorre, declara que usa PrEP, a fim de convencer o parceiro a dispensá-lo: “Quando eu ponho a camisinha e não rola, aí é quando a maioria das vezes eu falo que tomo PrEP”. Questionado por que não se diz de pronto e abertamente usuário do fármaco, ele relembra situações passadas, em que a PrEP sozinha “não funcionou”, por isso opta por ir “ganhando a confiança” do parceiro no decorrer dos encontros:

**Já aconteceu de eu falar que eu tomo, exatamente como cê tá falando, e ainda não querer** [sem preservativo]. Porque quando você vai encontrar com uma pessoa pra transar, não importa o que você fale pra ela, a maioria das vezes... Eu não te conheço. “Ah, não, mas eu faço teste direitinho, eu fiz setembro, peguei no dia 3 agora, tô há um ano e dois meses...”. **Não, a pessoa não vai querer. Tipo assim, eu não te conheço, sabe? Eu não te conheço, eu não te conheço** (A., 30 anos, 1 ano em PrEP).

Nesse sentido, para além de seu papel na gestão da prevenção no sexo, solicitar o uso do método de barreira pode dar pistas sobre o estatuto sorológico das parcerias. Na “bolha sorofarmacológica” imaginária que muitas vezes os usuários de PrEP mergulhamos, entendendo implicitamente que todos ao nosso redor estão sob uso do fármaco e que qualquer ato sexual sem preservativo produz e reitera a agência securitária e coletiva da profilaxia neste dispositivo, a presença discursiva-material da camisinha insere uma quebra a esse itinerário naturalizado nas práticas sexuais – de onde o preservativo se retrai e some – e instiga o usuário a buscar interpretar as escolhas e condutas do parceiro à luz de sua sorologia. “A gente raramente transava, toda vez que a gente queria transar, eu falava da camisinha e ele não queria... **Sem usar, ele não queria transar**”. Foi sobretudo essa resistência do parceiro ao sexo sem capa, narrada por A. nas aspas anteriores, que o incentivou a desconfiar de que o motivo não poderia ser outro: ele vivia com hiv. No diálogo abaixo, J. retoma as agências implicadas entre tais tecnologias preventivas no uso

---

<sup>140</sup> Evidentemente, a omissão ou a negação do uso da PrEP não representam um problema ético ou moral para os participantes desta pesquisa. Em outras palavras, não integram uma agonística do usuário para consigo mesmo, assim como ocorre com a PVHA em TARV. Voltarei a esse ponto adiante.

do prazer: enquanto a PrEP repele o preservativo, a manifestação pelo uso deste pode dizer sobre a existência de não usuários e, a reboque, sobre seus diagnósticos. Razões como outras infecções sexualmente transmissíveis, culpa e tentativa de criminalização da PVHA são aventadas para explicar o porquê da continuidade do emprego do preservativo entre gays cis:

J. (37 anos, 2 anos em PrEP): Pra mim tem sido duas situações mais ou menos esperadas: quem não usa PrEP, usa camisinha, quando chega nesses assuntos... **Quem usa PrEP não usa camisinha. Quem não usa, usa. E algumas pessoas que me relataram eventualmente que são hiv positivo querem usar camisinha. Assim muito mais... Falam muito mais sobre isso, pelo menos na minha experiência foi assim.**

Pesquisador<sup>141</sup>: Exigem o preservativo?

J.: Aham. **Que daí elas acabam pensando em outras doenças.** Mas são os que mais... Os que mais falam, pelo menos nas experiências que eu tive, não foram muitas assim que relataram, que a pessoa relatou, né, mas que **a pessoa chegou a falar foi a pessoa que quis usar, que mais pegou firme foi a que era hiv positivo.**

D (37 anos, 1 ano em PrEP).: **Um pouco talvez pelo receio da culpa, ou até daquela questão judicial mesmo, da pessoa não... Eu posso alegar que eu transei com uma pessoa que é soropositiva e ela não me falou, e ela pode se ferrar por isso, né?** Tem casos que isso acontece, né, de a pessoa ser soropositiva e não falar e assumir legalmente uma responsabilidade de qualquer coisa, né.

Ao cabo, as novas concepções de sexo seguro, galvanizadas em torno da PrEP, somadas às restrições, ainda correntes, acerca do dizer de si vivendo com hiv, contribuem ao apagamento do indetectável da cena gay cis contemporânea, perturbando os limites entre o eu e o outro, o tangível e o desconhecido, o seguro e o inseguro neste dispositivo. Nesse sentido, a pergunta “Toma PrEP?” desenrola uma das situações nas quais a experiência de gays cis pode ser cindida e inteligida a partir do uso do fármaco, mas também é a principal via através da qual o hiv se torna hoje uma questão para essas relações. No limite, cumpre, com isso, a função de delimitar uma linha somática que separa os corpos que vivem com hiv daqueles não, como identifica G. (36 anos, 10 anos em TARV): **“Quem toma PrEP às vezes faz questão de falar que toma PrEP pra mostrar que não tem o hiv.** ‘Eu tomo

---

<sup>141</sup> Opto por não marcar minha idade e tempo de uso do fármaco (PrEP) uma vez que realizei as entrevistas entre 2022 e 2023, o que demandaria variações nessas informações ao longo do texto, que poderiam confundir quem lê. De todo modo, nasci em março de 1989 e iniciei o tratamento com a profilaxia em janeiro de 2020, alternando, até hoje, os modos contínuo e sob demanda. Oportunamente, menciono que as informações aqui reunidas têm como referência a data das entrevistas e que o tempo de uso – da TARV e da PrEP – foi arredondado para baixo, à exceção de D., que ainda não havia completado um ano de tratamento, mas estava muito próximo disso, justificando essa escolha.

PrEP, então fica tranquilo, eu não tenho hiv”. Além do propagado interesse sobre a definição dos desfechos preventivos (em que a pergunta, a propósito, pode ser pouco útil, uma vez que cria zonas de indiscernibilidade e distorção entre sujeitos-PrEP e sujeitos-TARV), convém apontar, por meio deste enunciado, a atualização de um “cordão sanitário-moral” (Pelúcio, Miskolci, 2009) que busca, no limite, apartar os “saudáveis” dos “contaminados”, justamente neste momento em o risco zero de transmissão da PVHIV indetectável já foi exaustivamente demonstrado.

É sobre esse cordão, que aqui se esconde parcialmente por trás da interrogação acerca do uso da profilaxia, que repousa a vacilação da PVHIV: ela sabe que sua intransmissibilidade a torna equivalente, no tocante à segurança, à de um soronegativo em PrEP, porém experimenta, com tal enunciado, uma agonística, uma vez que ele introduz uma injunção à confissão, talvez mais indireta, mas que mesmo assim a confronta com sua produção sorofarmacológica diferencial neste dispositivo. Se consente, aceita e nega a confissão a um só tempo, ofusca seu reconhecimento nos termos propostos pelos usuários de PrEP e descobre um outro lugar possível ao exercício da sexualidade, cujo acesso parece, em algum grau, dificultado caso afirme suas formas de vida com o vírus. Essa aproximação, no entanto, não pode se dar na ausência de uma subtração do sujeito em TARV diante da verdade e de um certo tipo de renúncia de si mesmo, engendrando performativos que, afinal, realizam-se, mas não sem um fracasso intrínseco. Funcionam, enfim, no interior de práticas que ainda solicitam, em alguma medida, o dizer se si em relação ao hiv e, a partir dele, há menos tempo, sobre o uso de tecnologias biomédicas, muito embora, como observaram mais recentemente alguns participantes deste estudo e minha própria experiência, as interpelações e textualidades que rondam a profilaxia estão sendo substituídas, em Florianópolis, pelo silenciamento, efeito de um cenário de redução drástica do risco, catapultada pelo uso cruzado das tecnologias biomédicas PrEP e TARV, mas cujo modelo máximo de inteligibilidade e representação permanece centrado, no regime do prazer de gays cis, na supremacia da primeira.

### 3.2 DEVIR-INTRANSMISSÍVEL

No capítulo anterior, abordei a questão do I=I em ensaios clínicos, sob o ponto de vista biomédico, no discurso de profissionais da saúde e em documentos que orientam a política de hiv/aids. Por óbvio, a mesma batalha discursiva acerca dessa evidência científica – muito simples, afinal, que traz no bojo uma relação causal direta (porque é indetectável, não transmite) e que, ao cabo, promove uma sinonimização cristalina entre os termos “I” – foi retomada diversas vezes durante o campo desta pesquisa. **“Eu já ouvi falar de 99.999% de chances [de não transmitir], mas tem aquele 0.001% de chances”**, observa R. (32 anos, 6 anos em TARV) sobre a comunicação de risco empreendida pelos profissionais de saúde que já o acompanharam. Comunicação que, no caso de C. (42 anos, 13 anos em TARV) e de muitas PVHIV que esperam que a conversa seja introduzida por quem as assiste, nunca chegou a ocorrer: **“Não, nunca chegou no consultório. Até mesmo porque o meu médico responde o que eu pergunto... Eu levava coisas mais pontuais minhas”**.

Dentre os assuntos mais pontuais, a impossibilidade de transmitir o vírus nas relações sexuais pode ficar em segundo plano, em detrimento de questões consideradas mais “técnicas”, como entende, a seguir, M. (32 anos, 5 anos em TARV), que diagnosticou em um momento que o “I=I”, em suas palavras, “já tava bem consolidado”:

Pesquisador: E nessa conversa que tu teve lá em 2018, depois tu voltou com essa infecto[logista], retirou a medicação e tal, tu teve uma conversa sobre risco com ela? Ela te informou sobre os estudos da intransmissibilidade, de que I=I?

M.: Não, a gente tratava muito de... **A nossa conversa era muito técnica, assim em relação a que pode acontecer no meu corpo...** Então “Isso que eu tô sentindo, pode ser em decorrência do hiv? Pode ser em decorrência do medicamento?”. É um medicamento relativamente novo, não se tinha muita coisa a longo prazo. Então sempre foram conversas muito técnicas, assim. Era levar artigos, discutir o artigo com ela e ver o que ela conseguia me orientar. Isso me ajudou muito.

Pesquisador: **Mas esse assunto da intransmissibilidade é um assunto técnico...**

M.: Mas isso já se tinha muito... Já tava bem consolidado. Eu acho que esse estudo, desse grupo australiano, acabou saindo em 2019, que foi uma metanálise assim que eles fizeram. Então já se tinha esse conhecimento do I=I, então com isso eu acabava não me preocupando.

Assim, seja com o objetivo de, em certo sentido, preservar a relação médico-paciente, esquivando-se de um assunto que poderia suscitar divergências (e,

eventualmente, aborrecimentos), seja por deter um conhecimento que se presume que seja satisfatório, a problemática da intransmissibilidade, quando não provocada pela própria PVHIV, padece, entre meus entrevistados, de um silenciamento no ambiente clínico, muitas vezes o único espaço disponível para se discorrer sobre tratamento, prevenção e formas de vida com o vírus.

Já quando levada às consultas, a subjetividade do profissional e o posicionamento de órgãos como o Ministério da Saúde (que se manifestou oficialmente sobre o assunto apenas em maio de 2019) podem estar implicados a essa rede intrincada em torno da indetectabilidade e da segurança. No diálogo abaixo, H. (39 anos, 11 anos em TARV) relembra um momento de sua vida em que assumia sua sorologia para pessoas próximas e ganhava autoestima; enquanto recebia as pesquisas que apontavam a intransmissibilidade com “alívio” e “tranquilidade” (duas palavras empregadas com recorrência para caracterizar os efeitos mais imediatos de I=I), seu infectologista demorava a “aceitá-las”, assim como, relaciona ele, o próprio MS:

H.: Ali eu comecei um processo de me assumir pras pessoas, eu comecei a malhar, comecei a me sentir mais bonito e daí veio, bem nessa época, veio o I=I da OMS, e foi ali que começou a vir muita reportagem, muita coisa. “Não, é intransmissível”. Acho que a pesquisa, se não me engano, deu 100% [...]. E daí meu médico depois... **Meu médico no começo ainda reticente, mas daí depois “Não, não transmite”.**

Pesquisador: Tu consegue lembrar se essa questão surgiu primeiro da tua parte ou da parte dele?

H.: Da minha parte. Que eu sempre... Toda vez que sai notícia, eu vejo, clico e vou.

Pesquisador: Aí tu começou a ter contato com as notícias e perguntou pra ele?

H: Sim. Daí ele falou “Sim, tá saindo”. **Mas ele demorou também pra aceitar**, talvez por uma questão da infectologia brasileira ser levada pelo próprio SUS e aqui demorou. Acho que o próprio...

Pesquisador: Como assim pelo próprio SUS?

H.: SUS no sentido assim... O sistema brasileiro de saúde, não o sistema único, mas a parte científica, a que demorou... **A central ali do Ministério da Saúde admitir que I=I. Foi um pouco depois, foi 2019 ou 20.**

Além das situações em que a PVHIV figura nesses diálogos como paciente, ela pode ainda sentir os efeitos indiretos da contestação da intransmissibilidade quando profissionais de saúde ressaltam o perigo incutido em tais relações a terceiros, notadamente a suas parcerias sexuais, conforme narra R. (32 anos, 6 anos em TARV): “[...] ele [o ex-parceiro] foi fazer um exame de rotina [em 2022] e

falou que tinha um parceiro soropositivo, e aí o cara [um enfermeiro] **deu a entender que não era seguro ele ter esse tipo de relação sem preservativo**". Discursos de verdade, ou dotados de uma "vontade de verdade" (Foucault, 2012 [1970]) que colocam a PVHIV diante um jogo entre o verdadeiro e o falso, o seguro e o inseguro, o científico e o passional.

Dito isso, gostaria de percorrer esses limites da indetectabilidade a partir de outros lugares, como no discurso da própria PVHIV e de suas parcerias soronegativas. Em seu "devir-indetectável", Lee (2013) cartografa esse espaço novo, de uma "indeterminação constitutiva", em que o *viver com* é mediado e inteligido por um exame laboratorial que, um pouco paradoxalmente, atesta uma "presença na ausência", um *viver sem*. Em um sentido mais estrito e situado, postulo aqui um "devir-intransmissível"<sup>142</sup>, uma vez que o indetectável o precede neste dispositivo e, com isso, preenche previamente um campo potencialmente experimental e de invenção de si com a racionalidade biomédica, que o produz essencialmente pela e na cena terapêutica, procurando descrever a agência do hiv sob a TARV em um corpo que se quer aderido ao tratamento e, com isso, "saudável", mas que não faz sexo. A existência de campanhas como I=I ou, mais recentemente, I=zero demonstram, afinal, a dificuldade global em se conectar a indetectabilidade ao uso do prazer.

No diálogo a seguir, H. (39 anos, 11 anos em TARV) conta que essa tecnologia biomédica – o exame de carga viral – o informa sobre o sucesso de sua terapêutica de tal maneira que, tendo alcançado a indetectabilidade alguns meses após o início do tratamento, até hoje recusa a migração para esquemas de ARVs de primeira linha (desde 2012, segue com o 3 em 1, combinação entre tenofovir, lamivudina e efavirenz), assim como expõe o descolamento radical entre a indetectabilidade e seus efeitos sobre o sexo na primeira metade da década de 2010:

---

<sup>142</sup> Justifico esse salto por uma outra observação importante: seja através de uma captura de tela do site *barebackrt.com*, em que "undetectable" aparece uma das opções de "HIV status", seja nas aproximações estabelecidas entre o *bareback* e o pornô, o indetectável de Lee, em 2013, já insinua uma dimensão erótica. Como vimos, estudos realizados ainda na primeira década dos anos 2000 buscaram dimensionar o uso da carga viral como um elemento capaz de interferir na prevenção sexual, baseando-se justamente na existência de uma correlação entre a carga viral e a transmissibilidade do hiv (Guzman *et al.*, 2006; Mimiaga *et al.*, 2007). Aqui, com meus entrevistados e, poderíamos dizer, no Brasil, essa relação – entre a indetectabilidade e o sexo – é, contudo, muito mais opaca, se não inexistente.

H.: **E algumas vezes o médico, ao longo do tratamento, “Ó, surgiu um outro tratamento, tu queres mudar?”. Eu falei: “Não”.** Por que o que aconteceu? O primeiro exame deu lá a carga viral quando eu não tava tomando nada, o segundo exame eu comecei a tomar o remédio, daí já com uma redução absurda, e o terceiro indetectável. Desde então indetectável. Até hoje.

Pesquisador: Desde 2013.

H.: Isso, janeiro de 2013, acho que foi o primeiro indetectável. Porque o meu primeiro exame foi julho, que daí sem o tratamento, depois foi em meados de setembro, outubro, e depois... Foi três em três meses, depois seis em seis meses, e daí indetectável desde então.

Pesquisador: E como que era ser indetectável em 2013?

H.: **Era uma sensação que tu não tinha o vírus no sangue, né, mas não era ligado ainda à possibilidade de sexo seguro** porque ainda não tinha... Se falava na questão da não transmissão porque eu acho que tinha alguma coisa a ver também com grávidas, que já tinha sido verificado que não passava pro bebê e outras situações, mas era pontual.

Conforme mencionado no capítulo anterior, a indetectabilidade também pode ser eleita, pelo profissional de saúde que acompanha a PVHIV, como o principal fator para desestimular uma mudança no esquema de ARVs em curso. Esse tem sido o caso de G. (36 anos, 10 anos em TARV) que, tal como H., mantém o 3 em 1 desde o início do tratamento, em 2012, mas, ao contrário daquele, relata uma sucessão de efeitos colaterais penosos que, há uma década, precarizam sua qualidade de vida<sup>143</sup>:

---

<sup>143</sup> Nem todos os efeitos colaterais da TARV são, contudo, considerados nefastos pelo sujeito, uma vez que podem envolver intra-ações que, *a priori*, não podem ser classificadas essencialmente nem como negativas, nem positivas. Isso ocorre com H. (39 anos, 11 anos em TARV) quando discorre sobre seus “sonhos de efavirenz”: “O que acontece? O que aconteceu... O que acontece até hoje. **É o sonho. Os sonhos... Até na bula fala ‘sonhos vívidos’.** Sonhos malucos de tudo quanto é coisa. Eu sempre fui uma pessoa que sonhei muito, mas não todos os dias. Hoje eu sonho todo dia. Todo santo dia, eu sonho [...] **Eu não vou dizer que é bom, mas é engraçado, é interessante as coisas que ele possibilita**”.

Comecei com uma esofagite. Como eu tomava o remédio antes de dormir, tomava e deitava. O remédio em vez de ir pra barriga parava por aqui ó [aponta o dedo para o esôfago], sei lá onde ele parava. E aquilo começou criar um ferimento, pela digestão que rolava ali, um remédio muito forte concentrado em um lugar só sem o espaço para ele diluir, que seria o estômago, né. E aí tive essa esofagite e tive sangramento... Por causa disso, eu evacuava com sangue e fiquei sangrando muitos meses até procurar um médico pra ver o que era e não sei o quê. E... Deixa eu ver... No estômago porque muitas vezes eu acordo com dor no estômago, ainda hoje. **E não sei se tem uma relação, já falei com milhões de médicos sobre isso, eles não fazem nada, não tentam buscar nada, uma bosta [...].** Outra coisa que eu também percebi quando eu comecei a tomar foi coceira. Sentia coceira no corpo inteiro, e nenhum médico também via relação do uso do medicamento com a coceira. Só que foi assim, ó, comecei a tomar e sentia coceira de rasgar minhas coxas assim, a bunda e a coxa, principalmente. Volta e meia ainda dá uma coceirinha assim, mas é muito raro hoje em dia. **Não sei se era coisa da minha cabeça, se era qualquer outra coisa, mas eu sentia isso e já relatei pros médicos também** (G., 36 anos, 10 anos em TARV).

Quando pergunto se ele nunca considerou mudar o tratamento para aliviar tais sintomas – que, a propósito, já estão bem documentados pela literatura como decorrentes da combinação de ARVs empregada –, G. relata:

Ah, sim, há pouco tempo atrás, acho que foi na última consulta, penúltima, eu falei isso pra médica, que tava sentindo muita dor no estômago, **e ela me desanimou falando “Ó, vamos então trocar a medicação, mas a gente vai ter outros efeitos e não sei o quê, talvez não fosse a melhor coisa de se fazer”.** Eu falei “Ah, então me deixa aqui com a minha dor de estômago”. Por que trocar uma coisa certa por outra que eu não ia ter certeza? (G., 36 anos, 10 anos em TARV).

A “melhor coisa”, de acordo com a profissional que o acompanha, é justamente intervir o mínimo possível sobre aquilo que poderia fazer oscilar a indetectabilidade, metonímia biomédica para uma terapêutica eficaz, ainda que alcançada em detrimento do bem-estar da PVHIV. Quando observamos o PCDT da infecção pelo hiv (Brasil, 2024), a substituição de esquemas de ARVs (*switch*), embora prevista, está condicionada a biomarcadores que sugerem alterações extremas, como a apresentação de doenças e coinfeções, interações medicamentosas perigosas ou outros fatores que podem produzir uma toxicidade quase da ordem do envenenamento. A questão se reduz assim àquilo que a biomedicina estabelece como legítimo o suficiente para, por um lado, ser tolerado pela PVHA e, por outro, justificar a troca (mesmo que comprovados tais efeitos, ela deve ser avaliada e autorizada pelo médico, que pode ainda solicitar uma genotipagem do hiv). Mais que um acidente na história da medicina, Foucault reserva, dessa perniciosidade toda, uma racionalidade que, mais que um “efeito

adverso”, constitui esse campo do saber por meio do que denomina de “iatrogenia positiva”:

[...] os efeitos medicamente nocivos devidos não a erros de diagnóstico nem à ingestão acidental de substâncias, **mas à própria ação da intervenção médica no que ela tem de fundamento racional**. Atualmente, os instrumentos de que dispõem os médicos e a medicina em geral, justamente por sua eficácia, provocam certo número de efeitos, alguns puramente nocivos e outros não controláveis, que fazem a espécie humana entrar em uma **história aleatória, em um campo de probabilidades e riscos cuja magnitude não se pode medir com precisão** (Foucault, 2010 [1974], p.175, grifos meus).

Acobertada pelo conhecimento científico e pela credibilidade dos discursos peritos, aqui mobilizados para despertar o medo e o pânico, produzindo essa espécie de chantagem sobre o paciente (se mudar, pode piorar), é também a indiferença tenta se esconder no verso de seus jalecos.

De todo modo, meus entrevistados que diagnosticaram em um momento pré I=I, ou quando as primeiras evidências circulavam de forma ainda bastante restrita, em periódicos científicos e eventos especializados, conservam a memória de uma TARV exclusivamente terapêutica, cujos desdobramentos sobre a prevenção sexual – seja com soronegativos, seja com sorossemelhantes – encontravam-se categoricamente interditados:

1) **Inclusive quando eu me tornei indetectável, não tinha essa de que eu era intransmissível, sabe?** O médico não falava sobre isso pra mim assim “Ó, agora tu não transmite mais”. Não. **Eu vivi anos ainda achando que eu ia transmitir a qualquer hora, que alguém ia pegar, entendeu?** (G., 36 anos, 10 anos em TARV).

2) Mas na época não se falava... **Não se atrelava o fato de você tá indetectável com a transmissão**. Passou um tempo pras pessoas ligarem uma coisa na outra, e a gente ficar mais tranquilo (C., 42 anos, 13 anos em TARV).

Nesse período, C. vivia um relacionamento em que ambos estavam indetectáveis, porém mesmo em configurações desse tipo não seria seguro dispensar o preservativo, uma vez que se aventava a hipótese – repetida ainda recentemente por infectologistas brasileiros (Silva; Duarte; Lima, 2020) e entre PVHIV, conforme recupero a seguir – de reinfeção entre eles. Tal como G., que, à época, namorava um soronegativo (que assim permaneceu após o término do relacionamento, a despeito de não utilizarem o preservativo, como contou no capítulo anterior), C. e seu parceiro decidiram, em nome de outra coisa, que não o tratamento, “assumir o risco”:

Na época eu tinha muita responsabilidade não contaminar alguém. Então pra mim, assim, **o marco foi quando eu arranjei um companheiro que fazia o mesmo tratamento que o meu, e nós começamos, então... “Então a gente tá assumindo o risco de retransmissão um do outro, mas pra nós o sexo sem preservativo é melhor”** (C., 42 anos, 13 anos em TARV).

Considerando soroconversões mais recentes, a partir de 2018, a indetectabilidade segue sendo o principal biomarcador terapêutico do hiv/aids, prevalecendo sobre outras tecnologias biomédicas, como a contagem dos LT-CD4+ – condicionante ao início da TARV no país até 2013 (Brasil, 2013) – e outros exames laboratoriais rotineiros, ainda que conserve a hesitação sobre a extensão de tais evidências a outras experiências somático-subjetivas, que não imediatamente terapêuticas, como aquelas relacionadas ao sexo:

R. (32 anos, 6 anos em TARV): Sabia, do indetectável e do CD4, que tinha que aumentar o CD4. **Hoje eles nem fazem mais o meu CD4, pelo que eu entendi. É que, assim, sinceramente, eu não presto muita atenção, eu só quero saber: “Tá, estou indetectável? É muita confusão subir, descer, CD4, o que que era bom, onde devia tá...**

Pesquisador: Ok, tu entendia que era bom tá indetectável porque indicava que o tratamento tava funcionando...

R.: **Pela saúde. É, assim, pra transmissão não ficou muito claro. No começo não era uma coisa muito falada.**

Daí que, mesmo aqueles que, como R., soroconverteram nos últimos anos, podem dirigir uma recusa ao sexo após o diagnóstico ou experimentar um afastamento temporário dele, seja pelo entendimento, às vezes acompanhado de “culpa” ou não aceitação, de que adveio desse reduto a infecção (de uma inobservância ou deslize no cuidado de si), seja pelo sentimento temerário de transmitir o hiv a suas futuras parcerias (cenários que, afinal, não se excluem). Nesse sentido, não basta saber ou estar informado acerca da intransmissibilidade para transformar práticas antigas ou iniciar novas; para se reposicionar, agora como soropositivo, neste universo – de gays cis – em que não apenas o estatuto sorológico, mas, mais contemporaneamente, também sua relação com as tecnologias farmacológicas – TARV e PrEP – são questões prementes. Em vez disso, essa intra-ação sujeito-ARV no uso do prazer é descrita como um processo, um devir<sup>144</sup>, que embora articule cuidado e risco, não se encerra nos efeitos

---

<sup>144</sup> Nesse sentido, interessa recusar a suposição de uma teleologia que culminaria na inutilização do preservativo ou o argumento de que, de alguma forma, esse processo deveria passar necessariamente por ela. Em vez disso, proponho-me a pensar aqui como, a despeito da

terapêuticos e “bioascéticos” (Ortega, 2008) engendrados pela TARV segundo o discurso biomédico:

Assim, eu lembro que no começo existia essa questão. “Meu, eu vou infectar outras pessoas”, tipo. Esse problema. “Não vou transar”. O cara vem me chupar, não vou transar com essa pessoa. Mas eu não lembro em que momento... **Acho que foi um processo mesmo. Eu tinha a informação, mas assim, eu acho que eu fui processando a informação na minha cabeça até entender “Opa, estou cuidando de mim, é isso, indetectável igual a intransmissível, eu não ofereço risco pra ninguém”. Mas não lembro de ter um *start* assim, foi um processo gradativo** (R., 32 anos, 6 anos em TARV).

Como se vê, o sistema de veridicção molecular construído desde a TARV – composto, dentre outros, pela contagem das células CD4 e, especialmente, pelo exame da carga viral – desempenha aqui uma função relevante às hermenêuticas de si, privilegiando alguns efeitos do fármaco com o corpo e nas relações com o outro, ao mesmo tempo que abstrai ou não recomenda outros, repercutindo, enfim, sobre as noções de saúde, segurança e cuidado de seus usuários. Em alguns casos, como a propósito da intransmissibilidade, esse sistema tensiona a relação do sujeito para consigo desde as normas do dispositivo biomédico, em que tais práticas foram classificadas como perigosas, rechaçadas e, ainda hoje, após I=I e remodeladas sob a PrEP, envoltas por hesitação. Essas interdições não impediram, contudo, a precipitação de outros efeitos, como aqueles que, empiricamente, por meio de “contracondutas”, anteciparam-se à ciência e mundificaram a relação simbiótica entre a indetectabilidade e a impossibilidade de transmissão do hiv, conforme elucidam C. e G. ao longo desta pesquisa.

Nesse sentido, se há um sistema de veridicção que se estabelece desde dentro, fundamentado em marcadores que capturam o curso da infecção a partir de processos biológicos, em larga medida inapreensíveis ao sujeito (relacionados, pelo dispositivo biomédico, ao funcionamento imunológico, ao progresso terapêutico e, ao cabo, à saúde da PVHIV, que tende a ser absorvida e regulada por eles), existe também, e ainda, um olhar para si de dentro para fora, àquilo que é visível, aos contornos e preenchimentos corporais, à distribuição dos volumes, às projeções e aos encolhimentos: ao rosto. Procuro, com isso, destacar não apenas que as hermenêuticas de si não estão restritas às correlações e significados mediados

---

intransmissibilidade, o risco permanece, aqui e ali, positivado e positivando, permeando as práticas, provocando o discurso, apavorando os contatos, cindindo experiências entre corpos sorodiferentes e fármacos.

pelas tecnologias biomédicas ou pela indetectabilidade, mas que elas também convidam o sujeito a reconhecer e entender a agência do HIV – e, também, dos ARVs – com o corpo em referência a narrativas visuais que, desde o início da epidemia, pouco se modificaram. No depoimento abaixo, C. regressa a meados de 2010, logo após seu diagnóstico, e ao gesto de um internauta soropositivo que abriu a *webcam* e ofereceu-lhe uma face muito distinta daquelas que estamparam as capas de revistas brasileiras nos anos 1990:

Eu não falei nada, mas ele voluntariamente fez algo pra mim que pra mim foi muito divisor de águas, assim. Não sei, mas eu procurei também as coisas, eu não queria ficar numa inércia, numa negação. Eu queria, então as coisas começaram a vir. Então ele, de imediato, quando ele soube do que eu contei pra ele, até esse momento, ele de imediato ele abriu a câmera dele. A gente tava conversando pelo chat, acho que do *Orkut* nós fomos pro *MSN*, que daí lá conversando, que eu também criei um *fake* no *MSN*, e de lá, depois de a gente conversar um tempo, **ele abriu a câmera dele pra mim com o rosto dele [...]** **E foi muito bacana, assim, porque mesmo sem falar ele logo entendeu por que eu tava procurando pessoas pra conversar. E era exatamente pra ver, pra olhar pra alguém e ver que não tá no rosto, não tá na cara [...]** **Ele abriu a câmera, e eu vi. E me tranquilizou muito o fato de ele mostrar o rosto, e eu ver que não tava na cara. O meu primeiro estigma caiu ali, com ele.** Num perfil de *Orkut*, que depois foi pro *MSN*, a solidariedade, a compaixão de uma outra pessoa, que também passava por uma situação idêntica, de me tranquilizar. E me tranquilizou (C., 42 anos, 13 anos em TARV).

Após o diagnóstico, em 2018, M. se percebe diante de um dispositivo que o enxuga, usurpa sua “massa gorda” – a qual entende “fazer bem para o metabolismo” e empenha-se em manter e majorar desde então – e desenvolve o que chama de “dismorfia”: vê-se mais magro que antes, apesar do biotipo alto e esguio. Memória visual que o transporta à figura do “aidético” do último século, mas também à do fármaco (neste caso, o AZT), cuja agência no interior do corpo acontecia paralelamente a alterações físicas, convergindo, ao cabo, à “destruição” do sujeito:

1) Então, a primeira memória que eu tenho, assim, de quando tive o diagnóstico, foram os anos 90, né, o que a gente viu nos anos 90: **aquela horda de gente que morria, o estereótipo do aidético que a gente usava, aquela pessoa raquítica, magra, branca, fraca, suscetível...** (M., 32 anos, 5 anos em TARV).

2) [...] o que a gente tinha era o AZT, né, como referência. **O AZT, ele tinha todo esquema de lipodismorfia, ele destruía a pessoa. E eu ficava pensando “Porra, eu vou ficar destruído por conta do medicamento”. Talvez, penso, que pode ser por conta disso essa minha dismorfia de olhar e achar que tava estranho, mas não tava** (M., 32 anos, 5 anos em TARV).

Abro aqui um parêntese, relacionado ao projeto de ganho de massa de M., pois ele insere um outro elemento a esse compósito formado por humanos, vírus e

fármacos, um quarto vértice que, desde o último século, é utilizado para mitigar os efeitos colaterais ligados aos ARVs ao longo da epidemia: a *cannabis*. A primeira vez que ouvi sobre esse uso, terapêutico, foi em uma reunião no GAPA, em que os presentes recordaram suas internações no hospital Nereu Ramos, em Florianópolis, entre o final da década de 1990 e início dos anos 2000. Na época, a instituição reunia em uma mesma ala, separados somente por um corredor, os pacientes com hiv/aids e aqueles com tuberculose, que usavam máscaras (uma proximidade “inconcebível”, observou um deles, na ocasião). Na área externa, sob uma árvore frondosa, as PVHA consumiam maconha, que abrandava os efeitos do então coquetel, como náuseas e enjoos, despertando ainda o apetite e a “larica”. Uso, de algum modo, consentido pelos profissionais do hospital, onde a experiência com a substância integraria um “protocolo local”, segundo um dos presentes no encontro. Para G. (36 anos, 10 anos em TARV), que elenca uma série de efeitos colaterais desde o início do tratamento, em 2012, além da TARV, a maconha é “remédio de uso contínuo” que o auxilia a amenizar tais sintomas. Na narrativa de C., a *cannabis* também emerge como alternativa aos efeitos atribuídos aos ARVs:

E daí fui num psiquiatra que me recomendou um tratamento pra dormir, uns remédios bastante pesados, uns ansiolíticos tarja preta, e daí eu não quis tomar. Foi quando eu comecei a fazer o uso de maconha, de *cannabis*, pra dormir. Foi em 2009, começo de 2009 [...] E daí fui ler a respeito, e a maconha tava muito associada pra diminuir o enjoo, abrir o apetite, relaxamento... Várias pessoas, nesses grupos que eu ia conversando, relatavam que o uso da *cannabis* era muito, muito bom (C., 42 anos, 13 anos em TARV).

Pergunto se ele também utilizava a substância sobre outros eventuais efeitos colaterais, afora a insônia: “Uhum. Muito, muito. Pra enjoo, de manhã, era pra mim o quê... Nossa! O enjoo do efavirenz eu resolvia com a *cannabis*”.

E, agora, chegamos a 2023 e ao projeto pessoal de M., que recorreu ao tratamento com óleo de CBD para ganhar peso e diminuir a dosagem do antidepressivo. Alguns meses depois, alcançou a meta dos 80 quilos e reduziu o psicofármaco pela metade, mas, segundo ele, os benefícios podem ser sistêmicos:

Só que eu comecei a ler, fazer umas leituras ali, e percebi que por mais que o vírus esteja contido, carga viral indetectável, ele ainda gera resposta inflamatória que se acumula no corpo, e tem um artigo incrível que fala sobre o sistema inflamassoma relacionado com o hiv e como o óleo de *cannabis* ajuda a neutralizar essas inflamações (M., 32 anos, 5 anos em TARV).

Recupero aqui essas memórias e narrativas pois elas esboçam uma história de outras tecnologias associadas às vidas com hiv/aids mediadas pelo fármaco, que, seja no interior de uma instituição hospitalar, seja nas redes de apoio de PVHA, descubrem e agenciam alternativas à farmacologia e à psiquiatria tradicionais.

De volta aos enunciados de M. acerca da memória visual acessada após o diagnóstico, eles reconstituem as agências embaraçadas hiv-fármaco na experiência da epidemia, ora antagônicas, ora indistintas: o que, afinal, concerne ao hiv, mesmo suprimido, e o que deriva do fármaco? Emaranhados humanos-vírus-tecnologias que lançam questões importantes às hermenêuticas de si, porém através de uma intra-ação consideravelmente opaca e insondável ao sujeito. No relato que segue, C. deixa ver como essas agências imbricavam-se e distanciavam-se até no momento mais derradeiro das vidas com hiv/aids<sup>145</sup>:

Eu conheci um senhor que, em 2009, já vivia com hiv há mais de 20 anos. Ele pegou, assim, a primeira leva... **O companheiro e todos os amigos dele morreram por conta do hiv. Mas ele fala também que muitos dos amigos deles morreram por conta dos efeitos colaterais do efavirenz. Ou a galera não aguentava os efeitos e largava o tratamento.** [...] Diz ele que teve um período que os efeitos colaterais do efavirenz eram tão grandes que ele ficou mais de seis meses deitado, ao ponto de todo dia a fisioterapeuta ir lá fazer a fisioterapia porque ele ficou, digamos assim, meio que vegetativo, sabe? **Por conta dos efeitos do efavirenz, não era nem do hiv** (C., 42 anos, 13 anos em TARV).

Adicionalmente, lembro-me de um conhecido que, no início última década, pouco tempo depois de iniciar a TARV, percebe o corpo em modificação, a gordura minguando nos membros e acumulando em volta do abdômen, a tal lipodistrofia. Procura, então, o infectologista que o acompanha, quer mudar o esquema de ARVs devido a esses efeitos colaterais, mas o profissional discorda, “não tem relação”, afirma, seria uma consequência da própria infecção pelo hiv. Demanda, ao cabo, considerada diminuta e incompreensível, uma vez que, segundo o médico, “o que importa é estar vivo”. Continuidades de uma “ditadura da terapêutica”, pós-AZT, em que o fármaco ainda funciona como “[...] uma imposição autoritária, que submete o

---

<sup>145</sup> Provavelmente, C. refere-se ao AZT. De todo modo, estou menos interessado na “verdade” dessas narrativas, ou seja, na delimitação de agências de algum modo independentes entre o hiv e o fármaco em um corpo vivo (como comentarei a seguir, a propósito da lipodistrofia, tampouco a medicina se mostra capaz de dirimir tais questões), do que nos efeitos do verdadeiro que, nesses enunciados, distribuem diferencialmente essa agência entre vírus e medicamentos, medicamentos de agora e medicamentos de antes. Efeitos de verdade que aqui preenchem os relatos de meus entrevistados, mas que, desde a perspectiva do realismo agencial, produzem também matérias: constituem, em um sentido importante, o seu corpo, as relações com o outro, o viver e o morrer.

doente à imagem de sua mortalidade ('aguenta todos os efeitos colaterais, é sempre melhor sofrer do que morrer...')" (Daniel, 2018a [1990]).

A respeito da lipodistrofia, noto que antes de ser denominada síndrome lipodistrófica do hiv (SLHIV), ela recebeu o nome de *Crixbelly*, em referência ao medicamento Crixivan (indinavir), um inibidor da protease (IP) cuja associação à redistribuição da gordura corporal foi descrita pela primeira vez no final dos anos 1990 (Miller *et al.*, 1998) e estendida posteriormente a outros ARVs de mesma classe. Pouco tempo depois, estudos sugeririam a ligação de inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN) – como a estavudina (d4T) e a zidovudina (AZT) – com a lipodistrofia (Saint-Marc *et al.*, 1999; Carr *et al.*, 2000), que passa a ser um termo guarda-chuva para designar dois fenômenos, simultâneos ou não: a) lipoatrofia: perda de gordura no rosto, braços, pernas e nádegas; e b) lipo-hipertrofia: aumento de gordura no tronco. Em 2004, uma portaria do Ministério da Saúde autorizaria a realização de cirurgias reparadoras em “pacientes com lipodistrofia decorrente do uso de anti-retroviral” no país (Brasil, 2004).

A causalidade da síndrome com a TARV, estabelecida nesse trecho do MS e nos primeiros estudos com ARVs, no entanto, logo se apresenta nebulosa: “Acredita-se que a lipodistrofia seja um efeito adverso associado ao uso da TARV, **mas não há consenso sobre o que papel que a própria infecção pelo HIV, a idade, o gênero, a genética ou outros fatores desempenham**” (Collins; Wagner; Walmsley, 2000, p.546, tradução minha, grifos meus). Algumas pesquisas contribuirão a essa dilatação etiológica, que grassa desde então, colocando a causa única da síndrome à prova (assim como o diagnóstico, a patogênese, a epidemiologia, a prevenção e o manejo terapêutico: em algum grau, tudo se mostra pouco claro e inconclusivo à medicina no que se refere à lipodistrofia), principalmente dois conjuntos delas: a) estudos que relacionarão a redistribuição de gordura a outros ARVs, ainda de outras classes, assim como a afetações que se dariam entre eles em esquemas combinados; e b) estudos que indicarão alterações corporais em PVHA “virgens de TARV”, sugerindo uma ação do hiv sobre a gordura que ocorreria mesmo sem o fármaco. Além disso, a lipoatrofia e a lipo-hipertrofia se diferenciariam não somente pelo já mencionado, mas também em termos de metabolismo, expressão genética e “status inflamatório” (Lafontan; Berlan, 2003; Domingo *et al.*, 2012). Não pretendo me alongar na genealogia desse fenômeno, mas gostaria de destacar que, se inicialmente atribuído ao emprego da TARV, ainda que, desde sua observação, um

processo não completamente entendido, as causas da lipodistrofia se multiplicam, implicam-se umas nas outras e funcionam agora neste expandido tripé “multifatorial” cujos vértices principais são o hiv, o fármaco e a genética:

Os mecanismos das alterações da gordura em PVHA são complexos, multifatoriais e não totalmente compreendidos, embora se saiba que resultam em parte dos efeitos diretos das proteínas do HIV e de agentes antirretrovirais na saúde dos adipócitos, fatores genéticos, aumento da translocação microbiana, alterações no meio imunitário adaptativo após infecção, aumento da inflamação dos tecidos e fibrose acelerada. O manejo inclui alterações clássicas no estilo de vida com papel para terapias farmacológicas e cirurgia em alguns pacientes (Koethe *et al.*, 2020, tradução minha).

O último PCDT da infecção pelo hiv do MS, por exemplo, arrola a lipodistrofia como um efeito adverso do uso da zidovudina (AZT). A lipoatrofia também é relacionada a esse fármaco e “pode ser mais provável” quando os ITRN são combinados com efavirenz que com um IP com reforço de ritonavir (IP/r). Já a lipo-hipertrofia seria observada em esquemas com efavirenz, IP e raltegravir, porém “a relação causal não foi estabelecida” (Brasil, 2024, p.82). Destaco, disso tudo, um problema de formalização, de uma epistemologia em construção, em crise e em contradição; de uma medicina que se quer científica e que fracassa nessa empresa, daí sua escorregadela costumeira a esse campo de probabilidades, aleatoriedades e associações que intenta demonstrar tudo, mas que, na verdade, diz muito pouco ou nada. Ao cabo, entretanto, mantém esse dispositivo de segurança baseado no risco a pleno vapor.

Prosseguindo, ao contrário do que ouvi de outros interlocutores, que manifestam desconforto quando, sobretudo em serviços de saúde especializados, as PVHA são reunidas em mesmo ambiente, para exames ou consultas de rotina, o que compromete, afinal, a privacidade de seus diagnósticos, as primeiras idas a esses locais trouxeram, para M., “uma calma muito grande”: “[...] quando tu começa a perceber que seu amigo tem, convive com, e ele tá bem, ele tá saudável, ele tá de boas, então por que que eu também não posso ficar?”. Pela *webcam* ou nas salas de espera de ambulatórios, uma epidemia de pouquíssimos rostos – “Cazuza e Renato Russo, que eu ouvia desde sempre”, resume R. (32 anos, 6 anos em TARV) – choca-se com uma multiplicidade de experiências com o vírus, não somente em seus aspectos “mais subjetivos” ou relacionados a biomarcadores moleculares, mas aqui concebidas em torno da corporeidade e da aparência, perturbando um regime

de representação e identificação de si ainda abastecido pelas imagens de um período pré-cronificação.

É claro que, nesse arquivo de definhamento e morte, o “rosto da aids” traz um outro incômodo: ele é homossexual. Fusionadas e naturalizadas, desde a infância, aids e homossexualidade figuram nas lembranças de meus interlocutores em narrativas proféticas e punitivistas, envoltas por uma pedagogia moral da qual não se pode fugir, salvo mediante uma conversão à heterossexualidade (cis):

1) Eu tive uma situação quando eu era criança que, hoje eu entendo, eu tava descobrindo o corpo com meu melhor amigo, então a gente ficava se tocando, descobrindo o corpo masculino e nós fomos pegos pela mãe dele no flagra. E eu acho que a minha mãe não sabia lidar com a situação, a mãe dele não sabia lidar com a situação, e uma vizinha nossa, que era diretora de uma escola, foi chamada, porque elas imaginavam que por ela ser diretora talvez ela saberia lidar com isso, mas ela fez a pior coisa que alguém poderia ter feito. Eu lembro nitidamente até hoje, minha posição no sofá. **Foi ela dizer que se nós continuássemos a fazer isso nós pegaríamos uma doença que iria nos matar [...] “Vocês vão pegar uma doença que vai matar vocês”.** Eu acho que eu internalizei isso minha vida inteira. Sempre foi uma sigla que me assustava muito, sempre tinha pavor de imaginar o hiv. Quando aconteceu parece que veio tudo assim junto, numa onda. E aí, desabou, né? E aí, desabou (M., 32 anos, 5 anos em TARV).

2) Eu lembro de uma... Acho que tinha uma propaganda, uma situação que me marcou, tinha uma propaganda do... Passava na TV, eu não sei, parece que chega um menino com outro menino na casa dos pais, e eu lembro que começou super uma discussão em casa, na casa da minha vó, com isso, que até meu pai falou “Ah, mas se algum filho meu for gay...”, aí minha mãe falou “Se for gay, o quê? O que que cê vai fazer?”. Daí minha vó falou: **“Ah, essas coisas dá aids”** (R., 32 anos, 6 anos em TARV).

Volto-me agora aos enunciados da indetectabilidade que circulam no GAPA de Florianópolis, onde realizamos grupos focais quinzenais de maio a dezembro de 2023<sup>146</sup>. Desde a primeira reunião com os participantes, a mensagem acerca de que I=I foi repetidamente invocada como indispensável à construção do portal digital que desenvolvemos em parceria com a ONG e com uma outra, a Acontece – Arte e Política LGBTI+<sup>147</sup>. Para seus frequentadores, ela seria fundamental para diminuir o “estigma” (palavra ainda muito presente e tarefa da qual o Estado, ao privilegiar políticas públicas de prevenção, teria historicamente se retraído), especialmente entre aqueles que não vivem com hiv, como familiares, amigos e parcerias afetivas.

<sup>146</sup> Os dados foram coletados através de diários de campo, escritos coletivamente com Atilio Butturi Junior, Camila de Almeida Lara e Nathalia Muller Camozzato. O projeto foi aprovado pelo CEPESH-UFSC, conforme CAAE 73646023.6.0000.0121.

<sup>147</sup> O *É só mais uma crônica* foi lançado em dezembro de 2023 e pode ser acessado no link: <https://esomaisumacronica.ufsc.br/>.

Ao nos atentarmos, contudo, a tais enunciados, percebemos que informam práticas que se mantêm preservadas, ou que sofreram pouca atualização, com a emergência das evidências científicas sobre a transmissão. Butturi Junior, Camozzato e Lara (2024, p.54), colegas de campo durante a pesquisa na ONG, notam que, ambigualmente, dentre esses enunciados, “[...] somos instados a ouvir narrativas sobre o ‘risco’ permanente, o ‘risco mínimo’ e a injunção, portanto, de ‘confissão’: devo sempre contar sobre meu status sorológico porque ofereço algum perigo”.

Em um espectro mais amplo, eles resgatam, assim como as narrativas visuais calcadas na “imagética terrorista dos corpos maculados” (Perlongher, 1987c), uma memória discursiva de vigilância e de um dizer de si sorofarmacológico, entrecruzando temporalidades variadas – “aids de antes”/“aids de agora” (Cunha, 2011, 2012), “velha aids”/“nova aids” (Simões, 2018), “dispositivo da aids” (Perlongher, 1987a)/“dispositivo crônico da aids” (Butturi Junior, 2016) – à experiência contemporânea da infecção. Sendo assim, práticas de outrora, de exclusão extrema, muitas das quais, à primeira vista, estariam superadas, como a separação de talheres e objetos pessoais (vvida e contada por uma senhora, na casa em que habita, em uma reunião na ONG), dividem o presente com o encontro – interfarmacológico, “sem capa” e sob os desígnios do cuidado – de gays cis em uso de TARV e PrEP em outros cantos da mesma cidade; os boletins epidemiológicos que contabilizam mais de dez mil mortes anuais por aids no Brasil em suas últimas leituras, são sucedidos por relatórios que, baseados nos melhores modelos matemáticos disponíveis, projetam os caminhos para o “fim do hiv”; a oferta de uma terapia em constante aperfeiçoamento, que agora se promete injetável e de longa duração, é recebida com estafa por aqueles que conclamam a cura. Epidemias no plural, que se embaralham na experiência contemporânea do hiv/aids, apoiando-se em desigualdades locais, no racismo gendrado, na sexualidade, no menos que humano.

Tendo isso em vista, os enunciados da indetectabilidade apontam para a seleção contínua dos efeitos dessa tecnologia biomédica – e, por extensão, da TARV – nos mais diversos âmbitos da vida ordinária das PVHIV: em seu atendimento à saúde, no planejamento reprodutivo e, claro, nos relacionamentos. Ao cabo, produzem as experiências ambivalentes apreendidas por Butturi Junior, Camozzato e Lara (2024) entre os participantes do GAPA: ainda que intransmissíveis, sentem-se compelidos a revelar suas sorologias a profissionais de

saúde (como dentistas), veem o sonho da maternidade se dissipar após o diagnóstico, apesar de décadas do surgimento de uma terapêutica com altas taxas de sucesso sobre a transmissão vertical, ensaiam uma certa obrigação, moral e ética, de dizer que vivem com hiv às suas parcerias antes da primeira investida sexual ou durante o seguimento dessas relações. Mesmo quando recorrem à intransmissibilidade para justificar a privacidade de seu *status* sorológico, podem viver esse silêncio com sofrimento, entendendo que escondem parte de si, a qual deveria vir à tona pois, de algum modo, diz respeito ao outro, à sua segurança e a um tipo de prerrogativa implícita atribuída a quem não vive com hiv de poder escolher ou não esse tipo de contato.

Em uma reunião que tratamos de outras tecnologias preventivas, como a PrEP, os presentes no GAPA naquele dia demonstraram estar informados acerca da profilaxia, porém declararam desconhecer parcerias ou mesmo pessoas próximas que a utilizassem. Ao recordar de um momento de descontração enquanto tomávamos café, em outro encontro, em que três gays cis narraram experiências em dois clubes de pegação em Florianópolis<sup>148</sup>, dirigi-me a um deles, o único dos três presente neste dia, e perguntei se, naqueles locais, também não havia quem tomasse PrEP (sabia que sim, outros participantes da pesquisa, usuários da profilaxia, afirmavam frequentá-los). Ele, no entanto, disse que não, e eu fui direto: “Ué, nenhum desses caras que quer transar sem camisinha disse que toma PrEP?”. Para ele, quem fazia esse tipo de proposta já “tinha hiv”<sup>149</sup>. Contrariado, embarquei na onda e perguntei por que, afinal, isso seria problemático, uma vez que ele e todo mundo naquela sala não poderiam transmitir o vírus. Ele respondeu que o sexo sem preservativo com outra PVHIV seria ainda mais preocupante, tendo em vista a possibilidade de reinfecção. Fantasmas epidemiológicos que vêm e vão, também retomados na entrevista com G., ainda que em aparente despreocupação:

---

<sup>148</sup> A distinção entre um clube e outro se dava principalmente em torno da prevenção, sob o prisma de uma segurança que, nesses enunciados, deita e rola com as moralidades: enquanto o do centro seria maior, mais privativo, organizado e “limpo”, no de Capoeiras (bairro continental do município), o uso de preservativos seria totalmente ignorado por seus frequentadores. Daí que, lá, um “melecado” logo estava com outro, o que o grupo considerava ofensivo e inadequado. Ao cabo, deixaram o clube do centro rapidamente, e nenhum deles aventurou se melear.

<sup>149</sup> Esse modo de compreender o encontro entre sorodiferentes contrasta, como vimos, com a experiência de usuários gays cis da profilaxia, para quem o desuso do preservativo é frequentemente relacionado ao “estar em PrEP” (de si e do outro). A vigilância sorológica, no entanto, permanece ativa, seja pelas repetidas perguntas sobre o uso da PrEP, seja por deduções sobre o comportamento das parcerias, em que a exigência da camisinha, naquele grupo, é entendida como um dos principais indícios de que elas, de fato, vivem com hiv.

Embora, pra mim, tenha um agravante porque existe a contaminação cruzada, né? Não sei se é bem esse nome que chama. Mas é, por exemplo, eu já ser infectado e ter uma nova infecção, né? Por outro... Outra variante, e aí isso pode se tornar um agravante. **Mas a minha tranquilidade é em não passar pras outras pessoas, sabe? Não em pegar uma outra coisa** (G., 36 anos, 10 anos em TARV).

Em situações como a descrita, a propósito da “reinfecção” (“contaminação cruzada”), eu e os colegas de campo no GAPA sempre entrevistamos, buscando ajustar as experiências ao contemporâneo, que nos diz sobre o risco zero, o direito à privacidade do diagnóstico, o melhoramento da terapia etc. Foi trivial recebermos como resposta que isso é “recente”, “novo”, “de agora”, ou que seria necessário “um médico” para legitimá-las, indicando que as temporalidades múltiplas, erráticas e ambivalentes desse dispositivo compõem as camadas do presente da vida com hiv de modo muito patente – e conectada ao discurso biomédico – nos grupos de apoio da ONG. Como grande parte dos participantes recebeu o diagnóstico há décadas e possui mais de 50 anos, um arquivo de exceção – de morte iminente, risco insidioso, da toxicidade do fármaco, da transfiguração da PVHIV em “cobaia” terapêutica, etc – ameaça emergir a todo instante. Entre eles, no entanto, observa Butturi Junior (2024, no prelo),

[...] há diferenças importantes, sobretudo em relação ao governo de si e aos processos de estigmatização e de produção de subjetividade, mais ou menos precarizadas, sustentadas não apenas por discursos, mas por vulnerabilidades econômicas, raciais, afetivas e gendradas, além de uma distribuição de violência prevalente entre as mulheres<sup>150</sup> [...].

Em se tratando especialmente da relação entre soropositivos e soronegativos acoplada ao uso de tecnologias biomédicas, sujeitos em PrEP não se mostram suficientemente reconhecíveis aos participantes do GAPA, uma vez que, em suas experiências, não são pautados nem como presença física (ninguém nunca os viu ou deitou-se com eles), nem como memória discursiva atrelada à promiscuidade, já que a distribuição do risco em suas interações sexuais ainda se mantém concentrada, em grande medida, na periculosidade de si mesmos e demais sorossemelhantes<sup>151</sup>.

---

<sup>150</sup> Sobre mulheres vivendo com hiv que frequentam o GAPA de Florianópolis, ver Lara (2022).

<sup>151</sup> Há, no entanto, uma vacilação quanto à existência de segmentos da população mais suscetíveis à infecção pelo hiv, resquício dos grupos de risco de “outrora”, que vem à tona quando, em uma das reuniões na ONG, pergunto a quem, na opinião dos participantes, a PrEP se destinaria. “Pessoas com mais risco de se expor”, considera uma das mulheres presentes. “Quem, afinal, são essas

De toda sorte, nem tudo passa pela confissão, mas, antes disso, integra uma estratégia de se dizer ou não vivendo com hiv de acordo com uma situação específica que, de variadas formas, pode incitar que a emergência do estatuto sorológico venha à tona. As reuniões do GAPA, por exemplo, valem-se da cisão entre soropositivos e soronegativos para decidir sobre quem pode frequentá-las: afora uma psicóloga e uma estagiária de Psicologia que atuam no local, ambas soronegativas, somente PVHIV participam dos grupos. A presença de quem não vive com hiv – ou, mais amplamente, de pessoas com sorologia desconhecida (incluindo nossa participação na condição de pesquisadores/as ligados/as à universidade) – deve ser sempre submetida à aprovação do grupo, que costuma desconfiar de encontros dessa natureza, tendo em vista episódios anteriores de uso instrumental da ONG para obtenção de dados e realização de estudos de diferentes áreas, nos quais os participantes perceberam-se seguidamente tratados como “cobaias”, agora das ciências humanas e sociais, além de mencionar as implicações que tais aberturas podem acarretar ao sigilo de seus diagnósticos<sup>152</sup>.

---

peças?”, questiono. Um homem cita as profissionais do sexo e complementa afirmando não ter certeza se, “ainda hoje”, os gays seriam mais vulneráveis, mas acredita que sim, antecipando não se tratar de preconceito ou estereótipo, já que, “de acordo com a ciência”, as relações anais apresentam mais risco que as vaginais. Perigo, portanto (também justificado por ele em termos de “questão técnica”), ainda distribuído pelas geografias corporais, que seriam exploradas diferencialmente por certos grupos (especialmente o de gays cis, em torno do ânus). Como argumentei no capítulo anterior, o reverso de uma política baseada em grupos de risco é justamente a desidentificação de outros segmentos populacionais com a possibilidade de infecção, produzindo os efeitos de invisibilização já citados, e que uma outra mulher, heterossexual cis, retoma na forma de um sentimento de exclusão, uma vez que, de acordo com ela, a militância LGBT teria cooptado a luta das PVHIV para si, o que seria reproduzido também naquele grupo, onde não se sentia representada.

<sup>152</sup> Em um dos encontros que acompanhamos durante o segundo semestre de 2023, um homem, de cerca de sessenta anos, procurou a ONG para oferecer serviços de voluntariado. Diante do encaminhamento de que a administração retornaria posteriormente sobre o interesse em tal oferta, manifestou a vontade de acompanhar a discussão naquela tarde, o que destravou uma tensão entre os presentes, cuja resolução dependia fundamentalmente de posicioná-lo sorologicamente naquele ambiente. Inquirido se era soropositivo, declarou não saber o que aquilo queria dizer. Uma das mulheres da roda reformulou, perguntando se ele vivia com hiv, ao que respondeu que não. A partir disso, o grupo se dividiu entre aqueles que consideravam inadequada a sua permanência (“fica fora de contexto”, disse um deles) e outros que entendiam que ela contribuiria para visibilizar o tema. Por fim, ele ficou e, mais ao final da reunião, solicitou novamente a palavra: discorreu sobre seu histórico de saúde mental e defendeu que os medicamentos e o saber médico deveriam ser colocados em segundo plano, a fim de promover “tranquilidade” e “relaxamento”, pois a “solução está na cabeça da pessoa”. Daí que, em sua opinião, o grupo estaria na contramão disso ao levantar apenas “problemas”, discutir muito e falar até mesmo de política. Um dos homens que frequenta o GAPA há mais tempo, desde o início os anos 2000, rebateu que ali se compartilhavam informações e experiências, que eventualmente eram realizadas outras atividades (como festas e idas ao cinema), e que seria necessário falar de política sim, uma vez que se a ONG se encontrava naquela situação – o GAPA de Florianópolis ocupa um prédio na área central da cidade, cedido pelo governo do Estado, que apresenta uma série de problemas de infraestrutura (inúmeros de nossos encontros com o grupo precisaram ser desmarcados devido ao alagamento da sala e de boa parte do espaço destinado à

De maneira mais ampla, mesmo no campo que realizei somente com gays cis, o dizer de si em relação ao hiv é foco de análise e inquietação constante à PVHIV. Os serviços de saúde são apontados frequentemente como lugares que favorecem a exposição não consentida, através da falta de privacidade na retirada da TARV nas farmácias públicas, de profissionais de saúde que entregam indiretamente o diagnóstico ao tratar de exames específicos ou de consultas com especialistas – infectologistas – na presença de outrem, de laboratórios de análises clínicas que perguntam sobre medicamentos de uso contínuo, etc. Para a maioria das PVHIV que colaboraram à realização desta pesquisa, o diagnóstico é vivido em poucos ambientes e compartilhado com um círculo bastante reduzido de pessoas. Como entende Butturi Junior (2024, no prelo), em referência ao GAPA, a estratégia do silêncio “[...] funciona como uma forma não apenas direta de proteção contra o estigma, mas sugere uma agonística com a circunscrição da vida à identidade hiv positiva, que fica limitada ao âmbito do convívio no Grupo [...]”.

No trecho que segue, C. trata da constituição desses espaços próprios para falar e inventar a vida com hiv/aids (neste caso, o Radar, uma comunidade *online* de PVHA que começou no *Orkut* e promoveu encontros pelo país durante a última década) e das consequências de arriscar produzir laços a partir da soropositividade em outros âmbitos, especialmente no relacionamento com soronegativos<sup>153</sup>:

[...] na época do Radar, que **é uma comunidade que juntava, ao mesmo tempo que juntava, segregava. Porque você junta um grupo você separa dos outros, separa dos demais. Então apesar da gente, naquele grupo, falar sobre o hiv, era só naquele grupo.** Não era fora daquele grupo, era muito raro você se comportar como... **Mesmo porque as relações sorodiscordantes eram difíceis, eu mesmo passei por duas situações de pessoas que eu tava me envolvendo que quando eu contei, antes de pedir em namoro, quando eu contei, vazaram.** Foram assim péssimos, teve um desses meninos que começou a chorar desesperadamente na minha frente. Desesperadamente. E a gente só tinha transado de camisinha, e ele começou a se preocupar. “Mas a gente só transou de camisinha”. **“Mas eu te beijei”.** Eu passei por isso (C., 42 anos, 13 anos em TARV).

---

ONG), e dispõe de poucos recursos para funcionar –, era devido à incapacidade do poder público de assisti-la. Falou que frequentava as reuniões regularmente há mais de 20 anos e que aquele ambiente se tornou familiar para ele. Ao final, foi aplaudido.

<sup>153</sup> As histórias que tomam rumos semelhantes abundam e, vez ou outra, implicam não apenas o rompimento imediato dessas relações, mas também a bravata da criminalização da PVHIV por ter “escondido” a sua sorologia, como contou uma mulher que frequenta o GAPA que, ao compartilhar seu diagnóstico após sete meses de relação, afirmou que a parceria reagiu “muito mal” e aventou processá-la por isso.

Tendo isso em vista, aqueles que, como C., participaram de redes de PVHA no passado, na internet e presencialmente, com o passar dos anos podem vivenciar um recuo na publicidade de seus diagnósticos, mesmo em condições mais controladas e entre “iguais”. Hoje, E. (39 anos, 12 anos em TARV) dirige um estranhamento a essas comunidades, nas quais interagiu por anos: “Eu até tava pensando, esses dias eu entrei no Facebook e eu tava num desses grupos, tava ali, e disse **‘Nossa, nada a ver’, sabe?’**”. O afastamento dos espaços que promovem um dizer de si a partir do diagnóstico, é justificado, no relato de E., pela percepção de que a injunção à confissão também dá às mãos a um certo ativismo que cobra do sujeito um posicionamento translúcido e permanente diante da sorologia: a performance de um militante hiv/aids em tempo integral.

Nesse sentido, recordo que, em 2023, durante um evento promovido pelo projeto de pesquisa de que faço parte, que abordou as quatro décadas da epidemia em SC, quem representou o GAPA na ocasião expressou seu descontentamento com a recepção das ações de rua promovidas pela ONG, especialmente na praia Mole, local reconhecido pela alta densidade homossexual cis. Lá, os gays (*barbies*, em seu discurso), “não querem saber de hiv”, apenas estariam interessados no “*close*” e na pegação. Aqui, percebemos como a injunção funciona muito bem quando dirigida a esse grupo, uma vez que a virtualidade do hiv/aids deve produzir práticas e agenciamentos que demonstrem seu real engajamento preventivo e que, preferencialmente, componham uma militância; caso contrário, outros estereótipos ligados à homossexualidade serão relacionados a si<sup>154</sup>.

Daí que E., ao recapitular sua participação nessas comunidades de PVHA, pondera: “**Parece que tão querendo te empurrar pra fora de um armário, né? E, às vezes, é um armário que pra você não existe**”. Assim, se um dia já foi de algum modo exigida por si, partindo, é claro, deste dispositivo que a incita, a informação acerca da sorologia experimenta agora, no caso de meus entrevistados, um questionamento – “Por que eu tenho que falar?”, levanta E., em outro momento – e

---

<sup>154</sup> Atilio, coordenador do evento/projeto, interrompeu a fala da representante e questionou essa necessidade de um dizer compulsório sobre si, por que, afinal, os gays cis teriam que se posicionar em relação ao hiv/aids em um dia de praia com amigos ou em baladas, locais onde a ONG também desenvolve ações de prevenção. Claro, o irônico aqui, além de a injunção se originar de uma pessoa soronegativa, é que vários usuários de TARV e de PrEP costumamos frequentar esses espaços, ou seja, estamos implicados até os fios do cabelo com este dispositivo, não obstante as imputações de alheamento e lubricidade por parte da porta-voz do GAPA.

pode ser considerada íntima demais para ser compartilhada com parcerias únicas e casuais, como entende C., a seguir<sup>155</sup>:

É que com o tempo eu fui meio que cansando de falar sobre, sabe? Eu quis sair um pouco desse lugar de retribuir a ajuda que tive. Já conversei com bastante gente, já fui lá, dei a minha cara... **Agora quando eu quero só transar, veja, estou no aplicativo pra transar, não quero militar nesse lugar.** Somos todos adultos, então assim... Se posso evitar, se eu não estou com espírito pra conversar sobre isso... Não é se posso evitar, se não estou com espírito pra conversar sobre isso, evito. Agora se eu vejo que é um papo que me interessa, que não é unicamente sexual, que tem uma finalidade, como a nossa conversa agora, sabe? **Alguma coisa me fez estar aqui conversando sobre algo muito íntimo. E muitas vezes se eu não quero falar eu não falo e pronto, não sou obrigado, e é isso** (C., 42 anos, 13 anos em TARV).

Gostaria de retornar à internalização do perigo pela PVHIV, mas agora sob ponto de vista de dois soronegativos, descrita nas cenas a seguir nas formas de uma antecipação de um risco que não existe e de uma injunção à confissão, sucedida pela apresentação de “papéis comprobatórios”:

1) Depois que já tava marcado, tudo, ele resolveu falar que ele era hiv positivo. **Só que em vez dele falar que era indetectável e tal, ele falou “Olha, mas não te preocupa, a gente vai transar com camisinha, e eu não recomendo que em hipótese alguma tu transe com qualquer pessoa sem camisinha, inclusive comigo”.** E eu: “Relaxa, eu não tenho questão com isso, eu também uso a PrEP”. Ele não sabia o que era a PrEP, e já tava assim bem estabelecida a PrEP, nessa época [segundo semestre de 2021]. **O peculiar nessa história é que eu não achei o cara um risco, não perguntei nada e nem achei depois de saber, mas como ele se apresentou dessa forma, incisivamente, eu acabei dizendo da PrEP pra ele se tranquilizar. Tipo, eu não achava necessário informar que eu uso PrEP, mas só assim ele relaxou** (J., 37 anos, 2 anos em PrEP).

---

<sup>155</sup> Importa pontuar que a obrigação de dizer de si pode também sofrer deslocamentos, protelar-se no tempo, de um primeiro encontro para um imaginado “momento certo”, como ilustra H. (39 anos, 11 anos em TARV): “Antes eu tinha esse pensamento de ter essa conversa e isso me aterrorizava. ‘Ai, meu deus, eu devia ter falado...’. **Hoje em dia, não. Não tenho por que falar, se eu tô ainda numa relação de início. Talvez numa relação de confiança, que daí... Aquela coisa de pegar a pessoa como refém: ‘Agora que ela gosta de mim, eu posso falar’.**” A “confiança”, aqui requisitada à divulgação do diagnóstico e que reclama um traçado temporal mais longo, da parte de soronegativos, como mostro a seguir, pode ser mobilizada “de início”, justamente a fim de induzir o dizer de si da PVHIV. Além disso, é necessário considerar que esse deslocamento, desenhado por H. no trecho anterior, apoia-se em uma certa separabilidade entre o sexo casual e as relações mais duradoras, mais disseminada entre algumas faixas etárias e entre de gays cis que entre heterossexuais cis que, como ouvi de participantes do GAPAs, podem se sentir pressionados a revelar sua sorologia antes mesmo do primeiro ato sexual.

2) Eu passei por uma questão de peso, assim... Que eu fiquei até meio assim: “Bah, que merda, cara”, a pessoa ter que ter esse tipo de comportamento”. Eu tava ficando com um cara soropositivo, e a gente tava usando camisinha. Eu tava recém começando a usar PrEP, tipo, acho que tava muito no início, ou tava prestes a usar, coisa assim, daí ele me veio... Daí ele até me mostrou, depois que a gente teve a conversa, **ele me trouxe os papéis da situação sorológica dele, de que ele era indetectável e tal, para “caso fosse necessário comprovar”**. Daí eu: “Tá, tu achou que tu ia chegar aqui em casa, e eu ia pedir: ‘Passa os documentos ou algo do tipo?’”. “Então, eu senti essa necessidade de mostrar...” (D., 37 anos, 1 ano em PrEP).

Nesse sentido, à primeira vista, para os usuários de PrEP, a compreensão acerca da intransmissibilidade parece facilitada não apenas porque o tratamento com a profilaxia os aproxima do tema do hiv/aids, inclusive os transporta a locais que, muitas vezes, são os mesmos que assistem as PVHA, ambientes em que há a distribuição de materiais informativos e cartazes que elucidam que I=I, mas também porque o fármaco os salvaguarda bioquimicamente desse contato potencialmente perigoso<sup>156</sup>. Nesse sentido, são agências interfarmacológicas TARV-PrEP que se reforçam mutuamente em torno da segurança (e no discurso do cuidado), mas que, às vezes, colidem no uso do prazer, em que a questão ainda pode ser um “problema”, tanto no que diz respeito ao estatuto sorológico em si, como na hipótese de abolição do preservativo.

L. (26 anos, 1 ano em PrEP), um desses usuários que entrevistei que costuma lançar mão da pergunta acerca do uso da PrEP para a negociação do uso do preservativo, estima que quase 80% das respostas de seus parceiros sejam afirmativas. Pergunto a ele se, dentre os 20% que respondem que não, alguém já havia declarado que vivia com hiv. A conversa continua abaixo:

L: Nunca tive essa situação. Nunca peguei alguém que vive com hiv ou, se vive, falar.

Pesquisador: E se acontecesse?

---

<sup>156</sup> Aproximação e segurança, mas aqui às pessoas que vivem com hiv, que D. (37 anos, 1 ano em PrEP) localiza nestes termos: “Eu já tive um caso de... Mais de um caso, um de amigo, um de peguete que, por eu fazer PrEP, e a pessoa saber que eu fazia PrEP, ‘Ai, tu é uma pessoa mais esclarecida, eu vou te falar: sou soropositivo’. Só por tá fazendo parte de um programa que aproxima a gente, os soropositivos dos que usam PrEP, né? Os soropositivos acabam, aparentemente, se sentindo um pouco mais acolhidos. Ou até se sentindo seguro, parece que tu ganha um cartão... Uma carteirinha”. Noto, com isso, também uma redução desses ambulatórios ao campo da prevenção, aos imperativos da testagem e do tratamento, que embora impliquem a divulgação de informações importantes e benefícios à saúde de seus usuários, esgotam suas abordagens na perspectiva biomédica. De maneira semelhante, Butturi Júnior, Camozzato e Lara (2024, p.51) comentam a respeito do GAPA: “Se no dispositivo da aids, o GAPA possibilitava a criação de redes de solidariedade e reconhecimento, a instituição alinha-se agora às posturas governamentais locais, em uma espécie de deslocamento que aponta para as séries de esvaziamento das redes”.

L: Eu... **Eu, tipo assim, eu fico pensativo. Eu sei que tem toda a questão, mas querendo ou não, tem algumas coisas enraizadas.** Eu nunca tive essa situação em si, então nunca parei pra pensar. Eu nunca parei pra pensar nessa pergunta.

Pesquisador: Então pensa agora. O que taria em jogo?

L: **Um ano atrás, não. Vamos botar assim. Um ano atrás, não.** Até é curioso, eu comecei a seguir um menino ultimamente, ele é blogueirinho na internet, e ele fala que vive com hiv e etcetera, então tipo traz mais informação. **Então eu acho que era falta de informação. Então, hoje em dia, eu considero transar já, entendeu? Querendo ou não, tem muita coisa enraizada e tem muito fator da pessoa não tá tratando o hiv e tu transar com ela, então tem isso, mas acho que eu fico mais pensativo assim. [...] Pra mim, mesmo assim, ser indetectável acaba tu tipo... Mas mesmo assim, pode contaminar. E daí eu só entro na questão, acho que vai muito da confiança na pessoa. Porque tem que ver se eu posso falar isso, né, então tipo... E ver se realmente tá tratando certinho, né? Aí tem muito essa questão “Tá, toma a medicação realmente?”**

Como se vê, os enunciados da indetectabilidade acima retomam a memória biomédica acerca da tríade PVHIV, fármaco e risco: de viremia, dos blips, das falhas e das resistências, processos que, embora intracorporais e biológicos, remetem, em maior ou menor grau, à conduta do sujeito, sob o mote de uma adesão que combina com o discurso do cuidado (“tá tratando certinho?”) e de uma “medicina de vigilância” (Amstrong, 1995) que espraia pelo corpo social e avança sobre seu comportamento (“toma a medicação realmente?”). Assim, na fachada, a intransmissibilidade da parceria indetectável é comprometida na forma de “riscos biológicos”, mas aqui não abdica de outras injunções, como da constituição de uma relação de confiança a ser estabelecida com ela, a fim de outorgar tais efeitos securitários à vida privada. Confiança, nesse sentido, que se aproxima, mas excede a segurança<sup>157</sup>, pois se sobrepõe às evidências científicas em relações sorodiferentes que ainda reclamam uma transparência acerca do diagnóstico, que pode ser acompanhada de outras atitudes que visam ao desmanche da suspeição e da periculosidade acoplada à PVHIV, como através da insistência no uso do preservativo ou da apresentação de exames que comprovem sua indetectabilidade, expostas anteriormente, que apesar de serem recebidas com estranhamento e incredulidade por alguns usuários de PrEP, para outros ainda são elementos que

---

<sup>157</sup> Noto essa zona cinzenta também em relação à PrEP: ao passo que, no decorrer de minha pesquisa, os usuários manifestaram *segurança* com o uso do fármaco, os participantes do estudo de Zirbel (2021), também realizado com gays cis de Florianópolis, expressaram uma relação que diz, em especial, sobre *confiança*, conferida, evidentemente, à relação com o fármaco (“Eu confio na PrEP” é um enunciado-chave à sua análise), mas também confiança na “ciência”, em fontes qualificadas (como sites e portais), em profissionais de saúde, na equipe do ambulatório, etc, que circundam o tratamento com a profilaxia, esboçando um “dispositivo da confiança”.

dizem sobre a sinceridade, o cuidado e a construção desse elo de confiança com a parceria soropositiva:

A. (30 anos, 1 ano em PrEP): Foi provavelmente o meu melhor relacionamento, de namorado, que eu já tive, com o que era positivo. **Porque era tanta abertura, sinceridade, confiança, que era mútuo, sabe? Era recíproco, sabe? Era um cuidado nosso, da gente ficar, entendeu? Porque, por exemplo, ele poderia muito bem não ter falado nada** [sobre sua sorologia], **ter dado um mês, dois, o tempo que eu tava lá** [em Nova Iorque], **ido embora e tipo, ok, “Não preciso te falar”**.

Pesquisador: Hoje tu entende que seria uma decisão legítima ele não falar?

A.: Não, eu acho que é... Eu acho que é... **Eu me senti muito mais confiante com ele me contando do que se ele tivesse, tipo... Não ter falado.**

A despeito disso, o efeito de salvaguarda da PrEP imprime, na experiência de gays cis, uma individualização da prevenção que, como já sugerido, pode iniciar e terminar na agência securitária do fármaco, prescindindo do enfoque sobre o outro e, por conseguinte, sobre suas condutas<sup>158</sup>. Ambiguidade da profilaxia que, ao mesmo tempo em que traz o hiv ao discurso e ao uso do prazer, através de perguntas como “Toma PrEP?”, constrói-se como eficaz o bastante para que não se toque no assunto. É sobre essa polivalência tática do fármaco que falava L., um pouco antes do trecho anterior, quando o questioneei sobre como ele costumava agir diante de um “Não, não tomo”. Ele responde: **“Aí vai, porque eu tomo. Vai, porque eu tomo”**. Lanço então a questão se esse mesmo modo de apreender a agência do fármaco não pode ser estendido às PVHIV, afinal, já que a PrEP oferece proteção às relações com soronegativos ou parceiros com sorologia desconhecida, por que seus efeitos seriam outros, limitados e precários, na relação com indetectáveis? Ele pondera: “É, também. Pode ser”. Diferenciações agências do fármaco, portanto, quando consideramos o limite entre os soropositivos e os – presumidamente – soronegativos neste dispositivo.

Em todo o caso, a intransmissibilidade é descrita por gays cis sob uso a PrEP de maneira semelhante à da PVHIV, em termos de um “caminho”, uma “construção”,

---

<sup>158</sup> Importa marcar, contudo, que embora a PrEP funcione, conforme tenho argumentado, como um dispositivo de segurança, esse é reelaborado e extravasado, há sempre algo a mais, que é da ordem de uma relação, da experiência do usuário com o fármaco. Sentir-se “seguro” o bastante para não envolver o outro na negociação da prevenção pode assim sugerir, em um certo sentido, o efeito securitário da PrEP, mas existe uma experimentação de si, no uso do prazer e dos afetos, que ocorre em simultâneo, que não está dada e que o sujeito não reproduz, como um títere, pela ingestão desse “Panóptico ingerível” (Preciado, 2018 [2008]).

um processo “individual” dependente de algum grau de informação, embora ela sozinha não seja determinante dos modos com que os corpos-tecnologias se implicam entre si e conferem inteligibilidade a esses encontros. No grupo focal que conduzi com usuários da profilaxia, interroguei-os sobre o papel da TARV e da PrEP na negociação do sexo casual. Enquanto uns empregam o paralelismo securitário entre os ARVs para normalizar os contatos com soropositivos, para outros essa ainda é uma conversa difícil de conduzir, capaz até mesmo de “quebrar o clima”:

Pesquisador: A conduta de vocês se a pessoa fala que tá indetec ou se tá em PrEP é a mesma? Se tá a fim de transar sem [preservativo]?

B. (34 anos, 6 anos em PrEP): **Pra mim, sim. Mas daí é uma questão individual, né?**

D. (37 anos, 1 ano em PrEP): **De boas. Como eu falei, tanto quanto PrEP, é a mesma segurança.**

J. (37 anos, 2 anos em PrEP): Pra mim... Já me deparei com essa situação mais de uma vez, mas pra mim sempre vem num momento meio difícil de lidar, eu tento não transparecer nada, porque pra mim realmente a pessoa não pode ser definida por isso e... **Mas sempre vem como uma confissão, né? Parece que deu uma coragem e ela: “Preciso te contar uma coisa”, sabe? Pensando que eu vou ter uma reação ruim. E parece uma confissão de algo muito terrível, assim, que ela fez.**

S. (33 anos, 1 ano em PrEP): Eu normalmente uso preservativo, raro na verdade transar sem preservativo, mas... **Normalmente eu pergunto também na conversa e tal se a pessoa faz PrEP e tal. Eu me considero uma pessoa que não tem preconceito, mas a gente sabe que essas construções às vezes são um caminho, né?** Mas já aconteceu de eu defrontar com uma pessoa que era soropositivo indetectável, só que ela me contou justamente nesse rompante, assim... Eu lembro até hoje, eu tava trabalhando, tava numa correria, tinha um prazo pra terminar, tava correndo e a pessoa me mandou uma mensagem falando isso. **Tomei um susto, aí quebrou o clima. A gente já tinha saído algumas vezes, mas aí quebrou o clima. Mas geralmente eu não tenho esse problema, essa questão, porque eu uso o preservativo, mas já aconteceu.**

Em se tratando da PVHIV, ainda que ela não expresse dúvidas acerca de sua intransmissibilidade e que, junto à disseminação da PrEP, ela produza efeitos – reconhecidos sem muita dificuldade entre meus interlocutores – de normalização do desuso do preservativo, nesse cenário repaginado de sexo seguro entre gays cis, a agência da TARV pode seguir aplacada pelo dispositivo biomédico e por uma lógica subjacente de “uso correto”. No diálogo abaixo, em que C. discorre sobre a utilização do preservativo e suas consequências à intimidade, à ideia de um sexo orgânico e sem amarras, aproveito para provocá-lo acerca das repercussões de outras tecnologias preventivas no sexo, como aquelas baseadas em ARVs:

C. (42 anos, 13 anos em TARV): É, é... Mas acaba acontecendo, né? Acaba acontecendo, por inúmeros motivos. Mas dá pra escolher transar com preservativo, o fato é que é muito melhor sem, é mais prático, o preservativo é uma barreira de contato. Vamos lembrar que o sexo é fricção, daí tem uma barreira nessa fricção. A gente se convenceu de que o preservativo é bom. Se convenceu. Foi uma construção. Mas, na comparação... É isso que é lasqueira, né? Tanto isso é verdade que os estudos foram caminhando pra possibilitar isso, não tô falando que a ciência vai caminhando pra isso, mas enfim, o sexo é muito presente na vida das pessoas e ele acaba que, às vezes... Ele é orgânico, né, e o preservativo sai desse lugar.

Pesquisador: O comprimido que eu tomo e o que tu toma também não são orgânicos.

C.: Mas ele não tá ali inserido, não tá inserido no sexo. Não tá no meio do sexo.

Pesquisador: Não como uma barreira física, como tu descreve.

C.: Isso, isso. E no momento do sexo ele não precisa se fazer presente. O preservativo, sim. **Não precisa tomar o medicamento pra fazer sexo.**

Pesquisador: **Mas tu toma todos os dias e eu também e esse é um dos desfechos em que a gente obtém alguma vantagem desses medicamentos.**

C.: **É, você... Que toma PrEP. Desculpe, eu tô pré-julgando que você toma PrEP. No meu caso, não. No meu caso, é para o hiv não se desenvolver, não tomo o meu medicamento pra transar.**

Pesquisador: Não é um dos benefícios que tu tem com o tratamento e com a indetectabilidade?

C.: Ah, sim, acabou sendo. Mas vamos considerar que faz 14 anos que eu faço tratamento. **Isso é nos últimos cinco.**

Pesquisador: Acha que isso ainda não impactou a forma como tu significa o tratamento?

C.: Acho que sim, quem sabe agora, conversando contigo, fazendo essa reflexão, faz muito tempo que eu não paro pra conversar sobre isso, **quem sabe sim, a PrEP impactou... Eu acho...**

Ainda que se engaje no sexo sem preservativo e constitua esse emaranhado humano e não-humano composto por tecnologias biomédicas, hiv e corpos gays cis em interação cruzada e intermitente em Florianópolis, C. hesita em se reconhecer nele, insistindo na finalidade estritamente terapêutica da TARV, “para o hiv não se desenvolver”. Quando o espremo sobre eventuais benefícios mútuos dos ARVs ao uso do prazer, medicamentos que, segundo ele, não se intrometem “no meio do sexo”, na forma de materialidades incômodas e bem delimitadas, C. ainda assim empreende um “corte agencial” (Barad, 2017 [2011]), entre os corpos-tecnologias que falam: ele-TARV, eu-PrEP. Ao final, concorda, claudicante, com a agência de apenas um deles: a PrEP. Assim, nos limites em que atuam os ARVs, alguns seriam utilizados para transar (a PrEP) e outros solicitados à manutenção das vidas soropositivas (a TARV). Não pretendo recusar, com isso, que com a TARV possam

ser produzidos uma série de efeitos agenciais, e sim que a “polivalência tática das coisas” (Camozzato, 2022; Butturi Junior, 2022b) é continuamente ativada para a constituição de lugares estratégicos no dispositivo da aids: aqui prolongamento da vida, lá produção do prazer; aqui tratamento, lá prevenção. São processos sempre diferenciais que tento descrever, mas que nessas narrativas demandam um controle sobre agências e efeitos (a um só tempo materiais e discursivos, naturais e culturais, científicos e sociais), entre elementos humanos e não-humanos que, ao cabo, constroem a emergência de outras formas de ser sujeito, de produzir saúde, corpo, vida e prazer com o fármaco.

Da conversa com C., em agosto de 2023, seleciono também o seguinte:

Eu percebo que, de uns anos pra cá, é muito raro a pessoa pedir preservativo. Muito raro, muito raro, assim. Daí eu volto a falar, a frequência [de relações sexuais] não é tão grande, mas eu posso dizer que nem 10% das pessoas. **Esse ano eu não usei preservativo. Porque ninguém quis** (C., 42 anos, 13 anos em TARV).

Se, da parte dos usuários da PrEP, as mudanças em seu comportamento sexual, a ser inferidas sobretudo por variações no uso do preservativo, envolvem cautela e protecionismo, uma vez que poderiam intensificar uma promiscuidade que ainda assombra o tratamento com o fármaco, aos usuários de TARV a percepção de que o método de barreira desaparece do uso do prazer de gays cis relaciona-se diretamente à difusão da profilaxia, como entende G. (36 anos, 10 anos em TARV): “Eu acho que quase ninguém mais usa preservativo hoje por causa da PrEP”. Em dezembro de 2023, entrevisto E. (39 anos, 12 anos em TARV), parceiro de C., com quem mantém uma relação aberta. “Eu acho que, realmente, essa questão da PrEP aí é meio que **quase um liberou geral**, sabe? Tá muito próximo disso”, avalia e prossegue, aventando sobre o aumento de ISTs com a profilaxia. “Eu queria saber, e deve ter, ou se não tem deve tá rolando, qual é a estatística da sífilis, da gonorreia e de outras doenças, depois da PrEP”. Pergunto se ele acredita que os casos aumentaram. “Pode ter aumentado, entendeu? Porque assim, quando não se tinha a PrEP, as pessoas que tinham **medo do hiv** elas se obrigavam a usar preservativo...”. Aqui, novamente, o medo como um recurso pedagógico à homossexualidade e elemento central à direção de si no que diz respeito ao uso das tecnologias preventivas, mas também a emergência discursiva de um riscado que separa C., G. e E. dos usuários da PrEP. Desse modo, interessa sugerir que o apagamento do indetectável na cena gay cis contemporânea, condensado na

pergunta “Toma PrEP?”, pode produzir, reversamente, uma desidentificação dos usuários da TARV com esse movimento, marcado pelo abandono do preservativo. Assim, apesar de condutas que se simetizam no que se refere à prevenção e de sua conjugação no uso do prazer, os comportamentos promíscuos e epidemiologicamente preocupantes podem pesar agora sobre o “outro”.

Nesse sentido, quando, em um outro momento de nossa conversa, E. reintroduz essa problemática ao considerar a agência inócua da PrEP sobre outras ISTs (aqui, a sífilis), sugiro a moralização em sua fala, e ele me lembra dessa cisão fundamental que cresce entre nós e que os fármacos em questão, não obstante seus efeitos securitários cruzados, tanto sobre a prevenção de soronegativos, como sobre a transmissibilidade da PVHIV, são incapazes de desfazer. É contra uma presença ainda vista como mácula e descuido e, de outra parte, contra uma concepção de limpeza, decorrente de uma ausência a ser mantida e ostentada, por meio da PrEP, que ele busca reagir, forçando gargalhadas:

E (39 anos, 12 anos em TARV): E aí a pessoa fala bem assim, “Ah, eu tomo PrEP”. E a sífilis?

Pesquisador: Mas não é a mesma coisa que você falar “Ah, eu tomo terapia antirretroviral”, e eu te disser: “E a sífilis?”? Tu não acha que há uma certa moralização aí também? Porque a gente tá numa situação meio parecida, da mesma forma que sim, a PrEP não protege contra sífilis, nem a terapia antirretroviral protege contra sífilis...

E: Não, nenhuma protege. Mas o que eu quero dizer é o seguinte... É o que me parece... **Quando a pessoa chega e fala “Eu tomo PrEP”, parece que ela fala “Eu não tenho hiv porque eu me cuido”, entendeu? É isso que me parece. E daí eu penso “Ha-ha-ha, querido”.** Porque você pode ter qualquer outra doença aí, e é pior às vezes, porque tem coisas que pode nem ter tratamento.

Ao mesmo tempo, o dispositivo de segurança constituído em torno da PrEP, composto pelo monitoramento clínico e laboratorial de outras ISTs e de exames que avaliam os efeitos do fármaco sobre algumas funções corporais, quando minimamente conhecido pela PVHIV, pode corresponder a uma espécie de *déjà-vu*, uma vez que espelha, neste aspecto, práticas já familiares de sua terapêutica e que costumam ser inteligidas sob a ótica da atenção à saúde e do cuidado de si, como mostro logo mais. Daí que, aos usuários de TARV, são posições que se assemelham e conferem uma segurança à parceria soronegativa, também identificada neles próprios, assim como esboçam uma zona de atenção sobre aqueles que não utilizam nenhuma dessas tecnologias biomédicas:

1) **Pra se ter um alívio pro soropositivo, é melhor tu tá numa relação ou ter uma relação sexual conhecendo a tua condição e fazendo tratamento, sem camisinha, que seja, do que uma pessoa, que em tese não tem, e não sabe, e não usa PrEP [...]** (H., 39 anos, 11 anos em TARV).

2) Porque eu relaciono assim: bom, a PrEP serve só pro hiv, sim. Entretanto, eu sei que se a pessoa faz uso da PrEP ela tem que, com uma certa constância, fazer seus exames. **Então eu interpreto uma pessoa que usa PrEP no mesmo sentido que uma pessoa que convive com hiv. Ela vai ter os exames em dia.** Pode acontecer alguma coisa nesses três, quatro meses? Pode, mas comparando com uma pessoa que nunca se testa, que não faz uso da PrEP, e que talvez faz só o uso do preservativo... **Então eu me sinto mais seguro em transar sem camisinha com alguém que faz uso da PrEP ou convive com hiv do que com alguém que não faz nada disso e usa preservativo** (M., 32 anos, 5 anos em TARV).

Olhando às hermenêuticas farmacológicas dos usuários de TARV um pouco além da indetectabilidade, como já identificado por outros autores (Valle, 2010; Butturi Junior, 2016, 2019, 2024), nelas o diagnóstico e o tratamento com o fármaco apontam para o início de uma jornada de cuidado, são porta de entrada para um “sistema” em que o hiv funciona como uma “lembrança” ou um “alerta” de que se deve olhar para si, seja através de uma série de exames e imunizações que compõem a terapêutica, seja por meio da adoção de um “estilo de vida” que, de alguma forma, contrabalanceie a infecção e turbine o funcionamento imunológico, redundando em efeitos amplos sobre a saúde, como deixam ver os excertos abaixo:

1) E eu acabei optando por uma forma mais... Não é algo mais importante da minha vida, mas é uma das características, não sei se é a palavra certa, mas um dos setores da minha vida que **eu tenho que cuidar, né? Que tá ali na parte de saúde, de bem-estar, qualidade... É uma lembrança de que eu devo me cuidar. A minha saúde reflete muito no estilo de vida que eu levo. E a imunidade tá muito atrelada ao estilo de vida que a pessoa leva também** (C., 42 anos, 13 anos em TARV).

2) Porque meus exames tão sempre bons, indetectável, porque é uma coisa muito louca, **o hiv, o que que ele faz... Ele faz com que tu tenha exames de rotina, sobre tudo.** Que de repente se eu não tivesse nada eu não faria. Colesterol, hemograma, DST, glicose, daí como meus exames são sempre bons... **Porque daí também o hiv serviu como um alerta, porque eu já tava no processo de me cuidar, e daí eu disse “Não, tu tem que sempre se cuidar pra ter uma vida normal”.** Uma coisa liga na outra pra ter uma qualidade de vida boa [...] E sem falsa modéstia aqui, hoje em dia se eu pudesse abrir a minha condição pra sociedade, pra algumas pessoas, eu acho que eu faria um bom serviço porque **eu sou um bom exemplo. Me trato bem, tenho uma vida saudável, sou bem-sucedido, nada me impede.** O hiv não me impede em nada. Mas enfim. Por isso que eu nunca abria [o diagnóstico], mas eu tinha dentro de mim: “Eu não estou prejudicando ninguém porque eu sei que eu sou intransmissível” (H., 39 anos, 11 anos em TARV).

3) E poder fazer essa virada de chave assim pra um... **“Ok, eu tô entrando num sistema que eu vou me cuidar mais. Eu vou tá mais assistido, eu vou cuidar mais da minha saúde, eu vou conseguir observar mais o que tá acontecendo com meu corpo”**. Então isso me deu uma calma muito grande (M., 32 anos, 5 anos em TARV).

Nesse sentido, frequentemente as narrativas acerca do “viver com” parecem funcionar em torno de um “imperativo de valoração”, em que a PVHIV busca posicionar sua experiência entre o “bom” e o “ruim”, varrendo ambiguidades. Em uma reunião do GAPA cujo tema era o envelhecimento, essa polarização se apresentou de modo bastante nítido pois rachou o grupo em dois: enquanto uns afirmavam que o hiv impactou positivamente suas vidas, outros não aceitavam ou não viam benefício na condição, classificando-a inclusive como “imundícia”. Quem considerava, de algum modo, o hiv como algo “bom” procurou fazê-lo com base em repercussões advindas da adesão ao tratamento e em referência ao dispositivo biomédico (se testa mais, “se cuida” mais), encontrando no diagnóstico um “incentivo para viver”, algo que mobiliza para a vida, para a saúde e “afasta a depressão”.

De todo modo, dado o aparecimento da TARV como um composto farmacológico que trata, mas não cura (seguida, neste século, pela PrEP, que previne, mas não imuniza), que, desde sua cronicidade, prolonga, otimiza e administra a vida, embrenhando-se “na fronteira entre a ‘poluição’ a combater e o corpo ‘saudável’” (Butturi Junior, 2019), as hermenêuticas de si aqui expostas reivindicam uma disciplina que transcende a adesão ao tratamento, uma vez que se deve reiterá-la pelo ultrapassamento, estendendo o trabalho sobre si a outras rotinas corporais<sup>159</sup>, como através da alimentação, do exercício físico e do controle no uso de substâncias, que, no limite, constroem no soropositivo a autopercepção de um “bom exemplo”. Modelo de prática corporal baseada na ascese biomédica que, já em Perlongher (1987a), distanciava os “bem-comportados” dos “malcomportados” e que permanece embutida na terapêutica do hiv/aids. “Porque meu médico sempre fala assim: ‘Tu foi, não querendo te desejar isso, mas **foi uma pessoa certa pra ter**

---

<sup>159</sup> Estabelecimento de um governo de si que pode respingar nas parcerias, sinalizando um governo dos outros, expresso, a seguir, por G. (36 anos, 10 anos em TARV): **“Eu fico apavorado porque quando eu vejo tão lá os dois [parceiros] tomando remédio, remédio, remédio**. Eu não tomo remédio pra mais nada, João. Nada. Assim, muito raramente, um Dorflex, se tiver uma dor de cabeça estourando, sabe. Ou se eu tiver morrendo de alguma outra coisa, senão eu detesto remédio”.

**essa doença, essa condição. É porque tu é muito metódico”**, me conta H.<sup>160</sup>. Entre soronegativos, a impressão do que é, afinal, viver com hiv também vai além de engolir alguns comprimidos, e a TARV, lá onde a noção de tratamento ainda pressupõe a cura, faz cócegas a um vírus que se une a outros agentes infecciosos em sua insubordinação:

1) Eu já passei por outras tantas situações, que eu tava tão vulnerável, que eu podia ter contraído [hiv] e não tinha capacidade de entender, tipo, de saber o que que era. Entendeu? Sem saber no sentido de... **Que eu teria que tomar um medicamento todo dia, que teria as células C4 [CD4] [...]** Não ia ter esse pensamento, sabe, que eu ia chegar no médico e **“Olha, A., agora você tem que todo dia tomar de manhã ou de tarde, um horário, todo dia, tal remédio, se alimentar...”** e não sei o que mais (A., 30 anos, 1 ano em PrEP).

2) **Essa segurança contra o hiv eu tenho de fato, mas tem as outras doenças. Mas tu fica mais tranquilo porque tem tratamento, sabe?** Mas, ao mesmo tempo, o que eu vejo, **olhando biologicamente, quando tem mais infecções, mais questões pode ter essa evolução do vírus, etcetera, né?** (L., 26 anos, 1 ano em PrEP).

Vimos que, mesmo em se tratando da PrEP, no entanto, a agência não está dada, e a polivalência tática dos ARVs se manifesta em diversas ocasiões, como em resposta aos enunciados acerca da promiscuidade de seus usuários, memória *whore* remanescente da década passada, a ser purificada. É neste momento que comumente se perfilam os enunciados de um cuidado de si farmacológico, em que as marcadas “putas do Truvada” de ontem, que subverteriam o uso legítimo do fármaco para transar no pelo, convertem-se, através de uma dobra à saúde e à segurança (de si e de uma coletividade acoçada pelo hiv/aids), nas “santas” de agora (Ferreira, 2023), espécies basilares de uma prevenção que se alimenta dos

---

<sup>160</sup> Tomemos “pessoa certa” e “bom exemplo” como uma idealidade de usuário de TARV, que nos enunciados de H. e de seu médico suplantam a adesão, espriam à vida como um todo e reivindicam uma atitude que demonstre comprometimento, “método” e constância no tempo. Observo que H. frequentou as melhores escolas de Florianópolis, é servidor público do judiciário, possui apartamento e carro próprios, pratica esportes todos os dias, dividindo-se entre a academia e as quadras de tênis, as ciclovias e as calçadas da Avenida Beira-mar Norte. “Alimentação, dentro do possível, saudável. Eu fumo maconha? Fumo, mas não fumo todo dia, um cigarro de vez em quando, mas eu tenho um estilo de vida que não faz que eu tenha esse tipo de coisa”. “Esse tipo de coisa” são efeitos colaterais do fármaco, uma vez que, segundo ele, “Queira ou não, uma das coisas que talvez me ajuda a não ter muitos efeitos é meu estilo de vida”. Para além do engajamento nessas práticas, que acompanho diariamente em suas redes sociais, noto sua cooptação a uma estratégia pessoal de convencimento, uma problemática acerca do diagnóstico que, por meio delas, H. busca sanitizar e depurar, o que, no limite, não acontece completamente, uma vez que a hesitação permanece, e o “bom serviço” continua uma possibilidade incerta (“se eu pudesse abrir minha condição pra sociedade, eu faria um bom serviço...”).

vértices com o campo das moralidades e da religião<sup>161</sup>. Em perfis auto pornográficos de gays cis no antigo *Twitter*, por exemplo, não é difícil encontrar a alternância entre vídeos que exploram a lógica de um *raw sex* (Dean, 2015; Butturi Junior, 2023) – sem preservativo, exaustivamente f(r)iccional e com gozadas internas que fazem espumar – e imagens de usuários exibindo a PrEP, seja condicionada em frascos, logo após sua retirada em farmácias, seja na forma de pílulas-passaportes à bioascese, elevadas ao primeiro plano entre os dedos. Sob o mote de um cuidado bioquímico exemplar, responsável e inspirador, as beatas de hoje vestem calcinhas, *jockstraps* e fantasias de *cheerleaders* a fim de promover um sexo *bare* e “orgânico”, cujo conteúdo completo pode ser acessado mediante um punhado de reais ou dólares com a assinatura de suas contas no *OnlyFans* ou no *Privacy*, conforme retomarei adiante, ao tratar do *barebacking*.

Sendo assim, no plano visual, a relação com os fármacos pode assumir um certo virtuosismo, uma vez que eles funcionam como dispositivos centrais de um regime de disciplina corporal que os sacraliza, discursiva e imagetivamente, como epítetos de saúde e de cuidado de si em fotografias e *boomerangs* acompanhados de músicas que instigam ânimo e superação nas redes sociais. Não obstante, para muitos, representam uma materialidade a ser vigiada e escondida; aparições fantasmáticas, com contornos de comprimidos, do hiv/aids (mas também um convite ao seu esquecimento, como entende H., abaixo) e, portanto, alvos de zelo no momento de sua dispensação, em viagens com amigos ou parceiros e em casa,

---

<sup>161</sup> Penso aqui na etimologia recuperada por Agamben (2014 [2005]), em que *religio* (religião) deriva de *relegere*, uma releitura das formas que, em sua tarefa sem pausa, deve respeitar, nas “coisas” (aqui, dispositivos), a distância entre as esferas do sagrado e do profano e seus limites. Essa agência com as “coisas” – ou “sobre” as coisas, uma vez que o autor não admite uma agência não-humana (ver Fausto, 2020) – envolve a constituição de um uso “correto”, “legítimo”, enfim, “sagrado”, que atua como uma interdição a outros usos e, com isso, à eclosão de outras possibilidades de ser sujeito. É essa cisão, definidora da religião, que ameaça ser transgredida – profanada, nos termos de Agamben (2007 [2005]) – quando das intra-ações com o fármaco há a assunção de tecnoprizes mais ou menos residuais, desvirtuação que, como sugeria Perlongher (1987a, p.82) em referência ao poder médico, há muito é difícil de ser tolerada neste dispositivo: “A aversão médica pelo desejo se estende às drogas: só são ministradas ao paciente enquanto o médico não suspeitar que aquele possa encontrar nelas algum desfrute”. Cisão que pode ser lida nos enunciados de C. sobre um fármaco usado para transar e outro que não, que traz consigo um controle dos efeitos da TARV sobre o uso do prazer, que poderia, afinal, dada a intransmissibilidade que a acompanha, abrandar a necessidade do preservativo enquanto recurso preventivo, sobre a qual R. (32 anos, 6 anos em TARV) comenta: **“Acho que tem muito receio de ir pra esse lado [...]**. Em nenhum momento ouvi da boca de um médico, eu consultando, não... Tipo eles falarem ‘Olha, você não transmite, fique tranquilo’. Não, jamais. Jamais”. Conforme já exposto em relação à PrEP, no discurso de profissionais de saúde é flagrante a tentativa de circunscrevê-la a um “uso legítimo”, isto é, combinado ao preservativo, o que reclama uma vigilância sobre outros efeitos, alardeados como deletérios e perigosos.

diante de mães bisbilhoteiras. Ademais, uma relação que diz sobre um processo de internalização com o não-humano, doravante entrelaçada às “fibras moles do cérebro” (Foucault, 2006 [1973]), ao tempo cronológico e a eventos diários da vida de seus usuários, como às refeições ou ao intervalo que antecede o sono:

1) [...] tipo, a **TARV me faz eu totalmente esquecer que eu tenho hiv. Eu só não esqueço do remédio.** Esse é o meu método. O meu método é assim: **essa é a minha vitamina pra viver, é meu suco Gummi.** Tomo aquilo ali, e não preciso me preocupar [...]. Eu já penso, por mim, que pelo amor de deus. **O tratamento, pra mim, o remédio, é a coisa mais importante da minha vida.** Importante no sentido assim, se eu vou viajar, se eu vou sair, é a primeira coisa que eu penso. **Esqueço a carteira, esqueço o celular, não esqueço o remédio.** Ele tem que tá comigo, onde eu vou, porque eu tenho que tomar. Eu não tenho mais aquela cerimônia, não toca o alarme, **já tá dentro da minha cabeça, eu sei que chega entre onze e meia-noite eu tenho que tomar o remédio** (H., 39 anos, 11 anos em TARV).

2) Pra mim, **é sagrado antes de dormir.** Eu não consigo... Às vezes, tô deitado na cama “Ah, tenho que tomar o remédio”, sabe. **Não posso dormir antes de tomar o remédio** (B., 34 anos, 6 anos em PrEP).

Importa notar, a despeito das aproximações e regularidades possíveis entre os usuários de um e outro fármaco, os efeitos diferenciais engendrados pela TARV: se é o “medo do hiv” que deslinda um portal terapêutico em direção à PrEP e que, ao cabo, promove uma segurança bastante repetida por seus usuários, para a PVHIV é a própria vida que está no horizonte, o seu fortalecimento e um interesse na permanência de si. Daí que, no discurso de H., o fármaco faz as vezes de “vitamina” – termo que, entre gays cis, refere-se também ao sêmen com conteúdo virótico – e de “suco Gummi”, bebida mágica que confere superpoderes aos “Gummi Bears”, desenho animado da Disney exibido na segunda metade da década de 1980. As receitas caseiras que tentam reproduzir a fórmula da poção, responsável pelo desenvolvimento de habilidades extraordinárias e saltitantes em ursinhos e humanos, envolvem uma dose de bebidas destiladas, geralmente vodca, e uma contraparte doce, obtida por meio de sucos de frutas, refrigerantes e balas, que camuflam sua concentração alcoólica. É um sabor agridoce que se cria e que, nessa figuração da linguagem que tento dizer, mistura sólidos e fluidos, ingestões e exalações, metáforas e metonímias às dualidades do *phármakon*: remédio e veneno, como viu Derrida. Na alquimia com os corpos soropositivos, harmonizam memória e esquecimento, pureza e resíduo, “morango” e “notas de TARV”, disponíveis à degustação:

G. (36 anos, 10 anos em TARV): Não sei se tu já ouviu falar, se já te relataram alguma coisa do tipo: **“alteração do sabor seminal”**.

Pesquisador: Não.

G.: Não? Altera também.

Pesquisador: Como assim?

G.: **O gosto do remédio vai todo pra lá, entendeu? Uhum.**

N. (31 anos, 4 anos em PrEP): É, o do G., por exemplo, **tem gosto de morango.**

G.: [risos] **Não, tem gosto de remédio**<sup>162</sup>.

Y. (29 anos, 1 ano em PrEP): Eu não sinto não.

L.: Eu não sinto também não. Não sinto.

Y.: Mas também não sei como era antes, né.

G.: **Com notas de TARV.**

L.: Sommelier de porra.

Pesquisador: É incomodativo, então?

G.: Nesse sentido sim. **Porque daí tu vai lá, dá na boquinha, e de repente a pessoa tá tomando uma carga de TARV, sei lá. Às vezes eu penso sobre isso.**

Y.: Se fosse isso a gente teria os sintomas que você teve no início, sabe, os efeitos colaterais.

L.: **Tô tomando TARV aqui todo dia. Na boquinha.**

Daí que os usuários, seja da TARV, seja da PrEP, podem resistir a alterações que ameacem essa relação, consideravelmente já constituída, em que o fármaco se encontra de tal modo abrigado à corporeidade e “automatizado” na rotina que uma eventual modificação poderia colocá-la à prova, quando não também em risco (à segurança e à saúde), defrontando o sujeito com o desconhecido, o insólito e o perigoso. Essa inclinação à preservação, que manifesta uma resistência em mudar, indica a normalização da agência do fármaco com o sujeito e o interesse de conservar os efeitos dessa implicação mútua, que se acomodam no tempo e no cotidiano, viram “hábito” e, com isso, ora compõem as narrativas de uma “vida normal”. Inclusive para G. (36 anos, 10 anos em TARV), que enuncia uma série de colateralidades sofríveis, essa tendência à manutenção de uma experiência que se supõe conhecida e, em alguma medida, sob controle, pode falar mais alto: “Trocar

---

<sup>162</sup> Não posso me furtar de indicar o interesse antigo pela identificação de um biomarcador do fármaco no sêmen: ainda na década de 1980, a pesquisa de Henry *et al.* (1988) investigou qual dose diária de AZT seria necessária para que o sêmen de pacientes com hiv apresentasse níveis considerados virostáticos – capazes de combater a multiplicação viral – em exames *in vitro*, com o propósito de dificultar essa via de infecção. Ainda que não mais a respeito da prevenção, uma metafísica do resíduo é aqui abordada sob outro prisma.

de remédio é foda, né? Eu espero nunca precisar trocar de remédio”<sup>163</sup>. Poderíamos aventar, oportunamente, o quanto dessa negação, no caso da PVHIV, não encontra vestígio nos ambulatórios, pela inculcação de consequências imprevistas e arriscadas que decorreriam dessas mudanças, porém, nas hermenêuticas de si de meus interlocutores, a resistência se dá sobretudo em nome de outra coisa, de uma ideia de tratamento e de ser sujeito com ele que, inclusive, repetidamente entra em colisão com o discurso biomédico, uma vez que direciona uma desconfiança generalizada às novas evidências científicas e inovações terapêuticas que perigam estressar a organização dos enredamentos entre sujeito, hiv e fármaco em curso neste dispositivo:

1) Eu já tô tão inserido nesse esquema, onze anos... Meu médico propôs trocar de esquema, e eu disse assim **“Não, é tão confortável pra mim...”**. **A questão da adesão, eu tô tão aderido nisso aí que mudar isso agora, pra sei lá o que acontecer? [...] Eu não quero, eu quero a minha vida normal** (H., 39 anos, 11 anos em TARV).

2) E agora eu coloco na primeira pessoa: **eu automatizei a TARV**. Todos os dias eu chego, tomo, almoço. Eu sei que eu coloquei na minha rotina do meio-dia porque eu vou almoçar todos os dias. Eu tomo no meio-dia, sempre [...] Eu já automatizei, de tal forma que às vezes eu esqueço se eu tomei. Pergunto “[nome do parceiro], tu viu eu tomando?”. Não, tomei, mas eu não lembro. **Será que essa injeção a pessoa vai lembrar de fazer um ano depois? Não é pela eficácia, não é pela segurança...** (M., 32 anos, 5 anos em TARV).

3) Como eu participo há muitos anos... Eu participei de todas as pesquisas provavelmente que o pessoal que faz o estudo [PrEP Brasil], e eu sempre colocava que eu não tinha interesse em fazer a adoção de uso injetável, entendeu, que eu gostava da ideia... **Como eu falei assim, por essa questão de segurança, eu sei que eu tomei meu remédio, entendeu? Eu sei que eu fiz o uso certo, etcetera e tal, entendeu? Então eu tinha esse preconceito meu, né, vamos dizer assim, em relação ao uso injetável** (B., 34 anos, 6 anos em PrEP).

4) D. (37 anos, 1 ano em PrEP): Às vezes a gente fica uma semana sem transar, acontece... E ainda assim **é uma mão fazer o por demanda, eu tenho essa impressão que...Que eu vou perder aquele hábito que eu já tinha, sabe.**

B. (34 anos, 6 anos em PrEP): **Eu tenho a impressão que eu vou perder a imunidade**. Eu sinto que eu tô fortalecendo aqui, **e se eu paro de tomar sinto que eu tô desprotegendo, se entrar o vírus não vai ter os anticorpos lá pra matar ele. Eu não gosto, por isso que eu sou neurótico, eu tenho que tomar todos os dias.**

---

<sup>163</sup> Cálculo dos riscos que, ainda que consoante com o discurso médico, parece traduzir uma resistência frente à ameaça de dissolução de uma historicidade da matéria, da experiência e da vida construídas na intra-ação com o fármaco.

Gostaria de encerrar esta seção com um breve comentário a respeito do estigma, palavra que me encontrou em vários momentos do desenvolvimento desta pesquisa e que atravessa décadas de uso em referência ao hiv/aids, resistindo à sua cronificação na virada do milênio e estabelecendo-se como um dos principais elementos que definiram a “aids de antes” e que assombram a “aids de agora” (Cunha, 2011, 2012). Ainda no final da década de 1980, Sontag (1989, p.20) vaticinava: “[...] o câncer perdeu parte de seu estigma devido ao surgimento de uma doença cuja capacidade de estigmatizar, de gerar identidades deterioradas, é muito maior”. A persistência do estigma como memória e prática de exceção insere assim um ruído a uma historiografia da infecção que divulga conquistas, inovações e descobertas: não obstante o surgimento de uma terapêutica eficaz, o controle da replicação viral, o recuo, ainda que parcial, de uma visualidade mortífera e degradante, os ganhos em longevidade e as evidências da intransmissibilidade, ele é da ordem do que permanece, “a despeito de”. “O estigma de doença mortal também tá caindo. Tipo, as pessoas não morrem mais à toa por causa do hiv. Só se não tratar”, observa G. durante nossa conversa. Geralmente justifica, por parte do sujeito, a ocultação ou a negação sobre o seu diagnóstico, assim como interdições e exclusões que, desde fora, ainda dispõem as vidas com hiv de lado, como aquelas que valem menos, que estão em desvantagem e são passíveis de sanção. “Eu acho que tem pessoas que não querem entender, sabe? Acho que estigmatiza a coisa mesmo, você é inferior porque você é aquilo, entendeu?”, reflete R. (32 anos, 6 anos em TARV).

No início deste capítulo, H. recorreu a ele para fundamentar os 11 anos de silêncio sobre seu diagnóstico em relações com diferentes parceiros. Já no grupo focal que conduzi com usuários de PrEP, o estigma foi convocado para inteligir as assimetrias na distribuição da periculosidade entre esses e os usuários de TARV: “Acho que isso é um pouco de desinformação”, avaliou primeiramente B. (34 anos, 6 anos em PrEP). “É o estigma”, sugeriu F. (36 anos, 1 ano em PrEP). B. logo concordou: “É o estigma, é o estigma”. Foi também ele que se dissipou quando, pela tela do computador, C. (42 anos, 13 anos em TARV) percebeu que o hiv/aids não estava grafado na testa ou nas maçãs do rosto de seu internauta compassivo. Assim, se o estigma associado ao hiv/aids já foi algo predominantemente do campo do visível, dos atributos físicos desonrosos e humilhantes que acompanharam as primeiras décadas da infecção e a agência dos ARVs pioneiros, hoje é sobretudo

algo que se sabe e, portanto, que se pode, em alguma medida, evitar, contornar ou manipular.

Alguns, como M. (32 anos, 5 anos em TARV), o pressentem e, em algumas situações, fazem dele um filtro: “Teve um momento que, no *Grindr*, eu botava ‘Positivo, indetectável’. Então, pra mim, isso já era um filtro, com essa opção”. R., por sua vez, pondera: “Eu acho que se eu colocar no meu perfil do *Grindr* #indetectável muitos caras indetectáveis poderiam vir falar comigo... Alguns nem falaria que são indetectáveis, mas eu acho que eu deixaria de transar com muitas pessoas”. O estigma sustenta, desse modo, o distanciamento físico – mesmo quando as cópias virais passam despercebidas pelos exames laboratoriais e, portanto, não há risco de transmissão, o hiv ainda assinala corporeidades conspurcadas, a se esquivar.

Aparece, vez ou outra, alternado a termos como “preconceito”, “tabu”, “discriminação” ou “sorofobia”. “Eu acho que é por conta desse tabu, sabe? De a pessoa não... Tem medo, tem vergonha, do que o outro vai pensar...”, entende E. (39 anos, 11 anos em TARV) a respeito das PVHIV que se dizem em PrEP. Neste caso, driblar o estigma nem sempre traz conforto: como manifestou M. a seu parceiro, “a pessoa vai se sentir mal em mentir que faz uso da PrEP”. Agonística que se repete no GAPA e que submete há cinco anos uma das mulheres que frequentam os grupos de apoio a, em suas palavras, “viver na boca do lobo”: entre a angústia de esconder que vive com hiv do marido e o estigma que, acredita eloquentemente, desabaria sobre ela caso contasse. De tão licencioso, estende-se também aos fármacos, daí a urgência em escondê-los em sacolas e bolsas tão logo se despedem dos armários das farmácias, atitudes que, para outra mulher que acompanha o compartilhamento dessas estratégias ilusionistas em uma tarde na ONG, acabariam justamente por corroborar o estigma... Oscilaria, na opinião de outro participante, de sessenta anos, de acordo com um recorte geracional: enquanto que, para as faixas etárias acima de 40 ou 50 anos, “hiv” e “aids” ainda seriam sinônimos, as gerações mais jovens receberiam o diagnóstico com mais informação e, portanto, menos estigma. “Eu, quando descobri, já liguei pro [nome do irmão], desesperado. ‘Eu vou morrer, eu vou ficar magro...’”, relembra, no entanto, R., sobre o dia em que recebeu o diagnóstico, em 2017, então com 26 anos.

O estigma, enfim, é tanto um modelo explicativo direcionado ao que já aconteceu, episódios que marcaram as vidas soropositivas pelo desabono, pela

especulação e pelo preterimento, como também uma possibilidade em latência, regulada pelo aparecimento do hiv. Ubiquidade e contingência: parece estar em todo lugar e em lugar algum, assim como o vírus. Traz um cheiro de último século a uma plethora de mudanças e, com isso, contraria uma temporalidade que, se caminhasse em linha reta, nela o estigma só poderia sobreviver anacronicamente. Pesquisa realizada em 2019 estimou que 64,1% das PVHA no país já sofreram alguma forma de discriminação ou estigma<sup>164</sup>. Para C. (42 anos, 13 anos em TARV), que já cruzou com ele no passado, sua conduta, hoje, baseia-se justamente em recusar saber e, com isso, evitar “pagar o preço” desse encontro:

C: Foi uma mudança, assim, em catorze anos... Foi bastante coisa que mudou, tipo... De uma sentença de morte e muito estigma...

Pesquisador: Hoje tu acha que existe estigma?

C.: Eu me coloquei num lugar muito de proteção, eu não pago mais pra ver. Não bato no peito falando “Ah, porque sou”. Tem alguns amigos meus que fazem e estão expostos a isso, né? E, nessa fase, eu não tô, não sei... Não tô disposto a pagar o preço pra saber.

### 3.3 “EU SOU UM BAREBACKER”: UMA CONVERSA COM @BABYSIFILIS<sup>165</sup>

Em 2019, o perfil de @babysifilis (31 anos, 2 anos em PrEP) se sobressaía no *Grindr*, não apenas pelo nome de usuário inusitado, mas também por um imperativo que informava logo abaixo, em sua bio: só rolava no pelo. “nao era exigencia, mas eu fazia um denço pra conseguir gozar dentro”, corrige ele, quatro anos depois, apesar de minha memória vívida e da lembrança de meu julgamento na ocasião: “melhor não”. “traumatizou tadinho. calma, respire ta? ja passou tantos anos e ainda nao superou?”, debocha quando compartilho minha apreensão à época. Naquele momento, de PrEP incipiente e gays com medo, @babysifilis, que ainda nem era usuário da profilaxia (uma jornada pela soronegatividade explicada até então como “sorte”: “tive sorte mesmo, pq eu podia ter pego hiv antes”), brincava com o risco da transmissão do hiv e, ao mesmo tempo, com a anomia do novo fármaco sobre outras ISTs. “alguns comentavam sim, mas na epoca eu achava q estava no caminho certo”, relembra sobre a repercussão do personagem. De certo modo,

---

<sup>164</sup> Trata-se do estudo *Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil*, disponível em: [https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Exec\\_Sum\\_ARTE\\_2\\_web.pdf](https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Exec_Sum_ARTE_2_web.pdf). Um novo levantamento do Stigma Index entre a população brasileira está previsto para o ano de 2024.

<sup>165</sup> A entrevista com @babysifilis foi a única desta tese que se deu virtualmente. Convidei-o para um café em um domingo de sol, em outubro de 2023, mas ele recusou: “depois vc me manda um form q eu respondo”. Seguimos na troca de mensagens pelo *WhatsApp*.

@babysifilis antecipava a emergência da infecção bacteriana como uma das principais preocupações entre usuários de TARV e de PrEP, experiências sobre as quais o hiv pode ter tido sua agência virulenta limitada, mas que ainda segue objeto da profusão discursiva e dos agenciamentos mais que humanos que abordei até aqui.

As provocações de @babysifilis, no entanto, não paravam aí, uma vez que seu perfil direcionava a uma conta no *Instagram*, onde, com o mesmo @, divulgava ilustrações autorais (no que consigo recordar, sequências de espiroquetas coloridos e bactérias simpáticas, uma “babyficação” da *Treponema pallidum* jamais vista). Infelizmente, ele não quis facilitar minha vida e enviar seus desenhos, sofreu ataques de *trolls* na internet e desativou a página há um tempo (além disso, afirma estar “numa fase da vida bem mais abstrata para além de ists”), porém rascunhou uma espécie de mapa do tesouro de suas colagens urbanas, obrigando-me a pedalar pelo sul da ilha em busca de intervenções sífilíticas em postes de luz e placas de sinalização de trânsito. Encontrei uma delas a cerca de 20 metros de onde morava: dois adesivos que, juntos, compõem uma barra vertical e um outro que a corta horizontalmente, em um ângulo de 90°, formando uma cruz (Figura 7, a seguir). “acho um simbolo facil de fixar na cabeça das pessoas ocidentais”, justifica. Havia outros: “Teve bonequinho, teve cruz, teve tipo um cavalinho. Teve ate suastica nazista. Eu so ia colando um do lado do outro e usando o adesivo como linha pra montar outras imagens”, comenta sobre a técnica. Vida e morte, início e fim, nascimento e extermínio: conjugações ambivalentes que o devir-@babysifilis não se preocupou em disfarçar.

Figura 7 – Colagem de @babysifilis em Florianópolis



Fonte: o autor (2023)

Responsável pelo primeiro surto epidêmico atribuído a uma infecção sexualmente transmissível – por muito tempo, “doença venérea” – da história, na virada para o século XVI, a sífilis inaugura uma série de maneiras de compreender e de metaforizar a doença. Primeiramente, relaciona-se ao imaginário do estrangeiro e do inimigo, como uma moléstia que vem de um outro lugar e que, quando penetra no interior das fronteiras nacionais, concerne a um outro grupo social, destacado entre a população em geral com base em um risco sobressalente, neste caso, relacionado a comportamentos sexuais considerados condenáveis, imorais e pecaminosos. Suas designações no decorrer dos séculos apontam para tentativas repetidas de circunscrição da enfermidade a uma geografia precisa e a um berço exótico: mal-napolitano, mal-francês, mal-germânico, mal-turco, mal-português, mal-gálico (ou

simplesmente “gálico”, denominação bastante comum no Brasil até o final do século XIX) e assim por diante<sup>166</sup> (Carrara, 1996, 2004). A explicação mais popular para sua origem antecipa as metáforas militares e da doença como uma invasão, que segundo Sontag (1989) ganharam destaque justamente com a sífilis em campanhas durante a Primeira Guerra Mundial: em sua despedida das Américas, a tripulação de Cristóvão Colombo teria transportado a bactéria das Antilhas à Europa<sup>167</sup>.

Já no campo da saúde, a sífilis é conhecida como a “grande imitadora” ou a “grande dissimulada” devido a um desenvolvimento que pode ser acompanhado visualmente através de brotações e desaparecimentos, como pelas feridas que eclodem e retraem-se mesmo sem tratamento durante as fases primária e secundária, assim como por sua capacidade de mimetizar outras patologias, embaçando o diagnóstico clínico. Nesse sentido, ainda que por motivos distintos, assemelha-se à aids que, desde sua construção como síndrome, avoca um compêndio de “infecções oportunistas” em sua conceituação. Essas correspondências, que atuam em rede e em intra-ação, despertam para um funcionamento não apenas metafórico, como já pontuado por Sontag (1984 [1978], 1989), mas também metonímico, em que as fronteiras de uma determinada infecção dificilmente se encerram nela mesma, uma vez que a biomedicina, ao mesmo tempo que se ocupa de sua formalização particular, agora coloca-a lado a lado e em relação com outras, na forma de “coinfecções”. Daí a observação, também muito disseminada entre leigos, de que algumas moléstias atuam como uma espécie de mensageiras, soprando diagnósticos adicionais a partir de si. No caso do hiv/aids, podem ser desde sintomas bastante inespecíficos (como febre, gânglios linfáticos salientes, cansaço, perda de peso e uma infinidade de outros estados e alterações corporais que encaixam muito bem na dita “síndrome retroviral aguda”), até mesmo

---

<sup>166</sup> Mais recentemente, a propósito do “novo coronavírus”, essa mesma estratégia de associação de um mal emergente a uma localidade particular foi explorada por líderes de extrema-direita mundiais, como Trump e Bolsonaro, que sugeriram, enquanto incumbentes, que o “vírus chinês” havia sido fabricado em laboratório como parte de uma guerra biológica cujo objetivo final seria a consolidação de uma “nova ordem mundial”. Algumas décadas antes, foi a vez do hiv ser caracterizado como “uma conspiração imperialista para destruir o Terceiro Mundo” (Treichler, 1997).

<sup>167</sup> A origem da sífilis segue controversa, porém a “hipótese colombiana” vem perdendo força. Nas últimas décadas, ossadas encontradas em diferentes partes do mundo, como na Europa e na África, indicam a circulação de bactérias treponêmicas em períodos anteriores às invasões de Colombo. A mais recente dessas descobertas ocorreu no sítio arqueológico Jabuticabeira 2, em Jaguaruna (SC), a cerca de 170 km de Florianópolis, em esqueletos com mais de dois mil anos (Majander *et al.*, 2024).

outras infecções, das mais banais e prevalentes na população, como a herpes<sup>168</sup>, à tuberculose ou mesmo à sífilis, como deixa ver E., abaixo:

Eu tinha uns 22 anos quando eu peguei sífilis. **E aquilo pra mim era um aviso. Eu já sabia. Era um risco, eu aceitei aquele risco e tudo bem.** O tempo passou e daí eu peguei pela segunda vez e tudo bem, era um outro risco. E quando eu tava com 27... 27, 28 anos mais ou menos [contraiu o hiv] (E., 39 anos, 12 anos em TARV).

Alguns fatores relacionados parecem contribuir a essa metonimização fervescente em torno do hiv/aids: a sua concepção clínica como síndrome, que se relaciona à intangibilidade do vírus e também de sua ação no organismo (ausência de manifestações propriamente exclusivas da infecção), a “epidemia de significação” (Treichler, 1987) que acompanha sua emergência e, finalmente, sua ubiquidade, particularmente sobre alguns grupos, como o de gays cis. Daí essa cadeia significativa abundante na qual circularam associações metonímicas que apresentei até aqui: entre o hiv/aids (ou, na introdução desta tese, a mpox) e as sexualidades dissidentes; entre a corporeidade (o peso, a distribuição de gordura, o rosto) e a infecção; entre a homossexualidade e a PrEP (uma forma alternativa de “sair do armário”); entre a materialidade do fármaco (TARV e PrEP) e o hiv durante a dispensação da medicação nas farmácias ou diante de visitas curiosas; entre a presença ou ausência do preservativo e o *status* sorológico, etc. São limites que se borram e engrossam, elementos que funcionam e agem com, suscitando saltos interpretativos a partir de si.

De volta à sífilis, a descoberta acidental da penicilina, no final da década de 1920, pelo médico inglês Alexander Fleming, que pesquisava um tratamento para as feridas dos soldados da Primeira Guerra Mundial, provocadas por armas de fogo e infectadas por bactérias, responsáveis pela amputação de membros e pela morte por sepse, e seu emprego, a partir da década de 1940, sobre a infecção (Mahoney; Arnald, 1943), finalmente introduziu uma terapêutica eficaz à moléstia, até aquele

---

<sup>168</sup> Para além do disfarce dessas infecções entre si, há ainda o amálgama entre o hiv e a homossexualidade, que abre um caminho para que algumas dessas associações venham à tona. Vivi uma situação desse tipo em 2020, quando relatei à médica do posto de saúde do bairro em que morava, em Florianópolis, episódios de herpes de repetição. Primeiro, a profissional aventou outra IST (“pode ser cancro mole”), por mais que eu tenha compartilhado meu histórico de quase uma década de diagnóstico clínico e laboratorial de herpes e de tratamento, inclusive profilático, resolutivo com antiviral oral desde então. Queria, no entanto, “ver as lesões”. Em outra consulta, quando manifestava os sintomas e retomei a questão, perguntou minha sorologia e questionou a atualidade de meus testes, uma vez que esses episódios repetidos seriam “bem comuns” entre aqueles que vivem com hiv.

momento composta por mercúrio, guaiaco (planta nativa da América Central) e formulações à base de arsênio e bismuto (Carrara, 1996; Silva; Filgueiras, 2024). Essas diferentes substâncias, em geral, visavam à excreção do então chamado “vírus sífilítico”, estimulando a salivação, diarreias, sudorese e outros processos corporais que representariam o caminho de cura da infecção, o qual deveria se desenvolver a olhos vistos, na forma de uma expurgação. É também um microclima de poluição associado à enfermidade que se tentava dissolver, por meio de inalações, vapores, fumigações e banhos em águas minerais.

Um tratamento com altas taxas de curabilidade foi uma das motivações para o nascimento de @babysifilis: “eu tinha pego sífilis tratei e o tratamento foi memorável e eu quis eternizar brincando com o nome. assim como tem baby mario, baby frango, baby shark. baby sífilis”. Diante de tantas outras infecções sexualmente transmissíveis, pergunto por que a sífilis, e não “baby hpv”, por exemplo. “acho que a sífilis é a mais bam bam bam”, avalia. E continua: “nao sei como ja aconteceu pra vc, mas pra mim ja apareceu cada ferida de sífilis na cabeça do pau... de assustar. crateras. as outras [ISTs] sao menos ofensivas”.

Algumas outras razões parecem contribuir à proeminência da sífilis entre meus interlocutores. A primeira delas, bastante óbvia, está relacionada ao hiv, uma vez que para PVHIV indetectáveis, assim como para usuários de PrEP, a possibilidade de transmissão/infecção se encontra zerada/reduzida. Resta assim um leque de outras ISTs à espreita, sobre as quais nem a TARV, nem a PrEP, mostraram-se resolutivas. A sífilis se destaca, dentre esse grupo, pelo seu alastramento veloz (e, ao mesmo tempo, pelo progresso lento, em fases, semelhante ao hiv/aids<sup>169</sup>): é a única IST, para além do hiv/aids, cuja dinâmica epidemiológica costuma ser dimensionada por especialistas como uma “epidemia”. Um relatório da OMS divulgado em 2024 identificou, de 2020 a 2022, um aumento de 30% no número de casos entre pessoas de 15 a 49 anos nas Américas (WHO, 2024). No Brasil, a taxa de detecção cresceu quase nove vezes entre 2011 e 2021. Ainda que esses números não indiquem necessariamente uma ascensão real das ocorrências, já que também podem ser explicados pela expansão da testagem, o fato é que o diagnóstico de sífilis se multiplicou e, com ele, a percepção de que a infecção está

---

<sup>169</sup> Relatos de suas primeiras manifestações epidêmicas na Europa, no entanto, dão conta de uma infecção muito mais rápida em sua evolução e virulência do que nos quadros atuais.

circulando mais entre nós, rondando os contatos sexuais e deflagrando “surto” locais: **“Eu acho que teve vários surtos. Não teve só um, teve vários.** Eu acho que, lá atrás, foi um dos primeiros, eu acho que eu peguei. Eu não peguei uma vez, eu peguei várias vezes. Eu peguei acho que umas duas vezes. Duas, três vezes eu peguei”, retoma E. (39 anos, 12 anos em TARV). Para @babysifilis (31 anos, 2 anos em PrEP), que relata pelo menos um episódio por ano (e adiciona: “inclusive eu devo estar com sífilis agora. faz umas semanas começou a se formar uma região que parece que vai virar ferida”), totalizando cerca de oito desde o primeiro, em 2017, **“a sífilis tá sempre em alta aqui em floripa”**.

A despeito de outras indicações terapêuticas, a prescrição de penicilina benzatina ainda é muito identificada com o tratamento da infecção. Como quase sempre ela é diagnosticada por um profissional, e o tratamento é realizada por outro – ou outros, no caso de sífilis tardia (com mais de um ano de evolução), latente (assintomática) com duração ignorada e terciária, as quais envolvem reforços pelas semanas subsequentes –, o paciente se vê às voltas com um papel que, embora não contenha o CID da doença, ainda assim carrega traços de uma licenciosidade sexual, considerando ainda que sua forma adquirida (transmitida durante o sexo) corresponde à maioria das notificações no país. É, no entanto, por meio de injeções intramusculares lancinantes, bastante difundidas por quem já as experimentou, que a sífilis de hoje retoma a memória iconográfica dos séculos passados, composta por semblantes contorcidos e corpos incapazes de disfarçar o sofrimento. “Daí a gente ria, **‘Ó, chegou o miss Benzetacil aqui’**, sabe? **Lá vem, todo torto**, já sei o que tá acontecendo. Daí a gente acaba rindo, porque **a gente acabou normalizando entre a gente**”, comenta E. (39 anos, 12 anos em TARV) sobre os efeitos do tratamento entre seu grupo de amigos que, devido à sua recorrência, são descritos nos termos de uma normalização.

A forma de administração e a densidade da solução com penicilina benzatina, um líquido viscoso que, através da agulha, “entra rasgando” as fibras musculares, são as principais explicações para um tratamento reconhecido pela dor e que se confunde com castigo para os sífilíticos. Quem já foi submetido a mais de um sabe, no entanto, que a habilidade do aplicador, tanto na escolha do local, como na diluição do composto em água estéril, faz a diferença. Se pouca diluída ou aplicada rapidamente, os cristais presentes na solução bloqueiam a vazão da agulha, demandando uma picada adicional. Anestésicos como a lidocaína podem ser

utilizados para diminuir as fisgadas durante a inoculação e para aliviar o período pós-aplicação, mas isso depende do conhecimento e da boa vontade do profissional de saúde, para quem o sofrimento do paciente pode não ser exatamente uma questão<sup>170</sup>. Nesse sentido, ainda que o uso de anestésico seja prática algo disseminada entre alguns prescritores (no país, necessariamente médicos), o Ministério da Saúde nada diz sobre o assunto em seu PCDT (Brasil, 2022e). Em 2023, a prefeitura de Campinas (SP) publicou um protocolo pioneiro em que recomenda a aplicação da Benzetacil acompanhada de 0,5ml de cloridrato de lidocaína a todas as pessoas diagnosticadas com sífilis. A medida foi justificada como uma forma de melhorar a aderência ao tratamento, uma vez que muitos o abandonavam pelo temor da injeção, conforme detalhou a chefe de setor do Centro Municipal de Referência em IST, HIV/Aids e Hepatites Virais do município ao G1: “A Benzetacil é a melhor escolha para o tratamento de sífilis, mas ela tem um **estigma de ser uma injeção dolorosa. Muitos pacientes deixam de fazer o tratamento com o medo da medicação**” (*apud* Castro, 2023).

Como já antecipado, a sífilis, através de suas erupções e “crateras”, sobretudo se na região genital, incorpora uma hesitação ao sexo sem preservativo entre meus entrevistados. A. (30 anos, 1 ano em PrEP), que prefere perguntas mais genéricas, como “Tá tudo bem?”, em vez de “Toma PrEP?” para negociar o uso da camisinha com suas parcerias, aciona justamente esses indícios visuais como parâmetro quando pergunto como ele garante que “está tudo bem” sendo que várias ISTs são assintomáticas ou não podem ser detectadas durante a chamada “janela imunológica”: **“Pela visão até, pelo que eu olho, eu falo que tá tudo bem porque visivelmente alguma coisa não aconteceu. ‘Tá tudo bem’, entendeu?”**. Nesse sentido, a observação de “sinais” e “manchas” no corpo do outro pode interferir tanto no emprego do preservativo, como na continuidade daquela interação sexual:

---

<sup>170</sup> Embora corresponda à IST de maior prevalência entre a população brasileira em várias leituras epidemiológicas nos últimos anos, a sífilis é uma infecção negligenciada, não apenas por sua sintomatologia enganadora, que induz o infectado a acreditar que está curado, mas também pela incompreensão de profissionais de saúde acerca da infecção, de seus estágios e, por conseguinte, do tratamento. É comum, por exemplo, que à sífilis recente sejam prescritas injeções por duas ou três semanas, embora o MS recomende dose única para esses casos. Médicos podem justificar tal escolha por um uso “off label” ou com base em protocolos de décadas passadas, mas aqui a desatenção às atualizações e à terapêutica dizem especialmente sobre o embaraço e a indiferença das práticas de saúde diante de algumas infecções, sobretudo as sexualmente transmissíveis, tipicamente ligadas ao “outro”, à sua forma de fazer sexo, orientação sexual, classe social, etc.

Às vezes eu vou transar com a pessoa e **eu vejo alguma coisa, algum sinal diferente no corpo dela. Sinal que eu falo, ah, uma mancha... Eu falo: “Acho que é melhor por o preservativo”. Ou: “É melhor parar... Minha mãe tá me chamando, eu preciso ir”** [risos]. Se eu puder fugir, eu fujo, assim (E., 39 anos, 12 anos em TARV).

Ao mesmo tempo, quando diagnosticada em si próprios, a infecção sinaliza para um período de abstinência sexual, até o alcance da intransmissibilidade ou a regressão das feridas, assim como, para C., incita a retomada temporária do uso do preservativo, reflexo dessa “pedagogia da picada”:

Quando eu tô com alguma coisa, ou quando eu vejo que eu não tô bem... Sei lá, **nesse período, por exemplo, já teve mais de uma vez que eu peguei sífilis e não transo, né? E depois disso fica um período transando só de preservativo porque, né, a dor da picada não é coisa que...** [risos] (C., 42 anos, 13 anos em TARV).

Mesmo após a remissão total dos cancrs, a sífilis preserva com o organismo uma memória, na maioria dos casos pelo resto da vida, uma vez que os testes empregados em seu diagnóstico duplicam a marca que se manifesta no exterior do corpo. De epidérmica a molecular, a *Treponema pallidum* deixa um registro de sua passagem pelo sistema imunológico, anticorpos que produzem uma “cicatriz sorológica” que continua confundindo os infectados, até mesmo @babysifilis, este sífilólogo amador: “vc nao se cura de sífilis pq sempre fica a cicatriz”. Corrijo-o, uma vez que a cicatriz pode desaparecer ou não indicar uma infecção ativa, mas @babysifilis escorrega para seu personagem e para uma relação que não pode ser encerrada por um histórico de exames VDRL: “bom, eu sei que sou amiguissimo da sífilis”. Havia ainda, para ele, uma terceira marca, comercial, que planejava explorar com seus desenhos. Deixo a pergunta que ele direcionou a mim: “vc nao compraria um casaco com a logo babysifilis ao inves de bawclothing?”.

Ao se referir ao desprezo pelo preservativo que até então marcou suas práticas sexuais e o contato com soropositivos, é sobretudo através de @babysifilis que o *barebacking* é reivindicado entre meus interlocutores. Adentro nesse assunto com uma breve digressão. No capítulo anterior, destaquei a funcionalidade da carga viral, sobretudo em países da Europa e nos Estados Unidos, à escolha das parcerias sexuais entre gays cis, precipitação empírica de uma relação com a transmissibilidade que alguns anos mais tarde seria considerada digna de apreciação científica e mensurada por grandes ensaios clínicos, produzindo as evidências inequívocas de que I=I. Apesar do potencial de diminuição de novos casos de hiv, a prática, contudo, foi inicialmente desaconselhada pelos órgãos de

saúde, tanto porque se acreditava que ela poderia fabricar surtos de outras ISTs, como pela crença em uma “superinfecção” entre soropositivos (Clatts; Goldsamt; Yi, 2005). Na genealogia de I=I, encontramos, assim, tanto um trabalho de seleção do discurso epidemiológico como uma excedência, tendo em vista que ele é incorporado, por esse grupo, a interesses particulares, ignorados pela epidemiologia e pela medicina, como aqueles em torno do prazer, do afeto e do cuidado, culminando na invenção de uma noção própria de “sexo seguro”, como vislumbrado por Escoffier (1999).

Race (2010), que recorda a “reação inflamatória” ao que então era designado como “barebacking” no final da década de 1990, nota que, cerca de uma década depois, autoridades de saúde de São Francisco recomendam a escolha de parceiros com base na mesma sorologia como uma estratégia de prevenção legítima, nomeando-a como “serosorting”. Ou seja, o que antes era considerado uma “prática de risco” e uma ameaça à saúde pública, recebe agora uma “designação científica” que confere respeitabilidade e segurança ao outrora perigoso “barebacking”:

O que é interessante é que, embora o *barebacking* e o *serosorting* se sobreponham claramente e possam, na verdade, referir-se à mesma prática, proclamam posições bastante diferentes no campo da moralidade sexual, revelando como o discurso do risco é filtrado através de categorias morais mais tradicionais (Race, 2010, p.150, tradução minha).

Essa “amarga ironia”, conforme qualifica Race, escancara o fato de que aquilo que pode ou não ser reconhecido como *barebacking* não é determinado por fronteiras naturais, pela biologia, por condições unicamente materiais ou por imposições simplistas de realidade e factibilidade; em vez disso, aponta à formação de uma topologia em que elementos heterogêneos – os corpos, os vírus e as bactérias, o sexo, o fármaco, o prazer, as vulnerabilidades, as liberdades, a prevenção, o risco – são distribuídos, adicionados a outros, recombinações entre si e concludados a induzir determinados efeitos em intra-ações específicas entre gays cis. Assim como não convém procurar uma “essência” no *barebacking*, diferenciá-lo com base em apenas um dos elementos que podem estar implicados a esses emaranhados – por exemplo, a PrEP, como faz Preciado (2020 [2015]) – ofusca o caráter inventivo que está associado à prática. Nesse sentido, parafraseando Butler (2015 [1990]), em sua análise a respeito da replicação de construtos heterossexuais na sexualidade gay, poderíamos observar que o “barebacking farmacológico contemporâneo” é para o “barebacking dos anos 1990” não o que uma cópia é para

o original, mas sim o que uma cópia é para outra cópia. No lugar de descaracterizar a originalidade de uma prática ou segmentá-la em dois conjuntos de experiências bastante distintos, a incorporação dessa tecnologia biomédica diz mais sobre a capacidade intrínseca de articulação entre o orgânico e o inorgânico, a natureza e a cultura, o humano e não-humano nessa produção, provisória e situada, de uma *topologia barebacker*.

Dean (2015, p.224, tradução minha) assume de imediato o problema ao afirmar que o *raw sex* – “sexo cru”, uma denominação mais recente, popular na América do Norte para designar um “*barebacking* sem estigma”, segundo o autor – não existe, uma vez que “[...] não pode haver experiência sexual que permaneça não-mediada por concepções sociais sobre o que o sexo é ou deveria ser”. “Raw” ou “bare” designariam, portanto, nada mais que poderosas “fantasias” que traduzem um anseio por contatos não-mediados, verdadeiramente íntimos e à flor da pele. Daí a rejeição costumeira ao preservativo, como expressou anteriormente C. e como entende M., a seguir, quando o questiono sobre o que exatamente o excita no pornô “*bareback*”, um indexador que afirma utilizar na busca por vídeos online<sup>171</sup>:

Eu acho que é a **imaginação da sensação**. Por mais que existam preservativos que colocam como uma sensação de tá sem, eu acho que é mais **a sensação de não tá usando a camisinha, de não tá usando o preservativo. A sensação pro passivo, ou pra quem tá sendo ativo, enfim, no sexo, o sentir, o gozar dentro, que é uma coisa que me excita. Eu acho que fica muito mais no teu imaginário de “O que eu sentiria se eu tivesse naquele lugar?”**. De me colocar naquela posição, tanto como passivo, tanto como ativo, naquele sexo. Então eu vejo que a minha busca por esse tipo de conteúdo é muito nesse sentido, assim. **Como é que eu me sentiria estando ali, naquele corpo?** (M., 32 anos, 5 anos em TARV).

Se acompanhamos Dean (2015, p.234, tradução minha) quando ele sugere que “Se as drogas interromperem a fantasia em vez de a facilitarem, serão rejeitadas tão prontamente como os preservativos”, uma mirada rápida sobre a PrEP deixa nítido que não é o caso, uma vez que sua materialização diferencial não apenas é incapaz de bloquear a “imaginação” e a “sensação” reivindicadas por M. como as estimula de novas formas. Fora do pornô, em que, inclusive, a sorologia e o emprego de métodos de barreira bioquímica, TARV ou PrEP, nem sempre são elucidados ao espectador (a despeito da menção recorrente ao uso da segunda

---

<sup>171</sup> Ainda que pontue, dada a incorporação do sexo sem preservativo ao *mainstream*: “Por mais que não se precise mais... Eu percebi que não se precisa mais colocar essa palavra-chave pra encontrar um vídeo *bareback*”.

entre os cada dia mais numerosos “produtores de conteúdo”<sup>172</sup>), a impressão do que tem mudado no sexo, em termos de prazer e fetiche, remete a esse “topos” no qual efeitos de *barebacking* costumeiramente despontam, como observa L. (26 anos, 1 ano em PrEP): **“Leitada. Leitada.** Esse é o exemplo que eu mais vejo, o restante eu acho que a pessoa fazia tudo igual, eu acho que é o fato da leitada mesmo. E tem um fato também eu acho... **Da submissão, sabe, da dominação**”. Nesse sentido, ainda que frustrate a infecção, a PrEP não interdita ou esvazia essa topologia uma vez que não é o “risco real” o definidor das condições de emergência do *barebacking*. Reduzido ou mesmo impossível, é ainda uma prática perigosa e promíscua que vem à tona, ora associada a outros riscos:

**Meu fetiche sempre foi a questão do sexo sem camisinha, então, tipo assim, é o que eu acho mais excitante, é o que eu acho mais legal... É usar esse tipo de terminologia assim bem do sexo... Dirty sex, né, vamos dizer assim, de gozar dentro,** mas vamos dizer que é uma questão de comportamento, acho que vai de cada um. **Pra mim não mudou, o que muda é o risco inferiorizado, é o medo minimizado de pegar hiv, entendeu? Mas outras coisas tão por aí, a gente sabe que tem o risco, etcetera** (B., 34 anos, 6 anos em PrEP).

Trago à baila um outro exemplo, extraído de um perfil no antigo *Twitter*, em que um internauta (que traz o termo “*bareback*” em seu nome de usuário), junto à publicação de um vídeo de sexo amador, em fevereiro de 2024, escreve o seguinte: “Caralho vocês são muito safados não posso postar nada de vitamina que vocês ficam loucos né seus putos? Vocês curtem mesmo esse tipo de conteúdo? #bare #bareback #vitamina”. O *tweet* termina com uma sequência de *emojis*: radiação (adepto do sexo sem preservativo), escorpião (pessoa que vive com hiv e que busca infectar outras) e as populares três gotas (preferência por ejaculação interna). Dos comentários, recorto um pequeno diálogo com um seguidor, que inicia com a pergunta: “mas vc não toma prep?”. “Sim tomo faz 4 anos”. “então não faz sentido pedir vitaminado ué, vc não vai ser”. “O fato de eu usar PREP não me impede de gostar de vitamina e deixar qualquer um gozar dentro”, respondeu.

Noto, aqui, que por parte do seguidor, a não factibilidade entre o que é solicitado e aquilo pode ser realmente obtido por meio desse contato entre corpos compromete o enredo costurado entre imagem, som e texto. O internauta que

---

<sup>172</sup> Essa profissionalização do sexo amador por meio da plataformização remunerada de conteúdos é uma crescente entre gays cis e, para @babysifilis, uma das responsáveis pela obsolescência do preservativo: “acho que os pornos da vida e essa explosão de ‘Produtores de conteúdo adulto’ ajudou bastante nessa visão sem capa”.

publicou o vídeo, por sua vez, não demonstra identificar nisso qualquer contradição, uma vez que tal objeção à vitamina não o “impede” de atrair para si um perigo incutido na prática de “deixar qualquer um gozar dentro”. Seus comentários, à primeira vista delirantes ou simplesmente imbecis, sugerem, na verdade, uma habilidade em perceber que o que está em jogo não é literalidade do que se diz ou a autenticidade do que se quer representar, mas um esforço de fabulação que busca introduzir efeitos de verdade sobre o *barebacking* por meio de *performances de risco* (neste caso, na e sobre a cena que se desenrola em um vídeo de poucos segundos). Assim, mais que condições fixas e permanentes relacionadas à sorologia, ao fármaco ou mesmo ao preservativo (como argumento a seguir), é a intra-ação entre diferentes elementos que, em uma determinada situação, podem desrealizar ou não a fantasia *barebacker* que se insinua.

É claro que, em se tratando do preservativo, a “introdução do látex nas intimidades das paixões” (Perlongher, 1991), especialmente a partir da epidemia de hiv/aids, foi possivelmente o principal acontecimento que regulou a aparição do *barebacking* no último século. Quando empregado, o dispositivo rompe a ficção de um sexo “natural” e “orgânico”, tão reivindicada pela prática. Se ignorado, favorece que o hiv, assim como outras ISTs, tornem-se uma questão “visível”. Paul Morris, diretor da *Treasure Island Media*, uma produtora de vídeos pornôis gay baseada em São Francisco, explorou ao máximo a estratégia de pautar o hiv pela ausência do preservativo. Em seu polêmico *Viral Loads* (“Cargas/gozadas virais”), de 2014, o jovem Blue, “disposto” e “faminto”, conforme a descrição do filme, é penetrado por vários parceiros durante horas e inseminado com mais de 200 gozadas. “A maioria [dos doadores] é *poz* [HIV positivo], outros são negativos. Quem se importa? Não Blue, isso é certo”. Diante do desconforto manifestado por seu entrevistador, em matéria para a *Vice*, Morris observa:

O número de homens que me escreveram pedindo para serem recipientes de galões de sêmen é virtualmente incontável. **Estas não são fantasias incidentais de um pequeno grupo de pessoas atípicas. Isso fala ao cerne da imaginação sexual da maioria dos homens *queer*. Não foi feito para você. Não há razão para você ver isso.** Para você, isso seria visto como uma façanha irracional. Mas para o mundo hétero, muito do que compreende a cultura e a vida *queer* é incompreensível. Lamentavelmente, o mesmo ainda pode ser dito de muitos dos membros mais velhos do mundo gay. Anos atrás, afirmei que todos os homens gays são soropositivos. Ou seja, todo homem gay vivo hoje é definido tanto pela narrativa da carga viral quanto por qualquer homofobia externa. **Se você se pergunta o significado de um pote cheio de doses de *poz* sendo despejado na bunda de um jovem gay feliz, inteligente e mais-do-que-disposto, o significado principal é que não há razão ou desculpa para continuar a viver com medo de um vírus** (Morris *apud* McCasker, 2014, tradução minha).

Neste trecho, Morris expõe o caráter incompreensível dessas fantasias ao seu interlocutor, à heterossexualidade em geral e mesmo a alguns componentes, “mais velhos”, do “mundo gay”. Elas, no entanto, de acordo com ele, estariam filiadas a uma “imaginação sexual” presente entre “a maioria de homens *queer*”. A saída encontrada por Dean (2009, 2015), a fim de “desindividualizar” tais fantasias e distribuí-las socialmente, foi remetê-las a uma “subcultura”, com a qual poderíamos dialogar sem a necessidade de nos identificarmos enquanto membros. É essa perspectiva mais diluída, elástica e contingente que aqui mobilizo para pensar o *barebacking* enquanto topologia: mais do que uma prática que uniria coletivamente um grupo social (gays cis), produzindo um reconhecimento mútuo a partir de significados estáveis (o que certamente não se aplica a meus entrevistados), a topologia, conforme interpreta Collier (2011 [2009], p.247) a partir de Foucault, está comprometida “[...] com a maneira pela qual os espaços são organizados, com as propriedades de conectividade que surgem de certos arranjos de elementos e com suas transformações”. Desse modo, embora, no conjunto, como localiza Morris, essas não sejam “fantasias incidentais” de “pessoas atípicas”, suas tentativas de inscrição no cotidiano e no sexo “intimam” agenciamentos casuais e acidentais, da ordem do inesperado e daquilo que pode ou não ascender:

Eu já fiquei com um cara uma vez, a gente foi... Eu fui pro banheiro do prédio dele porque ele não tinha local, mas o banheiro do prédio era de boa. Aí ele tava lá, né, mamando, e ele falou assim... Eu tava pronto, tava quase gozando, né, e aí ele falava “Vai gozar em mim? Vai não sei o quê...”. Ele falava durante o negócio, e eu tentava focar muito pra conseguir [gozar] e teve uma hora que ele falou assim: “**Vai me infectar? Vai me infectar?**”. **Eu fiquei um pouco... Um pouco chocado na hora, fiquei, tipo assim... “Vai me infectar?”.** Na hora que eu ia gozar, ele falou “**Vai me infectar?**”. E com tesão, assim (A., 30 anos, 1 ano em PrEP).

Daí a improdutividade de definir o *barebacking* recorrendo-se a uma configuração prévia entre alguns dos elementos que podem ser convidados a compor essa topologia ou de tomá-lo como um simples correlato de “sexo no pelo”. Como nota Butturi Junior (2023, p.144), “[...] subsumir as práticas às nomenclaturas acaba por reduzi-las e destitui-las de seu caráter criador”. Essa criação aqui se confunde com uma espécie de *dramaturgia do risco*, executada por meio de performances situadas e citacionais (Derrida, 1991 [1972]), sujeitas ao fracasso ou ao sucesso (o que, nesses casos, aliás, é de difícil distinção, por isso parece mais útil concebê-las em termos de *efeitos*). Nesse sentido, se, como reivindica Dean (2009), o *barebacking* permanece marcado, quando fora dos Estados Unidos, por suas origens na “cultura estadunidense”, ao se dar entre convenções e regulações particulares e em relação a normas sexuais, de saúde e a moralidades locais, esses enunciados e performances o atualizam e produzem deslocamentos a partir de si. Com Butler (1997), podemos entender sua “excitabilidade” em um outro sentido, considerando que tais performativos continuamente excedem o momento de sua enunciação/realização, invocando, para tanto, significados presentes associados ao *barebacking*, retomando passados e reunindo futuros.

No excerto anterior, o ousado felador de A. busca fazer funcionar esses significados para além do preservativo (raramente empregado no sexo oral), da penetração (“sexo sem sela”) e da possibilidade “real” de infecção. Já no trecho que vai a seguir, do qual retirei as aspas para nomear esta seção, @babysifilis excita uma topografia *barebacker* a partir de relações sem preservativo com parceiros soropositivos, mas deixa ver que não é a simples ausência dele e/ou o *status* sorológico dos envolvidos que, para ele, define a prática: “Eu ja quase namorei um soro+ e a gente transou sem capa. Ja peguei um cabeleireiro soro+ tbm sem capa. Ja peguei um cara da renner de porto alegre soro+ sem capa tb. Mas nao posso dizer q eles sao barebackers. Pq na verdade EU sou barebacker”. Nessa perspectiva, o *barebacking* não está “dado” por um ou outro elemento, mas induz seus efeitos através de arranjos locais que eles produzem entre si e com outros. Mesmo entre os vídeos rotulados como *bareback* na internet, algum dispositivo, ainda que imprescindível e, de algum modo, aceito pelo espectador, pode atuar como barreira e frustrar a representação de um “prazer legítimo”, como observa M.:

A meu ver não é nem a questão da banalização do sexo, a meu ver é a questão do propósito do sexo, e daí isso é muito pessoal, assim. Eu estou transando com alguém porque eu quero filmar, **e aí você percebe que a pessoa tá transando com a câmera, isso é uma coisa que não me excita, e dá pra ver muito direitinho assim nos vídeos quando você vê que a galera está transando com a câmera ou quando a câmera foi colocada e a galera transa, esquece da câmera e tá aí se curtindo.** Então eu vejo esse movimento de excitação pra mim, que me excita nesse sentido. É ver a galera que, por mais que esteja filmando, que a galera tá presente ali no sexo, pode ter uma câmera gravando, pode ter, enfim, uma produção ao redor te filmando, mas eu percebo que existe um prazer ali, **um prazer legítimo de tá transando** (M., 32 anos, 5 anos em TARV).

Como todo bom filme, é preciso veicular algo a mais que apenas uma grande encenação e, no relato de M., é justamente a “presença” da câmera, introduzida pelo olhar e pela performance *artificial* dos envolvidos, que “transam com ela” em vez de esquecer-la, que engendra uma triangulação indesejada àquilo que se pretende apreender somente no corpo a corpo, na “cruzeza” do encontro entre elementos humanos. Decepciona, com isso, a “imaginação de sensação” que ele procura no *barebacking*. Do mesmo modo, retorno “à carga de TARV” que G. (36 anos, 10 anos em TARV) identifica em seu sêmen quando “dá na boquinha” de seus parceiros, sobre a qual ele “às vezes” pensa e que, quando o faz, fica incomodado, para sugerir que o gosto desagradável que acredita ser transferido a outros corpos desperta nele uma aversão semelhante ao látex: é também a ficção de um sexo não-mediado que é azedada por essas “notas de TARV”.

Com isso, podemos, finalmente, voltar a Dean (2015, p.240, tradução minha) e a uma pergunta que importa em seu texto: “[...] se o *bareback* sob PrEP ainda conta como *bareback* caso o risco físico [*physical risk*] tiver sido eliminado a ponto de o HIV se tornar ‘uma não-questão’”. Com ela, Dean morde a isca da obsessão por um marcador biológico que seria de algum modo intrínseco à prática. O “risco físico” que ele, ainda que na forma de hipótese, condiciona à permanência do *barebacking* enquanto tal, estimula o mesmo artifício de natureza que excita as performances cotidianas de gays cis em torno de um sexo cuja única mediação aceitável é da ordem da biologia e do “natural”. Além disso, a ideia de uma prática que deve se posicionar obrigatoriamente e desde sempre contra a epidemiologia e contra a medicina reforça não somente um apego à “autodestruição” na elaboração das resistências dessas análises, mas também ignora que não são esses saberes que detêm a verdade e o controle sobre a saúde e a produção da vida neste

dispositivo. Talvez resida aí, muito mais que no risco epidemiológico ou na biologia, a sua oposição a eles.

### 3.4 QUANDO A AIDS É ENGRAÇADA (OU OS “UBU BUROCRATAS” DA PEP)

Era década de 1980 e, nos Estados Unidos sob o comando de Ronald Reagan, o rotundo silêncio sobre os casos de hiv que se avolumavam no país durou três anos. O minidocumentário *When AIDS was funny* (“Quando a AIDS era engraçada”), do cineasta Scott Calonic, explora como o assunto era tratado anedoticamente pelo secretário de imprensa da Casa Branca à época, Larry Speakes, em coletivas com jornalistas e outros profissionais da mídia, realizadas de 1982 a 1985<sup>173</sup>. Quando perguntado sobre ações do governo em resposta ao avanço da infecção – tão relacionada à homossexualidade que chega a ser referenciada como “praga gay” (*gay plague*) nessas coletivas – ou se o presidente expressava alguma preocupação diante da insinuante “crise da AIDS”, Speakes tergiversava, diminuía a importância da infecção e fazia piadas junto a membros da imprensa estadunidense.

No Brasil do início daquela década, que ainda não conhecia o hiv senão por manchetes igualmente fatais e cômicas<sup>174</sup>, Daniel definia esse tempo como a “AIDS antes da AIDS”: na ausência de casos registrados no país, a infecção tornava-se o próprio caso, o acontecimento em abordagens sensacionalistas, estranhamente bem-humoradas, motivo de despreocupação por parte de profissionais de saúde, intelectuais e políticos. A aids “[...] não dizia de fato respeito a ninguém. Era uma doença abstrata que atingiria os ‘outros’” (Daniel, 2018b [1990], p.37).

A essas várias temporalidades da infecção que perfazem a história da epidemia, e que ainda se embarçam na experiência contemporânea do hiv/aids, como avanços e refluxos, há ainda tempos outros, como aqueles inaugurados pelas profilaxias pré e pós-exposição ao vírus. Em se tratando dessa última, é necessário considerar, em sua dispensação mais corriqueira por aqui, relacionada à exposição sexual, que se antes da década de 2010 a prevenção começava e terminava pelo

---

<sup>173</sup> Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=yAzDn7tE1IU>>. Acesso em: 22 abr. 2024.

<sup>174</sup> Assim rememora C. (42 anos, 13 anos em TARV): “E quem é dos anos oitenta... Eu sou dos anos oitenta [1981], a gente tinha aqui no Brasil, naquela época, pelo menos eu lembro, assim, [o hiv/aids] era tratado de uma **forma muito jocosa, sabe? Não era com respeito. Era algo com bastante tabus, muito atrelado a uma sentença de morte, né? Muito atrelado à morte**”.

preservativo, a PEP deslinda uma “aids depois da aids”, um espaço-tempo de intervenção em que eventuais infecções pelo hiv ainda pode ser revertidas. Essa “janela de oportunidade”, como especialistas costumam chamar, ao contrário das temporalidades que se cruzam à revelia do tempo-relógio e dos marcos institucionais que a ele recorrem para se afirmar uma “aids de agora” (Cunha, 2011, 2012), possui uma importante correspondência cronológica, um intervalo de 72 horas, a partir da exposição, em que o emprego da PEP é recomendado (Brasil, 2021).

Em alguns serviços de dispensação da medicação no país, contudo, o tempo parece ser outro, mais condizente com o descrito por Daniel, como de uma “AIDS antes da AIDS”, em que profissionais de saúde se engajam na ativação de um protocolo adicional e punitivista, no qual a busca pela PEP, além de uma questão do outro, portanto digna de uma indiferença muitas vezes manifestada sem escrúpulos, é mote à aplicação de uma pedagogia moral sobre o usuário, que deve tolerar toda a sorte de constrangimentos, incluindo demoras deliberadas por atendimento e para “conseguir” a medicação. Ao cabo, deve extrair dessa falha no cuidado de si uma lição, para que não aconteça novamente ou, no mínimo, para que não volte a perturbar as salas de espera com demandas desse tipo.

Nos trechos abaixo, J. e S. relatam o tratamento dispensado a eles nas ocasiões em que buscaram a PEP em Florianópolis e como essas experiências, que definem como de humilhação e preconceito, motivaram posteriormente seu interesse pela PrEP:

1) Já fui na UPA Sul e na UPA Norte. Eu me senti péssimo porque o atendimento é de um preconceito, pelo menos foi comigo, impressionante, **como se tu tivesse cometido algo muito ruim, um crime, sei lá, o pessoal te trata muito mal** [...] Inclusive aqui na UPA Sul eu ouvi um comentário “**Nossa, mais um**”, sabe, “**Nossa, eles não se cuidam**”. **Ouvir isso foi muito humilhante. Aí foi também um dos motivos. Falei “Bom, chega disso, né”. Chega de ter que ficar primeiro com medo ou ter que me submeter a fazer PEP, né?** Aí eu procurei [a PrEP], e foi uma coisa bem boa. Bem mais tranquila (J., 37 anos, 2 anos em PrEP).

2) Uma vez eu fiz no Nereu Ramos, é o Nereu Ramos ali atrás do hospital infantil, né? E a outra vez foi aqui na UPA Sul também. **No Nereu Ramos eu lembro que foi tranquilo, mas aqui na UPA Sul também foi bem complicado o atendimento, eu senti assim um certo preconceito.** Aí depois disso, eu... Aí no segundo atendimento, depois disso eu fiquei sabendo da PrEP, me falaram que existia PrEP e tal, eu meio que não conhecia direito ainda. Aí fiquei meio assim, daí fui atrás, pedi como funcionava e tal, mas eu também, inicialmente assim, eu tinha um certo preconceito com a PrEP. **Mas como esse medo sempre me acompanhou, aí no ano passado, no meio da pandemia, eu resolvi começar a fazer** (S., 33 anos, 1 ano em PrEP).

O espraiamento da oferta da PEP para além dos Serviços de Assistência Especializada (SAEs) e de hospitais de referência em infectologia (a exemplo do Nereu Ramos), sobretudo às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), transporta o dispositivo da aids a ambientes em que o despreparo para a condução de atendimentos dessa natureza é flagrante, nos quais a medicação é inclusive desconhecida por quem está em comunicação direta com o cidadão, como recepcionistas e agentes de saúde, no caso da atenção básica. Mesmo na condição de uma infecção que ainda pode ser evitada, a memória discursiva do hiv/aids acerca dos comportamentos promíscuos e perigosos à segurança da população exhibe toda sua atualidade. Assim, nos serviços que ofertam a PEP, o foco dos profissionais facilmente se desloca da urgência do atendimento em si ao comportamento do usuário. Julgamentos a respeito de sua procura àquele serviço em particular e/ou do momento em que ele ocorre, tendo como referência o tempo da exposição, tornam-se peças morais centrais ao desdobramento dos casos:

paciente refere relação desprotegida ontem, tem interesse em iniciar com o PEP imediatamente. **Paciente não procurou a unidade básica de saúde e deseja atendimento de emergência agora. Pouco colaborativo, refere ser uma emergência, porem buscou o serviço somente agora (12:14h).** Sinais vitais estáveis no momento, segue o fluxo, oriento buscar a unidade do centro se não quiser aguardar no PA.

O trecho acima foi extraído de meu prontuário médico, registrado por profissional de Enfermagem, quando busquei a profilaxia na UPA do município de Erechim, norte do Rio Grande do Sul, em março de 2024. Logo após a exposição, um domingo beirando a segunda, liguei três vezes para o hospital próximo de onde residio para saber se poderia acessar a PEP por lá. Ouvi que apenas uma enfermeira poderia fornecer aquela informação, mas naquele momento ela realizava um procedimento. Depois, encontrava-se em seu intervalo. Quando, na terceira ligação, foi encontrada e confirmou que sim, já era madrugada. Final da manhã, dirigi-me à UPA. Logo após a avaliação de meus sinais vitais, a técnica em Enfermagem perguntou qual era minha queixa. “Tive uma exposição de risco ao hiv na noite de ontem e gostaria de iniciar o tratamento com a PEP”, disse. “Olha o jeito que ele fala”, comentou, com deboche, tentando disfarçar que estava diante do ininteligível e que, afinal, não sabia o que era a PEP. Pediu que eu aguardasse e quando uma enfermeira (a responsável pelo registro do prontuário acima) adentrou na sala instantes depois, para que eu repetisse a ela. A enfermeira orientou então a técnica

a preencher o prontuário, o primeiro registro dele, onde consta “exposição ao hiv relação ontem, deseja iniciar pep”.

Sabendo das dificuldades encontradas pelos participantes desta pesquisa, mas também vivenciada por amigos<sup>175</sup>, ao buscarem a profilaxia no SUS, interroguei sobre a prioridade daquele atendimento, e a técnica em Enfermagem informou que eu passaria por uma "consulta normal". Expliquei que perguntava em termos de preferência, e ela disse que o atendimento seguiria como "não urgente". Respondi que se tratava sim de uma urgência pois eu deveria iniciar o tratamento o mais breve possível, segundo o protocolo e as diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, que havia revisitado antes de sair de casa: “O primeiro atendimento após a exposição ao HIV **é uma urgência. A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição**” (Brasil, 2021, p.25, grifos meus). A técnica olhou então para a enfermeira, que também afirmou que o caso não era urgente. Insisti que isso não era verdade, sugeri novamente a consulta ao documento, mas fui ignorado, pois lá, segundo informou, era utilizada a “escala de Manchester”. Provavelmente adveio daí a caracterização de meu comportamento como “pouco colaborativo” (ora, o paciente ousando se enxerir nas decisões de seu tratamento...).

Ao se misturar a solicitações variadas da população por assistência em saúde, o atendimento à PEP passa a ser avaliado e valorado, através de critérios subjetivos e arbitrários, também em relação a elas, como menos importante, grave

---

<sup>175</sup> Um caso recente: no segundo semestre de 2023, orientei uma amiga a ir à UPA Sul, em Florianópolis, devido à relação sexual sem preservativo no dia anterior. Ela e o parceiro em questão foram juntos e realizaram, ao mesmo tempo e com profissionais diferentes, as sorologias para o hiv e outras ISTs. Cerca de meia hora depois dos resultados de seus testes ficarem prontos, os do parceiro ainda não haviam sido liberados. Ao interrogarem uma enfermeira sobre o assunto, foram tratados com tamanha rispidez que não atribuíram outra explicação que não ao racismo (seu parceiro, na ocasião, era um homem negro). “Uma bagunça assim, sabe? Zero protocolo, um procedimento a seguir, pra um foi de um jeito, pra outro foi de outro. Ninguém sabia o que fazer”, comentou comigo por mensagem de voz, naquela tarde. Quando finalmente foram informados sobre o resultado dos testes, preencheram o formulário de solicitação da PEP e aguardaram ser chamados para consulta médica, que foi se mostrando cada vez mais distante... Ao questionarem a mesma enfermeira sobre a morosidade, ela respondeu que eles não constavam no registro para atendimento. Solicitaram então que fossem incluídos, mas ouviram dela que não seria possível, uma vez que apenas outra profissional, aquela que havia preenchido os formulários e que nesse meio tempo fazia seu intervalo, poderia encaminhá-los. Os dois deixaram o serviço sem a profilaxia. Além deles, quantos mais? A esse respeito, J. citado anteriormente, observa: “Eu penso que se eu não tivesse esses vieses aí, de ter acesso a conteúdo ou mesmo ser da área da saúde [J. é médico], facilmente eu não buscaria os atendimentos em outras oportunidades porque é muito difícil ficar passando por esse tipo de humilhação, sabe? A maneira que tu é julgado, que é dificultado o acesso, que tu não devia tá ali, tu pensa 50 vezes antes de ir. E daí tu pode até pensar assim ‘Ah, acho que não vai dar nada, eu vou arriscar dessa vez ou desistir mesmo. Ficar morrendo de medo e esperar o que vai dar”.

ou prioritário. A distribuição da profilaxia por vários pontos no território, cujo objetivo não é outro que não o de facilitar seu acesso pelo usuário e, por conseguinte, o início imediato do tratamento, é inserida assim em um jogo de “empurra-empurra” entre os serviços, que escanteiam o atendimento à PEP a outros locais de oferta da medicação, a exemplo da UBS, conforme expôs a enfermeira da UPA em meu prontuário (“Paciente não procurou a unidade básica de saúde e deseja atendimento de emergência agora”<sup>176</sup>) e também J. (37 anos, 2 anos em PrEP), quando buscou a profilaxia em Florianópolis: “Uma coisa que eu senti é que não se deve procurar esses lugares pra isso. Eles querem que tu vá numa UBS, num outro tipo de atendimento. Isso eu senti muito das duas [UPAs], que ali não é lugar pra isso, que isso não é bem visto lá”.

Em um país onde a cobertura da PrEP ainda é exígua, oferecer barreiras adicionais para o acesso à PEP, o último recurso de prevenção ao hiv disponível, é negligenciar o cenário mais provável de contato da população com o vírus e, mais que isso, jogar a favor da infecção. Isso porque quanto mais tempo se espera, menor é a eficácia profilática dos ARVs que compõe a PEP:

As situações de exposição ao HIV constituem atendimento de urgência, **em função da necessidade de início precoce da profilaxia para maior eficácia da intervenção**. Não há benefício da profilaxia com ARV após 72 horas da exposição (TSAI et al., 1995; TSAI et al., 1998; OTTEN et al., 2000) (Brasil, 2021, p.25, grifos meus).

Como resposta a uma manifestação que cadastrei junto a Ouvidoria municipal, as responsáveis pelo meu atendimento na ocasião detalham o funcionamento desse protocolo informal, empregado na UPA: “[...] o caso seria classificado como prioritário caso o tempo de ocorrência da exposição estivesse próximo às 72 horas”. Com isso, introduzem um elemento altamente subjetivo à política de prevenção ao hiv: quanto tempo é necessário para se classificar o atendimento à PEP como uma urgência? Quanto é pouco? Quem decide? Com base em que evidências científicas? As 72 horas, de acordo com o MS, são o tempo limite para a intervenção, logo submeter o paciente a uma espera maior, a depender do tempo exato da exposição nesse intervalo, é interferir no tempo de espera, aumentando, deliberadamente, o seu risco de infecção ao hiv. Ao produzir um risco

---

<sup>176</sup> Vale corrigir que em nenhum momento me referi ao atendimento enquanto “emergência”, e sim “urgência”.

intencional e assombroso a este caso e, possivelmente, à coletividade, minam seriamente a estratégia preventiva em seus pontos de aplicação locais.

A conduta – infelizmente, longe de ser exceção<sup>177</sup> – é ainda mais perniciosa quando consideramos que quem procura a PEP, seja por acreditar que a medicação pode ser negada se próxima do término da janela de oportunidade (que, inclusive, nem sempre é bem compreendida pelos usuários), seja pelo receio de ser julgado com base no intervalo transcorrido entre a exposição e a procura pelo serviço, pode afirmar que a exposição aconteceu depois de sua ocorrência de fato. Sendo assim, o tempo de exposição pode estar muito mais próximo ao limite da eficácia da profilaxia do que realmente é declarado quando se procura o serviço, o que compromete ainda mais os resultados da intervenção se o atendimento for tratado com displicência. No trecho abaixo, R. descreve quando acompanhou seu então parceiro à UPA de um município do Paraná em busca da PEP, motivado por seu próprio diagnóstico positivo para o hiv, do qual teve conhecimento naquele mesmo dia:

Eu fiquei esperando meio no canto da porta, e ele [o parceiro] chegou meio desesperado assim, tinha várias pessoas sentadas, não sei se ele tinha que esperar a fila do atendimento [...]. Na verdade a gente tinha transado acho que no sábado, e daí foi na segunda que eu fiz o exame [que diagnosticou o hiv]. Não lembro, na época, eu sei que tinha passado, eram 72 horas, não lembro se na época era 48, não sei, **e daí ele falou que ia mentir que a gente transou tal dia, enfim** [...]. Eles [na UPA] deram um esporro nele porque ele chegou meio desesperado, dizendo “Olha, eu preciso...” e bem na recepção mesmo o cara falou **“Ah, na hora de fazer cagada não tem pressa, agora tem pressa. Senta aí e aguarda”**. O cara foi bem escrotão com ele mesmo (R., 32 anos, 6 anos em TARV).

Ao fazer do tempo de exposição um critério para classificação de risco ou, de modo mais amplo, negar a urgência dos atendimentos, profissionais de saúde confiam a si mesmos a prerrogativa moral de ajustar os comportamentos cotidianos, em particular aqueles que dizem respeito a um exercício da sexualidade tido como problemático e perigoso, passível, portanto, de regulação e da aplicação de penalidades. Na busca pela PEP, elas ocorrem pela atribuição de esperas intencionais e de comentários paternalistas, que visam à produção da culpa, da humilhação e do arrependimento, combustíveis fundamentais para o funcionamento desse protocolo complementar, imbuído, no limite, da expiação de faltas morais

---

<sup>177</sup> Esta não foi uma questão central à minha pesquisa, mas não posso me abster de indicar que nenhum de meus interlocutores relata ter tido seu atendimento à PEP tratado com preocupação, acolhimento e, especialmente, urgência.

ligadas ao sexo, através do qual o usuário pode alcançar algum tipo de redenção para si, conforme sugere J.:

É como se eu tivesse praticamente implorando por aquele atendimento e que ele não tinha importância nenhuma. Que eu fiz uma coisa errada, **então eu tinha que me humilhar pra eles. Eles tavam numa posição superior, então eu tinha que me humilhar pra conseguir um atendimento, uma espécie de redenção** (J., 37 anos, 2 anos em PrEP).

A governamentalidade do hiv/aids, na distribuição e normalização do uso do prazer engendradas a partir da PEP, cinde, desse modo, as vidas que valem mais das que valem menos, aquelas que podem aguardar mais um pouco das que merecem celeridade, os casos que são urgentes pelo risco biológico envolvido daqueles em que é o risco moral que prevalece. Nesse processo, há a colisão entre o tempo cronológico e o tempo outro no qual operam as práticas de saúde aqui retomadas, que ainda aparentam se suceder na anterioridade irreverente de uma “AIDS antes da AIDS” (Daniel, 2018b [1990]), porém em uma distância que agora, após quatro décadas de epidemia no país, não é mais – se é que um dia já foi – física, mas moral. Por meio de uma estrutura capilarizada no território, atrelada ao SUS, a decisão sobre a vida se transfere assim do anonimato do Estado ou de algumas de suas figuras ilustres (como o presidente, seus porta-vozes e ministros) – desvincula-se, inclusive, ao menos parcialmente, do poder médico – para os componentes ordinários da população que atuam nos serviços de saúde: a telefonista do pronto atendimento, a agente de saúde do postinho, o enfermeiro da rede hospitalar, etc; todos eles são capazes de agir e determinar, em algum grau, os desfechos de nossas existências.

Uma hora depois de dar entrada na UPA, voltei à sala de triagem e perguntei qual era minha posição na fila de atendimento. O “último”, tentou brincar a técnica em Enfermagem que avaliou meus sinais vitais. As duas colegas que estavam em pé na sala riram com ela. Enquanto isso, a outra enfermeira, que em duas ocasiões afirmou que se eu quisesse ser atendido antes teria que ter chegado às 7h30, e não ao meio-dia, rolava os registros marcados com uma bolinha azul no computador, a longa lista dos não urgentes, contando um por um. “Vigésimo quarto”, disse, ao final. Mas que hiv é esse que permite protelar e que é objeto de troça? E como é possível que esse riso compartilhe o mesmo espaço de uma iminência, uma possibilidade em expansão? Que se dê no mesmo tempo da progressiva perda de eficácia do tratamento embargado ao paciente? Certamente, essas questões não são colocadas

nestes termos porque reivindicam outras temporalidades, além de outras condutas, de amparo à precariedade, que, na cena de triagem descrita, são obliteradas pela indiferença e pela assunção de uma espécie de destino “biológico”, no qual o hiv está entrançado ao meu DNA homossexual. Em alguma medida, ele já é. Praga rogada, mundificada desde então.

Quando Foucault (2010 [1975]) analisa um par relatórios psiquiátricos oriundos da esfera penal da segunda metade do século 20, arranca deles três propriedades discursivas-materiais. A primeira delas é sua capacidade de interferir no curso das vidas sobre as quais se debruçam; o poder, ao cabo, de vida e morte exercido sobre elas. A segunda dessas propriedades é que esses textos se comportam como discursos de verdade, porque, supostamente, são formulados por pessoas qualificadas, no interior de uma instituição científica, seja ela judiciária, seja, neste caso, de saúde. Já o terceiro elemento, que se refere ao segundo por sua desqualificação intrínseca, é sua inclinação ao escárnio, à zombaria e à graça: fazem, ou pretendem fazer, rir. Gênero discursivo raro, segundo Foucault, por unir as três propriedades acima e, podemos indicar, que talvez não encontre na máxima “fazer viver, deixar morrer”, típica da biopolítica, todo o seu potencial operacional, assim como preserva consigo, por seu caráter grotesco, ridículo ou ubuesco<sup>178</sup>, resíduos da soberania de outrora:

O grotesco é um dos procedimentos essenciais à soberania arbitrária. Mas vocês também sabem que o grotesco é um procedimento inerente à burocracia aplicada. Que a máquina administrativa, com seus efeitos de poder incontornáveis, passa pelo funcionário medíocre, nulo, imbecil, cheio de caspa, ridículo, puído, pobre, impotente [...] (Foucault, 2010 [1975], p.12).

Essa proximidade das práticas de saúde com a matéria penal também é aqui retomada pela constituição desse profissional cuja conduta se confunde com a de um investigador ou perito criminal, que conduz, a partir do comportamento do paciente, uma análise processual e um julgamento, distribuindo e aplicando-lhe sanções. Nos enunciados de quem procura a PEP no SUS, essa parentalidade com o judiciário figura nos termos do cometimento de “algo muito ruim”, de “um crime”, como definiu um usuário, uma pena que deve ser cumprida preferencialmente sob o

---

<sup>178</sup> O adjetivo deriva de Ubu Rei, obra escrita por Alfred Jarry, no final do século 19. Na peça, Ubu mata o rei polonês e, ao lado da mulher, Ubu Mãe, endereça aos súditos e aos inimigos um poder implacável, misto de violência e escárnio, crueldade e diversão, morte e riso.

campo de visão de quem a inflige. Não por acaso, quando insisti uma vez mais, a última, para que o protocolo da profilaxia fosse observado em meu atendimento, a enfermeira ameaçou chamar a Brigada Militar para me tirar de lá.

“Ubu burocratas”, diria Foucault.

#### 4 CONCLUSÃO

Quando escrevi a introdução desta tese, busquei delimitá-la temporalmente a fim de acompanhar as repercussões da chegada da monkeypox – desde novembro de 2022, mpox – ao Brasil. Escolhi esta infecção – e não propriamente o hiv/aids, em torno do qual se desenrolou o restante de meu texto – pelo entendimento de que, ao extrapolar o continente africano e chegar à Europa, ela passou a funcionar como um catalisador discursivo-material-semiótico da associação entre as sexualidades dissidentes, especialmente a homossexualidade, com a doença, o perigo e a morte. Essa ligação, sabemos, não é inédita, e ganhou tração desde a emergência da epidemia de hiv/aids na parte final do último século. O que foi de alguma forma novo é que essa articulação se deu, à primeira vista, ao largo do dispositivo da aids: os homossexuais fomos novamente colocados “no aquário” (Butturi Junior, 2022a), porém, desta vez, a partir de uma emergência em saúde que não dizia respeito ao hiv/aids.

Com o passar do tempo, contudo, essa dissociação aparente foi desvanecendo, uma vez que agravantes e desfechos trágicos da zoonose viral começaram a ser repetidamente explicados como decorrentes de algumas condições clínicas prévias, sendo a principal delas a “imunodepressão” causada pelo hiv. Efetivamente, os discursos da saúde, quando se destinam aos homossexuais, tendem a distribuir diferencialmente o risco de acordo com nossa sorologia, reforçando a cisão entre aqueles que, entre nós, estão mais vulneráveis e, portanto, precisam redobrar seus cuidados e turbinar a imunidade (soropositivos), daqueles que não representam preocupações adicionais (soronegativos). Assim, nas matérias de imprensa sobre as mortes causadas pela mpox que sucederam a escrita de meu texto, parecia cada vez mais mandatário explicar, sem muitas cerimônias, a morte, sugerir ou desvelar sua razão escondida, especialmente quando à infecção se atribuía uma baixa letalidade. A sorologia, ainda que pressuposta ou subentendida pela sexualidade dos infectados, pairava nesses obituários, curtos e despersonalizados, como a verdadeira causa mortis.

No entanto, o acontecimento que motivou o projeto desta pesquisa foi outro: a oferta da profilaxia pré-exposição (PrEP) no SUS, a partir do final de 2017, em algumas cidades brasileiras, dentre elas Florianópolis. Durante a coleta de dados, contudo, com seu antirretroviral outro, H. (39 anos, 11 anos em TARV) rasurou o

roteiro de um mundo soronegativo em PrEP que eu, usuário desde 2020 do fármaco, redigia e interpretava, provocando uma mudança de rumo à pesquisa e um comprometimento com os corpos soropositivos que importavam e contavam nesta história. A partir de então, defini como principal objetivo deste estudo investigar as incorporações da PrEP e da TARV, considerando especialmente I=I, naquilo que defini como uso do prazer entre gays cis, um campo de agenciamento mútuo entre sujeitos, sorologias e fármacos. Para tanto, conduzi, em parceria com colaboradores de um outro projeto, grupos focais no Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (GAPA) de Florianópolis durante o ano de 2023 e entrevistas com 16 usuários de TARV ou PrEP em tratamento no município, entre 2022 e 2023. Esse último grupo foi formado por amigos e parceiros sexuais que conheci no curso do doutorado e que, mais que interlocutores, são emaranhados somáticos e tecnológicos, naturezas-culturas que inventaram comigo corpo, vida, prazeres e afetos nesses últimos anos.

Para apreendê-los, ao menos ao que aqui interessa, recorri ao dispositivo foucaultiano e ao seu caráter de rede heterogênea, discursiva e não discursiva, assim como ao “dispositivo da aids” de Perlongher (1987a) e à virada crônica alumiada por Butturi Junior (2016), a fim de implicar e complicar elementos variados entre si para então considerá-los à constituição dos sujeitos-ARVs em questão. Com Lemke (2021), aceitei nesse conceito operacional um convite para as “coisas”, por ele tomadas enquanto forças que são mobilizadas conjuntamente ao humano em operações intrincadas que, ao cabo, oportunizam que algumas materializações venham à tona no lugar de outras nesses dispositivos. Daí também minha inclinação ao realismo agencial (Barad, 2007, 2017 [2011]), que me permitiu conferir ao fármaco - TARV e PrEP - uma participação ativa nos processos de produção corpórea e da matéria, assim como refletir sobre seu papel na distribuição das coisas e das experiências com elas – como vimos, ora análogas, ora repelentes – entre usuários de um ou outro fármaco. Assumi, de pronto, esse processo com um devir, sempre exposto ao imprevisível que assombra as intra-ações que envolvem agentes humanos e não-humanos.

Partindo dessa perspectiva, poderia dizer, genealógica e neomaterialista, abordei, ao longo destes escritos, as camadas do presente que compõem a epidemia de hiv/aids, assim como a vida de usuários de TARV e de PrEP, como uma imbricação entre temporalidades múltiplas, contraditórias e erráticas, que induzem efeitos diferenciais a partir de desigualdades e vulnerabilidades específicas,

engendrando um contraste entre experiências e formas de vida diversas que desafia a linearidade sucessória frequentemente apresentada na forma de uma historiografia de avanços. Valhi-me, para tanto, de Derrida (2002 [1999]) e de seu conceito de limitrofia a fim de recusar uma constituição plena entre as partes e os “marcos”, assim como entre os corpos e as tecnologias, e, com isso, busquei engrossar suas linhas, fazendo proliferar os “meios”, os híbridos e as zonas cinzentas. O estigma se apresentou como um dos principais elementos da “aids de antes” na “aids de agora” (Cunha, 2011, 2012), uma memória de exceção que ainda perturba as experiências contemporâneas do “viver com”, assinalando-as pela depreciação e pelo preterimento. Em algum grau, mostra-se, contudo, manipulável o bastante a ponto de alguns, como C. (42, 13 anos em TARV) vacilarem se ele ainda existe: preferem não saber.

Ao discorrer sobre o uso da PrEP com os usuários, notei que a hesitação prévia acerca do início do tratamento com o fármaco se manifestou sobretudo através de duas problemáticas. A primeira delas se relaciona ao seu nexos com uma licenciosidade sexual, etiqueta *whore* que desponta ainda em 2012 – em associação imediata também à homossexualidade – e que, para alguns, foi responsável por um “preconceito inicial” com a tecnologia biomédica que, afinal, não poderia ser acessada sem a admissão de um risco “presente” em suas práticas sexuais (ainda que, como não tardaram a descobrir alguns, esse “risco” pudesse ser manuseado, por exemplo, em questionários de triagem e de retorno de acordo com seus interesses e expectativas particulares). A outra se deve à imitação discursiva da PrEP, via efeitos colaterais, em relação aos ARVs que integram a terapêutica da PVHA, medicamentos propagados como “fortes” e “pesados”, que logo se revelou acompanhada de uma mimese visual, uma zona de indiscernibilidade entre os fármacos responsável pelo embaraço de seus usuários durante a dispensação da profilaxia nas farmácias, em consultas com profissionais de saúde e em casa, situações em que podem ser instados a explicar que o fármaco é prescrito à prevenção de soronegativos e, com isso, que não vivem com hiv. O preconceito “de alguém achar que sou promíscuo”, como definiu um usuário, e o pânico acerca dos efeitos colaterais, no entanto, acabam vencidos pela ubiquidade do “fantasma da aids” (Perlongher, 1987a) sobre os contatos sexuais de meus interlocutores, que vislumbram no acesso à PrEP a possibilidade de “transar sem medo”.

Acerca das hermenêuticas farmacológicas de si, fiz notar que as ambiguidades – entre o preconceito e o medo, o risco e o prazer, a saúde e a promiscuidade – tendem a recuar com o tempo em detrimento de uma relação baseada na segurança construída com o fármaco – que remete, por sua vez, a um dispositivo de gestão da “saúde” sexual mais amplo, que acompanha a sua implementação no país e funciona como um dinamizador da percepção de “cuidado” entre os participantes – à experimentação sexual e às relações com sorodiferentes. A pergunta “Toma PrEP”, nesse sentido, é paradigmática, uma vez que corresponde ao principal enunciado através do qual o hiv é pautado no uso do prazer e por meio do qual seus usuários interpelam-se uns aos outros, buscando conferir a eles uma segurança identificada em si mesmos. Quando dirigida à PVHIV, a questão, no entanto, libera uma agonística pois a empurra para uma relação com a verdade: uma injunção à confissão é assim reconfigurada em torno da profilaxia. É o pragmatismo que orienta as respostas de meus interlocutores: entendendo-se intransmissíveis e, portanto, equivalentes no que concerne à prevenção, geralmente consentem e encerram o assunto quando a intenção é apenas sexo casual. Ao mesmo tempo, podem experimentar um distensionamento na obrigação de dizer de si uma vez que a PrEP adiciona uma camada extra de proteção às relações com soronegativos, sob as quais ainda pesam o estigma e as bravatas de criminalização.

A celeuma em torno da hipótese de compensação de risco que acompanhou os estudos sobre a eficácia e a viabilidade de implementação da PrEP em ensaios clínicos mundo afora aqui se apresentou como uma questão relevante às hermenêuticas de si dos usuários, tanto por sua capacidade de prever comportamentos promíscuos e perigosos como pelo potencial de colocar à prova e, no limite, em descontinuidade, a política preventiva, comprometendo, com isso, as liberdades sexuais conquistadas com o fármaco. Entre soropositivos, a correlação entre a entrada da profilaxia no uso do prazer e o desaparecimento da capa é, no entanto, muito mais cristalina, o que pode indicar sua desidentificação com o movimento de liberalização e normalização do sexo sem preservativo entre gays cis em curso em Florianópolis. Uma vez que não se enxergam nesses emaranhados, seja pelo imbróglio sugerido entre a TARV e o sexo, seja como um efeito performativo de um consentimento reiterado diante da pergunta “Toma PrEP?”, o risco e os comportamentos irresponsáveis podem ser transferidos ao outro (neste caso, aos usuários de PrEP).

Essa é, contudo, uma visão minoritária e, em muitos casos, uma reação à saturação das noções correntes de segurança e de quem pode ser considerado seguro operadas pela PrEP, que redistribui valorações em torno do risco e da periculosidade entre soropositivos e soronegativos em uso de ARVs e sustenta suas assimetrias. Assim, a linha somática riscada entre usuários de um ou outro regime apresentou-se, mais exatamente, como um “cordão sanitário-moral” (Pelúcio, Miskolci, 2009) que, desde a emergência do hiv, aparta os “saudáveis” dos “contaminados”, distância que o emprego de AVRs sobre a prevenção não parece muito bem-sucedida em estreitar, uma vez que a pergunta acerca do uso de PrEP, segundo meus interlocutores soropositivos, serviria também à ostentação de sua soronegatividade: um corpo igualmente medicalizado, porém “livre do vírus”.

Ainda que, na negociação da prevenção, a PrEP seja apenas um outro nome para “sexo seguro”, os usuários podemos tomar tais termos como sinônimos mais pela ficção de que nossos prazeres se esgotam em “bolhas sorofarmacológicas” – construídas na experiência com o fármaco, entre grupos de amigos, em aplicativos de relacionamento e por meio de perguntas/respostas constantes sobre o uso da profilaxia, que em geral induzem o apagamento do indetectável nesses emaranhados sexuais – do que por uma desconfiança quanto I=I. Ela, no entanto, existe e é organizada, seja no discurso biomédico, seja entre gays cis, pelo mote da adesão. A vigilância, para o último grupo, costuma ser exercida através de um imperativo de confiança, requisitado tanto no sentido de uma obrigação de dizer de si acerca do diagnóstico (apenas se positivo, marco), quanto de elementos subjetivos adicionais que são solicitados para que as evidências de um risco que é “efetivamente zero” sejam estendidas a essas parcerias.

Ao atentar aos enunciados da indetectabilidade que predominaram em meu campo, apontei que a carga viral segue operando como um índice que não somente indica o progresso e o sucesso da terapêutica com a TARV, como também aglutina as concepções de saúde da PVHIV neste dispositivo. Assim, ainda que, em decorrência de efeitos colaterais, o alcance desse biomarcador apenas possa se realizar em desfavor de seu bem-estar e de sua qualidade de vida, a ameaça de oscilação da indetectabilidade, através de uma mudança no esquema farmacológico, por exemplo, a desincentiva nessa empresa. A hesitação, em alguma medida, pode ser explicada devido ao pânico inculcado por médicos que, diante de tais demandas, colocam no seu horizonte efeitos desagradáveis relacionados a outras combinações

de ARVs, resistências medicamentosas, mutações virais, etc, mantendo tratamentos penosos e, frequentemente, desatualizados, por meio de uma “ditadura da terapêutica” (Daniel, 2018a).

A adesão ao tratamento com a TARV se mostrou indispensável às narrativas do “viver com”, mas, além dela, há outras rotinas de disciplina corporal e de investimento sobre si que integram o que M. (32 anos, 5 anos em TARV) classificou como um “sistema” deslindado pelo diagnóstico e pela terapêutica, seguidamente descrito em termos de cuidado. A mudança de comportamentos advinda desse “olhar para si” remete a um “estilo de vida” e pode favorecer uma autoavaliação como um “bom exemplo” que recorre, para tanto, a um modelo de prática corporal baseado na ascese biomédica, cindindo os “bem-comportados” dos “malcomportados”. (Perlongher, 1987a). Tanto entre meus entrevistados, como no GAPA, notei a tentativa de simplificar as narrativas de vida com o hiv entre os extremos “bom” ou “ruim”, podando suas ambivalências. Vez ou outra, no entanto, elas se manifestam, como quando M. encontra, nesse “sistema”, um amigo também soropositivo, que está “bem” e “saudável”: “Então isso me deu uma calma muito grande. Mas, ainda assim, tem aquele resquiciozinho de culpa, sabe? E responsabilidade também”.

Se sobre o valor da indetectabilidade ao tratamento e à “saúde” não restam dúvidas, a assimilação de suas repercussões ao sexo, a partir das evidências de intransmissibilidade, expõe, contudo, experiências ainda cesuradas, sobre as quais grassam ambiguidades. Tendo isso em vista, sugeri, em referência a Lee (2013), um “devir-intransmissível” a fim de apreender esse processo que se mostra lento, “novo” e “de agora” para muitos dos participantes desta pesquisa, que mesmo intransmissíveis conservam práticas do passado, como a injunção à confissão, ou operam sob a lógica de um uso correto do fármaco que ignora os efeitos da TARV no uso do prazer. Nesse sentido, a despeito do desfazimento gradual entre os domínios do tratamento e da prevenção propulsionado tanto pelo impacto da TARV sobre a transmissibilidade, como pela implementação da PrEP como profilaxia, dispositivos instados a interagir entre si na prevenção combinada, cortes agenciais aprofundam uma dicotomia fundamental entre um fármaco que seria empregado à manutenção da vida (TARV) e outro à produção do prazer (PrEP) e, com isso, forjam lugares estratégicos e formas diferenciais de ser sujeito neste dispositivo.

A despeito disso, um dos pontos de encontro entre usuários de PrEP e de TARV se deu através da manifestação de uma resistência generalizada em estressar o que já foi constituído na relação com o fármaco, como diante da atualização de recomendações terapêuticas ou de inovações farmacológicas. O interesse em preservar efeitos em boa medida já conhecidos, ainda que daninhos, e a historicidade da matéria e da vida nas experiências com as tecnologias biomédicas se sobrepõem assim ao que novas descobertas e evidências científicas podem agora indicar como melhor ou mais eficaz.

A propósito do *barebacking*, busquei dissociá-lo de uma definição estável e de uma configuração anterior que caracterizaria a prática. Fantasia de um sexo “cru” e “no pelo”, ele, de acordo com Dean (2015), no limite, não existe. A impossibilidade de uma experiência sexual não-mediada não impede, contudo, que através de seus significados “excitáveis” se procure produzir determinados efeitos no “real”, os quais abordei sob a forma de uma topologia *barebacker*, organizada por meio de espaços de conectividade e combinação entre o orgânico e o inorgânico, a natureza e a cultura, o humano e não-humano, que apenas podem funcionar em arranjos provisórios e contingentes. Na prática, considere útil refletir sobre essa dramaturgia do risco por meio da noção de performance, que embora priorize a ação do sujeito, ocorre em intra-ação com elementos humanos e não-humanos. Assim, o preservativo, mas também a câmera e o “gosto de remédio” que amarga o sêmen, mais que a sorologia ou o risco “físico”, desempenharam a função de barreiras suficientemente incômodas à ficção por contatos naturais e não-mediados entre meus interlocutores.

Finalmente, o relato de minha procura pela PEP no SUS, assim como experiências, igualmente pavorosas, de entrevistados e amigos, expuseram os constrangimentos e as humilhações a que somos submetidos para acessar esse que é o último recurso de prevenção ao hiv atualmente disponível. Procedendo como “Ubu burocratas” (Foucault, 2010 [1975]), profissionais de saúde empenham-se em dificultar o início imediato do tratamento profilático através de protocolos morais que fazem do risco de infecção um problema de comportamento, o qual convém examinar e punir com demoras deliberadas, indiferença e troça. A impressão que quis marcar foi a de que as práticas de saúde descritas se sucedem no tempo irreverente de uma “AIDS antes da AIDS” (Daniel, 2018b [1990]), em que a infecção, ligada ao outro como um destino, (ainda) é engraçada.

Penso ser importante, por último, dizer sobre o trabalho de simplificação que me parece inerente à pesquisa acadêmica e que, inevitavelmente, reproduzi sobre as narrativas de meus interlocutores. Nossos contatos foram, acima de tudo, da ordem do que é acidental e único, e aqui me vi obrigado a editá-los, ordená-los, confrontá-los entre si, aprisioná-los em texto e, em alguma medida, descorporificá-los. De todo modo, gostaria que fossem tomados como fragmentos de um presente situado, ambíguo, passional e interessado em formas de estar junto e ser “sujeito com” – com o vírus, com o fármaco, com o outro – em Florianópolis. No restrito e multitudinário mapa que tentei esboçar, preocupe-me mais com a distribuição de suas relações com as “coisas” do que com a sua delimitação. Há ainda muitas linhas a ser percorridas: deixo aos acoplamentos gays-fármacos sucedâneos a tarefa de montá-las e cavalgar com elas.

## REFERÊNCIAS

ABIA. **Boletim ABIA nº63 Truvada® livre!**. Publicado em: out. 2018. Disponível em: <[http://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2018/10/BOLETIM\\_ABIA\\_63\\_PrEP\\_completo.pdf](http://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2018/10/BOLETIM_ABIA_63_PrEP_completo.pdf)>. Acesso em: 9 maio 2023.

ABÍLIO, Ludmila Costhek. Uberização: do empreendedorismo para o autogerenciamento subordinado. In: **Revista Psicoperspectivas**, 2019, v. 18, n. 3, p.1-11.

AGAMBEN, Giorgio. **Profanações**. São Paulo: Boitempo, 2007 [2005]).

AGAMBEN, Giorgio. O que é um dispositivo? In: AGAMBEN, Giorgio. **O amigo & O que é um dispositivo?**. Chapecó, SC: Argos, 2014 [2005]. p.21-51.

AGÊNCIA ESTADO. **Estudo suíço promete vida sexual normal para portador de HIV**. Publicado em: 31 ago. 2008. Disponível em: <<https://g1.globo.com/Noticias/Ciencia/0,,MUL282229-5603,00-ESTUDO+SUICO+PROMETE+VIDA+SEXUAL+NORMAL+PARA+PORTADOR+DE+HIV.html>>. Acesso em: 3 fev. 2023.

AGGLETON, Peter; PARKER, Richard. Moving Beyond Biomedicalization in the HIV Response: Implications for Community Involvement and Community Leadership Among Men Who Have Sex with Men and Transgender People. In: **American Journal of Public Health**, ago. 2015, v.105, n.8, p.1552-1558.

ALCANTARA E SILVA, Luisa. Mistura boa? **Abril**. Publicado em: 15 jan. 2021. Disponível em: <<https://elastica.abril.com.br/especiais/chemsex-chemical-sex-ghb-gays-brasil>>. Acesso em: 14 maio 2023.

AMSTRONG, David. The rise of surveillance medicine. In: **Sociology of Health & Illness**, v.17, n.3, 1995, p.393-404.

AUSTIN, John Langshaw. **Quando dizer é fazer**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990 [1962].

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 (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009 [2003].

BAETEN, Jared M. et al. Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women. In: **The New England Journal of Medicine**, v.367, n.5, 2 ago. 2012, p.400-410.

BAETEN, Jared M. et al. Integrated Delivery of Antiretroviral Treatment and Pre-exposure Prophylaxis to HIV-1–Serodiscordant Couples: A Prospective Implementation Study in Kenya and Uganda. In: **PLOS Medicine**, v.13, n.8, 2016, p.1-17.

BARAD, Karen. **Meeting the Universe Halfway**: quantum physics and the entanglement of matter and meaning. Londres: Duke University, 2007.

BARAD, Karen. Performatividade pós-humanista: para entender como a matéria chega à matéria. In: **Vazantes**, v.1, n.1, p.7-34, 2017 [2011].

BATISTA JR, João. Tesão doido. **Revista Piauí**. Publicado em: 31 mar. 2023. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/praticantes-de-sexo-a-base-de-drogas-sinteticas-se-espalham-em-aplicativos-de-encontro/>>. Acesso em: 15 maio 2023.

BAVINTON, Benjamin R. et al. **Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples**: an international, prospective, observational, cohort study. Publicado em: 16 jul. 2018. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(18\)30132-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(18)30132-2/fulltext)>. Acesso em: 17 abr. 2023.

BERKOWITZ, Richard; CALLEN, Michel. **How to Have Sex in a Epidemic**: One Approach. Nova Iorque: News From The Front Publications, 1983.

BERNARD, Edwin J. Swiss statement that ‘undetectable equals uninfected’ creates more controversy in Mexico City. **NAM – aidsmap**. Publicado em: 5 ago. 2008. Disponível em: <<https://www.aidsmap.com/news/aug-2008/swiss-statement-undetectable-equals-uninfected-creates-more-controversy-mexico-city>>. Acesso em: 14 fev. 2023.

BIEHL, João. The Activist State – Global pharmaceutical, AIDS, and citizenship in Brazil. In: **Social Text** 80, Durham, v. 22, n. 3, p. 105-132, 2004.

BITTELBRUNN, Caroline. **Significados atribuídos à profilaxia pré-exposição ao HIV em um ambulatório especializado**. 116 f. Dissertação – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2021.

BOELLSTORFF, Tom. But do not identify as gay: a proleptic genealogy of the MSM category. In: **Cultural Anthropology**, v.26, n.2, 2011, p.287-312.

BRANQUINHO, Bruno. O que é o chemsex e por que está se tornando um problema para os homens gays e bis?. **Carta Capital**. Publicado em: 27 abr. 2020. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/blogs/saudelgbt/o-que-e-o-chemsex-e-por-que-esta-se-tornando-um-problema-para-os-homens-gays-e-bis/>>. Acesso em: 14 maio 2023.

BRASIL. **Política Nacional de DST/aids**: princípios e diretrizes. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico AIDS – janeiro a março de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Vigilância do HIV no Brasil – Novas Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Portaria nº 2.582, de 2 de dezembro de 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Protocolo para prevenção da transmissão vertical de HIV e sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. **Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Aids/DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. **Relatório de progresso nº 01 (2010-2011)**. Publicado em: 31 jan. 2012. Disponível em: [http://sistemas.aids.gov.br/incentivo/SGC/RELAT%C3%93RIO\\_PROGRESSO\\_AIDS\\_SUS\\_N%C2%BA1\\_31\\_01\\_2012.pdf](http://sistemas.aids.gov.br/incentivo/SGC/RELAT%C3%93RIO_PROGRESSO_AIDS_SUS_N%C2%BA1_31_01_2012.pdf). Acesso em: 13 mar. 2023.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Diretrizes para organização da Rede de Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV – PEP**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. **Profilaxia pré-exposição sexual ao HIV: Orientações para os profissionais da saúde – Guia de consulta rápida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

**BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

**BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

**BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018c.

**BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018d.

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

**BRASIL. Boletim Epidemiológico de HIV/Aids.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

**BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022c.

**BRASIL. Relatório de Monitoramento de Profilaxias do HIV PrEP e PEP – 2021.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022d.

**BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022e.

**BRASIL. Boletim Epidemiológico de HIV/Aids.** Brasília: Ministério da Saúde, 2023a.

**BRASIL. Manual de cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV/Aids.** Brasília: Ministério da Saúde, 2023b.

**BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos: Módulo I – Tratamento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BURGOS, Rafael. No aniversário da fala da “gripezinha”, ela mata 300 mil brasileiros. Entendendo Bolsonaro. **UOL**. Publicado em: 24 mar. 2021. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/colunas/coluna-entendendo-bolsonaro/2021/03/24/1-ano-depois-teses-do-discurso-da-gripezinha-prosperam-junto-a-bolsonaro.htm>>. Acesso em: 23 ago. 2022.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015 [1990].

BUTLER, Judith. Inversões sexuais. In: PASSOS, Izabel Friche (Org.). **Poder, normalização e violência: incursões foucaultianas para a atualidade**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009 [1996]. p.91-108.

BUTLER, Judith. **Excitable speech: a politics of the performative**. New York: Routledge, 1997.

BUTLER, Judith. **Desfazendo gênero**. São Paulo: Editora Unesp, 2022 [2004].

BUTTURI JUNIOR, Atilio. **A passividade e o fantasma: o discurso monossexual no Brasil**. 280f. Tese (Doutorado em Linguística) – Programa de Pós-Graduação em Linguística, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2012.

BUTTURI JUNIOR, Atilio. As formas de subjetividade e o dispositivo da aids no Brasil contemporâneo: disciplinas, biopolítica e fármakon. In: AQUINO, Ivânia Campigotto et al. (Orgs.). **Língua, literatura, cultura e identidade: entrelaçando conceitos**. Passo Fundo: Editora da Universidade de Passo Fundo, 2016. p.59-78.

BUTTURI JUNIOR, Atilio. O hiv, o ciborgue, o tecnobiodiscursivo. In: **Trabalhos em Linguística Aplicada**, v.58, p.637-657, maio/ago. 2019.

BUTTURI JUNIOR, Atilio. Biopolítica, asfixia e pandemias no Brasil: sobre a aids e a Covid-19. In: **Linguagem**, São Carlos, v.35, set. 2020, p.98-118, 2020.

BUTTURI JUNIOR, Atilio. A soropositividade e o perigo homossexual: a economia biopolítica do discurso de Jair Bolsonaro. In: **Caderno de Letras**, Pelotas, n.41, set-dez 2021, p.51-67, 2021.

BUTTURI JUNIOR, Atilio. A varíola dos macacos e os aquários. **PODER360**. Publicado em: 3 ago. 2022. 2022a. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/opinia0/a-variola-dos-macacos-e-os-aquarios/>>. Acesso em: 19 jun. 2023.

BUTTURI JUNIOR, Atilio. A *PrEP*, o perigo, o *Viagra*: uma leitura neomaterialista dos discursos sobre a anormalização das sexualidades. In: BUTTURI JUNIOR, Atilio et al. (Orgs.). **Pandemias discursivas**. Campinas: Pontes, 2022b. p.115-135.

BUTTURI JUNIOR, Atilio. Sobre viados, *raw sex* e hiv. In: BUTTURI JUNIOR, Atilio et al. (Orgs.). **Vidas precárias, vidas inventadas**. Campinas: Pontes, 2023. p.143-168.

BUTTURI JUNIOR, Atilio; LARA, Camila de Almeida. O dispositivo crônico da aids e os discursos da positividade: uma análise dos enunciados de mulheres brasileiras e portuguesas. In: **Revista da Anpoll**, Florianópolis, v.53, n.2, maio-ago. 2022, p.229-249, 2022.

BUTTURI JUNIOR, Atilio; CAMOZZATO, Nathalia Muller; LARA, Camila de Almeida. Tecnologia, corpo, discurso: uma proposta neomaterialista dos dispositivos para pessoas que vivem com hiv. In: ROHLING, Nívea; SILVEIRA, Ana Paula Pinheiro da; REMENCHE, Maria de Lourdes Rossi (Orgs.). **Discursos, letramentos e tecnologias**: reflexões sobre saberes e práticas. São Paulo: Pedro & João Editores, 2024, p.35-61.

BUTTURI JUNIOR, Atilio. **O tempo, a cronicidade, o risco**: intra-ações e resistências distribuídas na vida com hiv. 2024 [no prelo].

CAMARGO JR., Kenneth R. de. **As ciências da AIDS e a AIDS das ciências**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS; UERJ, 1994.

CAMOZZATO, Nathalia Muller. **Vozes gênero-dissonantes**: uma cartografia pós-humanista. 257f. Tese (Doutorado em Linguística) – Programa de Pós-Graduação em Linguística, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2022.

CANNALE, Felipe. Truvada: O Medicamento que Pode Revolucionar a História da AIDS e Está Causando Processos Contra o SUS. **Vice Brasil**. Publicado em: 25 maio 2015. Disponível em: <<https://www.vice.com/pt/article/wne4jy/truvada-o-medicamento-que-pode-revolucionar-a-historia-da-aids-e-esta-causando-processos-contra-o-sus>>. Acesso em: 18 maio 2023.

CAPONI, Sandra. O DSM-V como dispositivo de segurança. In: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.24, n.3, 2014, p.741-763.

CAPONI, Sandra. **Uma sala tranquila**: neurolépticos para uma biopolítica da indiferença. 1. ed. São Paulo: Libers Ars, 2019.

CARRARA, Sérgio. Tributo a vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

CARRARA, Sérgio. Estratégias anticoloniais: sífilis, raça e identidade nacional no Brasil do entre-guerras. In: HOCHMAN, G.; ARMUS, D. (Orgs.). **Cuidar, controlar, curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p.426-453.

CARVALHO, Sergio Resende; AMSTRONG, David. Clínica Médica, Saúde Pública e subjetividade: conversas com David Amstrong. In: **Interface**, vol.20, n.57, 2016, p.497-508.

CARR, Andrew et al. A syndrome of lipoatrophy, lactic acidemia and liver dysfunction associated with HIV nucleoside analogue therapy: contribution to protease inhibitor-related lipodystrophy syndrome. In: **AIDS**, v.14, n.3, 2000, p.25-32.

CASTRO, Yasmin. Entenda o protocolo pioneiro que usa anestésico para diminuir dor da Benzetacil em tratamentos de sífilis. **G1 Campinas e região**. Publicado em: 12 nov. 2023. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2023/11/12/entenda-protocolo-pioneiro-que-usa-anestesico-para-diminuir-dor-da-benzetacil-em-tratamentos-de-sifilis.ghtml>>. Acesso em: 9 jul. 2024.

CAVALCANTI, Céu; BARBOSA, Roberta Brasilino; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho. Os Tentáculos da Tarântula: Abjeção e Necropolítica em Operações Policiais a Travestir no Brasil Pós-redemocratização. In: **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.38, n.2, 2018, p. 175-191.

CDC. Public Health Service Guidelines for the Management of Health-Care Worker Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. In: **MMWR**, v.47, 15 maio 1998, p.1-33.

CDC. **New guidelines recommend daily HIV prevention pill for those at substantial risk**. Publicado em: 12 maio 2014. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/2014/PrEP-Guidelines-Press-Release.html>>. Acesso em: 21 maio 2023.

CDC. **CDC Statement on FDA Approval of Drug for HIV Prevention**. Publicado em: 16 jul. 2012. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/2012/fda-approvesdrugstatement.html#print>>. Acesso em: 20 maio de 2023.

CESPEDES, Michelle et al. Proactive strategies to optimize engagement of Black, Hispanic/Latinx, transgender, and nonbinary individuals in a trial of a novel agent for HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP). In: **PLOS ONE**, 3 jun. 2022, p.1-12.

CHAVES, Gabriela Costa; HASENCLEVER, Lia; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora. Redução de preço de medicamento em situação de monopólio no Sistema Único de Saúde: o caso do Tenofovir. In: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.28, 2018, p.1-26.

CLATTS, M. C.; GOLDSAMT, L. A.; YI, H. An emerging HIV risk environment: a preliminary epidemiological profile of an MSM POZ Party in New York City. In: **Sex Transm Infect**, v.81, 2005, p.373-376.

COHEN, Jon. HIV Treatment as Prevention. Breakthrough Of The Year. In: **Science**, v.334, dez.2011, p.1628, 2011.

COHEN, Myron S. et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. In: **The New England Journal of Medicine**, 2011, v.365, n.6, 11 ago. 2011, p.493-505, 2011.

CONITEC. **Relatório de recomendação – Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

COITINHO FILHO, Ricardo Andrade. “Não é só um comprimido!”: conflitos, moralidades e a gestão de um “saber” sobre viver com HIV/Aids indetectável. In: **rev. antropol. (São Paulo, Online)**, USP, v.66, 2023, p.1-23.

COLLIER, Stephen J. Topologias de poder: a análise de Foucault sobre o governo político para além da “governamentalidade”. In: **Revista Brasileira de Ciência Política**, n.5, 2011 [2009], p.245-284.

CONNOR, Edward M. et al. Reduction of maternal–infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. In: **The New England Journal of Medicine**, 1994, v.331, n.18, 3 nov. 1994, p.1173-1180.

CUNHA, Claudia Carneiro da. **“Jovens Vivendo” com HIV/aids**: (Con)formação de sujeitos em meio a um embaraço. 296 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 2011.

CUNHA, Claudia Carneiro da. Os muitos reveses de uma “sexualidade soropositiva”: o caso dos jovens vivendo com HIV/Aids. In: **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, n.10, p.70-99, abr. 2012.

DANIEL, Herbert. **Vida antes da morte**. 3. ed. Rio de Janeiro: ABIA, 2018 [1989].

DANIEL, Hebert. O primeiro AZT a gente nunca esquece. In: PARKER, Richard; DANIEL, Hebert. **Aids, a terceira epidemia**: ensaios e tentativas. 2. ed. Rio de Janeiro: ABIA, 2018a [1990].

DANIEL, Hebert. AIDS no Brasil: a falência dos modelos. In: PARKER, Richard; DANIEL, Hebert. **Aids, a terceira epidemia**: ensaios e tentativas. 2. ed. Rio de Janeiro: ABIA, 2018b [1990].

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016 [2009].

DEAN, Tim. **Unlimited Intimacy**: Reflections on the Subculture of Barebacking. Chicago: University of Chicago Press, 2009.

DEAN, Tim. Mediated intimacies: Raw sex, Truvada, and the biopolitics of chemoprophylaxis. In: **Sexualities**, v.18, 2015, p.224-246.

DELANY-MORETLWE, Sinead et al. Cabotegravir for the prevention of HIV-1 in women: results from HPTN 084, a phase 3, randomised clinical trial. In: **The Lancet**, v.399, 7 maio 2022, p.1779-1789.

DELEUZE, Gilles. Que és un dispositivo? In: BALIBAR, Étienne; DREYFUS, Hubert; DELEUZE, Gilles. et al. In: **Michel Foucault**, filósofo. Barcelona, Espanha: Gedisa, 1990. p.155-163.

DELEUZE, Gilles. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: DELEUZE, Gilles. **Conversações**, 1972-1990. São Paulo: Ed. 34, 2008 [1990], p.219-226.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia**, vol. 3. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996 [1980].

DERRIDA, Jacques. **Limited Inc**. Campinas, SP: Papyrus, 1991 [1972].

DERRIDA, Jacques. **O animal que logo sou (A seguir)**. São Paulo: Editora UNESP, 2002 [1999].

DOMINGO, Pere *et al.* Fat Redistribution Syndromes Associated with HIV-1 Infection and Combination Antiretroviral Therapy. In: **AIDS Rev.**,v.14, 2012, p.112-123.

DORON, Claude-Olivier. O espaço da psiquiatria nos dispositivos de segurança na França. In: **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 15, n. 107, p. 7-28, ago./dez. 2014, 2014.

DREZZET, Jefferson *et al.* Estudo da Adesão à Quimioprofilaxia Anti-retroviral para a Infecção por HIV em Mulheres Sexualmente Vitimadas. In: **RBGO**, v.21, n.9, 1999, p.539-544.

DURAN, David. Truvada whores? **Huffpost**. Publicado em: 12 nov. 2012. Disponível em: <[https://www.huffpost.com/entry/truvada-whores\\_b\\_2113588](https://www.huffpost.com/entry/truvada-whores_b_2113588)>. Acesso em: 9 jun. 2023.

DURAN, David. An Evolved Opinion on Truvada. **Huffpost**. Publicado em: 27 mar. 2014. Disponível em: <[https://www.huffpost.com/entry/truvadawhore-an-evolved-o\\_b\\_5030285](https://www.huffpost.com/entry/truvadawhore-an-evolved-o_b_5030285)>. Acesso em: 9 jun. 2023.

DUQUE, Tiago. **Gêneros incríveis: identificação, diferenciação e reconhecimento no ato de passar por.** 2013. 198f. (Tese – Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2013.

ESCOFFIER, Jeffrey. The Invention of Safer Sex: Vernacular Knowledge, Gay Politics and HIV Prevention. In: **Berkeley Journal of Sociology**, v.43, 1999, p.1-30.

FAUSTO, Juliana. **A cosmopolítica dos animais.** São Paulo: n-1 edições, 2020.

FERNANDES, Júlio. Constituição proibirá venda de sangue. **Jornal do Brasil**. Publicado em: set. 1988. Disponível em: <[https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/104689/1988\\_01%20a%2005%20de%20Setembro\\_%20022a.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/104689/1988_01%20a%2005%20de%20Setembro_%20022a.pdf?sequence=3&isAllowed=y)>. Acesso em: 15 mar. 2023.

FERREIRA, Diego Diz. **Entre o risco e o prazer: uma cartografia dos afetos de homens gays cisgêneros usuários da profilaxia pré exposição ao hiv (PrEP).** 286 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2023.

FILGUEIRAS, Sandra Lúcia; MAKSUD, Ivia. Da política à prática da profilaxia pós-exposição sexual ao HIV no SUS: sobre risco, comportamentos e vulnerabilidades. In: **Sexualidade, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, n.30, dez. 2018, p.282-304.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem volume 2 – Infecções sexualmente transmissíveis e outras doenças transmissíveis de interesse em saúde coletiva (dengue/tuberculose)**. Publicado em: 2020. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/PROTOCOLO%20%20SMS%20ATUALIZADO.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2023.

FOAESP. **GT Chemsex**: grupo de trabalho discute sexo químico, uso de drogas com a finalidade específica de fazer sexo. Publicado em: 25 nov. 2021. Disponível em: <<https://www.forumaidssp.org.br/noticia.php?id=480%3E-chemsex-grupo-de-trabalho-discute-sexo-quimico-uso-de-drogas-com-a-finalidade-especifica-de-fazer-sexo>>. Acesso em: 18 out. 2023.

FONNER, Virginia A. Effectiveness and safety of oral HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) for all populations: A systematic review and meta-analysis. In: **AIDS**, jul. 2016, p.1973-1983.

FOUCAULT, Michel. As heterotopias. In: FOUCAULT, Michel. **O corpo utópico, as heterotopias**. São Paulo: n-1 edições, 2013b [1966]. p.19-30.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015 [1969].

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 22. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2021 [1970].

FOUCAULT, Michel. **Power/Knowledge**: Select Interviews and Other Writings 1972-1977. Nova Iorque: Pantheon Books, 1980 [1972-1977].

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2013 [1973].

FOUCAULT, Michel. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão...**: um caso de parricídio do século XIX apresentado por Michel Foucault. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2013 [1973].

FOUCAULT, Michel. Crise da medicina ou crise da antimedicina. In: **Verve**, São Paulo, n.18, out. 2010, p.167-194, 2010 [1974].

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**: curso no Collège de France (1973-1974). 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006 [1973-1974].

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 42. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014 [1975].

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010 [1974-1975].

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010 [1975-1976].

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1**: A vontade de saber. 1. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014 [1976].

FOUCAULT, Michel. **Sobre a história da sexualidade**. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015 [1977]. p.363-406.

FOUCAULT, Michel. The Gay Science. In: **Critical Inquiry**, vol.37. n.3, 2011 [1978], p.385-403.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**: curso no Collège de France (1978-1979). 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008 [1978-1979].

FOUCAULT, Michel. **Malfazer, dizer verdadeiro**: função da confissão em juízo – curso em Louvain, 1981. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2018 [1981].

FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006 [1982].

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 2**: o uso dos prazeres. 1. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014a [1984].

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 3**: o cuidado de si. 1. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014b [1984].

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 4**: as confissões da carne. 1. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2020 [2018].

FRETTA, Júlia Ghislandi. **Perfil sociodemográfico, clínico e comportamental dos indivíduos participantes do programa de profilaxia pré-exposição do município de Florianópolis-SC**. 17 f. Trabalho de conclusão de curso – Medicina, Universidade do Sul Santa Catarina (Unisul), 2019.

GARCIA, Janaina. Brasil não cumpre metas da ONU sobre HIV; teor de campanhas pode explicar. **VivaBem UOL**. Publicado em: 8 dez. 2020. Disponível em: <<https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/12/08/brasil-nao-cumpre-metas-da-onu-sobre-hiv-teor-de-campanhas-pode-explicar.htm>>. Acesso em: 7 maio 2023.

GILL, K. et al. Acceptability, safety, and patterns of use of oral tenofovir disoproxil fumarate and emtricitabine for HIV pre-exposure prophylaxis in South African adolescents: an open-label singlearm phase 2 trial. In: **Lancet Child Adolesc Health**, v.4, 2020, p.875-883.

GLAZEK, Christopher. Why Is No One On the First Treatment To Prevent H.I.V.?. **The New Yorker**. Publicado em: 30 set. 2013. Disponível em: <<https://www.newyorker.com/tech/annals-of-technology/why-is-no-one-on-the-first-treatment-to-prevent-h-i-v>>. Acesso em: 21 maio 2023.

GOMES, Pedro Henrique. Brasil tem de deixar de ser “país de maricas” e enfrentar a pandemia “de peito aberto”, diz Bolsonaro. **G1**. Publicado em: 10 nov. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/11/10/bolsonaro-diz-que-brasil-tem-de-deixar-de-ser-pais-de-maricas-e-enfrentar-pandemia-de-peito-aberto.ghtml>>. Acesso em: 23 ago. 2022.

GRANT, Robert M. et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. In: **The New England Journal of Medicine**, v.363, n.27, 30 dez. 2010, p.2587-2599.

GRANT, Robert M. et al. Uptake of pre-exposure prophylaxis, sexual practices, and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men: a cohort study. In: **Lancet Infect Dis**, v.14, set. 2014, p.820-829.

GRINSZTEJN, Beatriz et al. Retention, engagement, and adherence to pre-exposure prophylaxis for men who have sex with men and transgender women in PrEP Brasil: 48 week results of a demonstration study. In: **The Lancet**, fev. 2018, p.1-11.

GUIMARÃES, Marclei da Silva. Sobre a criminalização da transmissão do HIV no Brasil. **ABIA**. Publicado em: 8 nov. 2016. Disponível em: <<https://abi aids.org.br/sobre-criminalizacao-da-transmissao-do-hiv-no-brasil/29572>>. Acesso em: 22 fev. 2023.

GUZMAN, R. et al. Communication of HIV viral load to guide sexual risk decisions with serodiscordant partners among San Francisco men who have sex with men. In: **AIDS Care**, nov. 2006, p.983-989.

**G1. 260 mil brasileiros sabem que têm HIV e não de tratam, diz ministério.** Publicado em: 30 nov. 2016. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/noticia/mais-de-110-mil-brasileiros-sabem-que-tem-hiv-e-nao-se-tratam.ghtml>>. Acesso em: 12 abr. 2023.

**G1. Varíola dos macacos:** OMS aconselha homens que fazem sexo com homens a “no momento, reduzir número de parceiros”. Publicado em: 27 jul. 2022. Disponível em: <<https://g1.globo.com/saude/noticia/2022/07/27/homens-sexo-homens-oms-variola-macacos.ghtml>>. Acesso em: 22 ago. 2022.

**G1 RIO PRETO E ARAÇATUBA. Polícia abre inquérito para apurar intoxicação e morte de macacos na região de Rio Preto.** Publicado em: 10 ago. 2022. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-jose-do-rio-preto-araçatuba/noticia/2022/08/10/policia-abre-inquerito-para-apurar-intoxicacao-e-morte-de-macacos-na-regiao-de-rio-preto.ghtml>>. Acesso em: 27 ago. 2022.

HALPERIN, David M. **What do gay men want?:** an essay on sex, risk, and subjectivity. Ann Arbor: The University of Michigan Press, 2007.

HARAWAY, Donna. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: TADEU, Tomaz (Org.). **Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013 [1985]. p.33-118.

HENRY, Keith et al. Concurrent Zidovudine Levels in Semen and Serum Determined by Radioimmunoassay in Patients with AIDS or AIDS-Related Complex. In: **JAMA**, 1988, p.3023-3026.

HOSEK, Sybil G. et al. Safety and Feasibility of Antiretroviral Preexposure Prophylaxis for Adolescent Men Who Have Sex With Men Aged 15 to 17 Years in the United States. In: **JAMA Pediatrics**, 2017, p.E1-E9.

KAPLAN, Rachel L., SEVELIUS, Jae; RIBEIRO, Kira. In the name of brevity: The problem with binary HIV risk categories. In: **Global Public Health**, 2016, p.1-12.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2019: orientação sexual autoidentificada da população adulta**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2019: acidentes, violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

ISTOÉ. **Bolsonaro sobre a vacina da Pfizer: “Se você virar um jacaré, é problema seu”**. Publicado em: 18 dez. 2020. Disponível em: <<https://istoe.com.br/bolsonaro-sobre-vacina-de-pfizer-se-voce- virar-um-jacare-e-problema-de-voce/>>. Acesso em: 23 ago. 2022.

KERR, Ligia R. F. S. et al. HIV among MSM in a large middle-income country. In: **AIDS**, v.27, n.3, p.427-435, 2013.

KERR, Ligia R. F. S. et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of 2nd national survey using respondent-driving sampling. In: **Medicine**, v.97, p.S10-S15, 2018.

KNAUTH, Daniela Riva et al. O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. In: **Cad. Saúde Pública**, vol.36, n.6, p.1-11, 2020.

KOETHE, John R. et al. **HIV and antiretroviral therapy – related fat alterations**. Publicado em: 18 jun. 2020. Disponível em: <[https://www.nature.com/articles/s41572-020-0181-1#:~:text=Early%20in%20the%20HIV%20epidemic,PLWH\)%20receiving%20combination%20antiretroviral%20therapy.](https://www.nature.com/articles/s41572-020-0181-1#:~:text=Early%20in%20the%20HIV%20epidemic,PLWH)%20receiving%20combination%20antiretroviral%20therapy.)>. Acesso em: 2 jul. 2024.

KÖRNER, H; HENDRY, O.; KIPPAX, S. Safe sex after post-exposure prophylaxis for HIV: Intentions, challenges and ambivalences in narratives of gay men. In: **AIDS Care**, v.18, n.8, nov. 2006, p.879-887.

LAFONTAN, Max; BERLAN, Michel. Do regional differences in adipocyte biology provide new pathophysiological insights? In: **Trends Pharmacol Sci**, v.24, 2003, p.276-283.

LANDOVITZ, R. J. et al. Cabotegravir for HIV Prevention in Cisgender Men and Transgender Women. In: **The New England Journal of Medicine**, v.385, n.7, 12 ago. 2021, p.595-608.

LARA, Camila de Almeida. **As narrativas de mulheres que vivem com hiv e a produção de subjetividades**: entre as estratégias de prevenção e as práticas de si. 291 f. Tese (Doutorado em Linguística) – Centro de Comunicação e Expressão, Programa de Pós-graduação em Linguística, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2022.

LAZZARATO, Maurizio. **Fascismo ou revolução?** O neoliberalismo em chave estratégica. São Paulo: n-1 edições, 2019.

LEE, Nathan. Becoming-Undetectable. **e-flux Journal**. Publicado em: 15 abr. 2013. Disponível em: < <https://www.e-flux.com/journal/44/60170/becoming-undetectable/> >. Acesso em: 16 out. 2023.

LEITE, Juliana. Bolsonaro insinua que quem se vacinar contra a monkeypox é gay. **Terra**. Publicado em: 9. ago. 2022. Disponível em: <<https://www.terra.com.br/nos/bolsonaro-insinua-que-quem-se-vacinar-contra-monkeypox-e-gay,92b8014c3d0ac1448d299df0b356b9a24x46yzp3.html>>. Acesso em: 23 ago. 2022.

LEMKE, Thomas. **The government of things**: Foucault and the New Materialisms. Nova Iorque: New York University Press, 2021.

LISBOA, Daniel. Chemsex: jovens usam droga para ‘turbinar’ sexo e testar limites do corpo. **TAB UOL**. Publicado em: 30 jun. 2021. Disponível em: <<https://tab.uol.com.br/noticias/redacao/2021/06/30/brasileiros-usam-drogas-para-turbinar-sexo-e-testar-limites-do-corpo.htm>>. Acesso em: 14 maio 2023.

LOGO. **Revisiting “Truvada whore”, three years later**. Publicado em: 24 fev. 2016. Disponível em: <<https://www.logotv.com/news/z8pdy1/revisiting-truvada-whore-three-years-later>>. Acesso em: 9 jun. 2023.

LOPES, Léo. OMS declara emergência de saúde global para varíola dos macacos. **CNN BRASIL**. Publicado em: 23 jul. 2022. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/oms-declara-emergencia-de-saude-global-para-variola-dos-macacos/>>. Acesso em: 22 ago. 2022.

MACIEL, João Paulo Sousa. **Sigilo médico em casos de pessoas vivendo com HIV/aids e carga viral indetectável**: a obsolescência do motivo justo. 65 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Direito), Faculdade de Direito, Universidade de Brasília (UnB), 2019.

MAHONEY, John F.; ARNOLD, R. C. Penicillin Treatment of Early Syphilis. In: **American Journal of Public Health**, v.33, n.12, 1943, p.1387-1391.

MAJANDER, Kerttu et al. **Redefining the treponemal history through pre-Columbian genomes from Brazil**. Publicado em: 24 jan. 2024. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41586-023-06965-x>>. Acesso em: 13 jul. 2024.

MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M.; NETTER, Thomas W. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

MARCHESINI, Lucas. Além de Viagra, Defesa compra também remédio para calvície. Coluna Guilherme Amado. **METRÓPOLES**. Publicado em: 11 abr. 2022. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/colunas/guilherme-amado/alem-de-viagra-defesa-compra-tambem-remedio-para-calvicie>>. Acesso em: 23 ago. 2022.

MARCUS, Julia L. et al. No Evidence of Sexual Risk Compensation in the iPrEx Trial of Daily Oral HIV Preexposure Prophylaxis. In: **PLOS ONE**, v.8, dez. 2013, p.1-8.

MARONNA, Cristiano Avila. Traficando informação: o caso “Baladaboa” e os processos de criminalização da Redução de Danos. In: **Revista Bis**, vol. 21, n.2, 2020, p.192-201.

MARTIN, Jeffrey N. et al. Use of postexposure prophylaxis against HIV infection following sexual exposure does not lead to increases in high-risk behavior. In: **AIDS**, v.18, n.5, 2004, p.787-792.

MASSA, Viviane Coutinho; GRANGEIRO, Alexandre; COUTO, Marcia Thereza. Profissionais da saúde frente a homens jovens que buscam profilaxia pós-exposição sexual ao HIV (PEPSexual): desafios para o cuidado. In: **Interface (Botucatu)**, 2021, p.1-16.

MCCASKER, Toby. A Porn Director Stirred Up Controversy by Making a Movie Centered Around HIV. **Vice**. Publicado em: 12 maio 2014. Disponível em: <<https://www.vice.com/en/article/yvqbgm/director-paul-morris-believes-hiv-should-be-part-of-gay-porn>>. Acesso em: 15 jul. 2024.

MELLIS, Fernando. Varíola do macaco “está mais perto do que você imagina”, diz homem com a doença internado em SP. **R7**. Publicado em: 19 ago. 2022. Disponível em: <<https://noticias.r7.com/saude/variola-do-macaco-esta-mais-perto-do-que-voce-imagina-diz-homem-com-a-doenca-internado-em-sp-19082022>>. Acesso em: 27 ago. 2022.

MELLO, Patrícia Campos. **A máquina do ódio**: notas de uma repórter sobre fake news e violência digital. 1. ed. São Paulo, Companhia das Letras, 2020.

MESQUITA, Fábio. **Aids entre usuários de drogas injetáveis na última década do século XX, na região metropolitana de Santos, Estado de São Paulo – Brasil**. 191 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2001.

MESQUITA, Fábio. Redução de danos. In: **Revista Bis**, vol. 21, n.2, 2020, p.10-17.

MILLER, Kirk D. et al. Visceral abdominal-fat accumulation associated with use of indinavir. In: **The Lancet**, v.351, 1998, p.871-875.

MIMIAGA, Matthew J. et al. Men Who Have Sex With Men: Perceptions About Sexual Risk, HIV and Sexually Transmitted Disease Testing, and Provider Communication. In: **Sexually Transmitted Diseases**, v.34, n.2, 2007, p.113-119.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Municípios catarinenses integrantes da Cooperação Interfederativa com o Ministério da Saúde aderem à Declaração de Paris**. Publicado em: 18 jun. 2018. Disponível em: <<http://antigo.aids.gov.br/pt-br/noticias/santa-catarina-adere-declaracao-de-paris>>. Acesso em: 7 maio 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NOTA INFORMATIVA Nº 5/2019-.DIAHV/SVS/MS**. Publicado em: 14 maio 2019. Disponível em: <[https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/notas-informativas/2019/nota\\_informativa\\_5\\_2019\\_diahv\\_svs\\_ms\\_informa\\_sobre\\_o\\_conceito\\_do\\_termo\\_indetectavel.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/notas-informativas/2019/nota_informativa_5_2019_diahv_svs_ms_informa_sobre_o_conceito_do_termo_indetectavel.pdf)>. Acesso em: 19 abr. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Casos de Aids diminuem no Brasil**. Publicado em: 1 dez. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/noticias/2022/maio/casos-de-aids-diminuem-no-brasil>>. Acesso em: 12 abr. 2023.

MITJAVILA, Myriam. O risco como recurso para a arbitragem social. In: **Tempo Social**, v.14, n.2, 2002, p.129-145.

MOLINA, Jean-Michel et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. In: **The New England Journal of Medicine**, v.373, n.23, 2015, p.2237-2246.

MOLINA, Jean-Michel et al. Post-exposure prophylaxis with doxycycline to prevent sexually transmitted infections in men who have sex with men: an open-label randomised substudy of the ANRS IPERGAY trial. In: **The Lancet**, 8 dez. 2017, p.1-10.

MOLINA, Jean-Michel et al. Incidence of HIV-infection with daily or on-demand PrEP with TDF/FTC in Paris area. Update from the ANRS Prévenir Study. In: **22th International AIDS Conference Amsterdam**, jul. 2018.

MOLINA, Jean-Michel et al. Daily and on-demand HIV pre-exposure prophylaxis with emtricitabine and tenofovir disoproxil (ANRS PREVENIR): a prospective observational cohort study. In: **Lancet HIV**, v.9, n.8, 2022, e-554-562.

NASCIMENTO, Rafael. Operação Tarântula: perseguição a trans e travestis completa 35 anos. **ig Queer**. Publicado em: 27 fev. 2023. Disponível em: <https://queer.ig.com.br/2023-02-27/operacao-tarantula--perseguiçao-a-pessoas-trans-e-travestis-completa-35-anos.html>. Acesso em: 2 jun. 2024.

NEGRI, Antonio. De onde viemos? A origem. In: MARINO, Mario. **Quando e como li Foucault**. São Paulo: n-1 edições, 2016 [2012]. p.181-196.

NUNES, Rodrigo. **Do transe à vertigem**: ensaios sobre o bolsonarismo e um mundo em transição. São Paulo: Ubu Editora, 2022.

OLIVEIRA, Psi Bruja Garcia de. **“HIV NÃO É CRIME”**: processos de subjetivação de pessoas vivendo com HIV/Aids, disputas políticas contemporâneas e estratégias de sobrevivência. 249 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de Antropologia, Universidade de São Paulo (USP), 2022.

ORTEGA, Francisco. **O corpo incerto**: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: alternativas à política global de “guerra às drogas”. In: **Psicologia & Sociedade**, vol.23, n.1, 2011. p.154-162.

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

PEREIRA, Carla Rocha; MONTEIRO, Simone Souza. A criminalização da transmissão do HIV no Brasil: avanços, retrocessos e lacunas. In: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2015, p.1185-1205.

PERLONGHER, Néstor. Disciplinar os poros e as paixões. In: **Lua Nova**, vol.2, n.3, p.35-37, 1985a.

PERLONGHER, Néstor. AIDS. **Folha de São Paulo**. Primeira Leitura. Caderno Ilustrada. Ano 65, n.20.562, 1985b, p.34-35.

PERLONGHER, Néstor. **O que é AIDS**. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987a.

PERLONGHER, Néstor. **O negócio do michê**: prostituição viril em São Paulo. São Paulo: Brasiliense, 1987b.

PERLONGHER, Néstor. A ordem dos corpos. **Folha de São Paulo**. Opinião. Ano 67, n.21.143, 1987c, n.p.

PERLONGHER, Néstor. Microfascismo e violência institucional. **Folha de São Paulo**. Cidades. Ano 67, n.21.422, 1987d, p.20.

PERLONGHER, Néstor. O desaparecimento da homossexualidade. In: **SaúdeLoucura**, n.3, p.39-45, 1991.

PIMENTA, Guilherme. Duda Salabert recebe novas ameaças de morte e conteúdos preconceituosos no gabinete da Câmara de BH. **G1 Minas**. Publicado em: 17 ago. 2022. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mg/minas->

[gerais/noticia/2022/08/17/duda-salabert-recebe-novas-ameacas-de-morte-e-conteudos-preconceituosos-no-gabinete-da-camara-de-bh.ghtml](https://gerais/noticia/2022/08/17/duda-salabert-recebe-novas-ameacas-de-morte-e-conteudos-preconceituosos-no-gabinete-da-camara-de-bh.ghtml)>. Acesso em: 27 ago. 2022.

PINHEIRO, João. **É realmente inacreditável a minha capacidade de contrair qualquer dessas malezas modernas [...]**. Publicado em: 12 ago. 2022. Twitter: @joaotweep. Disponível em: <<https://twitter.com/joaotweep/status/1558172266617344000>>. Acesso em: 27 ago. 2022.

POLIDORO, Maurício et. al. O panorama atual da estratégia profilaxia pré-exposição (PrEP) e os caminhos possíveis para a busca da equidade em saúde. In: **Saúde & Transformação Social**, v.11, n.1, Florianópolis, p.1-11, 2020.

POLIZZI, Valéria Piassa. **Depois daquela viagem**. 14. ed. São Paulo: Ática, 2021 [1997]).

POMPEIA, Caio. **Formação política do agronegócio**. São Paulo: Elefante, 2021.

PRECIADO, Paul B. **Manifesto contrassexual**. São Paulo: n-1 edições, 2014 [2004].

PRECIADO, Paul B. **Testo junkie**. São Paulo: n-1 edições, 2018 [2008].

PRECIADO, Paul B. Preservativos químicos. In: PRECIADO, Paul B. **Um apartamento em Urano: crônicas da travessia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2020 [2015], p.161-164.

PRECIADO, Paul B. **Pornotopia: Playboy e a invenção da sexualidade multimídia**. 2. ed. São Paulo: n-1 edições, 2022 [2010].

RACE, Kane. **Pleasure consuming medicine: the queer politics of drugs**. Nova Iorque: Duke University Press, 2009.

RACE, Kane. Engaging in a Culture of Barebacking: Gay Men and the Risk of HIV Prevention. In: Davis, Mark; SQUIRE, Corinne. **HIV Treatment and Prevention Technologies in International Perspective**. Nova Iorque: Palgrave Macmillan, 2010, p.144-166.

RACE, Kane. Reluctant Objects: Sexual Pleasure as a Problem for HIV Biomedical Prevention. In: **GLQ – A Journal of Lesbians and Gays Studies**, 2015, p.1-31.

ROBBINS, Rebecca; STOLBERG, Sheryl Gay. How a Drugmaker Profited by Slow-Walking a Promising H.I.V. Therapy. **The New York Times**. Publicado em: 22 jul. 2023. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2023/07/22/business/gilead-hiv-drug-tenofovir.html>. Acesso em: 25 set. 2023.

ROCHA, Camila. **Menos Marx, mais Mises: o liberalismo e a nova direita no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Todavia, 2021.

ROLLESTON, Humphry D. et al. **Rolleston Report**. Departmental Committee on Morphine and Heroin Addiction. Disponível em: <<http://www.druglibrary.stir.ac.uk/files/2017/05/rolleston.pdf>> Acesso em: 5 mar. 2023.

RODGER, Alison J. et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. In: **JAMA**, 2016, p.171-181.

RODGER, Alison J. et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. In: **Lancet**, v.393, jun.2019, p.2428-2438.

ROSSINI, Maria Clara. Antes do SUS, o sangue era comercializado no Brasil. **Superinteressante**. Publicado em: 30 out. 2020. Disponível em: <<https://super.abril.com.br/saude/antes-do-sus-o-sangue-era-comercializado-no-brasil/>>. Acesso em: 15 mar. 2023.

RUBIN, Gayle. O tráfico de mulheres: notas sobre a “economia política” do sexo. In: RUBIN, Gayle. **Políticas do sexo**. São Paulo: Ubu Editora, 2017 [1975].

RUBIN, Gayle. Pensando o sexo: notas para uma teoria radical da política da sexualidade. In: RUBIN, Gayle. **Políticas do sexo**. São Paulo: Ubu Editora, 2017 [1982].

SAINT-MARC, Thierry et al. A syndrome of peripheral fat wasting (lipodystrophy) in patients receiving long-term nucleoside analogue therapy. In: **AIDS**, v.13, n.13, 1999, p.1659-1667.

SCHECHTER, Mauro et al. Behavioral Impact, Acceptability, and HIV Incidence Among Homosexual Men With Access to Postexposure Chemoprophylaxis for HIV. In: **JAIDS**, v.35, n.5, abr. 2004, p.519-525.

SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. In: **Educação & Realidade**, Porto Alegre, vol. 20, n. 2, jul./dez. 1995 [1986], p.71-79.

SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à AIDS. In: BASTHI, Angelica; PARKER, Richard; TERTO JR, Veriano (Orgs.). **Mito vs Realidade**. Rio de Janeiro: ABIA, 2016, p.22-32.

SFAF. **From Bleachman to Douchie**. Publicado em: 31 ago. 2022. Disponível em: <<https://www.sfaf.org/collections/status/from-bleachman-to-douchie/>>. Acesso em: 3 mar. 2023.

SILVA, Luís Augusto Vasconcelos da; DUARTE, Filipe Mateus; LIMA, Mônica. “Modelo matemático para uma coisa que não é matemática”: narrativas de médicos/as infectologistas sobre carga viral indetectável e intransmissibilidade do HIV. In: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.30, 2020, p.1-20.

SILVA, Rodrigo Régis C.; FILGUEIRAS, Carlos A. R. A química e a sífilis: um percurso histórico. In: **Quim. Nova**, v.47, n.3, 2024, p.1-13.

SILVA, Roni Robson da et al. Os impactos do Chemsex na saúde pública mundial: um estudo sobre uma perigosa prática sexual entre homens. In: **saúdecoletiva**, v.9, n.51, 2019, p.1920-1925.

SIMÕES, Júlio Assis. Gerações, mudanças e descontinuidades na experiência social da homossexualidade masculina e da epidemia de HIV-Aids. In: **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, n.29, p.313-339, ago. 2018.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984 [1978].

SONTAG, Susan. **Aids e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SOUSA, Álvaro Francisco Lopes de et al. Prática de *chemsex* entre homens que fazem sexo com homens (HSH) durante período de isolamento social por COVID-19: pesquisa *online* multicêntrica. In: **Cad. Saúde Pública**, v.36, n.12, 2020, p.1-12.

SPERLING, Rhoda S. et al. Maternal viral load, zidovudine treatment, and the risk of transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. In: **The New England Journal of Medicine**, 1996, vol.335, n.22, 28 nov. 1996, p.1621-1629.

STARLING, Heloisa; LAGO, Miguel; BIGNOTTO, Newton. **Linguagem da destruição: a democracia brasileira em crise**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; SILVA, Patrícia Carvalho. **Redução de danos: Ampliação da vida e materialização de direitos**. (Orgs.). E-book. 2019. Disponível em: <<https://www.unifesp.br/campus/san7/images/E-book-Reducao-Danos-versao-final.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2023.

TEIXEIRA, Lucas Borges. Bolsonaro recicla fakes estrangeiras sobre vacinas contra covid e máscaras. **UOL**. Publicado em: 21 out. 2021. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/confere/ultimas-noticias/2021/10/21/bolsonaro-recicla-fakes-estrangeiras-sobre-vacinas-contracovid-e-mascaras.htm>>. Acesso em: 23 ago. 2022.

THE LANCET. **U=U taking off in 2017**. Publicado em: nov. 2017. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(17\)30183-2/fulltext#:~:text=The%20fact%20that%20people%20infected,evidence%20since%20the%20early%202000s.>](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(17)30183-2/fulltext#:~:text=The%20fact%20that%20people%20infected,evidence%20since%20the%20early%202000s.>)>. Acesso em: 17 abr. 2023.

TOKARS, Jerome I. et al. Surveillance of HIV Infection and Zidovudine Use among Health Care Workers after Occupational Exposure to HIV-infected Blood. In: **Annals of Internal Medicine**, v.118, n.12, jul. 1993, p.913-919.

TREICHLER, Paula A. AIDS, homophobia, and biomedical discourse: an epidemic of signification. In: **The MIT Press**, v.43, 1987, p.31-70.

UNAIDS; WHO. **Initiating second generation HIV surveillance systems: practical guidelines.** Geneva: UNAIDS, 2002.

UNAIDS. **Combination HIV prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioural and structural strategies to reduce new HIV infections – a UNAIDS discussion paper.** Geneva: UNAIDS, 2010.

UNAIDS. **Acabar com a epidemia da AIDS: cidades acelerando a resposta para alcançar as metas 90-90-90 até 2020.** Publicado em: 1 dez. 2014. 2014a. Disponível em: <[https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/09/2014\\_12\\_11\\_Declara%C3%A7%C3%A3oParis\\_pt\\_v3.pdf](https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/09/2014_12_11_Declara%C3%A7%C3%A3oParis_pt_v3.pdf)>. Acesso em: 7 maio 2023.

UNAIDS. **Outlook: The Cities Report.** Publicado em: 28 nov. 2014. 2014b. Disponível: <<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/thecitiesreport>>. Acesso em: 7 maio 2023.

UNAIDS. **Profilaxia pré-exposição oral: contextualizando uma nova opção.** Publicado em: 2015. 2015a. Disponível em: <<https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2017/09/Profilaxia-Pr%C3%A9-Exposi%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2023.

UNAIDS. **90-90-90: uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS.** Publicado em: 2015. 2015b. Disponível em: <[https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015\\_11\\_20\\_UNAIDS\\_TRATAMENTO\\_META\\_PT\\_v4\\_GB.pdf](https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf)>. Acesso em: 7 maio 2023.

UNAIDS. **INDETECTÁVEL=INTRANSMISSÍVEL.** Nota explicativa. Publicado em: 20 jul. 2018. 2018a. Disponível em: <<https://unaid.org.br/2018/07/indetectavel-intransmissivel/>>. Acesso em: 17 abr. 2023.

UNAIDS. **SC e outras 12 cidades catarinenses assinam a Declaração de Paris e se comprometem a acabar com a epidemia de AIDS até 2030.** Publicado em: 14 jun. 2018. 2018b. Disponível em: <<https://unaid.org.br/2018/06/sc-e-outras-12-cidades-catarinenses-assinam-a-declaracao-de-paris-e-se-comprometem-a-acabar-com-a-epidemia-de-aids-ate-2030/>>. Acesso em: 7 maio 2023.

UNAIDS. **90-90-90: bom progresso, mas o mundo está longe de atingir as metas de 2020.** Publicado em: 21 set. 2020. Disponível em: <<https://unaid.org.br/2020/09/90-90-90-bom-progresso-mas-o-mundo-esta-longe-de-atingir-as-metas-de-2020/>>. Acesso em: 7 maio 2023.

UNAIDS. **Global AIDS Strategy 2021-2026: end inequalities, end AIDS.** Geneva: UNAIDS, 2021.

UNAIDS. **IN DANGER: UNAIDS Global AIDS Update 2022.** Geneva: UNAIDS, 2022a.

UNAIDS. **Na segunda reunião de 2022, GT UNAIDS reforça a importância da PrEP e do tratamento precoce do HIV.** Publicado em: 28 out. 2022. 2022b. Disponível em: <<https://unaid.org.br/2022/10/segunda-reuniao-de-2022-gt-unaid/#:~:text=As%20principais%20mudan%C3%A7as%20no%20Protocolo,de%20infec%C3%A7%C3%A3o%20pelo%20o%20HIV.>>>. Acesso em: 17 maio 2023.

VALLE, Carlos Guilherme do. Identidades, doença e organização social: um estudo das “pessoas vivendo com HIV/AIDS”. In: **Horizontes Antropológicos**, v.8. n.17. p.179-210, 2002.

VALLE, Carlos Guilherme do. Corpo, doença e biomedicina: uma análise antropológica de práticas corporais e de tratamento entre pessoas com HIV/AIDS. In: **vivência**, n.35, p.33-51, 2010.

VASCONCELOS, Ana Lucia Ribeiro de; HAMANN, Edgar Merchán. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes / parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. In: **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, p.483-492, out./dez. 2005.

VASCONCELOS, Júlia. Tentativas de criminalização de medidas de “redução de danos” em Olinda gera mobilização. **Brasil de Fato Pernambuco**. Publicado em: 1 mar. 2023. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2023/03/01/tentativa-de-criminalizacao-de-medidas-de-reducao-de-danos-em-olinda-gera-mobilizacao>>. Acesso em: 6 mar. 2023.

VASCONCELOS, Ricardo de Paula. **Infecções sexualmente transmissíveis em participantes do Projeto Demonstrativo PrEP Brasil**. 179 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Doenças Infecciosas e Parasitárias, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), 2021.

VASCONCELOS, Ricardo de Paula. **Se você é adepto do bareback a PrEP pode ser uma ótima opção para você se prevenir do HIV.** Publicado em: 28 fev. 2023. Instagram: @ricovasconcelos. Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/CpOKaMdtlTh/>>. Acesso em: 1 mar. 2023.

VERMELHO, Leticia Legay; SIMÕES BARBOSA, Regina Helena; NOGUEIRA, Susie Andries. Mulheres com Aids: desvendando histórias de risco. In: **Cad. Saúde Pública**, v.15, abr-jun. 1999, p.369-379.

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. In: **Bulletin des médecins suisses**, 2008, p.165-169.

VERNAZZA, Pietro L. The debate continues: does “undetectable” means “uninfectious”? [editorial]. In: **HIV Ther**, 2009, vol.3, n.2, mar. 2009, p.113-116.

VOLK, Jonathan E. et al. No New HIV Infections with Increasing Use of HIV Preexposure Prophylaxis in a Clinical Practice Setting. In: **Clin Infect Dis**, set. 2015, p.1-9.

WHO. **WHO expands recommendation on oral Pre-exposure Prophylaxis of HIV infection (PrEP).** Publicado em: 15 nov. 2015. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/197906/WHO\\_HIV\\_2015.48\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/197906/WHO_HIV_2015.48_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 20 maio 2023.

WHO. **Consolidated guidelines on HIV testing services.** Publicado em: 1 dez. 2019. 2019a. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155058-1>>. Acesso em 20 abr. 2023.

WHO. **What's the 2+1+1?** Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: Update to WHO's recommendation on oral PrEP. Publicado em: jul. 2019. 2019b. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325955/WHO-CDS-HIV-19.8-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 17 maio 2023.

WHO. **WHO recommends dolutegravir as preferred HIV treatment option in all populations.** Publicado em: 22 jul. 2019. 2019c. Disponível em: <<https://www.who.int/news/item/22-07-2019-who-recommends-dolutegravir-as-preferred-hiv-treatment-option-in-all-populations>>. Acesso em: 24 maio 2023.

WHO. **Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring:** recommendations for a public health approach. Publicado em: 16 jul. 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>>. Acesso em: 13 maio 2023.

WHO. **Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.** Publicado em: 29 jul. 2022. 2022a. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240053274>>. Acesso em: 14 maio 2023.

WHO. **Guidelines on long-acting injectable cabotegravir for HIV prevention.** Publicado em: 28 jul. 2022. 2022b. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240054097>>. Acesso em: 24 maio 2023.

WHO. **The role of hiv viral supression in improving individual health and reducing transmission.** Publicado em: 22 jul. 2023. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055179>>. Acesso em: 17 out. 2023.

WHO. **Implementing the global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2022–2030:** report on progress and gaps 2024. Publicado em: 22 maio 2024. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240094925>>. Acesso em: 8 jul. 2024.

WITTIG, Monique. O pensamento hétero. In: WITTIG, Monique. **O pensamento heterossexual.** 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2022 [1978]. p.55-67.

YOUNG, Rebecca M.; MEYER, Ilan H. The Trouble With “MSM” and “WSW”: Erasure of the Sexual-Minority Person in Public Health Discourse. In: **American Journal of Public Health**, v.95, n.7, 2005, p.1144-1149.

ZIRBEL, Guilherme. **“Eu confio na PrEP”**: o uso do medicamento da profilaxia pré-exposição ao vírus da imunodeficiência humana. 70 f. Dissertação – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2021.