

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

Felipe Cavalcanti Ferrari

**PERSEGUINDO UMA INOVADORA PROMESSA EM TEMPOS DE
RETROCESSOS: o debate público sobre HIV/AIDS em Porto Alegre e a emergência da
Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)**

Porto Alegre
2019

Felipe Cavalcanti Ferrari

**PERSEGUINDO UMA INOVADORA PROMESSA EM TEMPOS DE
RETROCESSOS: o debate público sobre HIV/AIDS em Porto Alegre e a emergência da
Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)**

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fabíola Rohden

Porto Alegre
2019

CIP - Catalogação na Publicação

Ferrari, Felipe Cavalcanti
PERSEGUINDO UMA INOVADORA PROMESSA EM TEMPOS DE
RETROCESSOS: o debate público sobre HIV/AIDS em Porto
Alegre e a emergência da Profilaxia Pré-Exposição
(PrEP) / Felipe Cavalcanti Ferrari. -- 2019.
233 f.
Orientadora: Fabíola Rohden.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia
Social, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. HIV/AIDS. 2. Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). 3.
biomedicalização. 4. movimentos sociais. 5.
antropologia da ciência. I. Rohden, Fabíola, orient.
II. Título.

Felipe Cavalcanti Ferrari

**PERSEGUINDO UMA INOVADORA PROMESSA EM TEMPOS DE
RETROCESSOS: o debate público sobre HIV/AIDS em Porto Alegre e a emergência da
Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)**

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fabíola Rohden

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Fabíola Rohden (orientadora)
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UFRGS)

Prof.^a Dr.^a Ceres Gomes Victora
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UFRGS)

Prof.^a Dr.^a Paula Sandrine Machado
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UFRGS)

Prof. Dr. Veriano Terto Souza Jr.
Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA)

AGRADECIMENTOS

Eu adoro agradecimentos e escrevo os que se seguem me rindo todo.

Acho que agradecimentos podem adicionar um fator *kitsch* a qualquer trabalho acadêmico, se a gente considerar que é algo “brega” expressar gratidão pelas pessoas que auxiliaram de diversas maneiras a efetivação desta dissertação e da pesquisa que nela resultou.

Particularmente, hoje eu acho que não precisa ser assim, uma questão de breguise: tornei-me, felizmente, menos amargo e cínico com o passar dos anos. Penso que estas páginas tímidas se tratam de um sincero e afetivo reconhecimento das contribuições que tenho recebido enquanto pesquisador.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à professora Fabíola Rohden, que vem orientando meus esforços enquanto pesquisador, antropólogo e etnógrafo desde a graduação. Pela confiança depositada em mim ao longo desses anos todos, especialmente durante a realização desta pesquisa e escrita da dissertação. Pelas valiosas revisões no texto que apresento e direcionamentos fundamentais na execução da investigação que realizei durante o mestrado.

Agradeço às professoras Cláudia Fonseca e Paula Sandrine Machado por terem participado da banca do Trabalho de Conclusão da Graduação, pois suas contribuições naquela ocasião certamente orientaram muitos dos meus passos nesta investigação.

Devo agradecer também ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da UFRGS, por propiciar a oportunidade de realizar interlocuções renovadas, especialmente com colegas que pesquisam diferentes temas e que abrem a possibilidade de conhecer um pouco mais do mundo durante as aulas e encontros em outras situações.

Agradeço à CAPES pela bolsa concedida durante o ano final do mestrado, possibilitando que eu ampliasse um pouco mais meus horizontes e me dedicasse integralmente à vida de mestrando e à etnografia que resultou de dois anos de muita intensidade e trabalho.

Agradeço ao Thiago Batista, que dividiu uma temática e um campo comigo: espero que possamos sempre renovar esta amizade e produzir interlocuções e conexões que sejam

valiosas, para um tema que nos soou tão desafiador quanto a AIDS e as novas tecnologias de prevenção ao HIV. Também agradeço à Yara Ngomane e à professora Ceres Víctora por propiciarem espaços e diálogos em que pude também aprofundar um pouco mais de meu interesse no tema, além de oferecerem novas perspectivas que certamente serão exploradas, senão agora, em outras situações.

Gostaria de agradecer à Mariana Rost, colega e amiga, *teacher* das oficinas de inglês comigo e pedir desculpas pela ausência prolongada nesses últimos meses. Bruna Klöppel, Miguel Herrera, Lara Costa, Jéssica Brandt, e a outros colegas e amigos do grupo de pesquisa Ciências na Vida, de quem eu também gostaria de ter estado mais próximo, mas não pude, agradeço pelos anos de interlocução em reuniões e outros espaços que certamente contribuíram para minha formação enquanto antropólogo.

Agradeço aos interlocutores desta investigação, vinculados ao “movimento social de AIDS”, não apenas pelo diálogo que foi aberto, pelo interesse mútuo e o compromisso político, mas também pela oportunidade de me deixar afetar ainda mais por uma história que é muito maior que a minha ou da que eu tenho para contar ao longo desta etnografia. Certamente foram contribuições relevantes não apenas para meus esforços enquanto pesquisador, ou formação acadêmica e política, mas também enquanto uma pessoa, mais precisamente um homem gay, atravessado pelas diversas tramas que revolvem nas histórias do HIV/AIDS.

Um agradecimento especial ao Julio Knach, por todo o apoio que ele me deu ao longo da execução desta etnografia. Outro à Lara Costa, pela interlocução e a leitura atenta de alguns trechos das páginas que se seguem.

A todos meus amigos e minhas amigas, para quem minha presença insistente ou demorada ausência pode ter sido um incômodo, agradeço e peço desculpas: Diego, Julia, Lucas, Aline, Jeferson, Julio e Guilherme.

Gostaria de agradecer especialmente ao Vitor por todo o carinho, diálogo, debates e risadas — e, claro, pela Daniela Mercury — nesse momento de liminaridade que tenho vivido desde os últimos meses, marcados pela escrita da dissertação, mudanças esperadas e inesperadas e planos diversos.

Agradeço a meus familiares, em especial, minha mãe, meu pai e minhas irmãs por todo o apoio e confiança que têm sido depositados em mim. Mesmo que os trajetos que eu tenho feito talvez ainda pareçam algo nebulosos, certamente a presença de vocês tem me ajudado a limpar o nevoeiro que se projeta num horizonte que, espero, traga sempre novas esperanças.

RESUMO

Esta dissertação tem por objetivo explorar a emergência da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), enquanto uma importante “inovação” biomédica no campo da prevenção ao HIV/AIDS, considerando a proeminência de um debate público mais amplo sobre a epidemia na cidade de Porto Alegre. Tal “inovação” biomédica recentemente foi incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Parte-se de discussões acerca do processo de biomedicalização da resposta à epidemia e da presença de movimentos sociais na constituição do que chamo de um debate público, entendido como parte integrante das políticas de produção do conhecimento que cercam o HIV/AIDS. Nesse sentido, procura-se reconhecer e explorar diferentes temporalidades associadas a um momento em que se manifesta a consolidação de importantes promessas no campo, ao mesmo tempo em que são notados retrocessos marcantes na política nacional de resposta à epidemia. Explorando essas temporalidades, a presente investigação procura evidenciar performances específicas da promessa carregada pela PrEP e como esta promessa participa desse debate público. A etnografia foi realizada se valendo de diferentes abordagens teórico-metodológicas, incidindo em técnicas como a análise documental, a observação participante e o recurso a entrevistas semi-estruturadas. Foram analisados documentos relativos ao processo de incorporação da PrEP pela via da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), além de reportagens, artigos científicos e outras publicações que pudessem ser úteis para uma descrição do processo de incorporação da tecnologia de prevenção. São descritos eventos marcantes que ocorreram na cidade de Porto Alegre, a fim de evidenciar quais são os termos do debate público sobre HIV/AIDS, num momento em que a PrEP começa a se consolidar enquanto política pública no sistema de saúde. Nota-se a partir das entrevistas realizadas com voluntários do Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS do Rio Grande do Sul (GAPA-RS) e de um comitê que assessora um ensaio clínico internacional envolvendo a PrEP em Porto Alegre, os sentidos que ganham a prevenção ao HIV/AIDS e a intervenção biomédica em meio a esse debate público, por parte da histórica participação dos movimentos sociais na resposta à epidemia.

Palavras-chave: HIV/AIDS, Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), biomedicalização, movimentos sociais, antropologia da ciência

ABSTRACT

This dissertation aims to explore the emergency of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP), as an important biomedical “innovation” in the field of HIV/AIDS prevention, considering the prominence of a wider public debate surrounding the epidemics in the city of Porto Alegre. This biomedical “innovation” recently was incorporated in the Brazilian Sistema Único de Saúde (SUS). Discussions about the process of biomedicalization of the response to the epidemics and the presence of social movements in the constitution of what I call a public debate, understood as an integral part of the politics of knowledge production in the field of HIV/AIDS, serve as a starting point to this ethnography. In this direction, it is intended to acknowledge and explore different temporalities associated to a moment in which important promises in the field begin to consolidate, at the same time it is attempted to note the marked setbacks in the national policy of response to the epidemic. Exploring these temporalities, the present investigation seeks to shed light on specific enactments of the promise which PrEP carries and how this promise takes part in this public debate. The ethnography was conducted in several theoretical-methodological approaches, focusing in techniques of documentary analysis, participant observation and semi-structured interviews. Documents published by the

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) were included in the documentary analysis, which also covered up other publications such as news articles, scientific literature and materials which could be useful to describe the process of incorporation regarding this technology of prevention. Prominent events which have taken place in Porto Alegre are described, aiming to call attention to what is mobilized in the public debate, in a moment in which PrEP begin to consolidate as a public policy in the Brazilian health system. It is noted, in regards to the interviews conducted with volunteers of the Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS do Rio Grande do Sul (GAPA-RS) and of a committee advising an international PrEP clinical trial, the meanings that encompasses HIV/AIDS prevention and the emergent biomedical intervention, considering the historic participation of social movements in the response to the epidemics.

Keywords: HIV/AIDS, Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP), biomedicalization, social movements, anthropology of science

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

3TC — Lamivudina

ABIA — Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

ACT UP — AIDS Coalition to Unleash Power

AIDS — Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Anvisa — Agência de Vigilância Sanitária

ARV — Antirretrovirais

Conitec — Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

CP — Consulta Pública

CTA — Centro de Testagem e Aconselhamento

DDAHV — Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

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

DTG — Dolutegravir

FDA — Food and Drug Administration

Fiocruz — Fundação Oswaldo Cruz

FTC — Entricitabina

GAPA — Grupo de Apoio à prevenção da AIDS

GTPI — Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual

HBV — Vírus da Hepatite B

HCV — Vírus da Hepatite C

HIV — Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH — Homens que fazem sexo com homens

HSP — Hospital Sanatório Partenon

IAS — International AIDS Association

INPI — Instituto Nacional de Propriedade Intelectual

IST — Infecção Sexualmente Transmissível

LGBT — Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros

MS — Ministério da Saúde

NIH — National Institutes of Health

OMS — Organização Mundial de Saúde

ONG — Organização Não Governamental

PCDT — Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PEP — Profilaxia Pós-Exposição

PrEP — Profilaxia Pré-Exposição

PVHA — Pessoas Vivendo com HIV/AIDS

SES — Secretaria Estadual de Saúde

SICLOM — Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SMS — Secretaria Municipal de Saúde

SUS — Sistema Único de Saúde

SVS — Secretaria de Vigilância em Saúde

TDF — Fumarato de Tenofovir Desoproxila

TFV — Tenofovir

UBS — Unidade Básica de Saúde

UNAIDS — Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1: Publicações relativas ao processo de incorporação da PrEP	41
Quadro 2: Ensaio Clínico com PrEP oral e sexual, mobilizados nas recomendações de 2012 da OMS.....	44
Figura 1: Reprodução de gráfico mobilizado no relatório de recomendação da Conitec	65
Figura 2: Reprodução de quadro apresentado nos PCDT acerca dos critérios de indicação de PrEP, em relação às populações-alvo	95

“Tenho aprendido que a vida debruça-se no mistério, mas facilmente se afoga na superstição.”

(Herbert Daniel, 1990)

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	4
RESUMO	7
ABSTRACT	7
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	9
LISTA DE QUADROS E FIGURAS.....	11
INTRODUÇÃO.....	15
“Construindo” uma promessa: incorporação e implementação.....	20
Um debate público: as disputas sobre AIDS em Porto Alegre — ontem, hoje e amanhã.....	26
Escolhas teórico-metodológicas: perseguindo rumores e respeitando a opacidade	30
Uma consideração sobre o espaço-tempo: que mapa é este?	34
PRIMEIRA PARTE — A FORMA DE UMA PROMESSA	40
CAPÍTULO 1: PROCESSOS DE CONVENCIMENTO.....	48
1. Justificando: a cara de uma “nova” promessa	48
1.1. Exclusão e inclusão de populações-chave.....	52
2. Persequindo o convencimento e seus efeitos.....	55
2.1. Das assombrações: o que é excluído, mas continua presente?.....	59
2.2. Avaliação da evidência: eficácia e segurança	63
2.3. Comportamento sexual: o risco de deslizamentos morais?.....	69
2.4. O quê mais precisa ser feito?.....	70
2.5. Custo-benefício	74
INTERLÚDIO: O QUE FAZ “A SOCIEDADE”?	77
CAPÍTULO 2: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS.....	89
1. Tensionamentos: autonomia, vulnerabilidade e risco.....	89
1.1. Seleção de candidatos: risco e vulnerabilidade	93
2. Interferências médicas	97
2.1. Da testagem e suas urgências	99
2.2. Das visitas: produção de autonomia?	102
2.3. Seguimento do usuário: autonomia e adesão	105
2.4. Adesão, visitas e segurança.....	107
2.5. Interrupção no uso da PrEP, gravidez e aleitamento.....	113
3. Da produção dos documentos.....	116
SEGUNDA PARTE — UM DEBATE PÚBLICO SOBRE AIDS.....	122
CAPÍTULO 3: UM POUCO ALÉM DAS PROMESSAS E A PARTIR DELAS	128
1. Redes de PrEP e delimitações metodológicas	130
1.1. Acesso e confusão semântica	134
2. Presenças ausentes.....	138

2.1. Um museu do GAPA?.....	140
3. Vivendo: a emergência da PrEP nas configurações do “movimento social de AIDS”.	150
3.1. Problemas geracionais: o clamor às famílias e a responsabilização da juventude.....	154
3.2. PrEP e vida.....	157
3.3. É pro seu bem... mas eu não quero.....	161
CAPÍTULO 4: UMA QUEBRA NO RITMO — DA URGÊNCIA À REFLEXÃO.....	165
1. Do movimento social de AIDS: posicionalidades e gerações	168
2. A AIDS como um problema social.....	180
2.1. Descentralização e estigma	187
2.2. Debate público e a participação dos movimentos sociais	192
2.3. Os vizinhos do GAPA-RS.....	194
3. Os sentidos da prevenção, os sentidos da promessa.....	195
3.1. Os vizinhos da PrEP	198
CONSIDERAÇÕES FINAIS	211
Dos deslocamentos	213
Banalização, promessas, rumores e opacidade.....	215
Trazendo a vida de volta ao centro do debate	217
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	222
MATERIAL ANALISADO	226

INTRODUÇÃO

Início a dissertação com uma epígrafe de Herbert Daniel, em seu texto de 1990, “O primeiro AZT a gente nunca esquece” por considerar que muito do que esta dissertação trabalha encontra ecos nesse relato. Daniel narra como, ao tomar a primeira dose de AZT, ele ingeria junto todos os significados daquela droga que “ajuda, mas não cura” — uma espécie de “droga terminal”. Muito embora quando acabara de ouvir de seu médico as três letras, como um “tiro de misericórdia” desferido frente à incurabilidade de uma doença contagiosa e mortal, tenha se sentido deprimido, o sentimento não duraria tanto. “E, puxa vida, tudo aconteceu como se eu tivesse tomado uma cápsula de uma droga, uma cápsula de qualquer droga medicinal! Nada rangeu, as órbitas celestes não infletiram, o chão manteve seu rigor indiferente.” (DANIEL, 2018a. p.140). Como o ativista conta em seu relato pessoal, o AZT era investido de toda uma metafísica que o localizava paradoxalmente entre a vida e a morte. Uma droga submersa nas mesmas tramas que lançam a epidemia de HIV/AIDS¹ como uma epidemia, também, de significados. Como que de uma maneira quase que invertida, é possível localizar a emergência de novas tecnologias no campo do HIV/AIDS. Não estamos mais no final da década de 1980 ou começo da de 1990. A presença de antirretrovirais acaba sendo investida de outras metafísicas, termo utilizado por Daniel ao se referir ao AZT, não mais pautadas pela ideia de um “tiro de misericórdia”. Proponho que o termo “promessa” seja útil para qualquer tipo de investigação que se comprometa com tais metafísicas antirretrovirais renovadas, como a que produziu esta dissertação.

A presente dissertação é resultado da pesquisa realizada durante o curso de Mestrado Acadêmico no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Trata-se de um esforço de produzir uma descrição etnográfica acerca da emergência de “novas”² promessas na resposta ao HIV/AIDS, em tempos de retrocessos na própria política brasileira em torno de tal resposta.

-
- 1 Utilizo ao longo da dissertação o termo AIDS em maiúsculo, como maneira de chamar atenção para um problema de saúde público que tem perdido muito de seu caráter público. Não é minha intenção, com este uso, reforçar qualquer pânico moral relativo à epidemia: Larissa Pelúcio e Richard Miskolci (2009) utilizam o termo em minúsculo em função do histórico pânico moral em torno da epidemia e das políticas de sexualidade. Herbert Daniel (2018a; 2018b) também reflete sobre o uso de maiúsculas ou minúsculas ao se referir à AIDS. Em maiúsculas, Daniel refere-se ao quadro médico, à própria síndrome; em minúsculas, por outro lado, o autor procura localizar todas as significações e processos sociais que incidem sob e produzem as epidemias de HIV/AIDS. De acordo com o material citado, o termo será mantido como no original.
 - 2 O uso das aspas é aqui estratégico, na medida em que o caráter de “inovação” de determinadas tecnologias é algo a ser definido, como será explorado ao longo da dissertação. Tratam-se de disputas em torno do que é considerado novo ou não, disputas que carregam diferentes efeitos.

Realizei a investigação em torno da emergência de uma promessa específica, nas renovadas metafísicas antirretrovirais: a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). Essa promessa biomédica é pautada no uso de medicamentos antirretrovirais em um momento anterior ao de uma exposição de risco por pessoas soronegativas. Trata-se de um método preventivo que, aos poucos, tem se consolidado como parte da política pública de resposta ao HIV/AIDS no contexto brasileiro. Nesse sentido, a investigação realizada é uma continuação da pesquisa que realizei para o Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências Sociais no ano de 2016, sobre a emergência da PrEP e os engajamentos com a produção do saber científico na prevenção do HIV. A promessa havia me interessado, naquele momento, por conta das narrativas revolucionárias que acompanharam sua emergência. Perguntava, a partir do material acessado então: o consumo diário de antirretrovirais — que, como será descrito, é a principal forma que tal promessa ganha — por pessoas soronegativas como forma de prevenção à infecção pelo HIV pode ser considerado uma grande revolução sexual? Ou ainda, uma pílula azul seria capaz de levar ao fim da AIDS?

Notei naquela investigação que as respostas a tais perguntas só poderiam ser negativas. Se existe alguma revolução sexual em curso, ela se dá mais pela via de uma suposta separação entre sexo e medo, que pode ser mobilizada com diferentes objetivos políticos. Ora como uma revolução que seria danosa, em leituras mais conservadoras sobre a sexualidade, ora como uma revolução que deve ser pautada como um direito à autonomia. E, além disso, a PrEP não é apenas uma pílula azul, que se trata da apresentação do comprimido de Truvada, uma das combinações de drogas antirretrovirais que podem ser utilizadas como o método preventivo (FERRARI, 2016). É, inclusive, muito mais do que isso, podendo ganhar muitas formas e se estabelecendo através de complexas redes de associações, como procuro demonstrar através da descrição etnográfica nesta dissertação. De todo modo, como poderia uma promessa que carrega tantas expectativas emergir em momentos que são sentidos como pesados retrocessos nas políticas de AIDS? E quê pesados retrocessos são estes que acompanham o surgimento de uma promessa tão potente nas práticas preventivas cotidianas?

Sendo esta uma pesquisa realizada em Porto Alegre, os seguintes eventos podem ser elucidativos para os questionamentos que acabo de lançar. Em agosto de 2017, o Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA-RS), a primeira ONG/AIDS do Rio Grande do Sul, fundada em 1989, perde sua sede física em virtude de uma ordem de despejo. Despejo que acompanha uma trajetória já longa de dificuldades estruturais enfrentadas pelo grupo, uma vez que o aluguel da sede, localizado na cidade, não era pago pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES-RS) desde 2008 (CORREIO DO POVO, 2017). Também

pelo menos desde 2017 tem sido noticiada uma crise de desabastecimento de medicamentos antirretrovirais, utilizados no tratamento da infecção pelo HIV e da AIDS e para evitar a transmissão vertical, nos serviços do SUS. O que muitas vezes incide no fracionamento da medicação distribuída nos serviços (GOMES, 2017)³. Ao mesmo tempo, a cidade tem recebido a oferta de PrEP desde 2015 via estudos de demonstração realizados também em diferentes cidades do país. É no que parece uma disjunção e uma convivência temporal, entre o retrocesso que leva ONGs a fecharem as portas e a faltas pontuais de medicamentos, fundamentais à elaboração da resposta ao HIV/AIDS em nível nacional e local, e as promessas carregadas pela PrEP, que elaboro o objeto da presente investigação. Perseguindo *rumores* acerca da “inovação” biomédica da PrEP em meio a um debate público mais amplo sobre a epidemia de HIV/AIDS, procuro produzir um relato etnográfico sobre que tempos são estes que vivemos. Sobre como o passado e o futuro habitam este presente.

Para ir além da surpesteção, pretende-se reconhecer como o método preventivo pode participar de um debate público e quais são os termos deste debate. Que mistérios carregam esses tempos emaranhados? Seguindo as contribuições de autores como Peter Aggleton e Richard Parker (2015) e Richard Parker (2015), que servem como um primeiro pontapé para a investigação, sobre o que eles chamam de um processo de biomedicalização da resposta ao HIV/AIDS, é que realizo uma apresentação desta etnografia no presente capítulo. De acordo com os autores, o momento atual da resposta à epidemia é marcado por promessas de ordem biomédica que ganham uma centralidade, apontando para um suposto “fim da AIDS” que paira num horizonte cada vez mais próximo. Entretanto, nesse processo de biomedicalização, existe uma tendência de tais promessas tornarem algo obscurecido outros processos sociais que o atravessam e que têm sido centrais ao enfrentamento do HIV/AIDS. Questões como as vulnerabilidades vivenciadas pelas pessoas afetadas pela epidemia, além da participação da chamada sociedade civil nessa resposta, poderiam ser ofuscadas pelo brilho de um futuro sem a epidemia na constituição de políticas públicas. Apesar de um futuro promissor,

[t]he grim reality is that in many contexts, rates of new infection among gay and other men who have sex with men (MSM), among transgender people, and among numerous other socially excluded groups, are not on a steady decline toward zero, but instead, these rates are rising rapidly. (...) As for the notion of zero AIDS-related deaths, it is true there have been remarkable advances for those who have access to the most up-to-date medications and good quality health care. However, many people still

3 Deve-se também notar como medidas a nível nacional tomadas desde o golpe de 2016, levando ao *impeachment* da então presidenta Dilma Rousseff, têm afetado esse quadro. A Emenda Constitucional 95 (EC95), que instituiu um teto de gastos em áreas como saúde e educação, tem sido considerada um grande retrocesso em termos de direito à saúde, colocando em risco a própria existência do SUS, responsável também pela política nacional de resposta à epidemia de HIV/AIDS.

lack complete access to these or are in receipt of outdated regimens with debilitating side effects (AGGLETON E PARKER, 2015, p. 1552).

Em editorial publicado pela Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA)⁴, Fernando Seffner e Richard Parker(2016) ainda definem o atual momento da resposta à epidemia de HIV/AIDS, como marcado por um processo de neoliberalização. De acordo com os autores, estratégias de caráter neoliberal procuram “desenhar o fim da AIDS em um futuro altamente medicalizado e com a transformação dos pacientes em consumidores homogêneos de remédios, minimizando os traços da diversidade cultural e política do país” (SEFFNER E PARKER, 2016, p. 26). Ênfase aqui o termo *futuro*, na medida em que indica uma marcação temporal em torno da epidemia de HIV/AIDS, constituída pelo próprio enquadramento dos processos que os autores apresentam. A promessa de um amanhã se coloca, frente às dificuldades encontradas na realidade de um hoje, como mencionado na contribuição de Aggleton e Parker (2015), ou mesmo na história de um ontem.

Tal ontem, como é possível considerar com trabalhos como o de João Guilherme Biehl (2007, 2011) e como será explorado ao longo da dissertação, é marcado por uma confluência entre sociedade civil e Estado na configuração da política brasileira de resposta à AIDS. Em um de seus artigos, sobre o contexto de farmacêuticalização da saúde pública em mercados globais e os efeitos dessa relação em tal política de AIDS, o autor realiza uma crítica sobre como a celebração do modelo de resposta brasileiro, pautado no acesso universal à recursos farmacêuticos que se instituiu em 1996 (BRASIL, 1996), é atravessada por um pano de fundo neoliberal. Embora existam trabalhos que demonstrem a inegável importância da presença de movimentos sociais na constituição de políticas de resposta à epidemia (GRANGEIRO et al, 2010; DUARTE, 2008; PELÚCIO, 2007; FACCHINI, 2005, VALLE, 2002), a contribuição do autor atenta para como esse celebrado modelo foi constituído de maneira a considerar os “interesses da sociedade civil organizada”, em vez das necessidades concretas das pessoas afetadas. Tais interesses adentram numa lógica de mercado, que na prática levou o Estado a desumanizar as populações, encontrando soluções farmacêuticas em “balas mágicas”: concentrando-se no gerenciamento da rede de distribuição e fornecimento de medicamentos. A celebrada lei de acesso universal à terapia antirretroviral vem se chocando com as falhas

4 A ABIA foi fundada em 1987 pelo sociólogo Herbert de Souza, conhecido por Betinho, importante figura pública na resposta à AIDS no Brasil, junto a outros ativistas. Trata-se de uma ONG, sem fins lucrativos, que em toda sua trajetória tem atuado na mobilização da sociedade civil em torno da epidemia de HIV e da AIDS no país. De acordo com a apresentação no site da Associação, houve uma maior especialização em termos de *advocacy* em políticas públicas e uma série de iniciativas tem sido organizadas pela ABIA. Tais como o Observatório Nacional de Políticas de AIDS, o Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual (GTPI), o Observatório de Sexualidade e Política (SPW) e o Observatório Global de Políticas de AIDS (GAPW).

nas redes de cuidado, prejudicando o acesso de populações mais pobres a um cuidado com a saúde mais integral na resposta à epidemia⁵.

O presente trabalho tem o objetivo de explorar essas temporalidades, enquanto persigo a emergência da promessa da PrEP nesses tempos de retrocesso, pautados por um debate público mais amplo sobre HIV/AIDS em Porto Alegre. Temporalidade⁶ é um termo que utilizo pela própria impossibilidade de produzir uma precisão nas marcações temporais consideradas e por não ser objetivo do estudo produzir um relato histórico sobre HIV/AIDS. Nesse sentido, ainda que a questão da historicidade esteja em pauta durante a investigação, não se trata tanto de propor uma cronologia coesa na etnografia realizada. Histórias do HIV, da AIDS, das intervenções biomédicas, da resposta à epidemia estão em questão, mas não no sentido de propor uma extensa recuperação. Trata-se, antes, de uma tentativa de aproximar-se de tais histórias, considerando os desafios que se colocam num presente e os futuros que almejamos alcançar. O passado, assim como as expectativas em relação ao futuro, importam pela maneira como são mobilizados. Pelas práticas de enunciação que performam o ontem, o hoje e o amanhã. Pela maneira como os objetos, como a PrEP, produzidos nas tramas destas histórias, sobre o passado ou sobre o futuro, as carregam.

O que as experiências de um passado têm a nos contar sobre prevenção no campo do HIV/AIDS? O que esse passado tem de diferente do presente que permite a elaboração de suas diferentes histórias? Qual o sentido que o tempo parece tomar em sua passagem em direção ao futuro no debate público sobre HIV/AIDS? Qual o lugar que promessas como a PrEP ocupam aí? Não que seja o objetivo desta dissertação responder a tantos questionamentos, mas procuro localizá-los por considerar que a etnografia que apresento pode acabar explorando pistas interessantes nessas direções, levando em conta a discussão sobre os

5 De acordo com o art 1º da Lei 9.313 de 13 de Novembro de 1996, “[o]s portadores do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e doentes de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde, toda a medicação necessária a seu tratamento”. Conforme estipulado no artigo 1º, o Poder Executivo pelo Ministério da Saúde fica incumbido de padronizar os medicamentos utilizados a cada estágio evolutivo da infecção e da doença, orientando a aquisição dos mesmos no SUS. Essa padronização de terapias deverá ser revista anualmente, continua o texto, ou em caso de necessidade, para se adequar ao conhecimento científico de ponta e à disponibilidade de drogas no mercado (BRASIL, 1996).

6 Inspiro-me em Bruno Latour (1994) para definir o termo temporalidade, que será melhor aprofundado ao longo da introdução. De acordo com o autor, “(...) a passagem moderna do tempo nada mais é do que uma forma particular de historicidade. De onde nos vem a ideia de que o tempo passa? Da própria Constituição moderna. A antropologia está aí para nos lembrar que a passagem do tempo pode ser interpretada de diversas formas, como ciclo ou como decadência, como queda ou como instabilidade, como retorno ou mesmo como presença continuada. Chamemos de temporalidade a interpretação desta passagem, de forma a distingui-la claramente de tempo” (LATOURE, 1994. p. 67). O tempo, de acordo com a interpretação do que o autor chama de uma Constituição moderna, seria algo que passa. Marcado por rupturas que constituem uma historicidade colocada em termos de um passado, um presente e um futuro. Temporalidade é um termo que se usa, portanto, para desestabilizar essa passagem do tempo.

processos de biomedicalização mencionados anteriormente. No que se segue, reservo algumas palavras à promessa carregada pelo novo método preventivo, enfatizando o processo de incorporação desta tecnologia junto ao SUS. Feita essa apresentação, retorno a algumas considerações sobre o que se pode chamar de um debate público acerca do HIV/AIDS e à importância histórica deste debate na constituição de respostas à epidemia. Enquanto discuto tais aspectos da etnografia, procuro evidenciar algumas escolhas teórico-metodológicas que serão aprofundadas ao longo dos quatro capítulos que compõem o trabalho. Por fim, apresento a estrutura da dissertação que pretende descrever de que maneira essa promessa participa de um debate público e quais os diferentes efeitos que podem ser visualizados em tal participação.

“Construindo” uma promessa: incorporação e implementação

Na investigação anterior persegui o que chamei de *rumores*⁷ sobre a emergência da PrEP, a partir dos processos de tradução⁸ implicados na divulgação de *evidências científicas*, produzidas pelos ensaios clínicos que lançaram a intervenção biomédica como algo eficaz e seguro. *Rumor* foi um termo que julguei adequado na medida em que a pesquisa lidava com um objeto científico que ainda parecia distante de se concretizar nos cotidianos das práticas de prevenção no país, mas que proliferava em publicações em diversos sites de notícias nacionais. Foi a partir dessa proliferação que realizei a pesquisa anterior, muito voltada para os processos de tradução implicados nas reportagens e outras publicações, como postagens em *blogs*, que emergiam sobre a PrEP, mas é a partir de outras que realizo a presente investigação.

7 Na pesquisa anterior, a noção de rumor foi utilizada na medida em que eu procurava estudar processos de “divulgação científica” das evidências sobre PrEP produzidas em grandes ensaios clínicos. Tratou-se de uma noção que pareceu útil também pela questão da intervenção biomédica ainda não integrar uma rede já bem estabilizada de distribuição. Embora não seja objetivo da pesquisa avaliar se a rede que se forma agora já está bem estabilizada ou não, a noção de rumor ganha uma outra utilidade. Trata-se de recuperar o deslocamento dos objetos científicos por meio de uma descrição das redes sociotécnicas em que emergem (LATOUR, 2011; 2012). Contudo tais redes são constituídas considerando as escolhas teórico-metodológicas que realizo e o material a que tive acesso, tornando necessário cortá-la (STRATHERN, 2011), assumindo os limites políticos e epistemológicos de tais escolhas teórico-metodológicas, parciais e provisórias (HARAWAY, 1995). Explorar todas as associações que permitem à PrEP sua emergência como uma política pública de saúde é impossível, do mesmo modo que o é investigar todos os termos do debate público e seus desdobramentos. Nesse sentido, a noção de *opacidade*, apresentada a seguir, serve como contraponto para frear os fluxos iniciados na tentativa de descrever essa rede a partir dos *rumores* que proliferam à medida que os persigo.

8 No sentido proposto em Latour (1994), processo de tradução é, juntamente a um processo de purificação, parte de uma operação dupla do chamado projeto de ciência moderno. Por purificação entende-se a tarefa de isolar uma entidade das mediações e controvérsias que permitem sua emergência; por tradução entende-se o movimento por meio do qual uma entidade purificada é traída, misturando-se a outras associações e sendo transformada por elas. Pode-se ainda fazer um paralelo entre a noção de purificação e caixa-preta, proposta em Latour (2011), ou sobre o papel do que o autor chama de intermediários. Entre a noção de mediação e tradução, também é possível realizar um paralelo. Para maior detalhamento ver Latour (2012), em que o autor define de maneira mais precisa o que ele chama de mediadores ou intermediários.

Estas outras proliferações têm relação com o fato de que houve mudanças significativas no campo: embora cidades brasileiras tenham sido palco de ensaios clínicos internacionais (CIMERI, 2008) e de estudos de demonstração, como o PrEP Brasil⁹ (LENHARO, 2013), a existência de uma política pública concreta sobre PrEP ainda não se fazia presente no momento da primeira investigação. O campo então percorrido se reconfigura com a decisão pela incorporação da tecnologia junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme publicado nas Portarias nº 21 e nº 22 de 25 de maio de 2017 do Diário Oficial da União (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b). A oferta e distribuição do medicamento Truvada¹⁰ como PrEP torna-se uma política pública de prevenção ao HIV/AIDS. É a partir dessas mudanças que começo a construir o objeto da presente investigação, que pode também ser compreendida como uma tentativa de descrever algumas associações implicadas nessa reconfiguração.

Procura-se, assim, investigar de que maneira uma promessa que parecia distante começa a se aproximar e constituir enquanto uma política pública e quais efeitos ela produz. Realizo esta investigação considerando o que chamo de um processo de incorporação da tecnologia biomédica em questão nos serviços especializados do SUS. O que antes manifestava-se como apenas *rumor*, agora começa a se manifestar de uma maneira mais concreta. Tais mudanças podem ser encaradas como a construção — no sentido atribuído por Bruno Latour (2012), que considera as conexões e mediações entre atores, entidades que produzem efeitos na constituição de uma rede de associações, humanos e não-humanos — de uma promessa. Não se trata, portanto, de uma simples construção retórica sobre a tecnologia, como se esta fosse parte de uma verdade única e imutável. “Construção” não é um termo utilizado de modo a denunciar a produção do saber científico ou da tecnologia, mas de reconhecer as diferentes implicações que permitem sua emergência. Trata-se de um termo que permite reconhecer como uma heterogeneidade de atores e entidades precisa ser mobilizada

9 Iniciado no ano de 2014, o Projeto PrEP Brasil inicialmente integrou as cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo. O estudo de demonstração é coordenado por investigadores vinculados à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), em parceria com o Centro de Referência e Treinamento do Estado de São Paulo (CRT-SP), e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro. No ano de 2015, sofre uma ampliação: passava a integrar também as cidades de Porto Alegre e Manaus. No Amazonas, a investigação é realizada pela Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT). Na capital gaúcha, o estudo aconteceu no Centro de Testagem e Aconselhamento do Hospital Sanatório Partenon (CTA-HSP), vinculado à Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES-RS) (LENHARO, 2013; EQUIPE RJ, 2015; EQUIPE RJ, 2016).

10 Uma tendência da proliferação de rumores estudada anteriormente é a de equacionar o método preventivo ao medicamento antirretroviral utilizado. Como noto no trabalho, a confluência entre PrEP e a combinação dos antirretrovirais fumarato de tenofovir desoproxila e entricitabina (TDF/FTC), comercializada sob o nome de Truvada, deve ser considerada com cautela. O Truvada é apenas mais um regime farmacêutico candidato ao método preventivo; nesse sentido, procuro manter uma divisão bem clara entre o método preventivo e as drogas utilizadas (FERRARI, 2016).

para a constituição de um objeto científico, que no caso desta investigação, incide na promessa da PrEP equanto uma política pública ainda recente no SUS.

Cabe perguntar: de que modo se daria essa “construção”, no entanto? Nesta investigação, procuro considerá-la a partir do que chamo de um processo de incorporação da tecnologia no SUS. O processo de incorporação, da maneira como o delimito, envolve o processo decisório realizado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Conforme o Decreto nº 7.646 de 21 de dezembro de 2011, a comissão tem o objetivo de assessorar o Ministério da Saúde (MS) na inclusão, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, ao mesmo tempo em que realiza a elaboração de critérios de práticas clínicas recomendadas (BRASIL, 2011). Trata-se de um processo normativo de construção da política pública de PrEP no SUS, mobilizando uma série de evidências científicas, de modo a indicar que forma concreta sua promessa deve ganhar. Por se tratar de uma forma normativa de constituição desse objeto científico, é possível encarar o processo de incorporação como o fechamento de uma caixa-preta, nos termos de Bruno Latour (2011). No vocabulário do autor, uma caixa-preta é um objeto científico já estabilizado, sob o qual repousa a história de controvérsias que já se resolveram. Como será descrito no primeiro capítulo e segundo capítulo da dissertação, o processo de incorporação se vale justamente da produção de um consenso pela mobilização de fatos científicos para resolver controvérsias. Uma vez “construída” a promessa, como política pública, não haveria mais o que se discutir: a PrEP funciona como método preventivo e será distribuída de tal ou tal maneira, ainda que a manutenção de sua oferta esteja sujeita a revisões.

Esta não é uma pesquisa sobre a constituição de uma política pública no SUS em seus diferentes níveis, como o trabalho de Rodrigo Toniol (2015) sobre a oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços do SUS. O autor realiza todo um investimento etnográfico, considerando os processos de legitimação e regulação das práticas alternativas, além de sua realização nos cotidianos de práticas terapêuticas nos serviços de saúde. A presente investigação procura considerar uma performance (*enactment*) específica do método preventivo na consolidação de tal política, a partir dos documentos mobilizados durante o processo de incorporação da tecnologia. Nesse sentido, cabe notar que dificilmente a intervenção biomédica seria algo abstrato e descolado de uma realidade, simplesmente inscrito num manual de práticas médicas recomendáveis, capaz de se estender e deslocar na rede pela qual emerge sem sofrer qualquer modificação. Faço essa consideração a partir da contribuição de Annemarie Mol, em seu livro *The body multiple: ontology in medical practice*,

que descreve como na prática médica a pretensa estabilidade dos objetos científicos é colocada em questão continuamente (MOL, 2002).

Investigando como um diagnóstico específico, o da aterosclerose, muda de forma de acordo com o tipo de exame realizado, a autora propõe uma multiplicidade do corpo enquanto objeto feito pelo saber médico e científico. Sua ênfase na prática médica é contundente, pois o que a autora procura descrever não são simples perspectivas sobre um corpo único, mas a maneira como este corpo e suas doenças são feitos na prática.

Thus, unlike many other books on medicine and its processes, this one does not speak of different perspectives on the body and its diseases. Instead it tells how they are done. This means that the book comes to talk about a series of different practices. These are practices in which some entity is being sliced, colored, probed, talked about, measured, counted, cut out, countered by walking, or prevented. Which entity? A slightly different one each time. Attending to enactment rather than knowledge has an important effect: what we think of as a single object may appear to be more than one. All the examples in this book concern atherosclerosis. But a plaque cut out of an atherosclerotic artery is not the same entity as the problem a patient with atherosclerosis talks about in the consulting room, even though they are both called by the same name. The loss of blood pressure over a stenosis is not the same thing as the loss of blood vessel lumen that radiologists make visible on their X-ray pictures (MOL, 2002, p. viii).

Como esperar uma estabilidade de objetos científicos na prática médica, se estes mesmos objetos não se mostram purificados ou livres de controvérsias? Como a autora demonstra ao longo do livro, todo um trabalho de coordenação — entre diferentes versões de uma mesma doença, distribuídas ao longo das diferentes práticas médicas realizadas num mesmo hospital — deve ser feito para a realização de um diagnóstico preciso e do tratamento que o paciente receberá. Em resumo: não existe uma única aterosclerose, e o corpo e suas doenças são feitos na prática, em vez de conhecidos de antemão. Não há um objeto único e estático chamado aterosclerose, mas o diagnóstico é algo que é múltiplo e pode ter muitas formas, conforme a prática médica. De maneira similar, argumento que uma PrEP única é algo que não existe, o que me leva a um segundo ponto da “construção” dessa promessa. Nesta pesquisa, a multiplicidade da PrEP é enderaçada a partir das diferentes redes, experimentais ou não, que performam o método preventivo em diferentes apresentações (como um comprimido de uso diário ou uma injeção intramuscular, por exemplo), seja pela constituição da política pública de prevenção, a partir do processo de incorporação, ou da distribuição do método preventivo, como no caso de um estudo clínico internacional que ocorre em Porto Alegre e que tem sido divulgado na cidade.

Como contraponto ao processo de incorporação da PrEP, que constitui parte do objeto desta investigação, noto como a “construção” dessa política pública é marcada pela própria

prática médica. Nesse sentido, a própria efetivação da oferta e distribuição do medicamento utilizado na profilaxia pelo SUS, ou mesmo de outros medicamentos com usos terapêuticos ou preventivos na resposta ao HIV/AIDS, é algo atravessado pelo tipo de coordenação que Mol considera. E aqui é útil abandonar as aspas e a noção de construção, para se referir a noção de performance (*enactment*) utilizada pela autora. Investigar os processos de incorporação da PrEP é investigar uma performance específica de sua emergência: trata-se de uma investigação das práticas discursivas que incidem em, além de serem resultados de, redes mais amplas vinculadas à implementação da tecnologia de prevenção. Trago aqui a noção de experiências em implementação da PrEP, para me referir a redes concretas de distribuição do medicamento, marcadas pela realidade clínica dessa forma de prevenção. Ainda que esta pesquisa não esteja enfocada na prática clínica, é importante fazer uma referência à importância da realidade clínica. É a partir daí que muitas das tensões que serão descritas ao se explorar o processo de incorporação podem se manifestar no cotidiano das práticas de prevenção, além de o próprio movimento de incorporação ser atravessado por esse cotidiano. Esse atravessamento pode ser associado à mobilização das evidências biomédicas produzidas por ensaios clínicos que lançam a intervenção biomédica como um método de prevenção que funciona e que é seguro.

Tais redes de implementação, portanto, são manifestadas não apenas na oferta e distribuição de PrEP pelos serviços especializados do SUS, mas também a partir de diferentes redes formadas por empreendimentos experimentais. Estudos de demonstração e ensaios clínicos, para além de servirem a seus objetivos professados na produção de evidências científicas, servem, por exemplo, como via de acesso para a medicação preventiva. Diferentes sentidos são atribuídos a empreendimentos experimentais por diferentes atores. O trabalho de Adriana Petryna (2009, 2011) pode ser útil para demonstrar como, em contextos de maior desigualdade econômica, toda uma indústria de ensaios clínicos prolifera de maneira que desafia uma regulação bioética responsável. Ensaios clínicos, vinculados a laboratórios farmacêuticos de países que detém o capital na indústria de ensaios clínicos, exploram populações de países de média e baixa renda para produção de evidências científicas menos atravessadas pelos seus comitês nacionais. Isto ocorre na medida em que o sentido atribuído ao que é ético, ou não, muda: no mundo da experimentalidade, como chama a autora, existe uma crescente variabilidade ética. Na prática, isso costuma significar que uma terapia experimental consegue uma aprovação mais facilitada, no país de origem, na medida em que se reconhece que os países que recebem os estudos clínicos não possuiriam alternativas para lidar com um problema de saúde específico. De certa forma, laboratórios farmacêuticos,

associados ao que a autora nota como uma indústria dos ensaios clínicos, justificam a presença de estudos internacionais como uma espécie de “missão humanitária”.

Essa variabilidade ética pode ser reveladora de como o próprio sentido atribuído ao que eu chamo de experiências em implementação, marcadas também por experimentos de diversas ordens, é algo que muda. Para além de estudos com o objetivo de gerar evidências científicas, experiências de implementação podem ser entendidas como uma forma de se ter acesso a uma terapia ou droga específica. Mais ainda, podem ser entendidas como uma forma de acesso a um direito à saúde ou ao cuidado. Embora trabalhos como os de Mike Michael e Marsha Rosengarten (2013) explorem um contexto de controvérsias bioéticas em nome da produção de inovação nas evidências científicas em torno da PrEP, a presente investigação se desloca mais a partir da noção de que existem diferentes sentidos atribuídos a diferentes experiências em implementação.

O trabalho etnográfico de Jonathan Stadler e colegas (2015) sobre o ensaio clínico VOICE, encomendado pela própria equipe do ensaio clínico, também é relevante para formular uma consideração sobre as experiências em implementação. Os autores descrevem uma situação em que as mulheres que participaram do estudo mentiam para continuar participando. Mentiras que eram descobertas na medida em que os relatos feitos acerca da adesão ao regime profilático eram comparados às evidências biológicas coletadas em análises de sangue. Por mais que fosse relatada uma adesão perfeita — por meio de questionários mensais e auto-entrevistas periódicas por computador —, que os frascos de remédios voltassem vazios ou que os aplicadores de gel microbicida não retornassem, no material biológico de poucas mulheres foram encontrados traços da medicação¹¹ (MARRAZZO et al, 2015). Os autores então se concentram em entender os motivos que levavam tais mulheres a mentir e discutem como o acesso regular ao serviço de saúde e todas as relações que ali se davam serviam como importantes redes de apoio frente a situações de vulnerabilidade que muitas viviam.

É possível notar que tanto o trabalho de Stadler e colegas (2015), quanto as considerações de Adriana Petryna (2009; 2011) sobre um contexto mais geral de

11 O VOICE foi um ensaio clínico que procurou avaliar a eficácia de PrEP, na forma oral e como géis microbicidas de aplicação vaginal, em mulheres consideradas heterossexuais na África do Sul, na Uganda e em Zimbábue. Foram estabelecidos grupos de controle (por placebo) e grupos experimentais com base em diferentes tecnologias: procurava-se avaliar o tratamento diário com a combinação oral de TDF-FTC, com o TDF sozinho e com géis microbicidas com base em tenofovir (TFV). Nas análises plasmáticas de adesão, o TFV foi encontrado em 29% das amostras do grupo que recebeu a combinação TDF-FTC, 30% no grupo que recebeu apenas o TDF e em 25% do grupo que recebia os géis microbicidas. A baixa adesão foi associada a uma incapacidade de avaliar a eficácia das drogas em estudo, levando ao cancelamento do ensaio clínico (MARRAZZO et al, 2015).

experimentalidade, apontam para a produção de diferentes sentidos em torno de experimentos. Essa noção será relevante ao terceiro e quarto capítulo da dissertação, à medida em que um ensaio clínico envolvendo uma versão injetável da PrEP passa a participar do debate público sobre HIV/AIDS em Porto Alegre. Embora a PrEP tenha oficialmente se estabilizado enquanto política pública no Brasil, faço uma consideração bastante enfocada na questão experimental por se tratar da primeira via de acesso que se fez disponível ao método preventivo, além de ainda estar presente nas redes de associação que performam a intervenção biomédica em debates públicos mais amplos sobre a resposta ao HIV/AIDS. Como será descrito ao longo da dissertação, junto à distribuição da PrEP pelo SUS se colocam outras PrEPs vinculadas a desenhos experimentais, sejam em ensaios clínicos internacionais ou estudos de demonstração que ocorrem em Porto Alegre, cidade onde se realizou observação de eventos sobre HIV/AIDS, além de entrevistas com atores de movimentos sociais. Entende-se, assim, que experiências em implementação são constituídas dessas redes de distribuição e atendimento voltadas à intervenção biomédica, seja pela via dos serviços de saúde ou pela experimental.

Um debate público: as disputas sobre AIDS em Porto Alegre — ontem, hoje e amanhã

Não apenas a prática médica torna a PrEP algo impossível de ser pensado em termos de sua estabilidade, mas também a própria história da AIDS enquanto uma epidemia. Retorno por um instante à consideração de João Guilherme Biehl (2011) sobre a confluência entre sociedade civil organizada e Estado na criação de uma política de resposta à AIDS no Brasil. O autor descreve naquele artigo como a constituição de tal política no país é marcada pelo que ele chama de uma farmacêuticalização, processo em que “balas mágicas” — em geral, intervenções biomédicas farmacêuticas no campo do HIV — emergem como grandes promessas numa delineação neoliberal desse campo como uma tendência global. Um caráter neoliberal, marcado pelas falas de Fernando Henrique Cardoso, então presidente do Brasil na época de constituição do acesso universal à terapia antirretroviral pelo SUS, e José Serra, ex-ministro da saúde, que colocam o suposto sucesso dessa resposta como resultado do interesse de grupos organizados na sociedade civil. O interesse da sociedade, marcado pela pressão de certos grupos, em vez de necessidades concretas das pessoas, seria considerado o cerne da história de constituição dessa resposta na fala de tais políticos (BIEHL, 2011. p. 280-281).

Apesar da crítica do autor a esse modelo que enfoca a questão do interesse de grupos capazes de se mobilizar politicamente e de como este interesse é traduzido discursivamente em favor de tendências neoliberais no campo da saúde, a contribuição de movimentos sociais

na constituição de uma resposta ao HIV/AIDS foi fundamental — e, como espero discutir ao longo do trabalho, continua sendo. De tal modo, cabe realizar uma descrição mais detalhada do que tem aparecido aqui como uma históriada constituição da resposta à epidemia no Brasil. Carlos Guilherme do Valle (2002) apresenta uma contribuição relevante nesse sentido, ao se ater à maneira pela qual o ativismo da AIDS, preconizado por ONGs no país, se constituiu por uma via identitária central: pessoas vivendo com AIDS. Tal noção de vida emergia como contraponto às narrativas públicas da doença como uma sentença de morte. Tratava-se de um enfoque na vida das pessoas, não *apenas* de um enfoque estritamente biomédico ou farmacêutico, mobilizado por movimentos sociais nesse movimento de pressão pública e cobrança por direitos.

Sob o risco de soar redundante, considero que se deve enfatizar que as disputas públicas em torno do HIV/AIDS, entretanto, não foram mediadas *apenas* por essa afirmação identitária da vida, seja no contexto brasileiro ou em outros. Nem apenas a vida (processos que incluem a realidade vivenciada pelas pessoas), nem apenas medicamentos (ou a ciência e a tecnologia, de uma maneira mais ampla): são os atravessamentos diversos em torno dessas duas entidades que eu procuro levar em conta analiticamente ao longo da dissertação. Trabalhos como os de Néstor Perlongher (1987) e Kenneth Camargo (1993), que enfocam a relação entre ciência e sociedade em torno do HIV/AIDS são aqui relevantes. Sem me adentrar muito na contribuição desses autores, eles procuram apresentar de que modo a construção do conhecimento científico — num nível global — foi atravessada pela participação da sociedade em disputas. Muitas leituras homofóbicas e estigmatizantes, vivenciadas concretamente pelas pessoas em práticas discriminatórias, foram alvo de denúncias da sociedade civil, tornando a ciência da AIDS uma ciência pública e disputada: vidas estavam em jogo nas políticas da construção do conhecimento.

É ao trabalho de Steven Epstein (1996), entretanto, que gostaria de me ater mais demoradamente nesta introdução. Embora em seu livro *Impure Science: AIDS, activism and the politics of knowledge* o autor apresente uma narrativa sobre os anos iniciais da epidemia nos Estados Unidos, sua contribuição é relevante à investigação realizada. Isto é, mesmo que eu me atenha às delineações de outro contexto, a resposta ao HIV/AIDS no Brasil frente a uma nova promessa do campo, o autor nota a complicada maneira de se realizar política com retrovírus e antirretrovirais. Para além da denúncia de homofobia das autoridades médicas — já que à época a AIDS era muito associada a uma ideia de “câncer gay”¹² — e do descaso

12 A noção de AIDS como um câncer gay, começa a emergir a partir das manifestações clínicas do que, então, era uma nova doença que estaria matando jovens gays. Essas manifestações incluíam o sarcoma de kaposi,

público com pessoas infectadas, ou da afirmação da vida das pessoas vivendo com AIDS, o trabalho do autor permite enfatizar como uma política de confiança e desconfiança que se estabeleceu num contexto inicial de crise na epidemia do Estados Unidos. Desconfiança por parte das comunidades afetadas pela epidemia em relação a autoridades médicas que podem produzir leituras estigmatizantes, além de uma confiança necessária, à medida em que era a partir do diálogo com tais autoridades, que algum tipo de conhecimento mais compromissado com a vida dessas comunidades poderia emergir.

Confiança e desconfiança nas autoridades médicas por parte dos ativistas da AIDS norte-americanos foram elementos táticos fundamentais à constituição de uma resposta ao HIV/AIDS (EPSTEIN, 1996. p. 5-8). É a partir das evidências científicas disponíveis que começa a se constituir, por exemplo, práticas do que se entende por sexo seguro, em diálogo com um movimento social que se organizava em torno da epidemia. É também a partir da pressão de ativistas, em movimentos de denúncia e afirmação de direitos, que começam a se criar novos protocolos para participação em estudos de terapias experimentais e aprovação de medicamentos nos Estados Unidos. Não se podia jogar pela janela o conhecimento biomédico, mas antes tensioná-lo. Nesse sentido, o ativismo de grupos como o ACT-UP¹³ conseguiu, efetivamente, tantas conquistas devido a um movimento de especialização dos ativistas. Nos termos do autor, trata-se da emergência da figura do leigo-especialista na história da AIDS, capaz de desafiar a credibilidade médica e estabelecer uma credibilidade própria no campo (EPSTEIN, 1996. p. 12-13). Um difícil diálogo entre a crise vivenciada pelas pessoas vivendo com AIDS, organizadas em movimentos sociais com disputas internas notáveis¹⁴, e a ciência

um tipo raro de câncer, cujos sintomas incluem lesões na pele. Dessa maneira, rapidamente se criou uma crise pública em torno de tal doença, que passava a ser explicada também pelo comportamento homossexual: atribuíam-se a um suposto comportamento promíscuo e com uso repetido de drogas uma sobrecarga do sistema imunológico (EPSTEIN, 1996; PERLONGHER, 1987). Entretanto uma série de desdobramentos, que incluía o desenvolvimento dos mesmos quadros em outras populações, tais como pacientes hemofílicos — que realizavam transfusões de sangue com frequência — começam a estabelecer outras hipóteses: haveria um agente causador da doença. Eventualmente o nome AIDS se estabelece por não fazer referência a populações específicas, ao mesmo tempo em que denota que se trata de uma síndrome (uma série de manifestações clínicas relacionadas ao sistema imunológico) e que é adquirida. Os trabalhos de Epstein, Perlongher e Camargo (1993) ainda chamam atenção para as controvérsias em torno do agente causador de tal síndrome, que acabou se estabilizando como HIV.

13 *AIDS Coalition to Unleash Power* (ACT UP) é um grupo ativista internacional de AIDS, formado em 1987 em Nova Iorque. Steven Epstein (1996) relata em seu trabalho a internacionalização do grupo e a criação de vários segmentos em diversos países. De acordo com o autor, suas estratégias incluíam tanto a denúncia das condições sociais em que as pessoas vivendo com AIDS estavam inseridas, como também a pressão por novos protocolos biomédicos e acesso a drogas experimentais.

14 Epstein relata em seu livro como esse processo que levou a produção de leigos especialistas era marcado por uma estratificação de gênero e raça. De modo geral, a figura do ativista da AIDS como um *expert* era a de um homem gay branco (EPSTEIN, 1996. p. 292). Mulheres, pessoas negras e pacientes hemofílicos infectados pelo HIV dificilmente gozavam da mesma credibilidade nos círculos científicos. Nesse sentido,

da AIDS e seus medicamentos experimentais pode ser considerado como algo que definiu o rumo da resposta à epidemia.

Quando Aggleton e Parker (2015) consideram que o movimento atual de biomedicalização da resposta ao HIV/AIDS pode colocar em risco a participação de movimentos sociais no campo, esta é uma história que parece ser ofuscada frente a promessas de um futuro. O lugar de denúncia, afirmação e tensionamento da sociedade civil na ciência da AIDS e suas políticas parece ser colocado em risco, frente ao que Biehl (2011) chama de “balas mágicas” no processo de farmacutilização da saúde pública. Nesse sentido, procurei realizar aqui a construção do retrato do que pode ser entendido como um “ontem” na resposta à epidemia; onde a participação da sociedade civil organizada foi central para a formatação de políticas públicas no Brasil, para a emergência das intervenções biomédicas em torno da epidemia e para o conhecimento produzido em torno da epidemia e sua resposta. Trata-se de uma participação fundamental, na medida em que a afirmação da vida se entrelaça com as disputas em torno da epidemia. É sob esse enquadramento de um “ontem” que o “hoje” torna-se visível pelas suas promessas e retrocessos, como procurei apresentar a partir do caso de Porto Alegre anteriormente: vivemos em tempos de políticas públicas e estudos promissores e de um apagamento histórico do debate público que instituiu a resposta ao HIV/AIDS no Brasil.

Com o uso do termo debate público, pretendo fazer referência às políticas de produção do conhecimento vinculados à epidemia do HIV/AIDS, procurando evidenciar, nesse sentido, quais são os termos do que é debatido. Na investigação realizada, procuro privilegiar relatos e vozes vinculadas ao movimento social que historicamente se organizou em torno do HIV/AIDS, além de também enfatizar algumas de suas reconfigurações a partir da emergência da promessa da PrEP em Porto Alegre. É nesse sentido que elaboro a seguinte regra metodológica: sigo *rumores* até o limite da *opacidade* das coisas¹⁵. Procurar retrair os termos do debate público em torno do HIV/AIDS em Porto Alegre é uma tarefa onerosa, especialmente porque os acontecimentos que mencionei ao longo da introdução levam a muitos lugares e situações que não pude acompanhar de perto, estando esparsos no tempo e no espaço.

cabe também notar como essa história da AIDS, muito centrada num ativismo norteamericano é apenas uma história possível da epidemia.

15 O que chamo de opacidade das coisas, isto é, dos limites desta investigação, inclui também certos recortes que foram realizados por algumas dificuldades institucionais. Em um primeiro momento, pensava-se em incluir na investigação pesquisadores envolvidos com projetos e estudos de PrEP em entrevistas. No entanto, como houve grande demora no retorno do projeto de pesquisa submetido à Plataforma Brasil para apreciação ética, optou-se pelas possibilidades em retrair o debate público que descrevo nesta dissertação.

Na próxima seção, evidencio algumas escolhas teórico-metodológicas com relação a essa situação, explorando de maneira mais detida a regra metodológica que elaborei, além de apresentar as abordagens realizadas para investigar a emergência de uma promessa como a PrEP em tempos de retrocessos, como o fechamento da sede do GAPA em Porto Alegre. Cabe notar que embora o processo de incorporação seja uma instância realizada em nível nacional na consolidação de uma política pública de PrEP, o debate público que acompanhei não se limita a este processo. Muito mais coisas habitam o debate público. E muito mais coisas habitam o processo de incorporação. Essa disjunção entre o processo de incorporação e o debate público que investigo pode ser associada ao fato de que a intervenção biomédica ainda não participa de maneira contundente das práticas de prevenção. De maneira geral, portanto, é possível já explicitar que uma das principais questões que envolvem a emergência da PrEP no debate público sobre HIV/AIDS é o acesso à intervenção biomédica, seja este acesso por uma via experimental ou consolidada na política pública de prevenção. Acesso que seria considerado deficitário, em virtude de um perfil elitizado que o método de prevenção tem encontrado, como algum dos interlocutores que contribuíram para a presente investigação apontaram.

Escolhas teórico-metodológicas: perseguindo rumores e respeitando a opacidade

Delimitar o objeto da presente investigação como a emergência da PrEP, considerando os processos de incorporação e implementação da tecnologia, junto a um debate público mais amplo sobre a resposta ao HIV/AIDS em Porto Alegre implica em certas escolhas teórico-metodológicas. Os retratos de um ontem e de um hoje, marcado pelas promessas de um amanhã em que o fim da AIDS se avizinha, nesse sentido são também resultados de tais escolhas. O trabalho de autores como Steven Epstein (1996), Kenneth Camargo (1993) e Néstor Perlongher (1987) são de importante valia para a pesquisa, por servirem de ponto de partida a um estudo antropológico acerca da ciência e da sociedade envolvendo a política de produção do conhecimento em torno da AIDS. Essa trajetória que considera, portanto, as disputas públicas em torno do conhecimento científico e suas tecnologias no campo da AIDS é fundamental para estabelecer os tensionamentos teórico-metodológicos pretendidos, além de ter servido para esboçar o que chamei de um debate público. Não é minha intenção recuperar o trabalho de tais autores ao longo da dissertação, mas reconheço aqui a maneira pela qual o tipo de esforço etnográfico que pretendo realizar não é novo. Embora úteis, na definição do que quer que seja este debate público que investigo, as políticas de produção do conhecimento no campo do HIV/AIDS têm se mostrado muito dinâmicas, seguindo um ritmo no qual os

termos do que era debatido na década de 1980 e 1990 já não estão mais dispostos da mesma maneira. O HIV já foi isolado como causa da AIDS, os antirretrovirais já não são mais o que Daniel (2018a) chamou de uma “droga terminal”, mas permitem uma vida prolongada, além de também atuarem como métodos de prevenção. O preservativo já não é mais um mantra.

De todo modo, num campo onde promessas inovadoras começam a se concretizar, uma abordagem que considere a política de produção do conhecimento e das tecnologias, como as desses autores, pode ser útil em produzir um relato sobre as tensões e os desafios que se colocam. Nesse sentido, trabalhos como os de Marsha Rosengarten (2009) também servem de inspiração, na medida em que apontam para os agenciamentos em torno da ciência da AIDS, do HIV e de suas intervenções. É impossível pensar em termos de uma resposta ao HIV/AIDS responsável, sem levar em conta a necessidade urgente de tecnologias biomédicas para manutenção da vida e garantia de direitos humanos. Testes diagnósticos, terapia antirretroviral, métodos preventivos, tão centrais à rede de cuidados médicos, não devem ser pensados como entidades puras, mas como processos relacionais. São atravessados e atravessam aquilo sobre o qual tentariam apenas intervir: a infecção pelo HIV, a AIDS e seus efeitos. A abordagem da autora é relevante no sentido de dar visibilidade a diferentes camadas, e seus encadeamentos relacionais, incluindo a questão da participação da sociedade civil na produção de uma resposta à epidemia.

Seja num nível médico ou clínico, ou no plano de um debate público sobre a epidemia, tais entidades serão mobilizadas e produzirão seus efeitos. Cabe, assim, notar que embora se reconheça a importância da camada da prática médica na produção de uma resposta ao HIV/AIDS, esta investigação **não** acompanhará o cotidiano médico de distribuição de medicamentos antirretrovirais. Decisões, dilemas e coordenações próprias da política da prática clínica serão acessadas mediante ao que eu chamo aqui de *rumores*. Será pela via de relatos produzidos ao longo da investigação que acessarei esta prática e as controvérsias que ela tem levantado em torno da resposta à epidemia e suas promessas. De tal modo, quando me refiro a experiências em implementação da PrEP, procuro respeitar a *opacidade* das práticas. Não acompanhei rotinas clínicas de dispensação de medicamentos, nem mesmo as redes de distribuição concretas de antirretrovirais no SUS através do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM)¹⁶.

16 Trata-se de um sistema criado para o gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais. O sistema permite que o Ministério da Saúde, pela via do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV), mantenha um controle em relação ao fornecimento de medicamentos aos pacientes em terapia antirretroviral a nível nacional. Os dados produzidos permitem um

De fato, acompanhar um debate público não é o mesmo que acompanhar redes concretas de distribuição ou de cuidado com a saúde, mas sim atentar para como elas são mobilizadas de maneira mais ampla. Trata-se, novamente, de acompanhar processos de *tradução* (LATOUR, 1994) da ciência da AIDS, como realizei na pesquisa anterior, mas com algumas diferenças. Pergunto, assim: de que modo os dilemas e desafios vivenciados nessas redes se atravessam com a vida das pessoas que devem se beneficiar de políticas públicas? Os *rumores* que persigo ao longo dos capítulos podem responder a essa pergunta de diversas formas, como pretendo fazer ao longo da dissertação, sem, no entanto, acompanhar tais dilemas de perto. A noção de *opacidade* é aqui relevante porque diz respeito ao limite do *rumor*, daquilo que viaja e é mobilizado por diferentes atores no debate público que estudo. O *opaco* se refere a tudo aquilo que eu não tive acesso, mas que mesmo assim atua na resposta ao HIV/AIDS como os relatos produzidos irão indicar.

Com a “regra metodológica” que esboço para a investigação: respeitar a opacidade enquanto se persegue rumores, pretende-se realizar a tarefa que Bruno Latour (2012) chama de reagregar o social. O relato etnográfico que produzo sobre a emergência de uma promessa e sua relação com debate público é realizado a partir das associações que consigo retrair nos *rumores* a partir dos diferentes materiais a que tive acesso, dos eventos que acompanhei e dos relatos que foram produzidos junto aos interlocutores desta investigação. Quem ou o que está agindo através de tais associações: são as fontes que acesso, os eventos que acompanho e os relatos que me são dados em entrevistas que irão me informar. Nesse sentido, a dissertação pode ser entendida como a tentativa de produção de um mapa do debate público sobre a resposta ao HIV/AIDS em tempos de grandes promessas no campo. Mapa é um termo que pode ser relacionado aos desdobramentos e contribuições teóricas da chamada teoria ator-rede, que acaba servindo como um dos principais guias ao longo da investigação realizada. Sobre essa noção de uma cartografia,

[v]oltando ao exemplo do cartógrafo [comparado a um pesquisador na teoria ator-rede], é como se ele tivesse de lidar não apenas com múltiplos relatos de exploradores, mas também com grades de projeção em que cada ponto exigisse suas próprias coordenadas *ad hoc*. Frente à tamanha balbúrdia, é possível se decidir por restringir o leque de controvérsias ou levar em conta todas elas. A primeira solução pré-relativista funciona bem, mas pode limitar a sociologia a situações rotineiras, frias, pacíficas. A segunda solução relativista enfrenta situações conturbadas, quentes e radicais, mas então temos de permitir que as controvérsias se desdobrem inteiramente (...) (LATOUR, 2012. p. 46)

Um mapa que é parcial, visto que nem todos os desdobramentos das controvérsias serão explorados, mas que por isso mesmo é politicamente engajado na produção de um conhecimento mais atento aos efeitos que produz (HARAWAY, 1995). Um mapa que se pretende produzir num campo em que muito já foi e continua sendo produzido, que é o da epidemia de HIV/AIDS. E que carrega a relativa falta de experiência de um antropólogo-cartógrafo que aos poucos começa a se aproximar de um campo muito maior do que qualquer tentativa de mapeá-lo. Os territórios e localidades descritos ao longo da presente etnografia são resultados de diferentes abordagens para inscrição etnográfica: nos dois primeiros capítulos desta dissertação, apresento uma análise de documentos vinculados ao processo de incorporação da PrEP no SUS; enquanto nos dois últimos, apresento a descrição de alguns eventos e relatos, produzidos por meio da observação participante e de entrevistas semi-estruturadas, que permitem uma consideração sobre a maneira pela qual a promessa biomédica tem emergido em um debate público em Porto Alegre.

Documentos publicados pela Conitec são centrais à análise realizada na primeira metade da dissertação, voltada para uma descrição do processo de incorporação, incluindo o processo de produção de convencimento e da regulação das práticas médicas recomendáveis em torno da PrEP nos serviços de saúde. Refiro-me aos relatórios de recomendação da comissão e aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) redigidos na ocasião do processo de incorporação vinculado à Conitec. Os PCDT encontram ainda novas versões que acompanham a efetivação da oferta da PrEP no SUS, que incluem modificações importantes com relação ao texto original. Também incluo uma análise de reportagens e outros tipos de documentos, como artigos científicos, que possam auxiliar na produção de um relato acerca do processo de incorporação da tecnologia. Em geral, esses outros documentos são mobilizados pelas próprias publicações da Conitec, dizendo respeito a trajetória da PrEP enquanto uma tecnologia de prevenção num campo experimental que produziu evidências científicas que atestam a sua eficácia e segurança. Publicações pontuais relativas a experiências de implementação realizadas no Brasil, e a controvérsias mais amplas envolvendo a PrEP também são mobilizados na análise. Permite-se, nesse sentido, a apreciação de uma performance específica, uma versão específica da promissora “inovação” biomédica.

O restante da dissertação procura reconhecer de que maneira o debate público sobre HIV/AIDS em Porto Alegre, considerando o clima de retrocessos que abordei brevemente ao longo da introdução, tem performado a PrEP. Nesse sentido, descreve-se a maneira pela qual o método preventivo participa ou não de um debate público mais amplo sobre a epidemia na

cidade. Procurei acompanhar eventos de diferentes naturezas, tais como paradas livres, audiências e debates públicos, e Encontros de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS, a fim de localizar maneiras como essa promessa emerge em controvérsias que não necessariamente se esgotam nela. O acompanhamento de tais eventos indica que a promessa cujo processo de incorporação acompanhei e descrevo ao longo da primeira parte da dissertação não é uma questão central, nesses tempos de retrocessos, ainda que sua importância seja reconhecida. Foram também realizadas entrevistas semi-estruturadas com integrantes do GAPA-RS, primeira ONG/AIDS do Rio Grande do Sul, na medida em que o despejo de sua sede foi um acontecimento que teve importante reverberação no debate público que eu começava a perseguir, e de um comitê de assessoria comunitária a um ensaio clínico de PrEP internacional que ocorre na cidade. Tais entrevistas permitem não apenas uma reflexão sobre os termos do debate público em que essa promessa pode ou não emergir, mas também sobre os sentidos que a prevenção pode ganhar e a importância histórica dos movimentos sociais na resposta ao HIV/AIDS.

Uma consideração sobre o espaço-tempo: que mapa é este?

Esse esforço cartográfico, presente na escrita desta etnografia, não deve ser entendido como algo parado no tempo. Como procurei trabalhar ao longo da introdução, diferentes temporalidades e enquadramentos sobre a passagem do tempo são relevantes para a investigação realizada. Passado, presente e futuro estão em questão, ainda que este não seja um trabalho histórico, no sentido de propor uma linearidade narrativa dos eventos. Passado e futuro importam, na presente dissertação, por fazerem referência à maneira como contamos nossas histórias e somos mobilizados por expectativas no presente. É nesse sentido que a PrEP pode ser entendida como uma “inovação” biomédica promissora que é incorporada ao SUS, no campo da prevenção ao HIV/AIDS, e que o debate público em torno da epidemia já carrega uma longa trajetória e experiência. É nesse sentido que acontecimentos como o fechamento da sede do GAPA-RS, ou a falta de medicamentos antirretrovirais nos serviços de saúde, pode também ser entendido como um retrocesso. Utilizo o termo temporalidade para dar conta do tempo no mapa que realizo enquanto persigo rumores. Temporalidade aqui se refere ao passado, ao presente e ao futuro. Refere-se também aos diferentes ritmos como contamos as histórias sobre o passado e como procuramos construir um futuro melhor.

Organizo a presente dissertação como uma tentativa de dobrar o tempo neste mapa que começo a montar, de modo a evidenciar que as temporalidades performadas ao longo da descrição etnográfica não devem ser entendidas num decurso temporal cronológico. Em uma

descrição de diferentes histórias de uma tabela de referência de uma sequência genética, Amade M'charek (2014) elabora o conceito de “objeto dobrado”, considerando diferentes maneiras de contar a trajetória temporal de tal objeto. O tempo, nesse tipo de abordagem em que me inspiro para organizar as diferentes camadas e capítulos desta dissertação, é considerado de maneira topológica. Decorre a partir de superfícies que a descrição etnográfica pode tornar ou não visíveis. Nesse sentido, a autora realiza uma crítica à noção cartográfica, patente na obra de autores como Bruno Latour. Por mais que a teoria ator-rede possa muito bem me equipar para perseguir os rumores, elaborando uma cartografia das controvérsias, e reagregando o social enquanto um coletivo, este é um aparato que não estaria muito bem calibrado para evidenciar as diferentes temporalidades em curso nos objetos que estudo, defende a autora. Que histórias sobre o passado e expectativas sobre o futuro carregam grandes promessas como a PrEP e os retrocessos que povoam o debate público que pretendo recuperar? Trago aqui as contribuições da pesquisa da autora, num campo que entrecruza raça e genética, como maneira de apresentar o conceito de objeto dobrado, além de procurar evidenciar como a presente etnografia pode ser entendida enquanto uma tentativa de dobrar os tempos carregados pelos objetos que estudo.

Estudando acerca de uma sequência genética utilizada como referência por diferentes tipos de cientistas, M'charek (2014) procura recuperar uma história sobre raça e seus entrecruzamentos com a produção de conhecimento no campo da genética. Nesse sentido, ela descreve como essa sequência de referência, vinculada ao mapeamento do DNA mitocondrial (mtDNA), está ligada a diferentes temporalidades. Em um primeiro momento, seu relato etnográfico performa essa temporalidade vinculada à ideia de um “retrato”, no qual sua pequenez é associada a um certo tipo de beleza:

The complete sequence of the mtDNA genome was published in 1981 in the scientific journal *Nature* in a paper co-authored by 14 scientists (Anderson et al., 1981). Underlining the significance of this publication were three accompanying articles on the mitochondrial genome, one of which was a short introductory paper by Piet Borst and Leslie Grivell entitled ‘Small is Beautiful: Portrait of a Mitochondrial Genome’ (Borst and Grivell, 1981). Borst and Grivell’s paper celebrates the major achievement of their colleagues and expresses the relevance of the genetic map for the field in more than scientific terms. The poetry of the title is chosen well, for ‘small is beautiful’ is an oft-heard expression to describe mtDNA in review articles or at conferences (e.g. Casane et al., 1997). For my argument, this interesting title is relevant because the mtDNA genome was not staged as a map or book, metaphors that are often used to qualify the nuclear human genome, but as a portrait the portrait qualities, namely the representation of the essence of a person, draws in and at the same time underlines two specific qualities of the genome, namely small and beautiful. Small, because in contrast to nuclear DNA, which consists of 3 billion base pairs (DNA building blocks), the mitochondrial genome consists of only 16,500 base pairs. This is obviously one of the major reasons why they could sequence it back in 1981. Size, however, is not merely a technical

advantage but a quality of beauty. Size is appreciated, and linked to the organization of the genome and the location of its various genes. Papers by Anderson et al. (1981) and Borst and Grivell (1981) both appreciate the efficiency of this organization. Again, in contrast to nuclear DNA where genes are scattered about in a landscape of 'junk DNA', the genes of mtDNA are positioned tightly next to one another. (M'CHAREK, 2014. p. 36)

Um belo, porque pequeno, retrato da natureza foi feito, ao se sequenciar o mtDNA, conforme anunciado na publicação de Anderson em 1981. Essa sequência genética, no entanto, encontra diferentes traduções por diferentes cientistas que a utilizam.

Nos anos 1990, intensas controvérsias envolvendo o Projeto Genoma da Diversidade (Human Genome Diversity Project) afloram por conta da atenção que era depositada ao "DNA exótico" de "povos indígenas e populações isoladas". M'charek resolve se aproximar do trabalho de cientistas que lidavam com a genética de populações, notando como o mtDNA também ganha uma importância, na medida em que permite a reconstituição genética de linhagens maternas (M'CHAREK, 2014. p. 35). Para os cientistas que realizavam o trabalho mais rotineiro de uma ciência que se tornou altamente controversa naquela década, a sequência Anderson era apenas mais um dos materiais com os quais trabalhavam, procurando estabelecer diferenças nos materiais genéticos que analisavam. No entanto, ao relatar uma conversa com o diretor do laboratório em que a autora realizava sua pesquisa, ela começa a descrever como um trabalho complexo de "colagem" foi necessário. O diretor do laboratório informa que seus colegas costumam naturalizar Anderson, mas ela é apontada como uma sequência que foi definida como referência pelo consenso científico. Poderia ter sido qualquer outra sequência genética, não faria tanta diferença para aqueles cientistas. É recuperando o trabalho de colagem de Anderson que a autora nota como a sequência em questão, naturalizada na busca por diferenças genéticas naquele laboratório que ela estudava, é resultado de uma série de experimentações científicas realizadas pela equipe que a sequenciou.

Anderson só foi sequenciada a partir de uma "colagem" com os materiais que estavam disponíveis aos cientistas naquela época: placentas, material genético bovino e células de Henrietta Lacks. Para os cientistas trabalhando com a genética de populações, uma tal sequência de referência é bastante útil, na medida em que permite avaliar a diferença com o material que analisam no laboratório. No entanto para cientistas trabalhando com genética médica, menos preocupada com diferenças e mais enfocada na normalidade, alguns "erros" da sequência tiveram de ser corrigidos. O material genético bovino utilizado dificilmente era encontrado nas amostras genéticas com as quais tais cientistas trabalhavam, necessitando todo um trabalho de "edição de erros". M'charek chama este trabalho de "montagem", sendo similar ao de "colagem", mas possuindo intencionalidades e efeitos políticos mais declarados.

No processo de correção dos “erros”, a informação genética vinculada às células da paciente negra Henrietta Lacks, são apagadas da sequência genética revisada. Para os cientistas da genética médica, era necessário tornar a sequência genética “europeia”, em vez de “africana” (M’CHAREK, 2014. p. 44).

Nesse processo de edição de “erros”, a autora nota como havia um “C” onde não devia estar na sequência genética: um duplo “C” que constava na Anderson original e continuou a existir na sequência revisada e tornada geneticamente europeia. Esse duplo “C”, nas palavras da autora

(...) maintaining the extra C may function as ‘political noise’, reminding users of the reference sequence that it is a made object, with a history. This C is nothing less than the orbiting cadaver of the dog Satellite, now appearing in sight and then disappearing again. This C points to the complex racial history of the reference sequence. Since the second C will not be found in any other human sequence, the void that inevitably will appear on any computer screen may become an index of the history of the sequence, an index of the times and places that are gathered in it. (M’CHAREK, 2014. p. 46).

Antes de apresentar o cadáver do cão Satellite e sua importância para a elaboração do conceito de objeto dobrado, retorno do campo da genética populacional e médica, para a questão do debate público e das “novas” promessas biomédicas que povoam o HIV/AIDS. É inspirado na contribuição da autora que organizo a presente dissertação, em diferentes camadas que permitem performar os objetos que persigo de diferentes maneiras, chamando a atenção para as diferentes temporalidades que eles carregam. O mtDNA enquanto “retrato”, “colagem” e “montagem”, permitiu à autora uma descrição de uma história que se tentou apagar na sequência genética, organizando seu próprio texto em torno destas metáforas.

Organizando a presente dissertação em duas partes, a primeira voltada para o processo de incorporação da PrEP enquanto uma política pública do SUS, e a segunda para o debate público sobre AIDS em Porto Alegre, pretendo chamar atenção para como diferentes temporalidades são performadas através da descrição dos rumores que persigo. O primeiro capítulo é voltado para uma descrição do que chamo de um processo de convencimento vinculado à incorporação da tecnologia junto ao SUS. Noto nesse capítulo como uma série de exclusões são realizadas, de modo a “assombrar” o relatório de recomendação que analiso, incluindo a própria trajetória experimental do método preventivo que é incorporado e populações que poderiam se beneficiar de sua capacidade preventiva. Num interlúdio, procuro apresentar uma reflexão sobre a importância da sociedade civil neste processo, considerando as Consultas Públicas (CP) que foram realizadas junto ao processo de incorporação. No segundo capítulo, realizo uma análise documental procurando descrever efeitos da

consolidação de práticas médicas recomendáveis em torno da PrEP, pela via dos PCDT que acompanham o processo de incorporação. Conforme esse capítulo, é possível notar como uma versão específica da PrEP emerge, de modo a tensionar noções como vulnerabilidade e autonomia, no campo das chamadas “estratégias de prevenção combinada” — das quais a intervenção biomédica que investigo faz parte.

Na segunda parte da dissertação, dedico-me a retratar o que chamei de um debate público na cidade de Porto Alegre, procurando reconhecer os termos daquilo que é debatido e o peso que a PrEP, enquanto uma potente promessa biomédica, ganha ou não neste debate. Esse debate é considerado sobretudo a partir da experiência do movimento social de HIV/AIDS que historicamente é associado à resposta brasileira à epidemia. O terceiro capítulo é voltado a uma descrição dos eventos que acompanhei e da maneira pela qual a promessa da PrEP emerge em tais situações. Como já vim alertando ao longo da introdução, nem sempre a promessa, à qual dediquei as páginas da primeira parte da dissertação, aparece como central ao debate público que estudo. Trata-se de um debate público em que outras questões emergem como urgentes, e procuro descrevê-las ao longo de tal capítulo, ao mesmo tempo em que noto como o processo de incorporação da intervenção biomédica não é o único caminho pelo qual a PrEP emerge como parte do debate. Um ensaio clínico internacional que ocorre na cidade também tem sido importante nesse sentido, além de gerar algumas confusões semânticas que procuro explorar na descrição etnográfica. Ora emergindo como uma presença-ausente, ora como um importante horizonte ao qual um acesso mais democratizado deve ser garantido, a PrEP é descrita como um objeto atravessado pelas diferentes linhas que vim perseguindo. O capítulo final é voltado para uma análise de entrevistas realizadas junto a participantes do GAPA-RS e de um comitê comunitário que assessora o ensaio clínico internacional que ocorre na cidade.

Diferentemente dos outros capítulos, marcados por uma temporalidade de urgência — seja uma urgência vinculada ao processo de incorporação ou aos retrocessos que se sentem no campo da resposta ao HIV/AIDS —, este é um capítulo que convida a uma reflexão acerca das histórias que contamos da epidemia e dos futuros que almejamos alcançar. Nesse sentido, recupera-se as trajetórias de ativistas no movimento social de AIDS e sua importância ao debate público em torno da epidemia. Essa importância também revela que sentidos ganha a noção de prevenção, sendo que a experiência acumulada de ativistas que se dedicam ao enfrentamento à epidemia e aos direitos das pessoas vivendo com HIV e AIDS, pode trazer importantes pistas sobre a emergência da PrEP e os problemas vinculados ao acesso ao método preventivo. Retoma-se a discussão sobre autonomia e vulnerabilidade apresentada no

capítulo 2, sob outras vozes e mãos que auxiliaram na constituição de uma resposta à epidemia pela via do debate público. Debate público que procuro descrever pela via da participação da sociedade civil nas políticas do conhecimento vinculadas ao enfrentamento ao HIV/AIDS e à garantia de direitos das pessoas e populações afetadas pela epidemia.

Retorno brevemente à contribuição de Amade M'charek (2014) para apresentar a importância do cadáver de um cachorro chamado Satellite, como evocado na leitura que o filósofo Michel Serres fez de uma história de Júlio Verne, para a elaboração do conceito de “objeto dobrado”. Um foguete é lançado ao espaço e um de seus tripulantes, Satellite, morre. Seu corpo é jogado para fora da espaçonave e passa a orbitar em torno de seus passageiros, vivos. O que se imaginava ausente, excluído da vida social, pelo processo da morte, retorna para assombrar os passageiros. Torna-se uma presença-ausente. Imaginava-se que Satellite não fazia mais parte da vida da tripulação, mas a cada volta o cadáver relembra de sua existência. Utilizo ao longo do primeiro e do terceiro capítulo explicitamente a noção de “assombração” ou “presença-ausente”, de modo a indicar como a exclusão de certas populações assombra os documentos do processo de incorporação da PrEP. Ou mesmo como o horizonte da PrEP como um futuro desejável a uma resposta à epidemia permanece presente em um debate público que não toma, necessariamente, o método preventivo como uma peça chave a essa resposta.

No entanto gostaria de já chamar atenção para como as reflexões, que realizo sobretudo no capítulo final e nas conclusões desta dissertação, indicam que talvez o principal cadáver que orbita estas páginas seja um velho conhecido. O HIV enquanto um “vírus ideológico” tem mostrado uma durabilidade que desafia os ritmos da inovação biomédica. Espera-se que os diferentes capítulos desta dissertação evidenciem desafios que diferentes tentativas de responder à epidemia encontram hoje em dia, procurando apostar na importância histórica da coletividade (ou do que chamo de um debate público) — que ainda que precariamente tento recuperar ao longo do trabalho — para a construção de um futuro em que o compromisso com a vida possa ser renovado. Em tempos de grandes promessas e retrocessos que se avizinham, reconhecer os diferentes esforços realizados nessa direção e sua importância talvez seja uma peça central para não cairmos na superstição do estigma, em suas diferentes camadas e manifestações.

PRIMEIRA PARTE — A FORMA DE UMA PROMESSA

Na primeira parte desta dissertação, descrevo uma performance específica da promessa carregada pela PrEP, considerando o processo de incorporação da tecnologia no SUS. Essa descrição é realizada a partir de uma análise relativa a publicações vinculadas à decisão da Conitec de oferecer tal tecnologia em saúde em serviços especializados. De acordo com o Decreto nº 7.646 de 21 de dezembro de 2011, na atribuição de incorporar novas tecnologias em saúde no SUS, a comissão — dividida em uma Secretaria-Executiva e um Plenário — deve elaborar relatórios de recomendação para incorporação de tecnologias, além dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) que definem a aplicação prática dessas tecnologias. Cabe ao Plenário, um fórum de deliberação composto por representantes de setores governamentais na área da saúde¹⁷, a elaboração desses documentos. À Secretaria-Executiva compete a gestão do processo de incorporação: analisando requerimentos administrativos apresentados à Conitec, providenciando — a pedido do Plenário — a execução de Consultas Públicas (CP) e subsidiando e gerenciando as ações tomadas pela comissão (BRASIL, 2011). O processo de incorporação de tecnologias inicia com um pedido formal junto à Secretaria-Executiva, que é então encaminhado para elaboração dos documentos centrais ao processo de incorporação junto ao Plenário. Uma vez realizadas as deliberações necessárias, tais documentos atuando pela incorporação da tecnologia e de definição das práticas clínicas e médicas podem ser produzidos, sendo encaminhados à CP.

É no momento de execução das CP que os documentos produzidos pelo fórum de representantes governamentais na saúde ganham um caráter público. São disponibilizados no site da comissão para apresentação das deliberações iniciais, levantadas pela análise de evidências científicas de diversas ordens, para a participação da chamada sociedade civil no processo. No caso da incorporação da PrEP, os documentos contendo tais deliberações iniciais foram publicadas no dia 23 de fevereiro de 2017, junto à abertura de CP para o relatório de recomendação e os PCDT. Os formulários de participação da sociedade civil ficaram abertos até o dia 14 de março daquele ano (ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO, 2017). Em maio de 2017 os documentos iniciais são reformulados, a partir da análise das

17 Incluem-se treze representantes das seguintes entidades: Ministério da Saúde (MS), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Federal de Medicina (CFM). A presença do MS é decomposta em várias de suas secretarias, como o caso da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, da Secretaria-Executiva do Ministério, da Secretaria de Saúde Indígena, da Secretaria de Atenção à Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (BRASIL, 2011).

contribuições recebidas pelas CP, e novamente são publicados com as alterações cabíveis. Junto à nova edição dos documentos, duas Portarias são publicadas no Diário Oficial da União, instituindo a incorporação da PrEP e dos seus PCDT no SUS¹⁸. Nesta parte do trabalho, realizo uma análise de tais documentos, sendo que as publicações de maio de 2017 ganham uma centralidade na descrição que realizo. Também será mencionada na análise dos processos de incorporação da tecnologia no SUS algumas atualizações dos PCDT, como uma versão publicada em dezembro de 2017¹⁹, e uma edição publicada em novembro de 2018²⁰. Pretende-se aqui descrever, como menciono na introdução, que forma ganha a promessa da PrEP e como ela é performada, a partir dos enquadramentos normativos propostos por tais documentos.

Documentos vinculados ao processo de incorporação da PrEP pela via da Conitec	Datas das Publicações
Relatório de recomendação: Tenofovir associado a entricitabina(TDF/FTC 300/200mg) como profilaxiapré-exposição (PrEP) para populaçõessob maior risco de adquirir o vírus da imunodeficiência humana (HIV)	Fevereiro de 2017 Maior de 2017
Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP)	Fevereiro de 2017 Maior de 2017 Dezembro de 2017 Novembro de 2018

Quadro 1: Publicações relativas ao processo de incorporação da PrEP

18 A Portaria nº 21, de 25 de maio de 2017, assinada pelo então Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, torna pública a decisão de incorporação da PrEP ao SUS (BRASIL, 2017a). A Portaria nº 22, de 25 de maio de 2017, assinada pelo mesmo secretário, torna pública a decisão pela incorporação dos PCDT de PrEP (BRASIL, 2017b).

19 Os documentos mais atualizados podem ser acessados no seguinte endereço: <http://conitec.gov.br/recomendacoes-sobre-as-tecnologias-avaliadas-2017> (último acesso 29/10/2018). No caso dos documentos anteriores à realização das CP, nota-se que não estão mais disponíveis online. Isto é, deveriam estar disponíveis na página da Comissão referente às Consultas Públicas já encerradas, mas não se encontram lá. Ao se clicar nos arquivos do relatório técnico e dos PCDT anteriores às consultas, há um erro em que o site redireciona para os PCDT de Imunossupressão no Transplante de Pâncreas. Tal erro acontece com todos os documentos vinculados às consultas realizadas no ano de 2017. Para mais informações, ver o link: <http://conitec.gov.br/index.php/consultas-publicas-2017-encerradas> (último acesso 29/10/2018).

20 Esta versão está disponível no site do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde, ver o link: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-risco> (último acesso 28/12/2018)

No quadro acima, procuro sistematizar as publicações vinculadas ao processo de incorporação da tecnologia de prevenção junto ao SUS. Em negrito localizo aquelas que terão papel central à análise realizada. Cabe notar que os documentos publicados em fevereiro de 2017 não serão acessados na escrita etnográfica, uma vez que aqueles que datam de maio daquele ano contam com as mesmas informações disponíveis na primeira edição. O que diferencia os documentos publicados em fevereiro e maio é a presença da análise das contribuições recebidas pelas CP que foram realizadas, questão que elaboro ao longo do interlúdio entre os dois capítulos que compõem a primeira parte da dissertação. As edições dos PCDT posteriores ao mês de maio de 2017 são analisadas ao final do segundo capítulo, quando proponho uma reflexão sobre as temporalidades implicadas no processo de incorporação. Outros documentos também serão analisados, como reportagens publicadas em diferentes tipos de sites ou documentos oficiais de instituições como o Ministério da Saúde ou a Organização Mundial da Saúde (OMS), na medida em que permitam aprofundar as associações retraçadas nas publicações da Conitec.

Ressalvas devem ser feitas antes de continuar, visto que a trajetória de tal tecnologia preventiva e sua promessa não iniciam nas deliberações da Conitec. Trabalhos como os de Marsha Rosengarten e Mike Michael (ROSENGARTEN E MICHAEL, 2009; MICHAEL E ROSENGARTEN 2013) notam como, num contexto experimental de produção de novas tecnologias biomédicas ao HIV/AIDS, a PrEP começa a se destacar. Diferentemente de géis microbicidas ou vacinas, as evidências biomédicas de eficácia e segurança do uso preventivo de antirretrovirais por pessoas soronegativas levantavam grandes expectativas. Investimentos nesse campo passavam a ganhar mais evidências científicas, ainda que dilemas bioéticos estivessem em pauta na execução dos experimentos²¹. Em documento publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano de 2012, uma narrativa acerca desse campo experimental é apresentada, consolidando a promessa da PrEP — a despeito de quaisquer dilemas éticos — em recomendações para diversos contextos nacionais.

Estudos demonstrativos deveriam ser realizados, em diferentes contextos nacionais, para considerar o uso da tecnologia por populações de homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres trans, bem como por casais heterossexuais sorodiscordantes. Tais recortes

21 Estudos que seriam realizados em Camarões e no Camboja junto a trabalhadoras do sexo foram cancelados em 2005, antes mesmo de iniciarem, por não proverem com uma série de expectativas dos países onde seriam realizados. O cuidado e o acesso a direitos na saúde não era uma das principais preocupações dos cientistas. Nesse sentido, o trabalho dos autores mencionados nota como, apesar de uma série de documentos terem sido produzidos em encontros médicos da *International AIDS Association* (IAS), no sentido de tentar garantir uma maior participação comunitária em sua execução, não houve grandes mudanças nas metodologias dos ensaios clínicos realizados (MICHAEL E ROSENGARTEN, 2013).

populacionais são erigidos a partir dos ensaios clínicos que haviam sido realizados ou estavam em andamento, em particular o iPrEx (que estudou a população de HSH e mulheres trans que fazem sexo com homens) e o Partners PrEP (que estudou a eficácia da droga em parceiros negativos, homens e mulheres, de casais heterossexuais sorodiscordantes). Outros ensaios, como o TDF-2, estabeleciam parâmetros de eficácia condizentes com os acessados para realização das recomendações. E mesmo ensaios que haviam fracassado em produzir dados acerca da eficácia e segurança da PrEP foram mobilizados, na medida em que a baixa adesão explicava o seu fracasso. Em ensaios como o FEM-PrEP e o VOICE (que estudaram populações de mulheres consideradas heterossexuais), a adesão teria sido baixa demais para a droga funcionar (OMS, 2012). Elaborei o quadro a seguir para evidenciar os principais ensaios clínicos mobilizados na publicação, considerando as populações acessadas, os países em que aconteceram e o sucesso ou fracasso em definir critérios de eficácia e segurança para o uso preventivo de antirretrovirais. Por sucesso, entenda-se: foi possível estabelecer uma correlação entre adesão e eficácia, mostrando que a tecnologia funciona. Por fracasso: que essa correlação não foi possível de ser estabelecida, tornando a análise da eficácia impraticável.

Ensaio Clínico	Publicação de referência	Populações	Contextos Nacionais²²	Produção de evidências
iPrEx	GRANT et al, 2010.	HSH e mulheres trans que fazem sexo com homens	Peru, Equador, África do Sul, Brasil, Tailândia e Estados Unidos	Sucesso
Partners PrEP	BAETEN et al, 2012	Casais heterossexuais sorodiscordantes	Quênia e Uganda	Sucesso
TDF-2	THIGPEN et al, 2012.	Homens e mulheres heterossexuais	Botsuana	Sucesso

22 Não é objetivo da presente investigação realizar um extenso levantamento das controvérsias envolvendo a execução de ensaios clínicos em diferentes contextos nacionais. Sugiro como leitura a obra *Innovation and biomedicine: ethics, evidence and expectation in HIV*, em que os autores, Mike Michael e Marsha Rosengarten (2013), realizam uma importante análise sobre o campo de experimentalidade envolvendo a emergência da PrEP.

FEM-PrEP	VAN DAMME et al, 2012.	Mulheres heterossexuais	Quênia, África do Sul e Tanzânia	Fracasso
VOICE	MARRAZZO et al, 2015.	Mulheres heterossexuais	África do Sul, Uganda e Zimbabué	Fracasso

Quadro 2: Ensaios Clínicos com PrEP oral e sexual, mobilizados nas recomendações de 2012 da OMS

As metodologias de tais experimentos serão acessadas ao longo desta primeira parte, na medida em que as evidências científicas que produziram são mobilizadas nas publicações da Conitec. Como que de relance, é possível afirmar que o que esse contexto experimental de PrEP produziu foi uma pílula que funciona, caso tomada diariamente na prevenção do HIV. Argumento, entretanto, que muito mais do que isso está em cena — e os dilemas bioéticos, ausentes na publicação da OMS, são apenas um dos efeitos da produção dessa pílula. Na investigação anteriormente realizada, por exemplo, aponto como no ano de 2010²³, com a publicação dos resultados do ensaio clínico iPrEx, foi observada grande proliferação de reportagens sobre PrEP em sites de notícias nacionais. Tais reportagens costumavam apresentar a tecnologia pelo sucesso do ensaio clínico, enfatizando a relação entre adesão diária ao tratamento e sua eficácia. Por se tratar de um estudo realizado em populações de homens e mulheres trans que fazem sexo com homens, uma inflexão identitária ia se formando por traduções diversas. No processo de divulgação científica dos resultados do ensaio via reportagens, a PrEP ganhava os contornos de uma “pílula gay” (FERRARI, 2016).

Tal contorno trazia consigo diferentes promessas de futuro, colocando a intervenção biomédica como uma tecnologia revolucionária. Quando da publicação dos resultados do ensaio clínico iPrEx, o colunista da revista *Veja*, conhecido por suas posturas conservadoras, Reinaldo Azevedo, se pronuncia da seguinte forma:

Caso esse remédio se popularize — e já há quem tome coquetéis do dia seguinte...—, vocês acham que haverá uma elevação ou uma diminuição no número de contágios? O senso comum tenderá a responder: “Diminuição, já que, como a gente vê na pesquisa, o número de contaminados é bem maior entre os que não tomaram o remédio”. *A resposta lógica: haverá uma elevação, porque o aumento das “garantias” estimulará quem não fazia habitualmente sexo de risco a fazê-lo.*

23 Poucas reportagens sobre PrEP foram encontradas nos sites acessados naquela ocasião antes da publicação dos resultados do iPrEx. Algumas publicadas anteriormente apontariam que um uso *off-label* do medicamento Truvada por homens gays soronegativos nos Estados Unidos poderia estar em curso junto aos estudos clínicos realizados internacionalmente (AGÊNCIA ESTADO, 2006; BBC Brasil, 2008). Outra menção importante, referente ao ensaio clínico iPrEx é que, apesar de o Brasil ter figurado entre os países com sítios de pesquisa, tal informação desaparece nas reportagens que circularam em sites de notícias nacionais. Uma exceção pode ser encontrada em reportagem publicada por Fernanda Basette (2011) para o site do jornal Estado de São Paulo.

Pílula não substitui a escolha moral: “Devo ou não correr riscos?” (AZEVEDO, 2010. Grifos meus.)

A despeito de todo o investimento realizado em ensaios clínicos internacionais para produzir uma intervenção biomédica que funciona, as expectativas em torno da PrEP são colocadas em suspenso na leitura do colunista. É em função de sua própria eficácia que o futuro carregado pela intervenção biomédica seria colocado em questão: a PrEP seria contraproducente, só podendo levar a um aumento no número de infecções pelo HIV, por conta de um “aumento das ‘garantias’” no sexo. No ano de 2012 o colunista voltaria a tratar da questão ainda, considerando a aprovação do uso de Truvada como PrEP pela *Food and Drug Administration* (FDA) — outro episódio marcante para a proliferação de reportagens nos sites de notícias no Brasil. Nesta ocasião, ele enfatiza a associação entre AIDS e o que chama de um comportamento promíscuo, definido como “a prática sexual com vários parceiros, sem restrição ou proteção”. Sendo o preservativo²⁴ apontado como sinônimo de sexo seguro, “um aspecto óbvio, sempre negligenciado por grupos militantes, especialmente os de homossexuais”²⁵ (AZEVEDO, 2012. Grifos meus).

O que antes era uma pílula distante, produzida em diversos contextos experimentais, como noto no trabalho anteriormente realizado, e circulando como *rumor* em reportagens diversas, torna-se quente e controvertido nas falas de Azevedo. Uma arena moral em torno da sexualidade foi trespassada e o futuro revolucionário que o colunista nos adverte é um futuro desastroso. Por outro lado, após as publicações de novas recomendações da OMS em 2014 — que incluíam a PrEP como parte de todo um esquema mais amplo de resposta à epidemia do

24 Uma das justificativas relacionadas a tanta promessa em torno de novas tecnologias de prevenção se dá, justamente, pelas falhas que o preservativo apresenta enquanto método preventivo. O preservativo costuma ser definido, por quem quer leve a promessa da PrEP e outras tecnologias de prevenção adiante, como um método preventivo cuja devida utilização depende do consentimento do parceiro e a negociação de seu uso pode ser complicada em situações de vulnerabilidade. O estudo de Mike Michael e Marsha Rosengarten (2013) aponta como essa questão, por exemplo, se manifesta nas justificativas para os ensaios realizados, trazendo importantes tensões no campo experimental de PrEP e de outras inovações biomédicas nem tão bem sucedidas, como os microbicidas tópicos.

25 Apesar de terem sido justamente ativistas gays da AIDS os principais protagonistas na produção de práticas de sexo seguro (EPSTEIN, 1996). Como discutido no trabalho do autor, essa produção das práticas de sexo seguro passam por um constante diálogo com a biomedicina. Ponto que também é abordado em trabalhos como os de Marsha Rosengarten (2009). Na contribuição da autora, já num contexto de uso terapêutico e preventivo de antirretrovirais, demonstra-se como toda uma relacionalidade com a biomedicina define as práticas do que é considerado seguro ou não nas negociações. E aqui, tecnologias como o teste de carga viral e a terapia antirretroviral ganham central importância no processo relacional de produção de práticas de sexo seguro, na medida em que já na época de realização do seu estudo havia a suspeita de que uma carga viral indetectável correspondia a uma incapacidade de transmissão do vírus. O estudo HPTN 052, cujos resultados foram apresentados na IAS de 2015 (ALCORN, 2015), definiu que de fato uma carga viral “indetectável = intransmissível”, slogan que tem sido utilizado em campanhas de conscientização. Tais desdobramentos levam à consideração de que “sexo seguro” é algo relacional e processual, capaz de ser rastreável, nos termos de uma abordagem como a da teoria ator-rede, considerando os agenciamentos diversos que produzem esta segurança.

HIV/AIDS (OMS, 2014)²⁶ —, começam a emergir respostas a este tipo de leitura em *blogs* voltados à “cultura LGBT”. Um dos autores do *blog* LadoBi, Márcio Caparica, passa a publicar textos próprios, além de traduções de textos que circularam em mídias norte-americanas sobre a PrEP. Tais publicações defendem a ideia de que uma separação entre sexo e medo deve ser afirmada como um direito (CAPARICA, 2014; MURPHY, 2014). Nessa afirmação, a moral sexual é substituída por uma moral de cuidado com a saúde, visto que a PrEP requer todo um cuidado e vigilância constante do corpo — ao longo dos capítulos que compõem a primeira parte da dissertação, este será um tema central, na medida em que define o que é a adesão ao regime preventivo e perpassa as redes de saúde que permitem a materialização da tecnologia.

Um documentário produzido pela revista norte-americana VICE, disponibilizado online em 2015, chega a sugerir que a revolução sexual professada pela PrEP aponta para o fim do HIV: uma promessa talvez potente demais. A forma da PrEP como essa suposta “revolução sexual” não se sustenta na própria peça audiovisual que a pinta, na medida em que diferentes ativistas e profissionais da saúde que atuam na resposta ao HIV/AIDS nos Estados Unidos relatam as dificuldades de sua implementação. O acesso à PrEP seria ainda muito restrito a uma população elitizada e branca, sendo mais dificultado para populações afetadas pela epidemia e o racismo naquele contexto (VICE, 2015). Tais relatos, que não exploro em profundidade na presente etnografia, são reveladores dos limites da promessa carregada pela PrEP. Isto é: a PrEP torna-se muito mais frágil quando o assunto em questão são suas efetivas experiências de implementação, como quando no contexto experimental ou num contexto clínico onde a tecnologia já é regulamentada. Tal fragilidade pode ser associada tanto às technicalidades da clínica, que dependem de toda uma estrutura de serviços de saúde e da garantia da adesão correta ao medicamento, quanto às dificuldades de acessar populações que poderiam se beneficiar dessa tecnologia, por exemplo. De uma “revolução sexual”, a PrEP torna-se mais um “método preventivo” — com todas as suas potencialidades e desafios.

É a partir dessa colocação que me desloco pelos documentos da Conitec, considerando como tais desafios são “resolvidos” e como tais promessas emergem na formação normativa da PrEP enquanto política pública de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil. Início a análise, no primeiro capítulo, pelo relatório técnico de recomendação, um documento cujo objetivo pode ser descrito como o de produzir um consenso para a efetivação da política pública. Nesse

26 Na pesquisa anteriormente realizada, sequer considero a existência das recomendações da OMS publicadas em 2012. Isso se deve ao fato de que, ao perseguir os rumores que encontrava, o documento não ganhava relevância. Trato naquele trabalho, por outro lado, de tais recomendações publicadas em 2014, devido à repercussão que pude verificar nos blogs cujas publicações analisei (FERRARI, 2016).

sentido, procura-se explorar de que maneira são mobilizadas evidências científicas e como elas são levadas em conta na elaboração dessas recomendações, além de se considerar as justificativas para sua incorporação. Em seguida, no segundo capítulo, passo à análise dos PCDT, que podem ser descritos como um documento que institui práticas médicas, tendo uma série de finalidades e um caráter “mais público”. O próprio texto introdutório do PCDT informa:

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que visam a garantir o melhor cuidado de saúde possível diante do contexto brasileiro e dos recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde. Podem ser utilizados como material educativo dirigido a profissionais de saúde, como auxílio administrativo aos gestores, como parâmetro de boas práticas assistenciais e como documento de garantia de direitos aos usuários do SUS. Os PCDT são os documentos oficiais do SUS para estabelecer os critérios para o diagnóstico de uma doença ou agravo à saúde; o tratamento preconizado incluindo medicamentos e demais tecnologias apropriadas; as posologias recomendadas; os cuidados com a segurança dos doentes; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos a serem buscados pelos profissionais de saúde e gestores do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a).

Na introdução de ambos os documentos, o processo decisório vinculado às normativas descritas no Decreto nº 7.646 de 21 de dezembro de 2011 é apresentado. Entretanto, em relação ao relatório de recomendação, não é observada uma descrição tão cuidadosa de seus objetivos enquanto um documento público. Quanto aos PCDT, como visto, uma série de questões são levantadas. Considero que a diferença dos objetivos vinculados aos documentos, possa ser reveladora do lugar que ocupa a chamada sociedade civil no processo de incorporação das tecnologias. Tal argumento será explorado num interlúdio aos dois capítulos que compõem a primeira parte da etnografia, junto à descrição de como essa promessa tem ganhado forma, e de que forma é essa, no processo de incorporação que analiso e descrevo nestas páginas. Noto aqui também que, apesar de terem sido realizadas consultas públicas, as mesmas não trouxeram grandes mudanças ao texto dos documentos acessados, conforme as publicações realizadas entre fevereiro de 2017 e maio daquele ano. De modo que, nas descrições que dão forma à primeira metade da dissertação, não haverá grandes considerações sobre diferenças entre os documentos publicados antes e após as CP. Tais diferenças emergem como relevantes na medida em que procurarei descrever o processo de incorporação, considerando a atuação da Conitec ao final do segundo capítulo. Um ritmo de urgência relativo a esse processo é possível de ser localizado, na análise que realizo dos documentos da comissão.

CAPÍTULO 1: PROCESSOS DE CONVENCIMENTO

No primeiro capítulo procuro realizar uma descrição etnográfica sobre o processo de convencimento, envolvendo a incorporação da PrEP junto ao SUS. Tal processo de convencimento é marcado pela publicação de relatórios de recomendação da Conitec, em fevereiro de 2017 e maio do mesmo ano. No interlúdio entre o primeiro e o segundo capítulo desta etnografia, realizo uma apreciação sobre as consultas públicas realizadas e seus efeitos na produção dos relatórios de recomendação e dos PCDT. Divido o primeiro capítulo em duas grandes seções, sendo que na primeira procuro explorar as justificativas para a incorporação de uma “nova” promessa no campo da prevenção ao HIV/AIDS como política pública de saúde. Exploro, então, qual é a cara dessa nova promessa e da epidemia a que ela pretende responder, procurando evidenciar certos efeitos que provoca. Já a segunda seção é destinada a uma descrição de como esse processo de convencimento se pauta na mobilização de diferentes evidências científicas, considerando a construção da promessa que investigo como uma política pública. Saberes, conhecimentos e tecnologias oriundos da biomedicina, epidemiologia e economia serão trabalhados, atentando mais uma vez a que efeitos produzem no processo de incorporação de tal política de prevenção.

1. Justificando: a cara de uma “nova” promessa

Nos relatórios de recomendação para incorporação da tecnologia junto ao SUS, demandados pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), existe a necessidade de produção de uma justificativa plausível para a recomendação. Esta é uma justificativa central à elaboração da política pública de prevenção, na medida em que informa a circunscrição de populações específicas a quem se destina a PrEP. Nesta seção exploro a construção dessa justificativa, fundamentada em saberes de ordem epidemiológica sobre a epidemia do HIV/AIDS, com tensões e silêncios marcantes. De modo que toda a produção de outros saberes acerca da epidemia, como os que poderíamos chamar de científicos, vinculados a uma biologia ou a uma sociologia do HIV/AIDS, ou mesmo as experiências vividas pelas populações afetadas, são mantidas em suspenso. São a partir de números e suas interpretações que um retrato da epidemia no Brasil é lançado, de modo a definir a quem se destina a promessa da PrEP em sua forma de política pública de saúde. Abordo aqui de que maneira essa justificativa é produzida e como tais saberes epidemiológicos são mobilizados, atentando aos efeitos e tensões inaugurados pela produção de um retrato numérico da epidemia no país.

Considere-se, antes de prosseguir na análise esboçada acima, que tal retrato epidemiológico é associado à necessidade de incorporação de “novas” tecnologias de prevenção à infecção pelo HIV. O uso de aspas não é acidental e diz respeito ao caráter disputado em torno do termo “inovação” científica, presente no documento e explorado ao longo desta seção. Tais novas tecnologias se fazem necessárias uma vez que “as tecnologias de prevenção atualmente disponíveis, tais como uso consistente e sistemático de preservativos e testagem regular de HIV, tem se mostrado insuficientes para reduzir o número de novas infecções” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p.7). De acordo com o relatório de recomendação, o fenômeno é associado a países nos quais se observaria uma epidemia de HIV/AIDS concentrada, isto é, uma epidemia em que “determinados segmentos populacionais apresentam maiores taxas de detecção e prevalência do HIV quando comparados à população em geral” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p.7). A PrEP emerge, portanto, como uma “nova” tecnologia de prevenção, capaz de responder a essas necessidades num contexto de epidemia concentrada. Esse contexto circunscreve a sua distribuição a populações específicas: gays e outros homens que fazem sexo com homens, pessoas trans, profissionais do sexo e pessoas em parcerias sorodiscordantes para o HIV, de acordo com os PCDT (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 16).

Qual é a “novidade” da PrEP, num contexto de epidemia concentrada que clama por mais tecnologias de prevenção? O simples fato de se tratar de um método preventivo até então não disponível no SUS é uma resposta possível. Nesse sentido, o relatório de recomendação localiza o uso profilático de medicamentos comumente utilizados de forma terapêutica como uma prática médica já bem estabelecida.

Citam-se, como exemplos, o uso de antimaláricos para prevenção de infecção por *Plasmodium sp* em indivíduos que frequentam áreas endêmicas; a profilaxia com isoniazida em indivíduos com risco acrescido de infecção por tuberculose ou evidência de infecção latente por tuberculose; a profilaxia para infecções oportunistas (cotrim oxazol para *Pneumocystis jirovecii* e azitromicina para *Mycobacterium avium*) em pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA); a profilaxia com uso de antirretrovirais (ARV) para prevenção da transmissão vertical do HIV e, ainda, de maneira análoga, os medicamentos anticoncepcionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p. 8. Grifos no original).

Colocada lado a lado com uma série de outras intervenções biomédicas similares, a PrEP tem seu caráter de inovação colocado em questão. É possível considerar que se trata de uma estratégia retórica relevante ao objetivo específico do documento: o de produzir o convencimento necessário para a elaboração da política pública de saúde. Tratar-se-ia, afinal, de algo já muito realizado na prática clínica para manejo de outras doenças.

Entretanto, ao se levar em consideração o peso carregado pelo termo “inovação”, é necessário pontuar e explorar brevemente outras questões. Justificativas similares às encontradas no documento de recomendação foram utilizadas, por exemplo, na execução dos ensaios clínicos internacionais estudados por Mike Michael e Marsha Rosengarten (2013). Nesse sentido, a partir da contribuição dos autores, é possível afirmar que o termo “inovação” associado ao HIV/AIDS responde aos anseios de uma resposta à epidemia saturada de falhas na prevenção e é mobilizado de diferentes maneiras. Laboratórios farmacêuticos capitalizam recursos dentro de um campo experimental da ciência do HIV/AIDS pela rubrica da inovação, sendo a proliferação de ensaios clínicos e evidências biomédicas apenas um de seus sintomas. Outro sintoma a se considerar são as políticas de propriedade intelectual, que no Brasil tiveram seus efeitos no processo de incorporação da PrEP. O Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual (GTPI) vinculado à ABIA teve relevante participação no processo de pressão pública para recusa, junto ao Instituto Nacional de Propriedade Intelectual (INPI) e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do pedido de patente do medicamento Truvada pelo laboratório farmacêutico Gilead Sciences²⁷ (ABIA, 2016).

O argumento mobilizado pelo grupo de trabalho era o de que o uso preventivo do Truvada não constituía, de fato, uma inovação biomédica. O uso profilático do medicamento, que já era utilizado para tratamento da infecção pelo HIV, não trazia uma atividade inventiva²⁸. Conforme trechos da Petição enviada ao INPI, disponibilizados no site da ABIA:

Através da petição INPI nº 020160006847 de 01/11/2016, a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) apresentou complementação ao subsídio ao exame técnico, apresentado anteriormente através da petição INPI nº 020100077610 de 20/08/2010, (...). Segundo tal documento, apesar de não ter sido publicado nenhum documento com a formulação propriamente dita, as características físico-químicas das substâncias possibilitam a formulação combinada de fumarato de tenofovir desoproxila (TDF) e entricitabina (FTC). Uma vez que não há efeitos técnico inesperados, um técnico no assunto seria capaz de propor uma formulação envolvendo tais compostos (ABIA, 2016).

Em outubro de 2018, a ABIA publica o boletim “Truvada® livre!”, que remete a uma campanha que pretende tornar o método preventivo e o medicamento utilizado neste esquema

27 Ver também reportagem publicada no site do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, que relata a recusa ao pedido de patente do Truvada no Brasil (CEE-FIOCRUZ, 2017).

28 De acordo com a Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996, uma invenção é patenteável na medida em que atende a critérios de novidade, atividade inventiva e aplicação industrial. Por novidade, entende-se que a matéria precisa ser nova, não pertencente ao estado da técnica — o que, no campo de prevenção ao HIV/AIDS, de fato pode ser considerado como cabível. Por aplicação industrial, entende-se que a invenção a ser patenteada deve ser suscetível de aplicação ou produção por qualquer indústria — o que novamente se aplicaria ao pedido da Gilead Sciences, uma vez que outros laboratórios farmacêuticos poderiam produzir o medicamento. Finalmente, a questão da atividade inventiva diz respeito ao disposto no artigo 14 da referida lei: “[o] modelo de utilidade é dotado de ato inventivo sempre que, para um técnico no assunto, não decorra de maneira comum ou vulgar do estado da técnica” (BRASIL, 1996b). De acordo com o GTPI, não se constitui enquanto atividade inventiva, uma vez que já é um conhecimento comum do estado da técnica.

de prevenção livre de preconceitos e de patentes. Chamo atenção para um dos artigos que compõem o boletim, no qual uma trajetória das políticas de propriedade intelectual do medicamento utilizado no esquema preventivo da PrEP incorporada ao SUS é traçada. Pedro Villardi e Felipe Fonseca (2018) apontam que a combinação TDF/FTC, comercializada pelo nome de Truvada pelo laboratório farmacêutico Gilead Sciences, “há quase uma década (...) é apontada como uma potencial opção preferencial de primeira linha, que poderia substituir a combinação TDF+Lamivudina (3TC), oferecendo às pessoas infectadas pelo vírus um tratamento com menos efeitos adversos” (VILLARDI E FONSECA, 2018. p. 27). Seria pela via da garantia a um tratamento de melhor qualidade para as pessoas vivendo com HIV e AIDS que o GTPI, em associação à ABIA, faz com que a combinação TDF/FTC caia no domínio público; ou ao menos, nos embates em torno da propriedade intelectual. De acordo com os autores, em 2010 foi protocolada uma primeira oposição ao pedido de patente por parte do laboratório farmacêutico junto ao INPI. Esse primeiro movimento, realizado na direção de tornar a combinação de antirretrovirais pública, desenrolou-se em um cenário no qual ainda não se havia informações sobre PrEP.

É possível considerar, portanto, como a emergência do método preventivo, cujo principal esquema antirretroviral reside na combinação TDF/FTC, também acelerou o processo de oposição ao pedido de patente protocolado pelo laboratório farmacêutico. Como a nota publicada no site da ABIA em 2016, momento em que o regime preventivo da PrEP já está bem estabelecido, indica. Os autores notam que algumas vitórias foram possíveis, desde que a oposição ao pedido de patente foi protocolada junto ao INPI. A Blanver, um laboratório privado nacional, registrou a combinação de antirretrovirais para uso como método preventivo no Brasil. No entanto o laboratório farmacêutico internacional continuaria apelando a todas as instâncias, na tentativa de adiar a compra de genéricos pelo governo brasileiro (VILLARDI E FONSECA, 2018. p. 28).

De qualquer forma, procuro argumentar que o termo inovação é mantido no documento em função de tais tensões: representa a resposta a um anseio, capaz de ser capitalizável para a execução da política pública, ao mesmo tempo em que pode colocar em evidência o risco de monopólios de laboratórios farmacêuticos. Embora a problematização realizada pelo relatório não seja indicativa direta de tais disputas, é relevante colocá-las em pauta, na medida em que são reveladoras de um contexto mais amplo em torno da “inovação” da PrEP. Entendendo que tal tensão pode produzir variados efeitos: procuro encará-la aqui

como uma rubrica necessária ao documento acessado para instituir o convencimento na construção da política pública de prevenção.

1.1. Exclusão e inclusão de populações-chave

Como mencionado, a PrEP é uma inovação biomédica que tem cara, enquanto uma política pública de prevenção ao HIV/AIDS. Destina-se às populações específicas mencionadas pelos PCDT, mas já há no enquadramento do relatório técnico de recomendação, o processo de elaboração de tais populações. Essa elaboração considera um certo retrato epidemiológico do HIV/AIDS no país, que se fundamenta na noção de epidemia concentrada. Algumas populações são afetadas de maneira desigual pela epidemia e o documento em questão procura apresentá-las. O documento traz à tona a prevalência de infecção pelo HIV na “população geral”, apresentada em taxas de 0,4% e 0,6% — a primeira taxa faz referência à prevalência da infecção na população geral em 2014 e entre mulheres naquele ano, a segunda faz referência às taxas de infecções entre homens (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p. 9). Este é o ponto de partida sob o qual outras populações são erigidas a partir da comparação

Estudos realizados no Brasil demonstraram taxas de prevalência de HIV mais elevadas nestes subgrupos populacionais, quando comparadas às taxas observadas na população geral: 4,9% entre mulheres profissionais de sexo; 5,9% entre pessoas que usam drogas (exceto álcool e maconha); 10,5% entre gays e homens que fazem sexo com outros homens (HSH) e 31,2% entre pessoas transexuais. Em estudo representativo para o país com pessoas que usam crack e similares, foi verificada prevalência de infecção do HIV de 5%²⁹ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p. 9).

Uma epidemia concentrada nas populações descritas acima, uma vez que ao comparadas à chamada população geral, apresentariam taxas de infecção elevadas. Seria a PrEP destinada, então, a tais grupos populacionais específicos? Como visto anteriormente, “pessoas que usam crack e similares” e “pessoas que usam drogas” não se enquadram nas populações elegíveis pela via do PCDT. E, mesmo que se justifique a incorporação da intervenção biomédica junto ao SUS por conta de tal retrato epidemiológico, trata-se de um retrato que não contempla as pessoas em parcerias sorodiscordantes para o HIV. O movimento que traduz, portanto, a necessidade por novas tecnologias de prevenção para populações específicas, por virtude de um contexto nacional de epidemia concentrada, à efetivação da política pública não é assim tão direto.

Nem todas as populações “sob maior risco de se infectar pelo HIV” estão presentes na política de PrEP, e pessoas que podem escapar dessas populações são constituídas enquanto

²⁹ Não realizo aqui uma apreciação dos estudos mobilizados para construção do retrato epidemiológico que descrevo, a partir de sua emergência no relatório de recomendação, mas cabe notar que se tratam de estudos epidemiológicos realizados nacionalmente. As publicações são referentes aos anos de 2009 e 2015.

público-alvo da política pública. Um processo duplo de exclusão e inclusão das populações a quem a PrEP pode se destinar ou não começa a dar forma à promessa, fazendo com que uma traição ao retrato da AIDS pintado no documento seja efetivada na construção da política pública. Esse processo é marcado por atravessamentos de diversas ordens, como o caso das já mencionadas recomendações da OMS publicadas no ano de 2012. Embora ao se traçar um retrato epidemiológico da AIDS no Brasil sejam constituídas certas populações, na análise das evidências científicas apresentadas pelo DDAHV à Conitec, essas populações mudam. Os estudos epidemiológicos realizados entre aquelas populações são substituídos pelas que são levantadas nas recomendações da OMS, tornando importante uma descrição mais detida deste documento.

O documento publicado em 2012 pela OMS estipula as primeiras recomendações a países afetados pela epidemia de HIV/AIDS, considerando a evidência biomédica produzida em diferentes ensaios clínicos. Os principais já foram mencionados na presente dissertação, conforme exposto no Quadro 2. Tais ensaios clínicos, como é possível notar, enfocaram populações específicas de diferentes países: HSH e mulheres transgênero que fazem sexo com homens, no caso do iPrEx, e mulheres e homens heterossexuais nos demais ensaios, havendo a particularidade do Partners PrEP ter trabalhado a partir de parcerias sorodiscordantes. Nesse sentido, ao apresentar uma avaliação sistemática da evidência produzida, o documento publicado pela OMS lança duas perguntas semelhantes. A primeira diz respeito ao uso de TDF ou da combinação TDF/FTC como PrEP por parceiros soronegativos em “casais heterossexuais sorodiscordantes” (OMS, 2012. p. 7). Já a segunda realiza o mesmo questionamento para populações de HSH e mulheres transgênero — desconsiderando o TDF sozinho, já que o estudo iPrEx, responsável pelas evidências científicas produzidas junto a tais populações, não avaliou a eficácia deste regime preventivo, apenas da combinação TDF/FTC (OMS, 2012. p. 10).

Com base nessas perguntas, duas recomendações para o uso de PrEP são lançadas: o TDF ou o TDF/FTC está *condicionalmente recomendado* a ser utilizado como o método preventivo por “casais sorodiscordantes”³⁰ (OMS, 2012. p. 8), enquanto o TDF/FTC também seria recomendável como PrEP entre as populações de HSH e mulheres transgênero (OMS,

30 A ideia de sorodiscordância diz respeito a parcerias sexuais nas quais há divergências entre a sorologia dos sujeitos para o HIV. Um parceiro é soropositivo e outro é soronegativo. Utilizo o termo “casais sorodiscordantes” na medida em que é como ele aparece no documento da OMS (*serodiscordant couples*), mas considero sua utilização problemática por operar num registro que remonta a uma noção de monogamia via a expressão “casais”. O registro de um modelo monogâmico de parcerias sexuais pode carregar dilemas para a execução de políticas públicas, uma vez que trata-se de um modelo que pode não operar na realidade vivenciada pelas pessoas.

2012. p. 10). Note-se que a pergunta original, referente aos casais sorodiscordantes, ancorava-se no registro da heterossexualidade, enquanto a recomendação oficial, não inclui tal circunscrição. Esse detalhe é relevante, de modo a deixar a porta aberta para o uso de PrEP em parcerias sorodiscordantes que escapam ao registro da heterossexualidade. Cruzamentos entre as duas recomendações da OMS, que são de fato efetivados nos documentos produzidos pela Conitec, visto que não há uma diretriz que encaminhe a sorodiscordância na direção exclusiva da heterossexualidade. Essas recomendações da OMS são condicionais, pois mais evidências biomédicas seriam necessárias, considerando a incorporação da PrEP como política de prevenção em diferentes contextos nacionais. É nesse sentido que emergem estudos de demonstração globalmente — os estudos de demonstração realizados no Brasil, entendidos como experiências de implementação da tecnologia, serão trabalhados ao longo da primeira parte da dissertação —, como forma de avaliação da possibilidade de construção de políticas de prevenção que se utilizam da PrEP.

Dois tipos de ensaios clínicos produzindo dois tipos de evidências biomédicas, por sua vez mobilizadas para a construção de duas recomendações direcionadas às políticas de AIDS ao redor do mundo. Duas recomendações que podem se confundir, como noto acima, mas duas recomendações que acabam produzindo dois tipos de países: “países onde a transmissão do HIV ocorre entre casais sorodiscordantes, passíveis de ser identificados e onde existe a necessidade por mais alternativas de prevenção” e “países onde a transmissão do HIV ocorre entre homens e mulheres transgênero que fazem sexo com homens e mais alternativas de prevenção são necessárias” (OMS, 2012. p.8-10). Evidentemente tais tipos nacionais não seriam excludentes, mas noto como sua justaposição pode ser tensionada com o retrato epidemiológico traçado pelo relatório de recomendação da Conitec ao apresentar o impacto do HIV/AIDS no Brasil. Ao se apresentar a AIDS de um ponto de vista epidemiológico, no relatório de recomendação, nenhum estudo é mobilizado para apresentar a prevalência da transmissão entre parcerias sorodiscordantes, por outro lado as populações de HSH e mulheres trans são facilmente localizadas dentro da epidemia retratada.

Sobretudo ao se considerar as justificativas apresentadas nos PCDT para a incorporação da PrEP, quando voltada às parcerias sorodiscordantes, percebe-se que outros saberes também estão em questão na política do conhecimento envolvendo a incorporação da PrEP. A justificativa trata de uma possibilidade por maior autonomia e segurança aos parceiros, como será descrito na análise no próximo capítulo e no interlúdio desta parte da dissertação. Contudo atentar para essa justaposição é revelador de que nem apenas saberes de

ordem epidemiológica fundamentam as escolhas para a formatação da política. Considero infeliz o fato de que o relatório de recomendação da Conitec não mobiliza dados do que poderíamos chamar de uma sociologia da AIDS, enfatizando a presença de vulnerabilidades vivenciadas por casais sorodiscordantes³¹, ou outras populações a que se destina a política.

Proponho que o retrato epidemiológico da epidemia, como traçado na elaboração da justificativa da construção da promessa da PrEP, ao incluir pessoas soronegativas em parcerias sorodiscordantes produz um estridente silêncio sobre a realidade da sorodiscordância. Do mesmo modo, poderia se argumentar, que produz um silêncio quando refere-se às demais populações a quem se destina a política: entretanto, essas populações gozam de uma “justificativa numérica” no documento da Conitec. Se é pela via das recomendações da OMS que a sorodiscordância emerge como relevante à construção da política de PrEP, outras pessoas tornam-se a cara dessa promessa pelo retrato epidemiológico das populações que o documento acaba produzindo.

2. Perseguindo o convencimento e seus efeitos

Um silêncio ainda mais estridente é audível ao se considerar a exclusão das pessoas que injetam drogas como possíveis usuários da política de PrEP. Embora no retrato epidemiológico que o documento mobiliza na elaboração da justificativa para a sua promessa a população das pessoas que injetam drogas seja incluída, ao se considerar a consolidação de um público-alvo para a política, não se menciona mais sobre essas pessoas³². Nesse sentido, é possível já apontar para um dos primeiros contornos que a promessa ganha, e que irá se concretizar nos PCDT descritos no próximo capítulo: a PrEP no SUS é uma PrEP sexual. Outras vias de transmissão do HIV, que não sejam a *retal* ou a *vaginal/peniana* são desconsideradas. Este é um processo de exclusão que pode ser interpretado como algo arbitrário, pois é feito sem a apresentação de uma justificativa, e essa arbitrariedade acaba assombrando uma das questões que descrevo nesta seção: a mobilização de evidências biomédicas para produção do convencimento no relatório de recomendação. Evidências

31 O trabalho de Mônica Franch (2018), por exemplo, indica como a questão da sorodiscordância implica em processos de estigmatização para os parceiros envolvidos. Uma aura de segredo em relação ao estado sorológico podese instaurar, muito pautada por tais processos, de modo a levar a dificuldades específicas para o atendimento destas pessoas nos serviços de saúde.

32 Outros silêncios são possíveis de ser escutados, os documentos publicados pela Conitec pouco discutem a categoria “pessoas trans”, de modo que há uma atenção muito maior às mulheres trans e travestis — que em geral foram populações acessadas em diferentes estudos de PrEP — do que aos homens trans. Não enfoco em tais processos de inclusão e exclusão, na medida em que os documentos acessados permitem uma melhor descrição dos processos envolvendo os chamados casais sorodiscordantes, pela via da recomendação da OMS de 2012, e das pessoas que usam drogas injetáveis. Nesse caso específico, voltarei a descrever brevemente de que maneira essa exclusão-inclusão assombra o documento na análise das evidências de PrEP.

científicas de outras ordens também serão descritas aqui, como o caso da análise de custo efetividade do impacto da PrEP. De modo que procuro aqui elaborar uma descrição sobre o que conta como evidência para produção do convencimento e quais seus variados efeitos, na construção desta promessa “inovadora” com uma cara bastante específica.

A análise sistemática apresentada pelo DDAHV/SVS no relatório técnico é mobilizada, uma vez estabelecida a justificativa para a incorporação de uma “nova” tecnologia de prevenção. Procura-se sistematizar evidências acerca da eficácia e segurança, além do custo efetividade e do impacto orçamentário da PrEP — “na forma de tenofovir associado a entricitabina (TDF/FTC 300/200mg), como profilaxia oral pré-exposição ao HIV” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b). Uma tabela é apresentada esboçando os critérios utilizados na elaboração da análise sistemática, antes de se explorar evidências científicas por esta via. “Pessoas sob maior risco de adquirir o HIV” — manifestadas no retrato epidemiológico pintado no relatório, e atualizadas pela via dos processos de inclusão e exclusão descritos — conformam a população considerada para a realização de tal análise sobre a PrEP. A avaliação das evidências da intervenção biomédica é colocada à luz da comparação com placebo, circunscrevendo o tipo de estudo que produz o mundo mobilizado pelo relatório de recomendação. São considerados, nesse sentido, os ensaios clínicos em que houve utilização de grupo de controle com placebo para estabelecer critérios de segurança e eficácia do uso preventivo do TDF/FTC.

Tal circunscrição na mobilização das evidências científicas produz um apagamento de estudos de diversas ênfases que aconteceram no Brasil, como o caso emblemático dos estudos de demonstração, nos quais em geral se oferecia a droga, mas sem o comparador do placebo. Utilizando novamente da metáfora do silêncio, pode-se dizer que há um certo silenciamento das experiências em implementação da PrEP no documento: silêncio que é, entretanto, provisório. Descreverei ao longo do capítulo como emergem tais experiências no processo de convencimento produzido, circulando como rumores nas páginas do relatório de recomendação. Por enquanto cabe notar que as escolhas tomadas na elaboração da revisão sistemática tomaram uma direção menos calcada na experiência prática dos estudos realizados e organizados nacionalmente, como talvez fosse o esperado com a publicação das recomendações da OMS em 2012. De acordo com a tabela apresentada, o direcionamento da análise sistemática realizada enfatiza quatro desfechos, ou *outcomes*, principais: “Infecção pelo HIV; Eventos adversos; Resistência aos medicamentos; e Comportamento sexual” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p. 11). E o tipo de estudo considerado são revisões

sistemáticas com metanálise de ensaios clínicos randomizados (onde há a presença do comparador do placebo, para produção de evidências de eficácia e segurança).

O documento segue apresentando as escolhas metodológicas realizadas, nas buscas em bases científicas, como a PUBMED ou a LILACS, pelo tipo de publicação que fundamentaria a análise sistemática apresentada pelo demandante da incorporação da PrEP. O tipo de estudo buscado em tais bases foram revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, sendo que o estudo selecionado serviu como base à análise sistemática apresentada à Conitec pelo DDAHV/SVS. Nesse sentido, uma extensa tabela baseada na metodologia AMSTAR — um escore utilizado para avaliar a qualidade da evidência científica produzida — atribui notas a uma série de questões em torno do estudo escolhido para embasar a análise sistemática do relatório de recomendação. Não irei me deter numa descrição da metodologia utilizada na escolha das evidências científicas mobilizadas pelo relatório de recomendação. Procuro, por outro lado, enfatizar efeitos produzidos pela sua mobilização, como o caso dos termos de segurança e eficácia da intervenção biomédica, além de outras questões que julgo fundamentais ao processo de convencimento do qual participa o relatório de recomendação.

O estudo selecionado para a elaboração da análise sistemática foi publicado por Fonner e colegas, sob o título *Effectiveness and safety of oral HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) for all populations: A systematic review and meta-analysis*, na revista AIDS de maio de 2016 (FONNER et al, 2016). Embora a PrEP seja uma promessa com uma cara específica no Brasil, o título do artigo mobilizado no documento que descrevo, indica uma pluralidade: todas as populações seriam abarcadas na metanálise em questão, a promessa inovadora seria para todos. Cabe ser insistente e perguntar: todos quem? Todas as populações recrutadas pelos ensaios clínicos que produziram as evidências científicas que a revisão sistemática de tais autores pontua; e uma primeira tensão a notar diz respeito à questão populacional. No relatório de recomendação a PrEP tem uma cara — HSH e pessoas trans³³, profissionais do sexo, e parceiros soronegativos em parcerias sorodiscordantes —, aqui a PrEP é apresentada em uma suposta heterogeneidade. Suposta porque ainda mantém a opacidade das populações

33 Mantenho ambas as categorias de maneira amalgamada no restante do capítulo, uma vez que um mesmo ensaio clínico central — o iPrEx — produziu evidências científicas a partir de tais populações e diversas traduções destas evidências apontam para essa confusão. Como visto na descrição das recomendações da OMS, publicadas em 2012, e sistematizado no Quadro 2, tal estudo produz evidências em torno de homens e mulheres trans que fazem sexo com homens. Como pude descrever anteriormente no processo de tradução das evidências científicas nas reportagens sobre PrEP publicadas em sites de notícias nacionais, o método preventivo testado nessas duas populações tornava-se uma espécie de *pílula gay* (FERRARI, 2016). De tal modo, amalgamamou-se populações e sujeitos em torno de suas supostas práticas sexuais, entendidas como homogêneas, a despeito de qualquer especificidades vivenciadas. A escolha em manter as categorias de tal maneira tem por objetivo servir como provocação, nesse sentido.

acessadas nos estudos, heterogênea porque se coloca em termos de uma diversidade de evidências científicas produzidas a partir de tais populações.

O estudo de Fonner e colegas (2016) recupera evidências científicas produzidas em 18 estudos, incluindo projetos de demonstração e ensaios clínicos randomizados — cabendo aqui enfatizar que o documento da Conitec considera apenas as evidências dos últimos. Caso não esteja clara a diferença entre os dois tipos de experimento, nos primeiros já existem evidências científicas, consolidadas pelos últimos, acerca da eficácia e segurança de intervenções biomédicas. Os ensaios clínicos são randomizados por atribuírem aleatoriamente seus participantes a grupos experimentais e de controle, em geral sem o conhecimento dos pesquisadores e dos participantes. Grupos experimentais recebem a tecnologia cuja eficácia ou segurança pretende-se avaliar, enquanto grupos de controle recebem outro tipo de tecnologia, para fins de comparação. Essas tecnologias podem ser outras intervenções biomédicas já bem conhecidas — como o caso de preservativos, no campo do HIV/AIDS —, mas também o uso de placebos³⁴. Projetos ou estudos de demonstração procuram aplicar essas tecnologias em contextos mais amplos, a fim de avaliar seus efeitos a um nível mais profundo. No caso dos estudos demonstrativos de PrEP realizados no Brasil, que apesar de não serem sequer mencionados no artigo que embasa a análise sistemática do relatório da Conitec, seu papel teria sido fundamental para a criação da rede de PrEP no país. Na recuperação das evidências produzidas em experimentos de diversas ordens, a metanálise e revisão sistemática dos autores em questão aponta para uma heterogeneidade: diversas populações foram acessadas ao redor do mundo, todas com evidências bastante positivas sobre a eficácia e segurança do “novo” método preventivo.

Essa heterogeneidade é traduzida pelo documento de recomendação da Conitec a partir da ideia de que a PrEP é uma intervenção biomédica efetiva para todos, o que entra em tensão com a construção de uma política pública voltada a populações específicas. E é aqui que passo a evocar o processo de exclusão das pessoas que usam drogas injetáveis para assombrar o documento. Em várias das tabelas utilizadas no relatório de recomendação um personagem emerge: o *Bangkok Tenofovir Study* (CHOOPANAYA et al, 2013). Trata-se de um ensaio clínico realizado na Tailândia, país conhecido por uma intensa política de guerra às drogas — conforme Michael e Rosengarten (2013) —, com a população de pessoas que fazem

34 A avaliação da eficácia e segurança da PrEP em tais ensaios clínicos, portanto, é baseada na diferença entre o número de infecções pelo HIV e ocorrência de “eventos adversos” nos diferentes grupos de tais empreitadas. No caso destes estudos, cabe ainda notar, a centralidade que a adesão ao tratamento ganha para estabelecer os critérios de segurança e eficácia das drogas utilizadas na prevenção do HIV/AIDS, como já desenvolvido no presente capítulo.

uso de drogas injetáveis³⁵. Mesmo realizado em um clima político complicado, que incluiu o acompanhamento por parte dos pesquisadores de participantes que foram presos, tal experimento foi capaz de produzir evidências biomédicas acerca da eficácia e segurança do método preventivo nessas populações. Deste modo, ao se produzir um convencimento necessário para uma política de PrEP no Brasil, a intervenção biomédica em questão é performada como uma PrEP sexual. E o processo de exclusão das pessoas que usam drogas injetáveis pode ser evocado como uma assombração, na medida em que outras vias de transmissão são mantidas em suspenso. Talvez PrEP poderia ser eficaz para outras formas de prevenção para o HIV — já que, ao menos, foi estudada em populações de pessoas que injetam drogas —, no entanto, é performada no relatório de recomendação como um método preventivo exclusivamente sexual.

2.1. Das assombrações: o que é excluído, mas continua presente?

Embora já seja bem-sabido que processos de tradução do conhecimento científico possam produzir uma série de apagamentos, sobretudo relativos às próprias histórias e processos relativos a produção deste tipo de conhecimento e suas tecnologias³⁶, trago aqui apenas parte de tal efeito na tradução realizada pelo documento. De certo, outros fantasmas rondam a produção da recomendação da Conitec pela via dos apagamentos na trajetória experimental da PrEP. Quais outras histórias de experimentos não foram acessadas? Procuo aqui apontar para algumas delas. Nesta dissertação venho mencionando brevemente sobre o *Bangkok Tenofovir Study*, um estudo que pode ser descrito como milagroso, por ter dado certo

35 Tanto o relatório de recomendação, quanto o estudo de Fonner e colegas (2016) que é mobilizado pelo documento, indicam que o *Bangkok Tenofovir Study*, apesar de ter sido realizado com a população de pessoas que injetam drogas, considerou como via primária de transmissão “vaginal/peniana”, ainda que cinco participantes homens tenham relatado relações sexuais com outros homens durante o ensaio clínico. É performada, nesse sentido, uma PrEP sexual, a despeito da possibilidade infecção pelo compartilhamento de agulhas.

36 Nesse sentido, a noção de “caixa-preta”, mobilizada por Bruno Latour (2011) é útil para compreender a maneira pela qual, uma vez encerrada controvérsias, procura-se estabelecer fatos científicos ou tecnologias. Uma caixa-preta seria um objeto purificado das controvérsias que permitiram sua emergência. No caso da PrEP, tais controvérsias podem ser consideradas a partir das complexas políticas envolvendo os contextos de experimentalidade que lançam o método preventivo como uma promessa no campo do HIV/AIDS. Tais histórias que tento recuperar não aparecem no relatório de recomendação da tecnologia, indicando uma “purificação” da intervenção biomédica em questão. Processos de tradução, a partir da contribuição desse e de outros autores com quem o trabalho dialoga, permitem a tais “caixas-pretas” viajar por extensas redes de associação, adentrando em novas controvérsias e dilemas. Mais uma vez, no caso da PrEP, as políticas em torno da propriedade intelectual, relativa aos usos da combinação de antirretrovirais TDF/FTC, já elaboradas ao longo do capítulo são alguns indicativos deste processo de tradução: novas controvérsias definem novos sentidos e pautas em torno do método preventivo. Outros efeitos vinculados à performance da PrEP incorporada pela Conitec serão descritos ao longo deste capítulo, indicando também como existem algumas controvérsias que persistem desde quando o método preventivo emergia em contextos experimentais, a despeito do encerramento de certas controvérsias.

em condições inóspitas. Em específico, sobre como a questão da exclusão das pessoas que injetam drogas pode assombrar o processo de incorporação da PrEP, na medida em que o nome do “estudo milagroso” e as evidências científicas que produziu são mobilizados pelo relatório de recomendação. O fato de a PrEP incorporada ser performada como uma PrEP sexual, tira de evidência uma série de dilemas bioéticos que a condução do estudo realizado na Tailândia levantou. Sobre o que chamei de um caráter milagroso dessa condução, a contribuição de Mike Michael e Marsha Rosengarten (2013) é relevante.

In the case of the IDU RCT [Injecting Drug Users Randomized Control Trial] in Bangkok, a different sort of complexity was neglected. At the time of the trial, the Thai government had been waging a so-called ‘war on drugs’. A Human Rights Watch report (2004) stated that, although government policy was supposedly targeting traffickers, sections of the police (who were paid accordingly) had, by 2004, killed over 2000 people – supposed drug-traffickers – many of whom were never proven to be involved in drugs, let alone trafficking. The same report notes that this form of ‘policing’ nurtured a culture of terror and many people still feared that purchasing needles could lead to accusations of trafficking thus putting their life in danger. The trial investigators clearly felt they had fulfilled their external gold standard-ly ethical obligations by making bleach available to sterilize needles, which were assumed to be locally unproblematically available. Within a set of relations in which the signification of needles and syringes has shifted so that to purchase them is to open oneself up to the risk of being identified as a drug trafficker and killed, the provision of bleach clearly does not fulfil those obligations. Indeed, bleach (along with PrEP and placebo, and the trial itself) becomes another sociomaterial element in the reproduction – the eventuation – of highly specific forms of threat and danger (rather than simply a component in a clinical trial). (MICHAEL E ROSENGARTEN, 2013. p. 98).

A política de guerra às drogas, adotada pelo governo Tailândes, define a população das pessoas que injetam drogas em situações de particular vulnerabilidade para a infecção pelo HIV/AIDS, além de tipos de violência mais diretas como a morte ou o encarceramento. De acordo com o trabalho desses autores, uma das tentativas de solucionar os dilemas éticos da execução do ensaio clínico, junto às expectativas do Estado naquele país, foi a disponibilização de alvejante, para higienização das seringas utilizadas. Sendo que na prática, a distribuição do material de higienização não diminui o estigma e a discriminação que afetam essa população. Choopanya e colegas (2013), no artigo que apresenta os resultados do ensaio clínico em questão, também descrevem como foi realizado todo um acompanhamento com os participantes do estudo que estavam em situação de encarceramento. Tais dilemas éticos não foram previstos pela equipe do estudo e, tampouco pelo que Michael e Rosengarten (2013) chamam de um padrão ouro de bioética, dos acordos internacionais que conformavam tais experimentos. No entanto, é possível apontar como toda uma “criatividade” foi necessária, envolvendo negociações em diferentes camadas com o governo Tailândes, para que fossem produzidas evidências de que a PrEP funciona em vias de transmissão parenteral.

Essa talvez seja uma assombração que pouco faz sentido no Brasil, em que se colocam políticas de redução de danos como parte das estratégias programáticas de prevenção ao HIV/AIDS. Então, o que mais é apagado nessa performance específica da PrEP, além da realidade de outros contextos políticos e das vulnerabilidades que produzem em termos de transmissão e mortalidade na epidemia? Histórias de ensaios clínicos de sucesso, como o caso do iPrEx, que como visto ocorreu no Brasil, só apareceram no texto desta dissertação a partir de sua circulação nos sites de notícias. No documento de recomendação ora analisado, é a partir das evidências científicas de tal estudo, que recrutou populações de HSH e mulheres trans que fazem sexo com homens, que ele mesmo emerge. É, de certa forma, na própria forma que a PrEP ganha enquanto uma intervenção biomédica performada pelo processo de incorporação, como o descrevo, que o sucesso do iPrEx é feito manifesto. Isto é, é pelas suas evidências positivas (assim como a de outros ensaios clínicos) que o ensaio é mobilizado. Não encontro, assim, uma história do experimento em questão passível de ser recuperada de uma maneira mais sistemática pelos rumores que eu persigo.

De tal modo, a tensão a que vinha me referindo, entre “a PrEP funciona para todos” e “a PrEP no Brasil é uma PrEP sexual e voltada a populações específicas”, pode ser reconhecida pelo esforço de inclusão e exclusão das populações na política de saúde pública — e também pela, já esperada pelo processo de tradução do conhecimento científico, exclusão das histórias que produziram tais evidências biomédicas. Enfatizo aqui, entretanto, que o diabo mora nos detalhes, como o caso da assombração da exclusão das pessoas que usam drogas. Outro detalhe relevante que aponta para uma heterogeneidade, própria dos apagamentos e exclusões vinculados à incorporação da PrEP, será agora apresentado. Desta vez, não se trata de uma heterogeneidade das populações às quais a PrEP seria eficaz, mas uma heterogeneidade que diz respeito à natureza dos diferentes documentos que venho acessando nesta análise. Considero que tal heterogeneidade seja reveladora de tensões entre as experiências de implementação e o processo de incorporação da PrEP. Conforme o documento publicado pela Conitec:

Não há informações de estudos sobre PrEP nos quais se avalie a possibilidade de utilização de lamivudina (3TC), um antirretroviral da classe dos inibidores da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo como alternativa a FTC, ainda que estudos de eficácia para tratamento de HIV demonstrem que 3TC e FTC sejam equivalentes para supressão viral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b, p. 21).

O termo 3TC ou lamivudina sequer é mencionado no trabalho de Fonner e colegas (2016), mas ganha importância por ser um equivalente do FTC, além de já ser utilizado no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a). De acordo com reportagem publicada à época da

efetivação da incorporação da PrEP no SUS, no começo de 2018, em sites como os das Nações Unidas ou da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), pelo menos seis estudos de demonstração realizados no Brasil são listados: o IMPrEP, o PrEP Brasil, o Projeto Combina, o Projeto PREPARADAS, o Projeto Horizonte e o Projeto para mulheres trans da Universidade Federal da Bahia³⁷ (BRASIL INICIA IMPLEMENTAÇÃO DA PREP, 2018). O Projeto Horizonte, avaliou a capacidade preventiva do TDF/3TC, sendo descrito como um ensaio clínico em reportagem publicada no site da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Uma das pesquisas desenvolvida no Projeto Horizonte, e que será apresentada no evento, é a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP Horizonte³⁸). O estudo é coordenado pela professora do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina, Marise Fonseca. “Nos últimos anos, tivemos avanços no combate à epidemia de HIV/Aids no Brasil, com medidas como o diagnóstico laboratorial e disponibilização de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS). Mas apesar destas conquistas, a infecção continua a acontecer e é preciso sempre buscar novos métodos de prevenção”, destaca a professora. E este é o objetivo da PrEP: complementar a prevenção da infecção do HIV pelo uso oral de antirretrovirais por pessoas não infectadas. Os antirretrovirais, medicamentos usados no tratamento do HIV e que impedem a multiplicação do vírus da Aids, são usados por voluntários homens que fazem sexo com homens, antes da exposição ao risco, ou seja, das relações sexuais. Marise conta que estudos como este já aconteciam, mas algumas drogas eram antes somente utilizadas pós exposição. “Neste estudo, utilizamos o Tenofovir e a Lamivudina, e os voluntários que os consumiram tiveram um risco de infecção menor que quem não os usou”, explica (MEDICAMENTO PARA PREVENÇÃO DO HIV, 2015).

Embora eu não tenha conseguido acesso a publicações do estudo, é curioso apontar para como as experiências de implementação realizadas no Brasil, tal qual a exclusão das pessoas que injetam drogas, criam uma espécie de assombração. Isto é, a presença do 3TC nesse documento pode também ser associada a um outro estudo que ocorreu no Brasil, mas que sequer é mencionado pelo relatório de recomendação na sua tentativa de produzir convencimento a partir de evidências biomédicas. É pela via de evidências biomédicas produzidas pela presença de países como os Estados Unidos, na elaboração da promessa da

37 O relatório de recomendação da Conitec é ainda mais vago ao se referir a experiências de implementação da PrEP no Brasil, mencionando apenas em nota de rodapé o seguinte: “[a]tualmente, existem sete projetos demonstrativos em PrEP financiados ou em parceria com o Ministério da Saúde, nos seguintes estados da federação: BA, CE, MG, PR, RJ, RS e SP” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p. 32). O único projeto de demonstração nomeado é o PrEP Brasil.

38 Ainda de acordo com a notícia, “[c]riado em 1994, o Projeto Horizonte desenvolve estudos que visam determinar a incidência da infecção pelo HIV e os fatores sociocomportamentais associados à infecção de homens que fazem sexo com homens. Resultado de uma iniciativa do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UnAids), ele avalia o comportamento individual e sua influência na transmissão e prevenção do HIV/AIDS, além de discutir com voluntários do estudo questões relacionadas às vacinas anti-HIV e a possibilidade de participação em futuros testes” (MEDICAMENTO PARA PREVENÇÃO DO HIV, 2015).

PrEP em contextos de experimentalidade, que a PrEP incorporada no SUS é performada como uma intervenção biomédica que funciona.

2.2. Avaliação da evidência: eficácia e segurança

O ponto central ao convencimento que se produziu pelo relatório da Conitec, a partir da mobilização das evidências biomédicas dos estudos acessados no artigo de Fonner e colegas (2016), que inclui a tensão analítica descrita acima com as experiências de implementação realizadas no Brasil, pode ser dividido em dois temas. Eficácia e segurança da intervenção biomédica, manifestos na avaliação dos quatro *outcomes* ou desfechos que a análise sistemática apresentada no documento procura avaliar: a infecção pelo HIV, os eventos adversos, a resistência aos medicamentos, e o comportamento sexual. Tais desfechos avaliados definem os critérios de eficácia e segurança da tecnologia incorporada ao sistema de saúde. Considero que esses são temas que se entrelaçam, em meio às assombrações descritas anteriormente, como descrevo a seguir, havendo importantes porosidades entre o que é eficaz e o que é seguro.

Uma PrEP oral-sexual, de uso diário, baseada em TDF/FTC é então destrinchada, considerando sobretudo os ensaios clínicos randomizados apresentados pelo artigo de Fonner e colegas (2016) no relatório da Conitec. Aqui noções que já foram trabalhadas na pesquisa realizada anteriormente (FERRARI, 2016) voltam a aparecer com uma importante centralidade, como é o caso da adesão, mas também a própria moralidade em torno do sexo pode criar alguma interferência. Uma vez justificada a escolha da metanálise que embasa as evidências apresentadas à Conitec, pela via da metodologia do score de AMSTAR, uma síntese dos resultados por cada desfecho é mobilizada, iniciando pelo de infecção pelo HIV. De acordo com o documento,

A infecção pelo HIV foi mensurada em 11 ECR comparando PrEP ao placebo, 3 ECR [ensaio clínico randomizado] comparando PrEP a “não-PrEP” (ex: PrEP postergada, ou “sem comprimidos”) e em três estudos observacionais. Entre os estudos controlados por placebo (Tabela 3, Figura 3), o resultado da metanálise demonstrou redução de 51% do risco de adquirir a infecção pelo HIV comparando PrEP ao placebo (Risco Relativo (RR) = 0,49, IC 95%: 0,33 a 0,73, p=0,001) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p. 20).

Uma redução de 51% do risco de infecção não parece grande coisa, quando comparado a maior eficácia em estudos “com adesão mais alta, nos quais o risco de adquirir HIV foi reduzido em 70%” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p. 20). É na avaliação da

eficácia que uma interferência³⁹ — termo utilizado por Annemarie Mol (2007) para descrever como em práticas médicas envolvendo a anemia, outras coisas vêm junto, dentre elas, a diferença entre os sexos⁴⁰, tratando nesse sentido de uma entidade que é produzida e afetada por tal prática — aparece. Tal qual no caso da autora, certas interferências, que ficarão mais evidentes ao longo desta primeira parte da dissertação, sobretudo quando eu tratar dos PCDT, apontam para a performance de uma diferença entre os sexos pela via da PrEP.

Quando estratificada pelo modo de transmissão do HIV, PrEP mostrou eficácia semelhante entre os grupos (coeficiente= 0,47, p=0,36) (Tabela 3). O risco relativo de adquirir o HIV comparando PrEP ao placebo nas exposições retais foi de 0,34 (IC 95%: 0,50 a 0,80; p=0,01) e de 0,54 (IC 95%:0,32 a 0,90, p=0,02) para exposições penianas/vaginais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p. 20).

Embora nesse momento nenhuma diferença entre homens e mulheres seja apontada, a emergência do tipo de exposição estudada nos ensaios clínicos — em populações de HSH e mulheres trans, e de homens e mulheres heterossexuais — já começa a se apontar à referida questão⁴¹. Como será descrito a partir da análise dos PCDT de PrEP, no próximo capítulo, essa diferença é manifesta no tempo necessário para que o método preventivo comece a fazer efeito em homens e mulheres, considerando as vias de transmissão do HIV pelas práticas sexuais. Tais vias de transmissão são reveladoras de modelos de sexualidade considerados válidos no documento: estudou-se a transmissão “retal” e a “vaginal/peniana”. De acordo com a Tabela 2 do documento, o ensaio clínico iPrEx — cuja população de participantes é de HSH e mulheres trans que fazem sexo com homens — teria estudado primariamente a exposição “retal”. Por outro lado, a exposição “vaginal/peniana” teria sido objeto de estudo primário de estudos como o Partners PrEP, que envolveu casais heterossexuais sorodiscordantes. Esses modelos de sexualidade são baseados na centralidade da penetração, talvez também por ser

39 Ao longo do segundo capítulo, apresento de maneira mais sistemática a noção de interferência, proposta na contribuição de Annemarie Mol (2007) ao considerar as práticas médicas recomendáveis da PrEP, a partir dos PCDT.

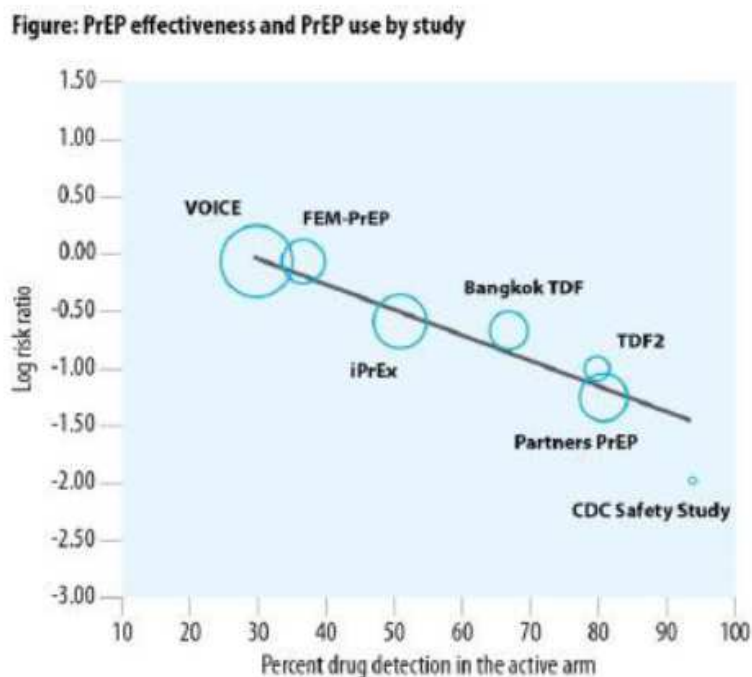
40 Utilizo aqui “diferença entre os sexos” para enfatizar que, no quadro dos estudos mencionados, é a diferença física ou anatômica que está em cena. Contudo, conforme a bibliografia das ciências humanas tem enfatizado, é preciso problematizar uma definição que se pretende exclusivamente biológica, pensada em separado do “gênero”, enquanto estrutura social que atravessa a produção de feminilidades e masculinidades. Por “diferença entre os sexos”, faço referência a processos que historicamente têm definido corpos como masculinos ou femininos e ao que é mobilizado na produção de tais corpos e as subjetividades que os atravessam, especialmente de um ponto de vista biomédico. Uma extensa produção vinculada à teoria feminista e aos estudos das relações de gênero e da sexualidade tem discutido a questão da produção dessa diferença e do que conta na definição do que quer que seja uma “mulher” ou um “homem”. Trabalhos como os de Thomas Laqueur (1994), Nelly Oudshoorn (2005) e Fabíola Rohden (2008; 2002) podem ser úteis para evidenciar como essa diferença pode ser produzida a partir de diferentes configurações dos discursos, práticas e objetos médicos e científicos.

41 O documento é enfático aqui: “[c]om relação à efetividade, não foi encontrada diferença significativa entre sexo, regimes e doses” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p. 20). Nos PCDT, entretanto, uma diferença entre os sexos pode tornar-se mais concreta.

considerada uma prática sexual de maior risco, mas cuja presença na inteligibilidade cultural de atos sexuais é inegável.

De certo esse não é o objetivo de um documento de convencimento científico produzir tais modelos de sexualidade, estes emergem por interferência aqui. Interferência que acaba não apenas descrevendo que tipos de estudos são acessados na produção das evidências, mas que professa uma promessa de prevenção ao HIV pela via sexual. Na medida em que é reveladora e ecoa em outros processos sociais e culturais que perpassam as relações de gênero e a sexualidade, cabe enfatizar seus efeitos como o fiz acima.

Entretanto, não é pela via de transmissão que se estabelece a eficácia da PrEP. É pela via da adesão ao medicamento, o que é manifestado num gráfico que reproduzo a seguir, no qual se expressa a noção de que: quanto mais adesão, menor o risco de infecção e, portanto, maior a eficácia. O gráfico mobilizado pelo documento evoca diferentes experimentos que lançaram a PrEP como uma intervenção biomédica eficaz, inclusive aqueles que fracassaram em produzir evidências científicas.



*Fonner *et al.*¹³

Figura 1: Reprodução de gráfico mobilizado no relatório de recomendação da Conitec (FONNER et al, 2016 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 23).

É aqui que a adesão, indicada pelo percentual de detecção da droga (em um nível biológico, como na aferição plasmática ou sanguínea) no grupo experimental do estudo é relacionada ao risco de infecção, medido pela diferença no número de infecções entre os

grupos experimental (que recebiam TDF/FTC ou TDF) e de controle (que recebiam placebo). Quanto mais próximos de uma adesão perfeita, maior a diferença encontrada nas taxas de infecção entre os grupos que participavam de diferentes experimentos de PrEP. Sendo que o risco é diminuído nas situações experimentais onde se encontrou graus de adesão adequados ao método preventivo, é possível, ao documento que procura produzir um convencimento sobre sua eficácia, atestar: a PrEP funciona, caso utilizada corretamente.

Como trabalhado na pesquisa anterior e demonstrado pela apresentação das evidências científicas no relatório da Conitec, a adesão é central ao entendimento de que a PrEP funciona, caso o medicamento seja utilizado diariamente. Entretanto, como notei naquela ocasião, essa mesma adesão funciona como um “calcanhar de aquiles” da intervenção biomédica, tornando sua implementação como política de saúde concreta mais complicada (FERRARI, 2016). Tal complicação entrelaça os critérios de segurança e eficácia da droga, na medida em que uma falha terapêutica pode ocasionar uma infecção pelo HIV que se torne resistente a tratamento antirretroviral. Nesse sentido, todo um aparato de vigilância da saúde deve ser construído junto à efetivação de tal promessa, levando o regime de adesão da PrEP a muito mais do que o uso diário de um medicamento. É necessário haver um sistema de saúde que consiga oferecer um escrutínio continuado do próprio corpo, em termos biomédicos, para assegurar a segurança e a eficácia do método preventivo. Esse regime de escrutínio constante do corpo será descrito com maior profundidade ao longo do segundo capítulo, quando realizo uma descrição das visitas de triagem e dispensação de medicação que são indicadas pelos PCDT da PrEP.

Cabe aqui notar que é em relação às potenciais falhas de adesão que envolvem o uso diário de um medicamento, que outros regimes de PrEP começam a emergir. No documento que analiso neste capítulo, é feita menção à PrEP intermitente, avaliada pelo ensaio clínico Ipergay, que ocorreu na França e no Canadá com a população de HSH (MOLINA et al. 2015). Esse regime profilático é realizado pela ingestão de antirretrovirais antes e após uma exposição de risco, e pouco é dito sobre o esquema alternativo que contou apenas com um ensaio clínico para a produção de evidências acerca de sua eficácia e segurança. Na segunda parte desta dissertação, um estudo clínico internacional que pretende avaliar a eficácia e segurança de uma forma injetável de PrEP em relação ao uso diário e oral emergirá na descrição etnográfica. Como mencionado na introdução, trata-se de um estudo que emerge como parte do debate público sobre HIV/AIDS que persigo em Porto Alegre e que tento retrair nas páginas deste trabalho. É possível considerar como a emergência de tal estudo

decorre também da centralidade que a adesão tem ao lançar a PrEP como um método preventivo que é eficaz, mas que possui uma série de desafios de implementação, uma vez que depende de “um uso correto” do medicamento (e um sistema de saúde bem estruturado) que compõe o promissor esquema preventivo.

Quando se trata da segurança da PrEP, mobilizada no documento a partir dos outros desfechos avaliados, é possível também notar uma interferência moral sobre a sexualidade atuando junto aos eventos clínicos considerados. Reduções pequenas e subclínicas da função renal, reversíveis com a interrupção do uso de PrEP, e o mesmo tipo de reduções na função hepática e na densidade mineral óssea foram observadas. No que diz respeito à manifestação clínica desses eventos adversos, já adianto: possivelmente “adverso” não seja o melhor termo para descrevê-los. São, antes, “eventos esperados” aos quais se deve prestar atenção por meio de exames recorrentes de avaliação clínica, afinal se está lidando com um regime de escrutínio constante do corpo. Nos PCDT da PrEP, os eventos adversos são outros e não estão listados aqui: eles incluem náuseas e dores de cabeça leves e transitórias, por exemplo. Existindo uma tradução do que foi mobilizado como evidência no processo de convencimento para o processo de elaboração normativa de práticas médicas e clínicas. De modo que embora o regime de adesão diário ao medicamento possa levar ao que se chama de um evento adverso no relatório de recomendação (perda da função renal e hepática e da densidade óssea), é um regime de adesão mais amplo que garante a segurança dos rins, do fígado e dos ossos de quem faz uso de PrEP. É por meio das visitas e exames regulares que se estabelece a PrEP como segura na prática.

Considerando tais eventos adversos, um interessante cálculo de risco benefício aparece no processo de convencimento, levantando uma comparação entre a terapia antirretroviral e a profilaxia antirretroviral.

Ainda assim, a profilaxia apresenta uma relação risco benefício favorável, pois na ausência de PrEP e uma vez infectado pelo HIV, o vírus apresenta toxicidade óssea direta, que combinada com a terapia antirretroviral ao longo da vida está associada à 3 a 4 vezes maior perda de densidade mineral óssea em comparação com PrEP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p. 24).

Nesse cálculo de risco benefício, que mais uma vez emergirá na análise das evidências de impacto econômico da intervenção biomédica, performa um corpo e uma subjetividade soropositivas mais frágeis, quando comparados a corpos e subjetividades soronegativas. Um cálculo que deve ser pensado com cautela na execução de políticas públicas, uma vez que pode ser mobilizado de forma a prejudicar direitos de pessoas vivendo com HIV e AIDS.

Essa tensão entre soropositividade e soronegatividade é ainda complicada pela já mencionada possibilidade de infecção pelo HIV durante o uso de PrEP, considerando a capacidade do retrovírus sofrer uma mutação e tornar-se resistente às medicações utilizadas. De tal modo que outro critério de segurança central, também vinculado à adesão e a eficácia do medicamento como prevenção, é o da resistência ao medicamento. Conforme a análise sistemática apresentada, seis estudos reportaram casos de resistência a TDF ou FTC, mediante identificação em testes padronizados de genotipagem do vírus. O momento de descoberta da sorologia aqui é um fator decisivo. A análise continua estabelecendo que em tais estudos oito indivíduos, de um universo de 44 que apresentaram infecção aguda pelo HIV no momento da seleção e recrutamento para sua participação, apresentaram mutações de resistência ao TDF ou ao FTC. Duas mutações foram nos grupos de placebo e seis no grupo de PrEP. Pós-randomização, ou seja, durante os estudos, seis casos de resistência foram observados em um universo de 533 casos de infecção entre os grupos experimentais e de controle, dos quais cinco apresentaram resistência ao FTC no grupo de PrEP e um apresentou mutação no de placebo.

Quando comparado PrEP (qualquer regime) e o placebo, o risco de desenvolver mutações de resistência ao TDF e/ou FTC, entre aqueles com infecção aguda no momento da inclusão no estudo, é significativamente maior no grupo de PrEP versus o do placebo (RR= 3,34; IC 95%: 1,11 a 10,06; p=0,03). Entre os participantes que soroconverteram após a randomização, infecção resistente a FTC ou TDF foi incomum, deixando pouco poder para acessar o risco relativo. Nenhum dos indivíduos que soroconverteram apresentaram resistência a TDF em ambos os braços. Não houve aumento estatisticamente significativo na proporção de novas infecções com mutações de resistência a FTC e TDF comparando PrEP e placebo (RR= 3,14; IC 95%: 0,53 a 18,52; p=0,21) entre os que apresentaram soroconversão ao HIV após a randomização. Os resultados não diferem significativamente quando estratificados por tipo de mutação e regime de PrEP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p. 25).

Tais dados podem indicar o papel crítico que o acompanhamento clínico continuado coloca para o uso de PrEP, seja em um contexto experimental ou propriamente clínico, como no caso da PrEP incorporada ao SUS. No sentido de que a maior parte dos casos de resistência foram observados no começo do estudo, quando ainda pouco estava estabelecido sobre a trajetória de adesão de cada participante. Essa consideração parece caminhar numa direção que permite afirmar que a diferença entre implementação da PrEP em contextos experimentais ou de políticas de saúde pública não é tão grande. Embora a intervenção biomédica seja considerada um método preventivo seguro, essa segurança só pode ser garantida na prática, da mesma maneira que ocorre com o caso dos “eventos adversos”, com uma adesão a um regime mais amplo de cuidado com o próprio corpo. De certa forma, uma

política pública de PrEP deve gozar dos mesmos aparatos técnicos de um experimento para ser eficaz e segura.

2.3. Comportamento sexual: o risco de deslizamentos morais?

Um último critério de segurança diz respeito ao comportamento sexual dos participantes e, ao mesmo tempo em que reflete toda uma preocupação epidemiológica referente a outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), ressoa com moralidades em torno do sexo. Cabe assim notar a importância do aconselhamento que será prestado aos usuários de PrEP no SUS, como forma de um possível assegurar de práticas de sexo seguro e uma autonomia de escolha, de acordo com a análise realizada dos PCDT. No que diz respeito aos relatórios de recomendação, dois grandes grupos são colocados como reveladores do comportamento sexual dos participantes de estudos clínicos de PrEP: o uso de preservativo e o número de parceiros sexuais. Os mesmos critérios que um certo Reinaldo Azevedo (2010, 2012) utilizou em sua tentativa de desqualificar a PrEP como método preventivo.

O uso de preservativo foi reportado em cinco ECR comparando PrEP e placebo, em três ECR comparando PrEP e não PrEP, um estudo observacional e em uma análise longitudinal. Devido à heterogeneidade nas metodologias para quantificação de uso de preservativos entre os estudos, não foi possível realizar metanálise. No entanto, demonstra-se consistentemente não haver diferença no uso de preservativos entre os braços e ainda aumento no uso do preservativo em outros estudos. Entre os estudos em que se comparam PrEP com não-PrEP, que refletem com mais precisão cenários da vida real do que ECR controlados com placebo, também não foi encontrada nenhuma mudança no uso de preservativos em ambos os braços ou discreto aumento no uso de preservativos ao longo do tempo.

Em oito ensaios controlados por placebo, dois ECR de comparação entre PrEP com não-PrEP e três estudos observacionais foi examinado o número de parcerias sexuais. Assim como no uso do preservativo, dada à heterogeneidade, não foi possível realizar metanálise. No entanto, nos resultados entre os estudos não foi observada nenhuma evidência de que a PrEP tenha impactado no número relatado de parcerias sexuais. Entre os ECR controlados por placebo, muitos encontraram ainda pequenas reduções no número de parceiros sexuais relatadas ao longo do tempo, ou nenhuma mudança entre os braços dos estudos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b, p. 26).

A heterogeneidade a que se refere a citação acima diz respeito a metodologias utilizadas para aferição do uso do preservativo ou do número de parceiros, indicando as dificuldades de realizar uma metanálise que seja contundente sobre tais fatores. Mesmo que as evidências relatadas não permitam uma sistematização, por serem produzidas em diferentes metodologias, elas se tornam capazes de responder aos anseios morais em torno da PrEP na tarefa de produzir o convencimento do documento aqui analisado. Pode-se dizer que a avaliação do comportamento sexual é sempre uma tarefa metodológica complicada, o que explica como diferentes estratégias foram empregadas. Além de entrevistas e relatos, coletados junto à prática do aconselhamento de prevenção realizada em tais empreendimentos,

a avaliação e os exames para outras infecções sexualmente transmissíveis pode ser utilizada para aferição do comportamento sexual, por exemplo (GRANT et al, 2010; BAETEN et al, 2012; THIGPEN et al, 2012; VAN DAMME et al, 2012; MARRAZZO et al, 2015). Deste modo, a opacidade das práticas sexuais não é acessada diretamente pelos pesquisadores de ensaios clínicos, mas sim através dos rumores que os participantes relatam à equipe de pesquisa ou, ainda, dos rumores que esta equipe é capaz de escutar nos sujeitos de pesquisa.

Mesmo que se objetive uma avaliação do comportamento sexual dos participantes dos estudos, dificilmente um experimento conseguiria, de fato, acompanhar a concretude das práticas sexuais das pessoas. Tais relatos ouvidos, no caso de serem coletados em entrevistas e práticas de aconselhamento, ou confessados, via a aferição diagnóstica de ISTs, funcionam portanto como rumor a uma opacidade que não se consegue acessar⁴². Num campo onde é possível alegar um comportamento sexual que não é condizente com a realidade, mas com as expectativas morais esperadas, a utilização de tais dados parece caminhar na direção de um convencimento pela via moral. Mais do que avaliar se a PrEP é segura em termos de as pessoas continuarem usando o preservativo ou não, ou em termos de as pessoas terem mais ou menos parceiros sexuais. É possível colocar em questão como a ansiedade em torno de uma moral sexual pode ser aquilo que precisa ser convencido neste relatório de recomendação.

2.4. O quê mais precisa ser feito?

Realizado o convencimento de que a PrEP funciona, é segura no sentido de produzir efeitos colaterais relativamente controláveis — inclui em tais efeitos a possibilidade de mutação e resistência viral, em caso de infecção pelo HIV — e a uma certa moral sexual centrada no preservativo e na redução de parceiros sexuais, o que mais é necessário à recomendação de sua incorporação? Demonstrar que é possível incorporar o medicamento⁴³ nas unidades de saúde, além de definir que unidades de saúde seriam essas. Nesse sentido, o documento realiza um diálogo entre saberes de ordem epidemiológica e econômica, justificando a estimativa de compra “de cerca de 7.000 profilaxias para o primeiro ano de

42 O mesmo pode ser dito sobre a questão da adesão ao medicamento, que implica num outro tipo de moralidade. Não é à toa que as participantes do estudo VOICE mentiam e produziam registros falsos de sua adesão à PrEP (STADLER et al, 2015).

43 Termo técnico utilizado pela Conitec para descrever a PrEP. No Decreto nº 7.646 de 21 de dezembro de 2011, são definidas quatro noções: medicamento, um produto farmacêutico, obtido pela técnica, com finalidades profiláticas, curativas ou terapêuticas; produto, equipamentos, aparelho, material de aplicações médicas diversas que não utiliza de meio farmacológico, imunológico ou metabólico para realizar suas funções, mas que pode ser auxiliado por tais meios; protocolo clínico e diretriz terapêutica, um dos tipos de documentos que trabalho no presente capítulo, como venho mencionando; e tecnologias em saúde que incluem de maneira mais ampla medicamentos, produtos e seus procedimentos em redes de cuidado (BRASIL, 2011).

implementação de PrEP, em um universo de cerca de 33.800 ao longo de 5 anos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p. 27). Procuo agora descrever esse diálogo, que considera também a proposta do laboratório farmacêutico Gilead Sciences, realizada em janeiro de 2016, em vender a US\$ 0,75 o comprimido — ou US\$ 276,00 a profilaxia/ano, de acordo com o documento. Cabendo apenas considerar aqui que presença da proposta do laboratório entra em tensão com os movimentos pelo indeferimento do pedido de patente junto ao INPI, uma vez que nenhuma outra proposta é considerada pelo relatório de recomendação⁴⁴.

Ao descrever como a PrEP torna-se segura para uma determinada moral sexual há pouco, menciono como uma dificuldade metodológica é evidenciada pelo próprio documento. Essa mesma dificuldade é pautada quando se procura realizar o convencimento da PrEP como uma política de prevenção economicamente viável, como descreverei a seguir. Cabe antes notar que, curiosamente, embora uma série de estudos epidemiológicos sobre o contexto brasileiro tenham sido mobilizados para realizar a produção de um retrato da AIDS no país, é um estudo sobre o contexto estadunidense que inicia a apresentação de uma avaliação econômica da intervenção biomédica.

Em estudo sobre estimativa da porcentagem e número de adultos com indicação para PrEP nos EUA, em 2015, apontou-se que, entre homens que fazem sexo com homens, com idade de 18-59 anos e que reportaram atividade sexual nos últimos 12 meses, aproximadamente 25% teriam indicação para PrEP, comparativamente à cerca de 18% das pessoas que usam drogas injetáveis e 0,4% dos adultos heterossexuais ativos. Tais porcentagens de indicação de PrEP são consistentes com os números de novas infecções pelo HIV entre esses mesmos grupos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p. 26).

Mesmo que o documento não estabeleça quais são os critérios de indicação para PrEP nos Estados Unidos, é a partir de tal registro que começa a se considerar como a população de HSH teria uma elevada indicação para uso do método preventivo.

Ainda assim, a proposição de estimativas de número de beneficiários para PrEP [no Brasil] apresenta uma série de limitações, a saber: (i) dificuldade em definição do número de pessoas pertencentes a esses grupos mais vulneráveis e (ii) dificuldade em identificar aqueles com práticas sexuais de maior risco, como o não-uso de preservativos ou parcerias múltiplas. Essas definições são inerentemente complexas devido ao fato de pertencerem a grupos mais discriminados e estigmatizados socialmente e, também, à falta de indicadores de base populacional sobre as práticas de risco desses grupos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p. 27).

44 Literalmente durante a escrita da primeira versão, desta parte da dissertação — no dia 13 de outubro de 2018 — recebo por *WhatsApp*, de um número vinculado a um estudo de PrEP realizado em Porto Alegre, uma mensagem com link para a reportagem sobre a obtenção do registro da combinação TDF/FTC por parte da Fiocruz. A combinação de antirretrovirais utilizada na política de PrEP brasileira, passa a poder ser produzida no país (MATOS, 2018). Procuo, além de considerar a importância da obtenção desse registro na dissertação, pontuar como cheguei até a notícia, de modo a enfatizar como, por se tratar de uma política pública “inovadora”, uma temporalidade acelerada traz mudanças o tempo todo ao campo, ou à rede de associações que procuro retrair.

Evidencia-se novamente no documento como na opacidade das “práticas sexuais de risco” (alto número de parceiros e não uso do preservativo), dessa vez associadas a uma dificuldade de rastrear números sobre essas populações descritas como vulneráveis e estigmatizadas, encontram-se limitações. Limitações que incidem na incapacidade de definição de uma estimativa mais precisa sobre o número de beneficiários de PrEP no país, de modo que é o quadro epidemiológico descrito anteriormente o que vai informar os recortes populacionais da construção desta política. Não se trata, portanto, de dados sobre indicação de PrEP no Brasil — de acordo com os critérios que os documentos da Conitec procuram estabelecer e que descrevo ao longo deste primeiro capítulo — construindo uma estimativa. Mas sim da tradução do contexto norte-americano, em conjunção ao retrato epidemiológico da AIDS no Brasil — e poderia se incluir nesta conjunção as publicações da OMS, na medida em que são mobilizados para circunscrever populações no relatório de recomendação —, construindo uma estimativa que é mais ou menos falha.

E é aqui que dados mais concretos sobre o contexto brasileiro de PrEP emergem na construção do número de profilaxias projetado para oferta (7.000 profilaxias), no ano inicial da política de prevenção. O número de profilaxias encontra justificativa, para além da conjunção considerada, nos dados produzidos pelo projeto de demonstração PrEP Brasil.

Esse quantitativo de profilaxias foi estabelecido de acordo com estimativa de necessidade e capacidade de iniciar uso de PrEP, tendo como base populacional o grupo de HSH e levando em consideração os últimos dados do IBGE; de estudo de prevalência de HIV entre HSH e dados do estudo demonstrativo de PrEP em curso no país (PrEP Brasil) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b, p. 27).

Os dados produzidos pelo projeto de demonstração nacional não aparecem no texto principal do documento, mas são inclusos como anexos do relatório de recomendação. Como descrito ao longo da seção, as experiências em implementação da PrEP no Brasil atuam como uma espécie de assombração, no sentido de que pouco é dito sobre elas. São relegadas a anexos e notas de rodapé, sobretudo ao se considerar o processo de convencimento, pela mobilização de evidências científicas de diversas ordens. Argumento que esse papel secundário de projetos brasileiros é revelador de um lugar que o país ocupa em uma economia política farmacêutica global, isto é: trata-se de um consumidor de evidências científicas e intervenções biomédicas, não de um produtor. Mesmo que um certo pioneirismo esteja sendo atribuído ao país em reportagens que envolvem projetos de demonstração coordenados pela

Fiocruz, em diferentes contextos nacionais⁴⁵ (SPUTNIK, 2017; BRASIL VAI LIDERAR, 2015), tal pioneirismo não é expresso aqui⁴⁶.

Um caráter tímido pode ser atribuído às experiências em demonstração de PrEP no Brasil para produção do convencimento no relatório de recomendação, mas de todo modo o anexo do documento procura trazer dados epidemiológicos em correlação com achados do estudo PrEP Brasil na seguinte lista:

- Partindo da população de HSH do RJ e área metropolitana: 140.786 (15 a 64 anos)
- Pop. HSH de 15 a 49 anos: 121.076
 - Prevalência do HIV: 14,2% (Ligia Kerr – RDS, 2009)
 - 70% dos HSH estariam em tratamento: 12,035
 - 109.141 (121.076 – 12,035)
 - 50% dos 109.141 acessaria serviços de saúde para teste ou PrEP: 54.521
 - Testagem de 54.521 – 10% infectados
 - 36% dos 49.068 – negativos, prática de alto risco (sexo anal receptivo sem preservativo): 17.665
 - 17.665 negativos distribuem-se em dois grupos, na proporção de 25% e 75%
 - No grupo 1 (25%) - 60% decidem usar PrEP (inclui uma proporção alta de auto-referidos)
 - No grupo 2- (75%) – 15% decidem usar PrEP (percentual verificado na unidade móvel e ONG no PrEP Brasil no Rio de Janeiro) o Grupo 1 – 4.416 indivíduos, com 60% de decisão de usar PrEP = 2.650 o Grupo 2- 13.248 indivíduos, com 15% de decisão de usar PrEP = 1,987
 - Total de indivíduos em PrEP em 12 meses = 4.571

45 Em dezembro de 2015 foi noticiado, no site do Ministério da Saúde, que o Brasil não apenas se envolveria com dois estudos inéditos de PrEP, como também os encabeçaria no ano de 2016 em parceria com a Unitaid. Seria a primeira vez que a rubrica da Unitaid torna-se presente em investigações no país, que, no entanto, não se restringem ao contexto brasileiro. Tratam-se de dois estudos de caráter transnacional: um envolvendo adultos no Brasil, na Argentina e no Peru; e outro adolescentes, no Brasil, na África do Sul e na Tailândia (BRASIL VAI LIDERAR, 2015). Mais uma vez contando com o apoio da Unitaid, é noticiado que um estudo de parceria entre o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) será realizado em pacientes no México e no Peru (SPUTNIK, 2017). Esse último estudo recebe o nome de IMPrEP, *Projeto para Implementação da Profilaxia Pré-exposição ao HIV no Brasil, no México e no Peru*, e tem como objetivo avaliar a implementação da tecnologia nos três países. Conforme a fala de Valdiléia Velloso, diretora do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) da FIOCRUZ, trata-se de um projeto que procura avaliar a própria construção de políticas públicas nacionais de PrEP (PORTUGAL, 2017).

46 Há um curto capítulo no relatório de recomendação que é também relevador sobre essa economia política farmacêutica global, na medida em que apresenta que outros contextos nacionais já incorporaram a PrEP como estratégia de prevenção. Incluo na íntegra o texto do capítulo: “[n]o contexto global, a associação de tenofovir e entricitabina como profilaxia pré-exposição foi aprovada pelas agências reguladoras nos Estados Unidos (Food and Drug Administration - FDA) em julho de 2012, no Quênia e na África do Sul em dezembro de 2015, no Canadá, em fevereiro de 2016 e no Peru em abril de 2016. O órgão regulador francês (Agence Nationale de Sécurité du Médicament - ANSM) já havia aprovado a utilização temporária de PrEP (Recommandations Temporaire d’Utilisation - RTU) e, mais recentemente, no último mês de julho de 2016, a Agência Europeia de Medicamentos (EMA) recomendou a concessão de autorização para comercialização do TRUVADA® aos 28 Estados membros da União Europeia, Noruega e Islândia. Outros procedimentos regulatórios estão em curso na Austrália e Tailândia” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p. 30). O tom de pioneirismo do Brasil, nas pesquisas internacionais de PrEP, é aqui substituído pelo risco de o país estar atrasado em relação a outras respostas nacionais à epidemia de HIV/AIDS. Trata-se aqui de mais uma, ainda que breve, estratégia utilizada para produção do convencimento necessário à incorporação da intervenção biomédica.

Considerando que o Rio de Janeiro e sua área metropolitana correspondem a 5,8% da população brasileira, segundo o IBGE, e utilizando a tabela abaixo, com as maiores áreas metropolitanas do País, pode se estimar que, nessas áreas metropolitanas, 33.837 indivíduos usariam PrEP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p.44).

Não realizo aqui uma interpretação desses dados, na medida em que a contextualização de sua produção, conforme me foi permitida pelo relatório em análise é precária, de modo a dificultar uma análise mais apurada da citação acima. Ou mesmo de realizar alguma descrição mais elaborada acerca das experiências em implementação que foram realizadas no país e sua importância. Reservo-me apenas a evidenciar como essa lista é reveladora não apenas das populações acessadas pelo estudo PrEP Brasil, mas também dos critérios que informam a indicação de PrEP. Para além da presença das já esperadas, dado o vocabulário epidemiológico em que se pauta o documento, práticas de alto risco na população de HSH, um termo relevante aqui emerge na produção da estimativa através de tais dados: a decisão em usar PrEP. Esse caráter da decisão ressoará de maneira bastante expressiva com o que será descrito no interlúdio da primeira parte desta dissertação, considerando a passagem analítica que realizo do relatório de recomendação da Conitec para os PCDT da intervenção biomédica. Desdobrar-se-á, o ato decisório pelo uso da PrEP, na noção de autonomia, em uma tensão com a noção de vulnerabilidade — mais central aos PCDT do que ao relatório de recomendação.

2.5. Custo-benefício

Finalmente chegamos ao último passo da mobilização de evidências científicas para produção do convencimento: uma análise de custo-benefício apresentada por pesquisadores da Fiocruz, na última Conferência Internacional de AIDS. Utilizando de modelagem matemática, nomeada *Cost Effectiveness of Preventing AIDS Complications* (CEPAC) na tentativa de simulação dos resultados clínicos, custos e a razão incremental de custo-efetividade (RICE) do uso de TDF/FTC como PrEP por “HSH e mulheres transgênero”, esta lógica é encontrada: pode ser mais barato (ou custo-efetivo) oferecer PrEP do que terapia antirretroviral. Vidas soropositivas, por consequência desse raciocínio, podem ser mais onerosas do que vidas soronegativas, fazendo emergir uma tensão política bastante delicada em questão.

Na comparação de PrEP versus “sem PrEP”, o uso de PrEP diminuiu risco de infecção pelo HIV durante a vida em 80%. O uso de PrEP também aumentou a expectativa de vida descontada de 20,7 anos sem-PrEP para 23,0 anos com PrEP, ou seja, de 2,3 anos e aumentou os custos médicos ao longo da vida de US\$ 4,090 sem-PrEP para US\$ 5,130 com PrEP. A RICE de PrEP foi de US\$ 460 por ano de vida

ganho. Se definirmos uma estratégia como custo-efetiva segundo a sugestão da Organização Mundial de Saúde (ou seja, uma estratégia é custo-efetiva se sua $RICE < PIB$ per capita), PrEP no contexto do Brasil pode ser considerada custo-efetiva pois US\$ 460/ano de vida ganho correspondem a $<4\%$ do PIB per capita do Brasil.

PrEP permaneceu custo-efetiva sob a variação de outros parâmetros-chave, incluindo seu custo e eficácia, a idade inicial da coorte e a frequência de testes de HIV. *Quando PrEP foi utilizado até 50 anos de idade somente (em contraposição ao cenário base no qual se assumiu o uso de PrEP por toda a vida), não só PrEP aumentou a expectativa de vida como também diminuiu os custos médicos, de modo que gerou uma economia dos recursos.* Em contrapartida, quando a incidência do HIV foi $\leq 0,24$ infecções/100 pessoas-ano, a RICE de PrEP excedeu o PIB per capita do Brasil, tornando-se não custo-efetivo.

Os autores concluem que PrEP é custo-efetiva entre HSH e mulheres transgêneros de alto risco no Brasil. Esses resultados reforçam outros resultados positivos já encontrados nos estudos demonstrativos de PrEP e justificam a implementação de uma política de PrEP para essas populações sob risco aumentado para o HIV no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b, p. 29. Grifos meus).

Quando utilizada até os 50 anos, a PrEP não apenas é custo-efetiva, no sentido de oferecer uma prevenção adequada aos critérios da OMS mencionados acima. Oferecer a PrEP dentro de um tal recorte etário poderia ser mais barato, na medida em que se exclui a necessidade de um tratamento antirretroviral por toda a vida, ao mesmo tempo em que se exclui a possibilidade de infecção pelo HIV. Levando ao limite a lógica da análise apresentada: aumenta-se a expectativa de vida — pela exclusão da infecção pelo HIV — e diminui-se os custos médicos — pela mesma razão. Embora tais resultados sejam voltados a populações de HSH e mulheres trans, o relatório ainda considera possível extrapolar os resultados às outras populações acessadas pela política pública de PrEP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b, p. 29).

Estudos de modelagem matemática internacionais também são brevemente mobilizados para fortalecer essa consideração, mas o que conta para encerrar a descrição proposta neste capítulo é o seguinte: a PrEP é apresentada como “uma estratégia complementar” a outros métodos de prevenção: que incluem o uso de preservativo, o diagnóstico precoce e o tratamento da infecção pelo HIV para atingir a supressão viral. Parte de um arsenal do que aparece brevemente no documento em questão como “prevenção combinada”, noção que ganha maior relevância nos PCDT, atrelada à tríade vulnerabilidade-autonomia-direitos humanos. Não se trata de uma pílula revolucionária, mas de uma ferramenta de prevenção. Sendo uma estratégia complementar, não deve ser a principal, ainda que seu custo-efetivo a torne uma política pública ainda mais barata em algumas situações da modelagem matemática. Talvez possa se atribuir às ansiedades em torno de uma moral sexual esse enquadramento da PrEP como “estratégia complementar”? Não pretendo responder a tal questionamento, mas o torno explícito por considerar que tal lógica possa estar presente no

processo de convencimento. Cabe apenas uma última consideração que proponho, antes de prosseguir. O que tem se convencianado chamar de “prevenção combinada” pode ganhar diferentes sentidos: seja para a gestão pública (e sua preocupação com o custo-efetividade) na resposta à epidemia ou para um imaginado usuário da PrEP (em tensão entre autonomia e vulnerabilidade).

INTERLÚDIO: O QUE FAZ “A SOCIEDADE”?

Uma última questão referente ao relatório de recomendação da Conitec deve ser trabalhada, antes de eu realizar uma passagem analítica para os PCDT de PrEP. Trata-se da implementação da incorporação, ou seja, como o documento se refere à efetivação da política pública, conforme um marco lógico de que não tratarei aqui. Apenas trago à consideração que tal documento elabora que “a implementação inicial de PrEP deverá ocorrer em pelo menos um serviço de referência por unidade federativa”. Desses serviços, será dada “prioridade àqueles com experiência em prevenção de IST e/ou que tenham participado de estudos no tema (ensaios randomizados ou projetos demonstrativos em PrEP)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p. 32). A assombração da implementação da PrEP no Brasil começa a esvanecer, à medida que o convencimento foi estabelecido pelo documento, e que se passa a considerar as formas normativas que materializam a política pública de prevenção. Justamente onde já se tinha utilizado PrEP experimental é que a PrEP do SUS deve, prioritariamente, entrar como uma política pública. Os limites entre experimento, ou de algumas experiências de implementação, e incorporação da tecnologia, como vim notando ao longo do capítulo anterior, são borrados.

Deste modo os Centros de Testagem e Aconselhamento em IST, HIV/Aids e Hepatites Virais (CTA)⁴⁷ e os Serviços Ambulatoriais Especializados em IST e HIV/Aids (SAE), são os modelos de serviço que receberão a intervenção biomédica. Os primeiros são descritos como centros de referência em termos de prevenção, tratando-se de uma oportunidade de vincular a intervenção biomédica a outros métodos preventivos. Uma oportunidade de estabelecer a PrEP como uma política da chamada prevenção combinada. Nesse sentido, é apontado também sobre como usuários recorrentes de Profilaxia Pós-Exposição (PEP)⁴⁸ podem se

47 Para um maior detalhamento sobre a contribuição dos CTA na oferta de PrEP, pela via das políticas de “prevenção combinada”, sugiro a leitura de artigo de Karina Wolffenbüttel (2018), sobre a experiência histórica dos CTA em trabalhos de prevenção junto à população. O trabalho explora os limites e as possibilidades da atenção nesses espaços, tendo em vista o cuidado continuado às pessoas consideradas vulneráveis à epidemia de HIV/AIDS.

48 Outro método preventivo baseado no recurso a antirretrovirais por pessoas soronegativas. A principal diferença é que enquanto a PrEP se coloca em um momento anterior ao da exposição de risco, devendo ser utilizada diariamente por tempo indeterminado — enquanto a pessoa desejar utilizar de seu potencial preventivo —, a PEP é utilizada após uma exposição de risco, por um período de 28 dias. Os medicamentos utilizados, também são outros, embora se tratem de drogas antirretrovirais. De acordo com os PCDT de PEP, o “esquema preferencial” inclui a combinação das drogas Tenofovir (TDF), Lamivudina (3TC) e Dolutegravir (DTG), havendo “esquemas alternativos” na impossibilidade de uso de alguma das drogas das combinações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017c. p. 30). Nesse sentido, é notável como a PrEP torna-se quase um sinônimo de TDF/FTC, ou Truvada, enquanto política de saúde pública, na medida em que outros esquemas profiláticos não existem, pelo desenho pautado no documento de recomendação da intervenção biomédica.

beneficiar da “nova” tecnologia. Quanto aos segundos, mais voltados a serviços ambulatoriais que realizam assistência, prevenção e tratamento, menciona-se que, além de serem centros de referência, há a capacidade de acesso a casais sorodiscordantes ou a pessoas que tenham se infectado por outras IST e queiram fazer o uso de PrEP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p. 32-33). Esse enquadramento da PrEP, mais normativo do que argumentativo, no sentido de mobilização de evidências científicas para estabelecer a política pública, marca a passagem que pretendo explorar neste interlúdio. Mais do que uma passagem de um documento ao outro, trata-se de uma passagem do que pode ser entendido como sociedade em um documento ou outro. Do que é considerado público ou do que é considerado participação da sociedade civil em um momento analítico ou outro.

De fato, ao se estabelecer um processo de convencimento, na descrição do documento anterior, existe “uma sociedade”⁴⁹ ali. Ela incluiu atores como a OMS, uma avalanche de evidências científicas produzidas sob uma certa economia política farmacêutica global (e todas as entidades humanas e não-humanas que mobilizam), laboratórios farmacêuticos, a gestão pública — manifesta seja na Conitec ou no Ministério da Saúde — e ativistas do GTPI/ABIA, por exemplo. Pergunta-se: qual o espaço aberto para um debate público aqui? Parece um espaço muito apertado, difícil de adentrar devido ao peso que a ação de tantos atores (alguns economicamente poderosos) provoca. É claro, existem atores que podem discordar de alguma coisa — seja no sentido de questionar alguma evidência produzida, ou mesmo de rechaçar a intervenção biomédica por alguma moral sexual mais tradicional. Mas que voz encontrariam? Uma importante diferença entre os PCDT e o relatório de recomendação da Conitec está na própria estrutura de organização textual dos documentos: no relatório de recomendação da PrEP, discutido no capítulo anterior, a análise da contribuição da sociedade civil pela via das CP é apresentada apenas ao final do documento; nos PCDT, essa apresentação ocorre logo nas suas primeiras páginas.

Como discutido no início da primeira parte da dissertação, as CP são momentos nos quais a chamada sociedade civil deveria contribuir ao processo de incorporação. Tanto nos

49 Bruno Latour (2012) em sua introdução à teoria ator-rede, valendo-se da contribuição de muitos intelectuais nessa abordagem teórico-metodológica, critica a noção de sociedade como objeto de estudo da sociologia — e poderíamos dizer que o mesmo se aplica à antropologia social. De acordo com o autor, sociedade é um ótimo termo para descrever um processo encerrado, já estabilizado e firme. Por outro lado, sobretudo ao se tratar de questões controversas como a “inovação científica”, o termo já não pode mais ser confiável, por remeter a um estado de coisas fixado. A noção de coletivo é, então, elaborada pelo autor, como contraponto ao conceito de sociedade, de modo a evidenciar que as agências em jogo na formatação das redes que, perseguidas pelos cientistas-formigas da teoria ator-rede, desestabilizam o tempo inteiro o que pode ser entendido como “social”. Deste modo, a tarefa seria a de perseguir associações entre atores que não são conhecidos de antemão, em vez de pressupô-los como agentes em grupos coesos, mas que são revelados pelos efeitos que produzem coletivamente.

PCDT quanto no relatório de recomendação, essa consulta à sociedade se deu pela via de formulários de “relato de experiência” e de “opinião técnica-científica”. Ambos os documentos apresentam a participação da sociedade civil, mediante uma análise dos relatos, sugestões e críticas encaminhados à Conitec pela via dos formulários considerados. Procuro, ao longo deste interlúdio, apresentar tal análise e que mudanças foram aprovadas nos documentos ou não. É interessante notar, no entanto, como a colocação da análise dos formulários de participação da sociedade civil, na estrutura dos documentos em questão, revela diferentes posições na política de produção do conhecimento relacionada à incorporação da PrEP. “Sociedade” (ou a participação da sociedade civil organizada), como performada no relatório de recomendação, pode ser entendida como uma nota de rodapé: algo do qual só se pode ter conhecimento uma vez estabelecido o convencimento em todas as páginas que antecedem a análise dos formulários encaminhados.

Para os relatórios de recomendação, que mobilizam o processo de convencimento descrito no capítulo anterior, “a sociedade” parece apenas assinar embaixo do veredito de que a PrEP funciona. De todo modo, esta é uma assinatura que tem a sua importância, sobretudo quando se considera as complicadas políticas entremeadas na emergência da PrEP: da propriedade intelectual, às políticas de sexualidade. Pedro Villardi e Felipe Fonseca (2018) apresentam como, no momento que foi realizado o pedido de incorporação da tecnologia de prevenção junto à Conitec, setores conservadores da comissão sinalizavam que o medicamento não devia ser incorporado. Com a abertura das CP do relatório de recomendação e dos PCDT, a campanha “Truvada® Livre!” (mobilizada pela parceria entre a ABIA e o GTPI) foi capaz de capitalizar um grande número de contribuições para que o método preventivo fosse, de fato, incorporado. O que procuro chamar a atenção aqui, no entanto, é como a participação de tais contribuições parece ter impactado na produção dos documentos que analiso. Isto é, embora a mobilização social tenha sido fundamental, como tais autores apontam, apenas nos PCDT as contribuições recebidas por meio dos formulários das CP são capazes de realizar alterações nos textos dos documentos. No relatório de recomendação, a “sociedade civil” assina embaixo de todas as evidências científicas mobilizadas, descritas no capítulo anterior. Nos PCDT, essa mesma sociedade é capaz de propor alterações importantes na forma concreta como o método preventivo deve ser disponibilizado pelos serviços de saúde, e a análise dos formulários enviados emerge logo no início do documento.

De modo que embora nomes similares figurem na lista de atores da sociedade civil acessadas na elaboração de ambos os documentos da Conitec pela via das CP, suas vozes têm pesos diferentes em cada processo, no processo de convencimento e no processo de elaboração das práticas médicas recomendáveis. Tais nomes incluem: a Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV (UNAIDS), a ABIA e a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, além de “pacientes”, “familiares, amigos ou cuidadores de pacientes”, “profissionais de saúde” e de “interessados no tema”⁵⁰ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 5-8; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p. 34-37). Uma série de dados são levantados, sobre com quantos respondentes cada formulário, de cada documento, contou e noto a presença de certa confusão na descrição da metodologia de coleta e análise dos formulários.

Tal confusão pode ser explicada da seguinte maneira. De acordo com os PCDT, “[a] consulta pública do PCDT de Profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) teve 3.543 contribuições entre 23/02 e 14/03/2017”. O texto continua informando que “[f]oram 23 contribuições com parecer técnico científico (PTC) e 124 de opinião e experiência” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 5). Uma soma que dificilmente chega perto das 3.543 contribuições recebidas, o que pode ser explicado pelos seguintes trechos do relatório técnico de recomendação:

Na consulta da incorporação da PreP, foram recebidas 23 contribuições pelo formulário para contribuições técnico-científicas, das quais a maior parte foi totalmente favorável à recomendação inicial da CONITEC. Entre as contribuições recebidas por meio desse formulário, apenas 2 se declararam parcialmente favoráveis à recomendação inicial da CONITEC. Contribuíram em sua maioria pacientes e profissionais de saúde com experiência na área e em menor frequência interessados no tema, grupos/associações/organizações de pacientes e sociedades médicas. Contribuíram a Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV (UNAIDS), a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) e a Defensoria Pública do Estado de São Paulo.

(...)

Por meio do formulário para manifestação de experiência e opinião foram recebidas 124 respostas. Dentre essas 39 provenientes de pacientes; 10 de familiares, amigos ou cuidadores de paciente; 29 de profissionais de saúde; 45 de interessados no tema e uma de uma sociedade médica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p. 35-36).

Ora, continuam os PCDT, agrupando “[p]essoas que concordaram com o PCDT de PrEP [considerando que] foram a imensa maioria totalizando 3.543 contribuições, com apenas 7 pessoas discordando da recomendação”. Dessas contribuições — beirando a unanimidade

50 Tratam-se de categorias utilizadas no movimento analítico dos formulários recebidos pela Conitec. O sentido de cada uma dessas categorias, entretanto, não é apresentado. Por exemplo, o que significa ser um “paciente”, nesse contexto? Alguém que já participa da rede de cuidado de HIV/AIDS no SUS? Alguém que já faz uso de PrEP pela via de experiências em implementação? Alguém que teria potencial indicação para uso da intervenção biomédica?

— foram “analisadas 433 respostas em campos abertos e classificadas em 7 categorias de análise”⁵¹ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p.6). Pode-se afirmar, portanto, que dados referentes à análise das CP do relatório de recomendação estão presentes nos PCDT, produzindo a confusão mencionada. O site da Conitec disponibilizou dados relativos à execução das CP em quadros que apresentam cada um dos relatos produzidos pelos formulários mencionados. Não realizei uma análise do conteúdo ou do que está disposto em tais quadros, mas noto como no que se refere aos PCDT, as contribuições somam em 301 páginas. No que diz respeito aos quadros relativos aos formulários do relatório de recomendação, estão incluídas 33 páginas. Embora eu note tal confusão na descrição das metodologias dos documentos, os arquivos que acabo de mencionar indicam como, no caso dos PCDT houve um maior número de contribuições do que no caso do relatório de recomendação.

Uma confusão metodológica, na apresentação dos documentos que analiso é um indicativo relevante à própria temporalidade do processo de incorporação, na medida em que os documentos parecem ter sido redigidos com uma urgência. Tal urgência pode ser associada aos prazos relativos à incorporação de novas tecnologias no SUS: a comissão dispõe do período de cerca de um ano para efetivar a incorporação das tecnologias de saúde que avalia nos serviços de saúde. Cento e oitenta (prorrogáveis por mais noventa, caso necessário) dias delimitam o prazo para a tomada da decisão em relação à incorporação ou não da tecnologia candidata. Durante esse período é que são realizadas as CP que analiso neste interlúdio. Cento e oitenta dias, uma vez estabelecida a decisão da comissão, é o prazo estipulado para o início da oferta das novas tecnologias nos serviços do SUS (BRASIL, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p.i). Tal temporalidade de urgência pode, também, ser encontrada com relação ao HIV/AIDS em diferentes camadas, como no caso do atendimento clínico, que será descrito no próximo capítulo a partir de uma análise dos PCDT. Nesse sentido, ao final do próximo capítulo proponho uma breve descrição sobre a urgência na produção dos documentos que analiso na primeira parte desta dissertação, procurando reconhecer outros indicativos de tal urgência e os efeitos que ela provoca na própria elaboração dos documentos. Sobre tais efeitos, é possível já localizar as atualizações que o texto dos PCDT sofreram desde

51 As categorias mencionadas são as seguintes: “Comentários a favor (parabenizando, incentivando, reiterando a importância, etc); Comentários contra (rechaçando, criticando a incorporação); Comentários sobre interesse/benefícios do uso da PrEP (próprio ou da parceria); Comentários sobre classificação dos grupos elegíveis (incluindo ou excluindo grupos, citando novas populações); Comentários acerca de aspectos Clínicos ou Organização dos Serviços; Comentários sobre a necessidade de Divulgação, Campanhas e esclarecimentos sobre PrEP; Comentários sobre PrEP ser mais uma estratégia de Prevenção Combinada; Outras Sugestões”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 6)

sua elaboração inicial em fevereiro de 2017, até a efetiva implantação da tecnologia nos serviços de saúde.

Tanto os PCDT quanto o relatório de recomendação realizam análises quantitativas e qualitativas das contribuições recebidas nos formulários mencionados. O aspecto quantitativo se dá pela mensuração de um espectro de aprovação: os respondentes deviam informar se “concordavam totalmente”, “concordavam parcialmente”, “discordavam parcialmente” ou “discordavam totalmente”. Em ambos os casos considerados, as análises relatam pouco índice de discordância e um maior nível de concordância, sendo que no caso do relatório de recomendação se produz um consenso pela via da rubrica das evidências científicas mobilizadas no próprio documento.

Pela análise não foram identificadas contribuições que trouxessem evidências científicas novas às já incluídas nesse parecer técnico-científico ou contestações às evidências científicas identificadas e que embasam a proposta de incorporação do medicamento com finalidade profilática. A maioria das experiências profissionais relatadas convergem com a proposta de incorporação elaborada nesse parecer. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p. 37).

De modo que, apesar de uma metodologia onde as contribuições foram analisadas considerando a “retirada das duplicidades e vazias/sem comentários; [um] processo de dupla análise, com uma terceira em caso de discordância e [a] classificação em temas mais prevalentes: [em] categorias de análise” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p. 37), no relatório de recomendação pouco importa a presença de outras vozes. Já foi decidido que a PrEP funciona e é segura. E de fato, na análise qualitativa realizada na CP do documento, existe uma convergência das contribuições de pessoas jurídicas e físicas com o que foi mobilizado o que facilita o processo de incorporação e convencimento. Na CP do relatório de recomendação, o documento analisado no capítulo anterior, incluem-se as seguintes discordâncias:

No tocante às discordâncias parciais alega-se que ainda não há dados robustos na literatura sobre a resistência primária aos antirretrovirais utilizados, caso o paciente se infecte com HIV e necessite de tratamento antirretroviral. Além disso, o uso de PrEP pode reduzir o uso (já baixo) de camisinha, levando ao aumento de outras IST. Apesar de dados de estudos controlados demonstrarem que tal fato não ocorre, o mesmo não pode ser extrapolado para vida real.

Em relação às discordâncias totais argumentam-se que a priorização de recursos públicos para programas de prevenção de HIV/AIDS não seria admissível frente a limitações enormes na disponibilização de medicações para doenças graves como câncer e meningite. Nessa esteira, afirma-se que essa priorização de recursos prejudicaria a compra de outros medicamentos essenciais e mais baratos que poderiam ser utilizados em agravos mais fáceis de controlar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p. 37).

Como o documento descreve, dados produzidos pelos próprios estudos que embasam evidências científicas mobilizadas facilmente desmontam o argumento associado às “discordâncias parciais”. A PrEP é segura do ponto de vista do comportamento sexual e da resistência viral, como já se discutiu no processo de convencimento, não há mais muito o que dizer. Com relação à questão da priorização de recursos públicos, nada é dito além do que foi mencionado na conclusão da análise: faltam evidências científicas que indiquem que, de fato, como a incorporação da PrEP seria prejudicial a oferta de medicamentos para outras doenças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b, p. 38). Tal argumento é possível de ser localizado em relação a um campo das políticas da sexualidade. Essa localização se deve ao fato de que a AIDS pode ser entendida como uma doença moralmente condenável, em contraposição ao câncer ou a meningite, mencionados nas discordâncias totais. Nesse sentido, o quadro apontado por Villardi e Fonseca (2018), no qual a campanha “Truvada® Livre!” teria mobilizado uma intensa participação da sociedade civil, pode também ser revelador da importância da participação da sociedade civil neste processo. Deve-se tornar o HIV/AIDS um problema público, não marcado pela possibilidade de uma moral sexual que condena determinadas práticas, grupos e sujeitos.

Algumas ressalvas são feitas ao que foi exposto no documento de recomendação pelos respondentes que “concordaram parcialmente” com a incorporação, como exposta no processo de convencimento.

Em relação às concordâncias parciais argumenta-se que a incorporação de PrEP não pode vir dissociada de outras medidas preventivas, diagnósticas e terapêuticas, como a disponibilidade de testes moleculares para o diagnóstico de IST (ex. Uretrites gonocócicas x não-gonocócicas) e expansão do acesso à vacina para HPV em homens até 26 anos de idade. Além disso, será preciso centros de referência para prescrição e acompanhamento de PrEP, uma vez que os serviços, como estão organizados não comportam atendimentos de livre demanda.

Outra contribuição sugere que o uso seja restrito a indivíduos que comprovadamente não tiveram boa resposta ou adaptação a outras medidas preventivas. Um número maior de contribuições questiona o número de tratamentos que foram programados para serem ofertados nessa primeira fase do programa, alegando que esse quantitativo (33.800 tratamentos) seria insuficiente para a cobertura da população brasileira. Nesse contexto sugerem também a inclusão do uso em adolescentes e questionam a falta de menção a essa população no relatório (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b, p. 36).

Tratam-se de críticas sobre a própria abrangência, considerada insuficiente, e sobre a inclusão de outras populações, além da concatenação da PrEP com outras intervenções biomédicas, como forma de efetivação da chamada prevenção combinada. Como mencionado ao final da seção anterior o termo “prevenção combinada”, embora central à construção da política pública brasileira de PrEP, é apenas timidamente utilizado no documento. Mesmo nessas críticas recebidas pela CP, conforme relatado na análise realizada no relatório de

recomendação, o termo não aparece explicitamente. O que se aborda é como essa intervenção biomédica deve estar concatenada a outras intervenções biomédicas e abordagens centrais à prevenção do HIV/AIDS.

Por outro lado, o termo “prevenção combinada” emerge nas próprias categorias de análise que são levantadas com a realização da CP nos PCDT. Mas antes de adentrar a essa questão considero relevante elaborar mais sobre como, apesar do consenso produzido pela rubrica da ciência no relatório de recomendação, os PCDT de fato são modificados pela realização da CP e que mudanças essa consulta trouxe. É na efetiva aplicação na prática médica ou clínica de prevenção que a PrEP encontra algum tipo de participação mais pronunciada da “sociedade civil” no processo de incorporação. Não se trata de definir o que “é PrEP” — uma forma de prevenção necessária, custo-efetiva, eficaz e segura, pautada no uso diário de TDF/FTC por certas pessoas soronegativas — aqui, mas como ela “deve ser” — que populações devem de fato ter acesso e como esse acesso é realizado, o que se encaminha na direção concreta das críticas mencionadas na última citação do relatório de recomendação. Como apontado nos protocolos, que também realizam um procedimento de dupla análise similar ao do relatório técnico, “[o]s principais pontos qualitativos da consulta pública foram em relação as populações elegíveis e exames com orientações clínicas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2017a. p. 6).

Esses pontos qualitativos trazidos pela análise das contribuições da CP trazem importantes mudanças ao protocolo de práticas médicas, que apesar de incorporadas, não emergem no texto principal do documento publicado em maio de 2017. Isto é, embora tenha se decidido pela incorporação das mudanças que descreverei agora, não houve mudanças no texto do protocolo publicado em fevereiro daquele ano. Essas mudanças serão apenas apresentadas em versões posteriores dos PCDT, em momentos nos quais a intervenção biomédica que investigo passa a ser oferecida junto aos serviços do SUS. Nesse sentido, a primeira mudança a ser considerada é a de uma ampliação da recomendação de PrEP no caso dos “casais sorodiscordantes”. Se no documento publicado em fevereiro era considerado indicação de PrEP apenas os casos onde o parceiro positivo para HIV tem sua carga viral desconhecida ou detectável, a mudança incorporada ao PCDT inclui também os casos onde o parceiro soropositivo possui carga viral indetectável. Essa mudança é associada a uma ideia de maior autonomia de prevenção entre os parceiros.

A justificativa para mudança baseia-se na inclusão de casais não monogâmicos, autonomia para o autocuidado do parceiro HIV negativo, paralelismo a não recomendação para amamentação – conforme o “Gap” de 6 meses para garantir que a carga viral continue indetectável. Ressaltou-se que a recomendação de PrEP para

casais sorodiscordantes deve vir junto com a recomendação de tratamento para todos (TasP), sem contradizê-la e o reforço da prevenção combinada que deve “combinar” métodos e não sobrepor um ao outro, fomentando a redução do medo e ansiedade nas relações afetivas. Proposta foi incorporada ao PCDT de PrEP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a, p. 8).

Essa noção de autonomia vinculada à prevenção combinada começa a aparecer como central na definição concreta da política pública, de modo que existe uma preocupação com a autonomia de escolha dos sujeitos em termos de prevenção. Uma outra sugestão — que contou inclusive com o apoio da Defensoria Pública do Estado de São Paulo — que foi incorporada, diz respeito à ampliação do uso de PrEP, considerando a concepção, gestação e o aleitamento. Considero que essa modificação atua de maneira importante sobre outra questão relevante aos PCDT, a da vulnerabilidade. Justifica-se tal incorporação na medida em que mulheres soronegativas com frequentes situações de potencial exposição podem se beneficiar do uso de PrEP ao longo da gravidez e amamentação protegendo a si e ao bebê. Estudos envolvendo a terapia antirretroviral e o uso de PEP, indicariam evidências sobre segurança do uso de antirretrovirais durante a gravidez e aleitamento, o que levaria à segurança do método preventivo a ser incorporado nesse período. Mobiliza-se aqui também uma recomendação da OMS publicada em 2015, que estipula a recomendação do início da terapia antirretroviral para mulheres grávidas e em aleitamento, independente da contagem de CD4 (OMS, 2015)⁵².

No que diz respeito a essa mudança, deve-se notar que o texto original do PCDT, publicado em fevereiro, já considerava a inclusão de PrEP durante a concepção, gravidez e amamentação. Entretanto o texto considera que, embora evidências sobre segurança do uso de antirretrovirais — como terapia ou como PEP — durante a gestação ou aleitamento, considerando também o risco de transmissão vertical, não existem evidências específicas sobre PrEP. A contribuição recebida pela via da CP, nesse sentido, atua como algo que fortalece uma recomendação clínica algo precária no desenho da política pública, pela falta dessas evidências científicas, o que leva à seguinte consideração no texto original do PCDT:

Contudo, apesar de liberado o uso de TDF para a gestação em mulheres infectadas pelo HIV, a segurança do seu uso em PrEP para o desenvolvimento do feto ainda não está bem estabelecida. Portanto, deve-se discutir individualmente os riscos e

52 Marcador biomédico relevante à resposta ao HIV/AIDS, bem como o próprio diagnóstico sorológico e a avaliação da carga viral. No caso da CD4, é avaliada, na contagem das células T — que agem no sistema imunológico — a imunidade da pessoa e a evolução da infecção pelo HIV em direção à AIDS. Essa recomendação da OMS caminha na direção da incorporação, na resposta governamental à epidemia de HIV/AIDS no Brasil, no final de 2013 da política de testar e tratar (TESTAR E TRATAR, 2014). Para mais informações, sugere-se a leitura dos PCDT para manejo da infecção pelo HIV em Adultos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018b). Essa política de testar e tratar, implicada no diagnóstico precoce e tratamento imediato da infecção pelo vírus, relaciona-se às metas do fim da epidemia da UNAIDS, das quais o Brasil é signatário — que coloca em pauta o lema 90-90-90, identificar 90% das infecções, de modo a tratá-las para chegar a supressão viral (UNAIDS, 2015).

benefícios dessa estratégia para gestantes sob alto risco para infecção pelo HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 27).

A justificativa para o uso de PrEP em mulheres grávidas e em aleitamento — enquadradas dentro das populações que se voltam a essa política pública, como as que estão em parcerias sorodiscordantes ou que atuam como trabalhadoras do sexo — se deve à consideração de que o risco de aquisição do HIV aumenta durante a gestação, assim como o de transmissão vertical aumenta durante o aleitamento. Algo que me parece marcar uma mudança no tom dos documentos. Embora aqui ainda se fale em “risco”, do mesmo vocabulário epidemiológico do relatório técnico, a noção de vulnerabilidade que concatena situações concretas vivenciadas pelas pessoas é recuperada durante os PCDT, como será descrito ao longo do próximo capítulo.

Mais duas sugestões são acatadas aos PCDTs. Uma maior frequência na testagem para sífilis e hepatite B (no texto original eram a cada 6 meses, agora passam a ser trimestrais), além da inclusão do anti-HCV. E também uma sugestão de alteração na orientação voltada à interrupção da PrEP, havendo a inserção de um período de 30 dias após a última exposição, como uma extrapolação das indicações de PEP. Tratarei de tais questões no próximo capítulo, quando abordo as manifestações clínicas da PrEP. Por ora, cabe aqui enfatizar esta questão: é pela via da experiência de vida concreta que as pessoas devem se beneficiar da política pública de PrEP, uma vez que os documentos lidam com a prática clínica e como ela se efetiva nas práticas de cuidado e prevenção ao HIV/AIDS. O que pode explicar uma maior abertura para a participação da “sociedade civil” no processo de incorporação dos PCDT.

Uma relativa passagem da noção de risco, produzida por um saber epidemiológico, para a noção de vulnerabilidade, vivenciada pelas pessoas em diferentes níveis, marca importantes mudanças no tom dos documentos que venho analisando. Embora não seja meu objetivo trabalhar com o conceito de vulnerabilidade diretamente, deve-se reconhecer sua importância para a resposta à epidemia de HIV/AIDS no Brasil: o conceito, elaborado por autores como José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, Vera Paiva e Ivan França-Júnior (2012), procura apontar para as relações sociais concretas, em diferentes níveis, e seus efeitos nos agravos de saúde. Considera-se, no enquadramento da vulnerabilidade e dos Direitos Humanos, proposto por tais autores, assim: o nível intersubjetivo, por exemplo, da relação entre usuário do sistema de saúde e os profissionais que lá atuam ou das experiências das pessoas na vivência de sua sexualidade; o nível social, referente a processos mais amplos que incidem sobre os agravos de saúde; e o nível programático, onde se inserem políticas públicas de saúde a níveis institucionais (AYRES, PAIVA E FRANÇA JR, 2012; PAIVA, 2012;

PAIVA E ZUCCHI, 2012). Trata-se de um conceito poderoso no sentido de produzir uma resposta ao HIV/AIDS atenta à concretude das experiências vivenciadas pelos sujeitos, sendo nesse sentido mais responsável e menos autoritária. É nesse sentido que noto uma relativa passagem de um termo ao outro, pois não se trata mais de mobilizar o mundo para convencer da necessidade da PrEP, mas sim de traduzir essa necessidade em termos práticos dos quais as pessoas possam se beneficiar.

O que cabe notar dessa passagem analítica, no entanto, é que existe uma porosidade entre a noção de risco e a de vulnerabilidade nos documentos, que se exprime, como será descrito, num dever do indivíduo em gerenciar seu risco e vulnerabilidade. Nesse sentido, embora a PrEP seja destinada a populações sob risco aumentado, isso deve ser realizado considerando situações de vulnerabilidade específicas, cabendo ao indivíduo realizar o gerenciamento de sua prevenção. De modo que a PrEP se torna mais uma alternativa para escolha individual, como prevê o enquadramento da “prevenção combinada”, pautado na autonomia. Uma tensão entre autonomia e vulnerabilidade, portanto, marca a manifestação clínica da intervenção biomédica, que explorarei ao longo do segundo capítulo. Essa tensão entre autonomia e vulnerabilidade parece sintomática de um uso do conceito de vulnerabilidade que se aproxima da noção de risco individual, como é possível considerar a partir da contribuição de Gabriela Junqueira Calazans e colegas (2018). Na análise de uma série de documentos produzidos a níveis governamentais e não-governamentais realizada pelos autores, onde se incluem os PCDT de PrEP, nota-se uma tendência à responsabilização individual, além de um certo apagamento do caráter coletivo e relacional, vinculado ao uso do conceito de vulnerabilidade que autores como Vera Paiva (2012) e Ayres e colegas (2012) propõem.

A abordagem mais frequentemente adotada de vulnerabilidade, tende a não tematizar dimensões estruturais das desigualdades sociais. De forma que há tensão persistente entre, de um lado, a noção de “autonomia” expressa sobretudo em termos de “liberdade de escolha” e responsabilidade individuais para a tomada de decisões e, de outro, a perspectiva de que a desigualdade, em suas múltiplas formas e expressões, solapa a capacidade individual de elaborar e incorporar conceitos aos repertórios individuais e coletivos de prevenção e cuidado. Como se a aposta em uma “pedagogia da autonomia” fosse permanentemente solapada e contradita por uma percepção drástica dos efeitos das desigualdades estruturais, o que, em contrapartida tende a favorecer perspectivas de “autocuidado” e de “empoderamento” em termos mais individualizantes (CALAZANS, PINHEIRO E AYRES, 2018. p. 286).

A análise realizada pelos autores teve o objetivo de considerar que leituras do conceito de vulnerabilidade tem informado e se estabelecido como diretrizes, no que diz respeito a políticas de enfrentamento ao HIV/AIDS voltadas a populações de homens gays e outros HSH. Notam, assim, uma “inexistência de documentos mais formalizados e abrangentes no

âmbito das políticas públicas de aids e de prevenção (...) [que] não permite identificar compromissos e ações endereçados à definição de estratégias estruturais de enfrentamento da epidemia e de seu controle social” (CALAZANS, PINHEIRO E AYRES, 2018. p. 285). Por se tratar de um conceito muito vinculado a uma resposta ao HIV/AIDS que pode ser descrita como uma “resposta social” à epidemia, a passagem da noção de risco à vulnerabilidade indica a importância que a participação da sociedade civil organizada tem, no processo de elaboração das práticas clínicas recomendáveis da PrEP. No entanto, como será descrito a seguir na análise dos PCDT, vulnerabilidade, tal como o risco, torna-se algo que alguém ou um grupo tem. Em vez de um princípio de ação pautado num compromisso com os direitos humanos, como propõem Ayres e colegas (2012), atento à relacionalidade e ao caráter coletivo que permitem ao HIV/AIDS emergir.

De modo geral, é possível encerrar este interlúdio afirmando que “o lugar” da participação da chamada sociedade civil, no processo de incorporação da PrEP e seus PCDT, está nesse tensionamento entre autonomia e vulnerabilidade. Tensão que pode ser reveladora de como a intervenção biomédica “deve ser”, em relação às experiências de vida concretas das pessoas que acessam o sistema de saúde. Uma política pública deveria ser útil às pessoas que visa atender, afinal de contas, mas essa utilidade dificilmente será resolvida de antemão com os documentos que procuram incorporar a intervenção biomédica no SUS. No caso do relatório de recomendação, analisado no primeiro capítulo, o “lugar da sociedade” se dá pela guerra da produção de evidências científicas, da produção do que “de fato” seria a PrEP: uma forma de prevenção que funciona e que é segura, a despeito inclusive de qualquer condenação moral que possa emergir no campo de disputas da sexualidade. Como trabalhado no capítulo anterior, a “sociedade” pode também ser entendida como algo que assombra as evidências científicas, na medida em que existem processos de inclusão e exclusão na sua mobilização. O processo de convencimento vinculado à incorporação da PrEP, como procurei descrever, incluiu também a exclusão da própria trajetória de produção das evidências científicas do método preventivo. O processo de formatação clínica da PrEP, descrito no próximo capítulo, também parece produzir uma exclusão do social, pela via da porosidade entre risco e vulnerabilidade, por mais que se trate de um campo mais aberto a disputas.

CAPÍTULO 2: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O segundo capítulo é voltado às manifestações clínicas da PrEP enquanto uma política pública de prevenção ao HIV/AIDS, no âmbito do SUS, pela via de uma análise dos PCDT e suas diferentes versões. Divido o capítulo em três grandes seções, sendo que na primeira retomo os tensionamentos entre autonomia, vulnerabilidade/risco e sua imbricação com os direitos humanos, a partir da contribuição de autores como Ayres, Paiva e França Jr. (2012) e Paiva (2012). Na segunda procuro descrever, a partir da contribuição de Annemarie Mol (2007), as interferências médicas presentes nas diretrizes clínicas propostas nos documentos analisados. Essas duas primeiras partes contam com a análise do documento publicado em maio de 2017 e na terceira parte do capítulo, recupero as outras edições dos PCDT, enfatizando a própria temporalidade de produção dos documentos no processo de incorporação da PrEP pela Conitec. Tal temporalidade diz respeito a uma urgência para a efetivação da decisão pela incorporação da tecnologia junto ao SUS.

1. Tensionamentos: autonomia, vulnerabilidade e risco

O documento que produz as normas de práticas médicas recomendáveis no contexto clínico da PrEP, como política pública de prevenção ao HIV, inicia apresentando brevemente a intervenção biomédica. Como visto no capítulo 1, trata-se de uma estratégia pautada no uso oral de antirretrovirais por pessoas soronegativas com fins de reduzir o risco de infecção pelo HIV. Uma estratégia eficaz e segura, como já bem trabalhado anteriormente. A noção de que o Brasil é palco de uma epidemia concentrada, como mobilizada no processo de convencimento descrito anteriormente, emerge aqui também: a maioria dos novos casos de infecção ocorreriam entre gays e outros HSH, pessoas trans e profissionais do sexo — além do fato de que a população de adolescentes também entraria nesse quadro, como indica o boletim epidemiológico de 2015 (BRASIL, 2015), mobilizado no documento. Até aqui, nada de muito novo nas páginas introdutórias, mas há um importante porém:

Porém, o pertencimento a um desses grupos não é suficiente para caracterizar indivíduos com frequentes situações de exposição ao HIV, o que é definido por práticas sexuais, parcerias ou contextos específicos que determinam a uma maior chance de exposição ao vírus.

Além de apresentarem maior risco de adquirir o HIV, essas pessoas frequentemente estão sujeitas a situações de práticas de discriminação, sendo alvo de estigma e preconceito e, aumentando, assim, sua vulnerabilidade ao HIV/aids (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 12).

É aqui que a mencionada passagem do risco à vulnerabilidade emerge, ainda que esta última encontre porosidades⁵³ importantes com uma noção de risco epidemiológico, que ao mesmo tempo pode ser entendida como individualizante é produtora da noção de que existam grupos discretos onde pode se localizar a epidemia (CASTIEL et al, 2010). Tal passagem, nesse sentido, não deve ser entendida como um rompimento absoluto com a noção de risco, mas como uma imbricação entre os dois termos. Para além dos grupos epidemiológicos “sob risco aumentado de aquisição do HIV” — personagens centrais ao processo de convencimento —, situações concretas e contextos específicos de vulnerabilidade (que incluem práticas de discriminação e o peso do estigma) e seus efeitos devem ser considerados. Efeitos que se manifestam sobretudo no campo da sexualidade, das práticas sexuais, parcerias e contextos que aumentariam a chance de exposição ao vírus. Seria destinada a esses casos, que concatenam o risco de infecção pela via sexual às situações de vulnerabilidade que os produzem, a oferta de PrEP como uma nova estratégia de prevenção. Objetivando-se, assim, na manifestação clínica da “nova” promessa que investigo, a redução da transmissão do HIV e o cumprimento das metas relacionadas ao fim da epidemia⁵⁴. Nesse sentido, seria necessário,

53 Tais porosidades podem ser associadas às críticas que noções vinculadas à resposta governamental ao HIV/AIDS têm recebido, por parte de movimentos sociais e acadêmicos. Trata-se de uma crítica à noção de “população-chave”, que vai na direção dos enquadramentos que venho tentando produzir ao longo da escrita desta dissertação, em relação por exemplo às “populações sob risco acrescido” diagnosticadas nos documentos do processo de incorporação da PrEP. Em uma publicação da ABIA, vinculada ao Seminário “Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção”, que ocorreu em 2017, Paula Emília Adamy, Gilvane Casimiro e Adele Benzaken (2018), apresentam a noção de “prevenção combinada” por uma ótica mais vinculada às políticas do Ministério da Saúde resposta à epidemia. Nesse sentido, sugerem as autoras que prevenção combinada deve ser entendida como uma imbricação entre três dimensões que contribuiriam para a transmissão do HIV: a biomédica, a comportamental e a estrutural. Ao longo deste capítulo, pretendo discutir como a noção de prevenção combinada parece escorregar mais em direção a uma escolha individual do sujeito. De qualquer forma, o ponto ao qual quero chamar atenção é o de que o tipo de crítica que realizo não é nova e as instâncias do Ministério da Saúde envolvidas com o processo de incorporação da PrEP pela Conitec estão cientes de problemáticas como as que eu procuro levantar. “Houve um questionamento por parte da sociedade civil organizada da tendência à medicalização da prevenção. Outra crítica levantada é sobre o risco de não se articular o termo ‘população-chave’ às questões relacionadas às vulnerabilidades — mantendo, como em décadas passadas, uma perspectiva de atenção em que se trabalhava com a ideia de grupo de risco. Se a mudança de nomenclatura não incorporasse a concepção de vulnerabilidade, a mesma seria só de semântica” (ADAMY et al, 2018. p. 46-47). Sob tal ótica é possível compreender os deslizamentos entre risco e vulnerabilidade que descrevo aqui como uma tentativa de incorporar, junto à política de PrEP no SUS, a experiência dos movimentos sociais.

54 Tratam-se de metas erigidas pela UNAIDS para chegar ao fim da epidemia de HIV/AIDS até o ano de 2030, nesse sentido é estabelecida a diretriz 90-90-90, que estipula que 90% das infecções sejam diagnosticadas, que o tratamento seja disponibilizado a essas pessoas infectadas, e que essas pessoas, pela via do tratamento, cheguem à supressão viral (UNAIDS, 2015). O cenário de inovações biomédicas no campo do HIV é aqui relevante, na medida em que com a publicação dos resultados do estudo HPTN 052 (ALCORN, 2015) foi definido que de fato a supressão viral, manifesta em uma carga viral indetectável, não leva à transmissão do vírus. “Indetectável = intransmissível”, slogan que tem sido utilizado em campanhas de conscientização, nesse sentido, e políticas públicas de saúde têm se valido do chamado tratamento como prevenção, TcP ou TasP, pela sigla em inglês. Os PCDT de manejo da infecção pelo HIV em Adultos no SUS, são um exemplo desse enquadramento pautado na estratégia de diagnóstico e tratamento precoce (testar e tratar) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018b).

sugere o documento, a remoção das “barreiras de acesso a essas populações, acolhendo-as na sua integralidade e garantindo seus direitos à saúde de qualidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 12).

Três conceitos-chave são mobilizados pelos PCDT nessas páginas introdutórias, de modo a guiar a construção das normativas clínicas da PrEP. O primeiro desses conceitos apresentados é o de “prevenção combinada”, indicando a importância da noção para a efetivação da política pública de prevenção. Tal termo aparece antes mesmo de uma definição um pouco mais elaborada do que quer que seja PrEP, o segundo conceito apresentado pelos PCDT. Deste modo, a intervenção biomédica emerge em seus protocolos clínicos como mais uma ferramenta de prevenção, inextricavelmente atrelada a outras tecnologias, apresentadas em forma de lista.

1. Testagem para o HIV;
2. Profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP);
3. Uso consistente de preservativos;
4. Diagnóstico oportuno e tratamento adequado de infecções sexualmente transmissíveis;
5. Redução de danos;
6. Gerenciamento de vulnerabilidades;
7. Supressão da replicação viral pelo tratamento antirretroviral. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 13).

O documento não explora ou apresenta de maneira mais pormenorizada a importância de cada uma dessas ferramentas de prevenção, ou mesmo em que elas de fato consistem. Entretanto a política brasileira de enfrentamento à AIDS é performada como algo que reconhece que nenhuma intervenção de prevenção isolada é suficiente na redução de novas infecções, “e que diferentes fatores de risco de exposição, transmissão e infecção operam, de forma dinâmica, em diferentes condições sociais, econômicas, culturais e políticas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 13). Deste modo, considera-se fundamental à oferta de tais estratégias de prevenção, um compromisso com os direitos humanos, respeitando a autonomia dos sujeitos. Essa autonomia deve ser garantida pela oferta de “estratégias abrangentes de prevenção a fim de garantir a maior diversidade de opções que orientem suas decisões” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 13). Decisões que devem ser tomadas, de acordo com os PCDT, conforme aquilo que se adegue melhor às condições de vida — ou vulnerabilidades — dos sujeitos.

Prevenção combinada, nesse sentido, emerge como uma estratégia governamental de resposta à epidemia do HIV/AIDS, pautada na noção de autonomia e sua relação com a vulnerabilidade, numa defesa aos direitos humanos. A PrEP se insere nesse quadro, sendo

apresentada enquanto um dos conceitos norteadores do documento, a partir da mobilização de evidências científicas. Trata-se de um breve resumo do processo de convencimento descrito no capítulo anterior, de modo que não irei me deter na sua conceitualização via os PCDT neste capítulo. Apenas trago à descrição etnográfica que realizo, o fato de que, feita toda a mobilização das evidências científicas produzidas em ensaios clínicos internacionais, é possível ler, num parágrafo inteiramente em negrito, o seguinte: “[a] **PrEP é altamente eficaz quando utilizada corretamente. A correlação linear entre níveis de adesão e eficácia foi demonstrada em ensaios clínicos envolvendo diferentes segmentos populacionais**” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 14. grifos no original). Dentro de um contexto de consolidação de uma política pública de prevenção ao HIV/AIDS, que carrega a marca da inovação no campo biomédico, a autonomia dos direitos humanos pode esbarrar em um “modo correto de utilizar” a intervenção biomédica. Uma correlação linear entre adesão e eficácia, já descrita ao longo da dissertação, pode localizar os níveis de adesão num campo moral que responsabiliza os indivíduos pelo uso correto ou não da intervenção biomédica.

Esse campo moral pode complicar a questão das vulnerabilidades, vivenciadas pelas pessoas que procuram acessar a política de prevenção, e a noção de autonomia funciona como uma faca de dois gumes aqui. Trata-se de uma noção que, por um lado, pode se vincular à cidadania, uma vez em que se pauta na liberdade de escolha do indivíduo; no entanto, como procurei indicar existem alguns riscos envolvidos no uso de uma noção de autonomia centrada na escolha. Em outras palavras, como evitar que uma falha na adesão e seus efeitos — como uma possível infecção resistente às medicações — recaiam na responsabilização deste indivíduo entendido como autônomo? Ao longo do capítulo, procuro descrever de que maneira essas tensões *devem ser* resolvidas nas visitas e atendimento clínicos periódicos que envolvem a política de PrEP de acordo com os PCDT, além de atentar a outras interferências que emergem no seguimento do usuário da política pública. Por enquanto, a partir da análise de tais protocolos, levanto tensionamentos presentes na manifestação clínica da PrEP enquanto uma política de prevenção combinada nos serviços do SUS. Trata-se de um terreno de construção da política pública que lida com expectativas em torno da promessa que se pretende estabelecer e com um processo pedagógico voltado a profissionais de saúde e à chamada sociedade civil.

Um último conceito chave é apresentado e diz respeito às “populações e contextos sob risco aumentado para aquisição do HIV” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 14). O nome

dado ao conceito indica a tensão entre um saber epidemiológico, que lida com populações, e saberes de ordem das ciências sociais, lidando com contextos. Deste modo, ao se apresentar todo um retrato epidemiológico de “epidemia concentrada”, já descrito anteriormente em outros momentos desta etnografia, a tensão com a noção de vulnerabilidade novamente emerge. Novamente o documento elabora como o simples pertencimento a uma dessas populações não enquadra o sujeito como um candidato à PrEP. Deve-se considerar como práticas sexuais, parcerias e contextos específicos, incidem sob um maior risco de infecção, colocando-se novamente a ênfase na noção de vulnerabilidade. Esse pêndulo entre risco (epidemiológico) e vulnerabilidade (social) é traduzido em uma lista que, novamente, reproduz nesta dissertação.

- Práticas sexuais anais e/ou vaginais com penetração sem o uso de preservativo repetidas
- Frequência das relações sexuais com parcerias eventuais
- Quantidade e diversidade de parcerias sexuais
- Histórico de episódios de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)
- Busca repetida por Profilaxia Pós-Exposição (PEP) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 15)

Por se tratar de um documento que procura estabelecer normativas e que se apresenta como um recurso pedagógico aos profissionais de saúde, talvez seja esperado o recurso continuado a listas que procuram traduzir em termos objetivos critérios relacionados às práticas médicas envolvidas na política pública de PrEP. No caso da apresentação deste último conceito chave, as práticas médicas que se associam a essa lista incluem um processo de seleção dos candidatos a se beneficiar da política. E, a julgar pelos critérios mencionados na lista, o movimento do pêndulo entre risco e vulnerabilidade desenha uma trajetória que relembra a ideia de comportamento sexual. O que é julgado como critério de indicação de PrEP é o comportamento sexual confessado, como em relatos sobre práticas e parcerias sexuais, ou implicado em questões objetivas, como a frequência de ISTs, ou a busca repetida por PEP nos serviços de saúde. Nesse sentido, vulnerabilidade/risco é sinônimo de um comportamento sexual individualizado, já que o sujeito ideal de PrEP deve ser autônomo em suas decisões de prevenção.

1.1. Seleção de candidatos: risco e vulnerabilidade

Mais uma vez, a noção de autonomia esbarra em alguma coisa: desta vez, num processo de seleção das pessoas marcado pela noção de comportamento sexual. Nessa seleção, deve-se considerar que além de a PrEP ter uma cara epidemiológica, ela tem um estoque:

como visto no relatório de recomendação, 7.000 profilaxias teriam sido encaminhadas para o primeiro ano de implementação da PrEP. De modo que é possível afirmar, não se trata de um direito garantido a todos, num primeiro momento, mas sim da elaboração de recortes específicos nas populações às quais seria destinada a política preventiva, considerando sobretudo a questão do comportamento sexual. Nesse enquadramento no qual a noção de autonomia, mobilizada pelos protocolos, esbarra em algo, argumento que dois processos de decisão são notáveis na política de PrEP. Por um lado, cabe aos sujeitos que buscam a intervenção biomédica entenderem suas vulnerabilidades e/ou riscos específicos, escolhendo as estratégias de prevenção mais adequadas a sua situação. Por outro, cabe também aos profissionais de saúde escolher quem tem indicação de PrEP ou não. E como vem sendo reiterado nessas páginas iniciais dos protocolos clínicos da intervenção biomédica, o simples pertencimento a um dos grupos não enquadra uma indicação de PrEP necessariamente. O movimento repetitivo que descrevo, presente na estrutura textual do documento que analiso, é, por fim, manifestado no documento por um quadro sistemático que reproduzo a seguir.

Quadro 1 – Definições de segmentos populacionais prioritários e critérios de indicação de PrEP

Segmentos populacionais prioritários	Definição	Critério de indicação de PrEP
Gays e outros Homens que fazem sexo com homens (HSH)	Homens que se relacionam sexualmente e/ou afetivamente com outros homens.	Relação sexual anal (receptiva ou insertiva) ou vaginal, sem uso de preservativo, nos últimos seis meses
Pessoas trans	Pessoas que expressam um gênero diferente do sexo definido ao nascimento. Nesta definição são incluídos: homens e mulheres transexuais, transgêneros, travestis e outras pessoas com gênero não binários.	E/Ou Episódios recorrentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) E/Ou
Profissionais do sexo	Homens, mulheres e pessoas trans que recebem dinheiro ou benefícios em troca de serviços sexuais, regular ou ocasionalmente.	Uso repetido de Profilaxia Pós-Exposição (PEP)
Parceria sorodiscordantes para o HIV	Parceria sordiscordante é definida como a parceria heterossexual ou homossexual na qual uma das pessoas é infectada pelo HIV e a outra não.	Parcerias com uma pessoa infectada pelo HIV com carga viral detectável ou desconhecida

Figura 2: Reprodução de quadro apresentado nos PCDT acerca dos critérios de indicação de PrEP, em relação às populações-alvo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 16)

A noção de vulnerabilidade é, ao menos na definição dos conceitos-chave e dos critérios de indicação da PrEP, traduzida em termos do comportamento sexual, performado por relatos das pessoas que buscam o método preventivo nos serviços de saúde, ou ainda pela recuperação do histórico de ISTs e de uso de PEP. São contextos e situações de vulnerabilidade que levariam a práticas sexuais, pautadas na penetração vaginal ou anal, sem o uso de preservativo e a episódios de IST ou busca por PEP. Tal afirmação pode ser feita à medida em que o simples pertencimento aos grupos prioritários, definidos por um risco epidemiológico, não confirma a indicação de PrEP, como venho descrevendo na análise dos PCDT. Sua vinculação com a noção de risco, por se associar à noção de segmentos populacionais prioritários, é mantida. Tais populações sob risco aumentado de aquisição do HIV são brevemente apresentadas no quadro, mobilizado pelos protocolos, que reproduzo acima, considerando duas questões centrais: expressão e identidade de gênero e comportamento sexual, pautado pelo tipo de parcerias que são estabelecidas pelas pessoas.

Embora o quadro mobilizado pelo documento apresente de maneira sintética as recomendações clínicas do processo de seleção dos usuários de PrEP, não é apresentada uma discussão mais elaborada sobre os contextos e as situações de vulnerabilidade que incidem sobre o comportamento sexual que leva ao risco acrescido que define as populações prioritárias. Relações sociais que produzem situações de vulnerabilidade vivenciadas por prostitutas, travestis, michês, homens gays, pessoas em relações sorodiscordantes, não são trabalhadas no documento que analiso. É como se, de antemão se supusesse a vulnerabilidade de tais populações, sem no entanto discutir que processos sociais de produção da diferença incidem sobre tais situações de vulnerabilidade. Vulnerabilidade, assim como a autonomia, é algo que se tem de antemão.

Trabalhos como o de Mônica Franch (2018), que explora como contextos de vulnerabilidade afetam a vida das pessoas soropositivas e soronegativas em relações sorodiscordantes poderiam contribuir para a elaboração dos PCDT de PrEP, na medida em que evidenciam processos concretos vivenciados pelas pessoas que podem se beneficiar da política de prevenção. Todo um clima de segredo é atrelado a processos de estigmatização que recaem sobre os sujeitos envolvidos nessas parcerias (FRANCH, 2018), sendo possível argumentar que uma explicitação deste tipo de realidade poderia contribuir para a elaboração dos documentos que procuram incorporar a PrEP e suas práticas médicas recomendáveis nos serviços do SUS. Um exercício de explicitar os termos em que as vulnerabilidades vivenciadas pelos segmentos populacionais prioritários da política de prevenção poderia, nesse sentido, contribuir para a efetivação de recomendações de práticas médicas e clínicas recomendáveis. Explicitar, por exemplo, como as práticas sexuais que envolvem trocas econômicas, como dinheiro ou outros benefícios, podem se estabelecer em contextos de dificuldade de negociação do uso do preservativo também poderia contribuir para a elaboração das práticas de seleção dos usuários da PrEP.

O que vai de fato importar para a oferta de PrEP a essas populações é o enquadramento do indivíduo em um determinado comportamento sexual, ou num determinado regime de relação sorodiscordante. Quanto a esta última questão, note-se que no quadro, retirado dos PCDT publicados em maio de 2017, continua presente a recomendação de que há indicação apenas quando o parceiro positivo desconhece a carga viral ou possui uma carga viral detectável. Como discutido no interlúdio da primeira parte desta dissertação, o documento passa a incorporar casos nos quais o parceiro positivo possui carga viral indetectável após as CP. Quanto aos casos que envolvem mais diretamente critérios

relacionados ao comportamento sexual, já é possível indicar como diferentes tipos de situações podem levar à indicação de PrEP. Seja por meio de uma vontade individual, de um sujeito que supostamente se reconhece em risco e que o confessa num relato sobre suas práticas e parcerias sexuais, seja por meio de uma recomendação médica, considerando históricos de ISTs e de busca por PEP.

Na próxima seção descrevo de que maneira a PrEP deve ser manifesta nas visitas realizadas aos serviços especializados do SUS. Essa descrição permitirá reconhecer como as tensões entre risco, vulnerabilidade e autonomia que apresentei aqui deverão ser resolvidas (ou não) na prática de implementação da política pública, da efetivação da oferta de PrEP nestes serviços. Cabe notar que nessa descrição, interferências clínicas atravessarão os tensionamentos que comecei a desenhar na presente seção. Deste modo, já adianto que questões relativas a, por exemplo, a diferença entre os sexos ou ao que chamarei de “efeitos esperados” da PrEP, podem atravessar um enquadramento tenso que procura localizar a “nova” promessa de prevenção dentro de um compromisso com os direitos humanos. Um enquadramento tenso porque desconsidera o caráter relacional envolvido na transmissão do HIV que a política de saúde pretende reduzir. Enfatizar na autonomia de escolha como uma questão de direitos humanos, pela via da prevenção combinada, como realizado na elaboração dos PCDT de PrEP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p.13), pode ter o efeito de pressupor essa autonomia como natural e normativa. De modo que em vez de haver a produção de alguma autonomia em um processo relacional, atento às vulnerabilidades concretas, corre-se o risco de se produzir novas vulnerabilidades pelo campo moral da adesão à medicação, como procurei discutir nesta seção.

2. Interferências médicas

Uma importante consideração teórico-metodológica é necessária, para prosseguir uma descrição da análise documental que realizo. Como mencionado na introdução deste trabalho, interesse-me pelo que chamo de um processo de incorporação da PrEP nos serviços do SUS. Investigo o processo considerando os percursos do convencimento necessário para a “construção” da política pública, descritos no capítulo anterior pela via do relatório de recomendação da Conitec, e a consolidação de práticas médicas recomendáveis, pela via dos PCDT da tecnologia de prevenção. Por mais que a noção latouriana do termo construção possa ser útil, ao chamar atenção para como um mundo de evidências é mobilizado na produção de fatos científicos ou tecnologias (LATOUR, 2012), trata-se de um termo problemático. Seu uso é especialmente complicado, quando se considera a prática médica e o

próprio ritmo das políticas de produção do conhecimento vinculadas à epidemia de HIV/AIDS. Por mais que tenha se estabelecido uma versão de PrEP — pautada no uso diário da combinação TDF/FTC — que funciona, esta não é uma “vencedora” nas controvérsias em torno da prevenção biomedicalizada ao HIV: outras PrEPs proliferam, como venho tentando tornar evidente ao longo destas páginas⁵⁵.

Considero ser justamente pelos entremeios da prática clínica, que “versões alternativas” da tecnologia podem emergir, tendo em vista que é neste registro em que se efetiva uma série de camadas para a efetiva distribuição do método preventivo. Nesse sentido, é necessário explicitar a natureza dos PCDT como um tipo de documento que objetiva a consolidação de práticas por um viés normativo. Não se trata de um relato sobre como a realidade da prática médica acontece, mas antes de diretrizes que definem que formato deve ganhar a política pública de PrEP nas práticas de assistência e cuidado nos serviços de saúde. Inspiro-me na contribuição de Annemarie Mol (2002; 2007) para trabalhar com essa questão da prática clínica, a partir de seu caráter normativo, pelo tipo de documento que analiso, chamando a atenção para como o que está em questão na análise que realizo é uma performance (*enactment*) específica de tal realidade. Para a autora em cujo trabalho me inspiro, a realidade não é uma única “construção”, mas sim algo que é feito na prática. E na prática uma série de outras questões podem emergir: questões que não estavam previstas em qualquer protocolo que visa instituir práticas médicas recomendáveis⁵⁶. Como a presente etnografia não foi conduzida a partir de uma pesquisa voltada à opacidade das práticas clínicas, mas de um deslocamento pela prática de produção de rumores vinculados à consolidação dos PCDT, as visitas aos serviços de saúde que eu passo a descrever em seguida devem ser consideradas como uma performance específica do método preventivo. Performance relativa à produção

55 No primeiro capítulo, a PrEP de uso intermitente emerge na análise do relatório de recomendação. Trata-se de um regime de prevenção marcado não pela adesão diária à medicação, mas sim ao uso intercalado da medicação, antes e após exposições de risco ao HIV (MOLINA et al, 2015). Como será explorado no terceiro capítulo, uma PrEP injetável começa a povoar o debate público sobre HIV/AIDS na cidade de Porto Alegre, evidenciando que existe uma multiplicidade nos esquemas antirretrovirais do método preventivo.

56 O trabalho de Bruno Silva Kauss (2018) é interessante de mencionar aqui. O autor nota como, apesar de ter se instituído um plano normativo muito elaborado para a oferta de PEP, enquanto política pública de saúde, o acesso ao método preventivo de uso posterior a infecções de riscos é muitas vezes atravessado pela maneira como equipes de saúde muitas vezes acionam narrativas de responsabilização e culpabilização dos indivíduos que buscam o método preventivo. O “sujeito reincidente” é produzido na narrativa de profissionais que, em algumas situações, desconhecem ou não têm domínio dos protocolos relativos à PEP, juntamente com toda uma preocupação sobre uma possível banalização do uso de preservativos a partir da procura pelo método preventivo (KAUSS, 2018. p. 78). De maneira similar, é possível visualizar a PrEP como uma intervenção biomédica capaz de produzir situações em que processos de estigmatização, pautados na responsabilização e culpabilização de pessoas interessadas no método preventivo, podem atravessar a prática clínica relativa a sua distribuição e acompanhamento.

das normas de como essa tecnologia deve se efetivar na prática dos serviços de saúde e dos sujeitos.

Dois tipos de visitas são descritas nos PCDT: o primeiro envolvendo a avaliação clínica e laboratorial inicial, que inclui duas visitas ao serviço de saúde, uma para avaliação e realização de exames, outra para reavaliação e dispensação do medicamento; o segundo compreende as visitas subsequentes de seguimento do usuário de PrEP, até que este tome a decisão de parar de fazer uso do método preventivo, ou seja recomendado a isso, como em casos em que se verifica “eventos adversos relevantes” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p.26), possivelmente relacionados à toxicidade renal e hepática do TDF, como será explorado ao longo deste capítulo. Muitos procedimentos realizados nesses momentos são os mesmos, como será descrito, mas me detenho por um instante no primeiro tipo de visita. O item inicial da lista de procedimentos clínicos a ser realizados é a testagem para o HIV, algo fundamental para a seleção de candidatos à política pública e para a continuidade dos beneficiários do programa de PrEP. A indicação do uso de PrEP, avaliada nessa primeira visita, só pode se concretizar caso a pessoa seja soronegativa para o HIV, uma vez que em caso de infecção o uso preventivo do TDF/FTC poderia ocasionar a seleção de cepas resistentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 17). Essa testagem para o HIV deverá seguir o fluxograma definido pela Portaria nº 29/2013, que indica as diretrizes da prática de testagem⁵⁷.

2.1. Da testagem e suas urgências

Os PCDT recomendam a utilização de teste rápido de HIV por punção digital ou venosa, de sangue ou plasma, conforme a bula do teste utilizado. Daí é realizado um teste rápido (T1) e, caso o resultado seja não reagente, o diagnóstico fica definido como “amostra não-reagente para o HIV” e a “pessoa poderá ser candidata à PrEP” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 17). Caso o resultado do T1 seja reagente, deve-se realizar um segundo teste rápido (T2) para confirmação do diagnóstico. Havendo resultados discordantes, deve-se

⁵⁷ Conforme definido pela portaria, seguida da publicação de um Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças (renovado semestralmente), que apresenta esse fluxograma e suas variações contextuais, quatro fundamentos se colocam na prática da testagem. O primeiro diz respeito ao tipo de amostra que pode ser coletada, que incluem soro, plasma, sangue total, sangue seco em papel filtro, fluido oral ou outros fluidos com eficácia diagnóstica. Essas amostras devem ser coletadas e testadas de acordo com os critérios preconizados pelo fabricante do teste diagnóstico utilizado e não devem ser misturadas. O segundo fundamento institui que tecnologias diagnósticas *in vitro*, reagentes e insumos utilizados devem possuir registro junto à ANVISA. O terceiro implica na apresentação de um documento oficial do indivíduo a ser submetido ao teste, devendo ser conferido no momento de registro do serviço de saúde e no momento de coleta. Tais fundamentos se colocam como artigos da portaria mencionada pelos PCDT, o quarto sendo um parágrafo único que institui: a testagem deve ser anônima e o indivíduo deverá ser informado no momento da coleta que não será fornecido resultado por escrito (BRASIL, 2013).

repetir o fluxograma. Persistindo a discordância, uma amostra deve ser colhida e enviada a laboratório para ser submetido a fluxogramas laboratoriais de testagem, os quais não são descritos no documento que analiso. Havendo confirmação do resultado reagente, a PrEP não está mais indicada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 17). Essa testagem para o HIV é ainda marcada pela agência das próprias tecnologias diagnósticas na prática de testagem, posto que a visualização de um resultado confiável depende da janela imunológica considerada em cada teste. Deve-se utilizar o teste rápido na medida em que ele permite uma janela imunológica de 30 dias: é em um mês, após uma exposição de risco, que é possível definir se a pessoa se infectou pelo HIV ou não. Outros testes diagnósticos, como o caso do teste de fluído oral estão contraindicados, pela janela imunológica extensa, podendo variar de um a três meses, de modo que na indisponibilidade de testes rápidos, apela-se a exames sorológicos laboratoriais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 17).

Pouco é dito sobre esses exames sorológicos nos documentos que analiso, mas é possível supor que se trate de tecnologias diagnósticas que, diferentemente do T1 ou do T2, não revelam um resultado de imediato, podendo estender por dias o período de espera por um resultado. Nesse sentido, cabe notar como uma temporalidade própria do diagnóstico para o HIV define a maneira pela qual a política de PrEP se efetiva. É possível notar toda uma urgência em relação à possibilidade de infecção pelo HIV que informa essa política. Na visita inicial, caso haja suspeita de infecção aguda pelo vírus, por exemplo, deve-se proceder a outro tipo de teste diagnóstico: o de carga viral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 17). Embora o documento não indique, a utilização desse teste é necessária na medida em que, nos dias imediatamente posteriores à infecção pelo vírus, a multiplicação do HIV prossegue em celeridade. O sangue conta, então, com uma alta carga viral, pois as defesas do sistema imunológico ainda não “tiveram tempo suficiente para responder ao vírus” (SARMENTO, 2014). No mesmo sentido, pessoas que tiveram uma exposição recente ao HIV, mas não se enquadram na janela imunológica definida pelo T1 e T2, devem ser orientadas quanto à possibilidade de infecção pelo HIV. E quem quer que tenha tido uma exposição de risco nas últimas 72 horas, recebe indicação de PEP, conforme avaliação clínica.

Mesmo que um caráter duro possa ser atribuído acerca da performance específica que venho descrevendo, uma vez que se trata de um protocolo de práticas médicas recomendáveis, por incidir sobre a prática clínica, as questões que venho evidenciando carregam consigo outros efeitos. Outros efeitos, ou interferências, para retornar à contribuição do trabalho de Annemarie Mol (2007), o que traz à baila uma série de atravessamentos que se colocam

presentes desde as visitas e da centralidade que a testagem para o HIV ganha em tais ocasiões. A tensão entre autonomia e vulnerabilidade na defesa aos direitos humanos, descrita na seção anterior, é uma delas. Tudo aquilo que acompanhar o objeto da PrEP na sua construção enquanto política pública, é o que pode ser chamado de interferência: algo que acompanha a performance que investigo e é produzido e alterado por ela. Enfatizando na prática clínica, os PCDT podem servir de índices para quais interferências essa performance específica da PrEP produz, na forma de uma promessa que começa a se consolidar por meio de tais diretrizes. Esta seção do capítulo destina-se a investigar essas interferências e, como vim descrevendo aqui, uma primeira já é notável e diz respeito à temporalidade de urgência e às janelas de tempo entre a visita inicial de PrEP e a visita de dispensação da medicação.

Note-se que o diagnóstico produzido pela testagem do HIV, na visita inicial, produz, por interferência, apenas um candidato à política pública de prevenção. Esse candidato deve passar por uma série de outros procedimentos clínicos para avaliação da indicação ou não de PrEP. E a despeito da urgência colocada aqui, existe uma janela temporal entre a visita inicial e a visita da primeira dispensação e verificação dos resultados dos exames realizados, o sujeito candidato à PrEP deve retornar ao serviço em até 15 dias para reavaliação. Em que se pese a possibilidade de uma infecção pelo HIV nesse ínterim, é possível atribuir essa janela à necessidade de avaliação dos outros exames realizados. Exames que incluem a testagem (e o tratamento) de outras IST, a testagem para hepatites virais e vacinação para a hepatite B, uma avaliação da função renal e hepática, além de uma avaliação do histórico de fraturas ósseas. Os “eventos adversos” descritos no relatório de recomendação da intervenção biomédica fazem sua primeira aparição, pela via de tais exames, no documento que produz as diretrizes médicas recomendáveis. A presença ou não de hepatites aponta para importantes interferências da medicação. Outras ISTs atuam de modo a aumentar o risco de infecção pelo HIV. Ser efetivado enquanto um usuário de PrEP é passar por uma série de “provas de fogo”, para ser incluído na política pública de prevenção. Essas provas de fogo serão descritas ao longo da seção, mas num primeiro momento procuro focalizar a descrição no que parece ser a centralidade da questão da infecção pelo HIV e como ela informa e produz as visitas iniciais e as de seguimento do usuário de PrEP.

A temporalidade de urgência que venho notando é fruto da preocupação em não haver infecções resistentes ao tratamento antirretroviral, no caso de uma pessoa começar a usar PrEP e estar infectada, ou vir a se infectar, pelo HIV. Por isso a preocupação com a infecção aguda e com as exposições que não passam pela janela imunológica de determinados testes

diagnósticos. Por isso também se avalia a possibilidade da pessoa usar PEP, caso tenha passado por uma exposição. Por isso a preocupação com a infecção por ISTs, pois caso a pessoa tenha alguma infecção existe um risco maior de infecção pelo HIV. Existe uma centralidade da possibilidade de soroconversão para o HIV que estrutura as visitas iniciais e de seguimento de quem usa PrEP e com tal centralidade, outras coisas vêm junto — interferências proliferam, acompanhando as testagens iniciais e as várias “provas de fogo” pelas quais o candidato à oferta de PrEP deve passar. Essa tensão a que me refiro, entre a temporalidade de urgência, por conta da centralidade que a possibilidade de infecção pelo HIV carrega, e as janelas de tempo entre as visitas iniciais, parece se concatenar com outro procedimento clínico realizado. Refiro-me às práticas de aconselhamento clínico que o documento indica tanto para as visitas iniciais, quanto para as visitas de seguimento do usuário de PrEP. De que maneira a urgência para localizar (e evitar) uma infecção pelo HIV pode atuar na produção de uma autonomia, nas práticas preventivas relacionadas ao uso de PrEP?

2.2. Das visitas: produção de autonomia?

Referente às visitas iniciais são descritos dois momentos nas visitas de triagem e de primeira dispensação para a definição de *candidatos à política pública*. No âmbito das visitas iniciais, mais um momento específico da visita de dispensação da medicação é descrito. Este inclui práticas de aconselhamento que acompanharão as visitas de seguimento do *usuário de PrEP*. O primeiro momento de orientação que descrevo é pautado em uma “avaliação do entendimento e motivação para o uso de PrEP”, realizada nas visitas iniciais do candidato à intervenção biomédica. Essa avaliação tem o objetivo de orientar as pessoas de que a PrEP se trata de “um método seguro e eficaz na prevenção do HIV, com raros eventos adversos, que quando ocorrem, são transitórios e passíveis de serem manejados clinicamente”. Deve-se reforçar, de acordo com o documento, a relação direta entre a efetividade da estratégia de prevenção e a adesão à medicação, além de enfatizar que o método não previne contra outras IST, devendo se reforçar o uso de preservativos. Embora os critérios da avaliação da motivação do uso de PrEP não fiquem claros, havendo uma maior ênfase dos PCDT em descrever práticas de orientação do que práticas de seleção de candidatos, a partir de suas motivações, “cabará ao profissional de saúde avaliar a motivação do usuário em aderir ou não à PrEP” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 19).

Contribuindo à temporalidade de urgência, considera-se que, a partir de estudos demonstrativos, “(...) [a] PrEP foi significativamente mais protetora quanto menor o tempo de

espera [para início do regime preventivo em questão] do(a) usuário(a), principalmente entre aqueles usuários que demonstrem claramente sua vontade de iniciar PrEP e apresentem práticas de alto risco para o HIV” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 19). Havia uma urgência em detectar a infecção pelo HIV anteriormente, agora a urgência passa a ser a da experiência vivida pelo próprio candidato à intervenção biomédica no SUS. Mas cabe perguntar: quem pode expressar claramente sua “vontade de iniciar PrEP” e apresenta, ou relata, práticas de alto risco para o HIV? Como vim descrevendo ao longo da dissertação, a efetivação da PrEP como uma política pública não inaugura a intervenção biomédica em questão no país. Estudos demonstrativos e ensaios clínicos já disponibilizavam essa “tecnologia inovadora” às pessoas. Pode-se considerar que, dada a “novidade” do assunto e o caráter recente da incorporação do método preventivo que investigo como política de saúde, pessoas que participaram de experiências em implementação anteriormente sejam as principais beneficiárias da política. Visto que para demonstrar, através de alguma autonomia, a vontade de iniciar o regime de PrEP está pressuposto que haja um conhecimento anterior sobre a “nova” forma de prevenção.

Da maneira como é colocada no texto, essa autonomia da vontade de iniciar PrEP, parece pressuposta como natural, em vez de produzida relacionalmente. Esse ponto marca uma primeira interferência da manifestação clínica da PrEP na tensão entre autonomia e vulnerabilidade, e as urgências que as atravessam e são por ela atravessadas. Nesse sentido, julgo necessário mobilizar a consideração de que a pessoa candidata à política de PrEP deve “compreender no que consiste essa estratégia e como ela se insere no contexto do gerenciamento do seu próprio risco de adquirir a infecção pelo HIV, de forma a avaliar sua motivação em iniciar o uso” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 19). Não apenas a avaliação da motivação cabe ao profissional de saúde, mas também ao candidato, que deve “gerenciar seu próprio risco” e compreender como a tecnologia a qual almeja se insere nesse gerenciamento. É aqui que entra o segundo momento de orientação das visitas iniciais, trata-se de uma discussão, entre o profissional de saúde e o candidato à tecnologia de prevenção, sobre isso que os PCDT chamam de “gerenciamento de risco”.

A partir do conhecimento das alternativas de prevenção, deve-se conversar sobre as possibilidades de o indivíduo realizar o gerenciamento de risco, conforme suas práticas sexuais. Esta abordagem reconhece que as escolhas são feitas considerando diferentes pertencimentos culturais, inserções comunitárias e histórias de vida, que influenciarão nos modos como os métodos de prevenção são adotados ao longo da vida.

Cabe destacar que a gestão de risco considera o princípio de que as pessoas são autônomas e capazes de fazer escolhas no seu melhor interesse se tiverem todas as informações necessárias para reduzir seu risco de infecção pelo HIV.

A discussão sobre gerenciamento de risco deve levar em consideração *a experiência do/a usuário/a com outros métodos de prevenção; suas práticas sexuais; tipo e frequência das parcerias sexuais; histórico de saúde sexual e reprodutiva; e contextos de vulnerabilidade e de exposições ao HIV* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 19. Grifos meus).

Cabe aos serviços de saúde oferecer a intervenção biomédica, o suporte técnico necessário para que ela se efetive como uma forma de prevenção eficaz e segura, e o conhecimento necessário para que o indivíduo autônomo consiga tomar as melhores decisões possíveis, considerando seus contextos culturais. Nesse sentido, se existe alguma possibilidade de infecção pelo HIV na janela dos quinze dias entre a visita inicial e a visita da primeira dispensação, ela deve ser resolvida pelo aconselhamento que destaca as informações necessárias para uma prevenção efetiva. O conceito, ou a noção, de vulnerabilidade está aí, informando o texto que propõe uma abordagem centrada na noção de escolha individual, uma vez que pertencimentos culturais, inserções comunitárias e histórias de vida são consideradas. Entretanto por se tratar de uma abordagem centrada na escolha, não há qualquer garantia que a relação entre o conceito de vulnerabilidade e seu compromisso com os direitos humanos, como propõe o enquadramento de autores como Ayres, Paiva e França-Jr (2012), Paiva (2012) e Paiva e Zucchi (2012), seja efetivada. Como já descrito nesta etnografia, não é a noção de vulnerabilidade, como uma tentativa de localizar contextos de violações de direitos que as pessoas vivem na proposta de tais autores, que é associada diretamente aos direitos humanos como uma diretriz operacional na política de PrEP. Os PCDT de PrEP acabam performando um compromisso com os direitos humanos pela via da noção de autonomia, entendida como a capacidade de escolha do indivíduo.

Em tal direção, pode-se considerar que uma política de PrEP mais atenta à imbricação entre vulnerabilidade e direitos humanos poderia levar em conta como esses momentos de conversa são mais do que um simples “transmitir da informação”, são processos relacionais que podem produzir alguma autonomia nos sujeitos. Mais do que oferecer uma intervenção biomédica a pessoas cuja autonomia de escolha já é presumida de antemão, poderia se valer da perspectiva da vulnerabilidade, em seus diferentes níveis de análise, e propor um compromisso educativo⁵⁸. Esse compromisso educativo, contudo, não é evidenciado pelo

58 A abordagem das cenas, proposta por Vera Paiva (2012) no nível intersubjetivo da vulnerabilidade, pode ser um bom exemplo de diretriz considerando a perspectiva da vulnerabilidade e dos direitos humanos. A autora pontua como na prática de narrar cenas vividas ou imaginadas, é possível realizar uma troca intersubjetiva que produz alguma autonomia, pelo que ela chama de codificação e decodificação das cenas. Essa autonomia é de mão dupla, servindo como suporte ao profissional de saúde, por exemplo, na compreensão da experiência vivida pelo usuário ou candidato da política pública, enquanto o usuário ou o candidato

texto que pontua a conversa com fins informativos: trata-se de transmitir uma informação a um sujeito entendido como autônomo.

Essa pressuposição de uma certa autonomia performa a PrEP como uma “intervenção biomédica”, quando poderia ser uma “intervenção social”. Ou para utilizar um termo inspirado na contribuição de Bruno Latour (2012), via a teoria ator-rede, uma “intervenção coletiva”. Coletiva porque pressupõe a abertura para as diferentes entidades que participam das diferentes performances clínicas da PrEP, associando o que se entende por estritamente biomédico ao que se considera como estritamente social. Nas interferências consideradas a partir das normativas dos PCDT, entretanto, a normativa dos procedimentos é performada muito mais por uma via de orientação técnica ao leitor do documento, não havendo garantias de que se efetive qualquer tipo de “pedagogia de prevenção⁵⁹” nos serviços de saúde. De modo que um sujeito autônomo e capaz de escolher, pertencente a determinados grupos sociais ou culturais, é produzido junto, por interferência, à manifestação clínica normativa da PrEP. Os riscos que a produção dessa subjetividade carrega incluem: a exclusão de pessoas consideradas incapazes de escolher, por quaisquer razões, e a possibilidade de escorregar para um campo moral da adesão. Se esse tal sujeito autônomo não seguir à risca a recomendação médica, o único responsável por isso é ele, não havendo espaço para considerar que razões levaram a uma não adesão. E, bom, pessoas que poderiam se beneficiar da PrEP, poderão não ter acesso à medicação, sendo paulatinamente excluídas por uma suposta falta de autonomia.

2.3. Seguimento do usuário: autonomia e adesão

Central à definição de eficácia no processo de convencimento descrito no primeiro capítulo, a adesão é também central à constituição das práticas médicas recomendáveis a partir dos PCDT. E é a partir da primeira visita de dispensação ao candidato de PrEP e das visitas de seguimento do usuário da política pública que aconselhamentos de adesão são efetivados. No caso da primeira visita de dispensação do medicamento, também se inclui uma

poderia se beneficiar, ao narrar (codificar) e modificar as cenas (decodificar) a partir do reconhecimento de situações de violação de direitos humanos que incidem sobre o “risco” de infecção.

59 O termo tem sido utilizado em publicações da ABIA, com inspirações na pedagogia da autonomia de Paulo Freire, para se referir a processos de educação coletivos amplos na resposta ao HIV/AIDS, considerando a autonomia das pessoas e coletividades na produção de saberes que possam ser úteis — de um ponto de vista intersubjetivo — a essa resposta. Diferentemente de uma autonomia pautada exclusivamente em uma noção de escolha individual, esta autonomia emerge de um processo pedagógico e relacional, que “[i]nclui a capacidade de processar e avaliar informações de saúde para tomar decisões baseadas no que é melhor para cada pessoa, de negociar e exigir o direito a essas opções e de discutir essas decisões com os parceiros e pares. A capacitação para a prevenção não significa apenas o processamento das informações, mas um processo de ‘conscientização’ e de empoderamento que permite às pessoas colocarem os conhecimentos em prática” (GAVIGAN et al, 2015).

conversa sobre os efeitos colaterais do uso de PrEP — náusea, diarreia, dor de cabeça; por enquanto, nada de queda na função renal e hepática ou perda da densidade óssea — e sua transitoriedade. Esse aconselhamento de adesão deve ser efetivado em todas as visitas, “a partir de uma via de comunicação simples e aberta” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 26). De acordo com o documento, no aconselhamento voltado ao *usuário de PrEP* estes pontos, apresentados em forma de lista, devem ser abordados:

- Avaliação da adesão da pessoa em uso da PrEP à tomada da medicação e às demais medidas de prevenção do HIV
- Identificação de barreiras e facilitadores da adesão, evitando julgamentos ou juízos de valor;
- Reforço sobre a relação entre boa adesão e efetividade da PrEP
- Identificação das melhores estratégias para garantir adesão como por exemplo, associar a tomada do medicamento a eventos que fazem parte da rotina diária do indivíduo
- Identificação de possíveis mecanismos de alerta para tomada de medicação, como despertadores, aplicativos Viva Bem
- Utilização de dados da farmácia ou do SICLOM para avaliar histórico de dispensação do medicamento no período entre as consultas e contagem de comprimidos a cada dispensação
- Avaliação e manejo de eventos adversos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 26)

Essa lista é reveladora não apenas de como a adesão é avaliada, mas também procura produzir algum processo educativo, não encontrado nas outras práticas de aconselhamento. Questões propositivas, como o uso de mecanismos de alerta para tomada da medicação — incluindo aplicativos para telefone —, além da proposta de identificar quais seriam as melhores estratégias de adesão a partir da rotina diária do indivíduo, ou as barreiras para essa adesão, parecem recuperar o potencial pedagógico da PrEP. É pela via dos próprios contornos biomédicos da intervenção que começa a se produzir alguma autonomia. Autonomia que, no entanto, não está garantida nos aconselhamentos voltados para candidatos à política pública. De qualquer forma, o formato de lista não permite um aprofundamento desse processo educativo que pode ser apenas deduzido pela especificação mais clara de propostas de intervenção — ainda que no comportamento da pessoa — da política pública.

Essa mesma autonomia é escorregadia, pelo que pode ser deduzido da lista em questão. Uma vez que a utilização dos dados da farmácia dos serviços de saúde e do SICLOM, responsável pelo gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais, se vincula à questão da mentira. Numa conversa de aconselhamento, um usuário da política pública pode, muito bem, alegar uma adesão perfeita ao TDF/FTC como PrEP, sem no entanto essa adesão se efetivar na sua prática cotidiana. Como maneira de garantir o controle dessa adesão, diretamente vinculada a questões de eficácia e segurança do método preventivo

— uma falha terapêutica pode levar não apenas à infecção pelo HIV, mas também a mutações no vírus que se torna resistente a medicações — o método de contagem de pílulas retornadas nos frascos é utilizado. Se essa mentira for descoberta — por esse método algo falho, já que facilmente se pode retornar o frasco sem qualquer comprimido, sem que isso signifique uma adesão perfeita ao regime diário da PrEP — o usuário da política pública pode acabar sendo retirado da política. Dentre os critérios que levam à interrupção de PrEP, inclui-se: o diagnóstico de infecção pelo HIV e a “[b]aixa adesão à PrEP, mesmo após abordagem individualizada de adesão” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 26).

No que diz respeito à questão da adesão, recomenda-se ainda que “o acompanhamento da adesão junto a usuários mais jovens e de menor escolaridade seja feito em intervalos de tempo mais curtos e de maneira mais próxima, especialmente na fase inicial de uso, uma vez que estudos demonstrativos de PrEP tem indicado menores taxas de adesão nessas subpopulações” (GRINSZTEJN, 2016 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 26). Os intervalos de tempo entre as visitas são, em geral, trimestrais, sendo que a primeira dispensação deverá ser para 30 dias, obrigando que a segunda visita de dispensação ocorra em um mês. Trinta comprimidos, para trinta dias. Na segunda dispensação, 60 comprimidos para 60 dias. A partir da terceira, 90 comprimidos para 90 dias. A temporalidade dessas visitas de dispensação e seguimento do usuário da PrEP se explica pela questão da adesão que deve ser avaliada continuamente, bem como da vigilância do que chamarei de “eventos esperados” da PrEP. Essa interferência particular entre juventude e PrEP incide sobre a temporalidade das visitas, mas não se evidencia de que maneira estas devem ocorrer, ficando a critério dos profissionais de saúde.

2.4. Adesão, visitas e segurança

Por um lado a periodicidade das visitas se relaciona com a questão da eficácia e da segurança da PrEP pela via que a centralidade da possibilidade de infecção pelo HIV ganha na sua execução clínica. É preciso estar vigilante quanto ao estado sorológico de *candidatos* e *usuários* da política pública de PrEP. Do mesmo modo que é preciso estar atento aos “eventos adversos” mais sérios do uso preventivo de antirretrovirais, como a perda da função renal e hepática, os efeitos do medicamento sobre o vírus da hepatite B, e a perda da densidade mineral óssea. Tratarei desses “eventos adversos” em breve. Por ora noto que todas as visitas, nesse sentido, incluem a testagem para HIV, a realização e avaliação de exames referentes a tais “eventos adversos” e de outras IST e hepatites virais, além de alguma prática de aconselhamento como as descritas anteriormente. Se constitui um regime de PrEP muito

maior que a adesão diária ao medicamento, é preciso haver essas constantes visitas do *usuário* da política pública aos serviços de saúde (o que incide também em necessidades de infraestrutura e de pessoal nesses serviços). Esse regime de PrEP é marcado por apenas um esquema antirretroviral: o TDF/FTC, como foi discutido a partir do processo de convencimento mobilizado pelo relatório de recomendação da Conitec. Uma importante interferência, já anunciada na análise daquele documento, emerge quando se apresenta o esquema antirretroviral que se descortina nesse regime mais amplo de visitas trimestrais.

Estudos demonstram que as farmacocinéticas de TDF e FTC variam de acordo com o tecido corporal (Patterson KB et al, 2011). *Os dados sugerem que altos níveis de concentração celular dos medicamentos ocorrem a partir do sétimo dia de uso contínuo da medicação para as exposições por relação anal e de aproximadamente 20 dias de uso para as exposições vaginais.* (Anderson PL, 2011; Anderson PL, 2012).

Portanto é necessário orientar o usuário sobre a necessidade de uso do preservativo de barreira e/ou outros métodos de prevenção durante este período (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a, p. 22. Grifos meus).

Nos relatórios de recomendação, conforme mobilizado pelo estudo de Fonner e colegas (2016), não foram encontradas diferenças significativas em termos de sexo⁶⁰ na eficácia e segurança da PrEP. O mesmo estudo, como mobilizado no relatório de recomendação, estabelece ainda que ensaios clínicos realizados em populações de HSH e mulheres trans, a via de transmissão considerada era a *retal*, em experimentos envolvendo mulheres e homens heterossexuais, a via de transmissão era a *vaginal/peniana*.

Emerge nesse esquema antirretroviral a diferença entre os sexos, pela via das vias de transmissão consideradas. Pode-se assim dizer: que *para homens gays e mulheres trans*, a PrEP começa a fazer efeito em sete dias, enquanto para *mulheres heterossexuais*, a PrEP demora 20 dias para alcançar seu potencial preventivo. A via de transmissão *peniana*, ou do *homem heterossexual*, é desconsiderada. Conforme disposto em negrito nos Protocolos, não aparece em momento algum quantos dias seriam necessários para que o pênis esteja protegido pelos efeitos da PrEP: **“Para relações anais, são necessários cerca de 07 (sete) dias de uso de PrEP para alcançar a proteção. Para relações vaginais, são necessários aproximadamente 20 (vinte) dias de uso”** (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a p. 22. Grifos

60 Embora os PCDT não trabalhem com a noção de sexo (ou “sexo biológico”), o estudo mobilizado pelo relatório de recomendação e o próprio documento vinculado ao processo de convencimento da PrEP, apontam para o uso de categorias do tipo. Nesse sentido, procuro realizar uma discussão de que a maneira como os PCDT do método preventivo podem performar essa diferença chamando a atenção para os possíveis efeitos do que tenho chamado de uma interferência clínica do método preventivo nessa seara. Considerando como a noção de uma “diferença entre os sexos” é constituída em processos históricos, atravessados pelas relações de gênero, é importante chamar atenção para possíveis deslizamentos interpretativos que podem equacionar corpo, desejo, identidade e práticas sexuais de uma maneira excludente.

no original). Embora a prática de sexo anal não seja exclusividade de homens gays e mulheres trans — considerando as evidências mobilizadas pelo estudo de Fonner e colegas (2016), a partir da noção de sexo biológico, que localiza a via transmissão *retal* nessas populações —, é possível localizar o seguinte enquadramento. É como se *homens gays, mulheres trans e mulheres heterossexuais* (pela via de transmissão *vaginal/peniana*) fossem vetores da epidemia e estivessem em risco de infecção. Por outro lado, o *homem heterossexual*, permanece intocado pela epidemia e pela política de prevenção, uma vez que não se considera a concentração celular da medicação no tecido do pênis (e que a penetração, anal ou vaginal, ocupa lugar privilegiado nas práticas de alto risco para transmissão do HIV).

O que corrobora o quadro de invisibilidade, descrito por Leal e colegas (2015), dessa população nas políticas de prevenção à AIDS. Nesse sentido, ainda que práticas sexuais penetrativas sejam consideradas aquelas de maior risco, e que parceiros receptivos sejam aqueles que estariam mais submetidos à possibilidade de infecção pelo HIV na ocasião de uma exposição ao vírus, o enquadramento que eu procuro descrever indica uma certa invisibilidade relegada ao homem heterossexual (ou ao parceiro insertivo) na produção do conhecimento biomédico. A interferência que produz tal diferença entre os sexos, acaba também por produzir determinados estilos de orientação sexual, identidades de gênero e as práticas sexuais consideradas válidas nesse enquadramento, além de se associar com a temporalidade de urgência da infecção pelo HIV.

Sobre a associação entre a interferência da diferença entre os sexos e a temporalidade de urgência, é possível notar que: no período de tempo considerado para que a PrEP comece a fazer efeito em exposições *retais* ou *vaginais*, os PCDT propõem que se oriente o usuário “sobre a necessidade de uso do preservativo de barreira e/ou outros métodos de prevenção durante este período” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 22). Como essa orientação é feita, no entanto, não fica claro, e o quadro de produção de diferença entre os sexos e de estilos de sexualidade, pode ser reproduzido acriticamente. Corre-se o risco de pressupor um determinado conjunto de práticas sexuais, considerando essa interferência, que podem não se efetivar nas práticas vividas pelas pessoas, podendo prejudicar a política preventiva de PrEP. De modo que poderia ser melhor enfatizado como essas *vias de transmissão* não são correlatas a identidades discretas em termos sexuais, mas podem se efetivar numa miríade de práticas que desafiam categorizações realizadas a priori. Ser o parceiro receptivo em uma penetração anal, com sete dias de PrEP, já pode excluir a infecção pelo HIV. Ser o parceiro receptivo em uma penetração vaginal, com vinte dias de PrEP, já pode excluir essa

possibilidade. Ser o parceiro receptivo, ou mesmo o insertivo, ausente nos PCDT analisados, não indica que a pessoa seja homem ou mulher e qualquer que seja sua orientação sexual.

Descrita essa interferência do esquema antirretroviral em termos de sua relação entre a temporalidade de urgência envolvendo o HIV e a possibilidade de emergência de uma diferença entre os sexos, volto-me a segunda parte das “provas de fogo”⁶¹ utilizadas na seleção dos candidatos à PrEP. E também em seu seguimento como usuário da política de prevenção. Não descrevo mais aqui sobre a possibilidade de infecção pelo HIV e as associações que interferem naquilo que se pretende prevenir, mas sim sobre os “eventos adversos” da medicação. Quanto às visitas iniciais de seleção de candidatos, deve-se considerar que na primeira visita são realizados exames e que, na segunda visita, eles são avaliados. Caso o candidato se enquadre nos critérios estabelecidos pelos PCDT, a indicação da PrEP se efetiva e passamos a falar de um usuário da política pública. Nesse sentido, são realizados exames para avaliação da função renal e hepática, mas uma diferença importante entre esses exames é manifesta no documento. Pouco se diz sobre a função hepática, apenas menciona-se que “[a] dosagem de enzimas hepáticas (TGO/TGP) é também recomendada antes da introdução da PrEP” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 20). Por outro lado, a função renal ganha os holofotes dos métodos de avaliação diagnóstica:

Antes da indicação de PrEP, deve-se avaliar a função renal por meio de dosagem de creatinina sérica e com cálculo de clearance de creatinina estimado (CICr). O uso de TDF pode levar a perda progressiva da função renal, avaliada pela estimativa do CICr, podendo ocorrer, em raros casos, insuficiência renal aguda e síndrome de Fanconi⁶².

Contudo, o comprometimento significativo da função renal não foi observado nos ensaios clínicos e estudos de demonstração realizados. Não é raro que ocorra uma discreta alteração no clearance, totalmente reversível com a interrupção do uso da medicação.

Dada a potencial toxicidade renal de TDF, a PrEP não está indicada para indivíduos com CICr ≤ 60mg/mL (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 20, grifos no original).

Nada é dito sobre o perfil de segurança do FTC, mas o TDF e sua nefrotoxicidade são considerados a partir da dosagem de creatinina sérica e do CICr. Os efeitos renais da PrEP ainda podem causar, em casos raros, insuficiência renal aguda e síndrome de Fanconi. Uma vez estabelecido os índices de CICr do *candidato* à PrEP, este avança mais um passo em

61 O que venho chamando “provas de fogo” não é específico das visitas iniciais de realização de exames, avaliação de seus resultados e dispensação da medicação. Como os mesmos tipos de procedimentos são realizados durante as visitas de seguimento, com vias de assegurar a eficácia e segurança do método preventivo, “provas de fogo” também são realizadas a cada visita de seguimento, que inclui a dispensação do medicamento. Essa dispensação é feita mediante a prescrição médica, com base nos resultados dos exames realizados em cada consulta.

62 Trata-se de uma síndrome renal crônica em que se observa distúrbios na reabsorção de glicose, aminoácidos, fosfato, bicarbonato e potássio. Pode ser relacionada ao uso terapêutico do TDF, incidindo também na questão da densidade óssea, uma vez que a absorção de potássio é comprometida.

direção a se tornar um *usuário* da política pública. Os exames de monitoramento da função renal devem ser realizados trimestralmente, uma vez estabelecido o seguimento desse usuário na rede de saúde, com fins de monitorar a segurança do medicamento. Nesse sentido, tal como a eficácia, a segurança deve ser garantida por meio de uma constante vigilância e escrutínio do corpo, para além da adesão diária à medicação. Os rins ganham um holofote nos “eventos esperados” da PrEP. Esperados porque já se conhece o perfil de segurança das drogas que constituem o esquema antirretroviral do método preventivo. Não se trata de um “evento adverso” ou de um “efeito colateral”, mas sim de algo que é sabido e que se visa controlar por meio de exames diagnósticos recorrentes. Os eventos adversos da PrEP são leves e passageiros: diarreias, dores de cabeça e náuseas; efeitos colaterais meramente sintomáticos, sem indicar nenhum grande comprometimento do organismo.

Quanto ao fígado, outro órgão a sofrer com a toxicidade da medicação, nenhum critério diagnóstico é informado sobre a indicação de PrEP; no entanto o órgão emerge em importância ao se considerar a presença das hepatites virais. Ao tratar dessa questão, o texto dos PCDT inicia traçando mais um perfil epidemiológico, considerando que indivíduos sexualmente ativos e, em particular, os HSH, e usuários de drogas injetáveis apresentam maior risco de aquisição do vírus da hepatite B (HBV) e C (HCV). Nesse sentido, além do T1 e do T2 nas visitas iniciais, deve ser realizado teste rápido⁶³ de hepatite. Não apenas pelo recorte epidemiológico se justifica o diagnóstico de tais infecções, pois ambos os medicamentos utilizados na PrEP atuam sobre a replicação do HBV. De modo que

(...) é importante que o paciente portador crônico desse vírus seja avaliado por especialista antes do início do uso de PrEP. O HBV pode voltar a se replicar com a suspensão do uso da PrEP, sendo assim importante monitorar a função hepática em portadores do HBV que interrompem a PrEP.

As pessoas candidatas à PrEP com diagnóstico de HBV crônica devem ser referenciadas para avaliação do especialista, com o objetivo de investigar a presença de atividade da doença, grau de fibrose hepática e segurança do uso concomitante de TDF/FTC. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 18)

A presença de uma infecção pelo HBV, já sabida de antemão ou que se torna conhecida durante as “provas de fogo” das visitas iniciais, complica a rede de cuidado de PrEP inserindo especialistas específicos para tratar da infecção hepática. O documento não

63 Quanto à questão da testagem de IST, os PCDT também recomendam a realização do diagnóstico de sífilis por meio de teste rápido, disponibilizando tratamento quando indicado. Recomenda-se também testagem para clamídia e gonorreia, quando disponíveis no serviço de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 18). Enfoque pouco na questão das outras IST, na medida em que elas emergem como fator de importância atrelados à centralidade da infecção pelo HIV, já que indivíduos com outras infecções sexualmente transmissíveis têm risco aumentado da infecção que se visa prevenir.

menciona se os serviços onde a PrEP é distribuída contam com esse tipo de especialista, o que pode entrar, mais uma vez em interferência com a temporalidade de urgência da possibilidade de infecção pelo HBV. Um candidato se descobre soropositivo para o HBV ou é afetado pela infecção crônica, deve prosseguir a um especialista para, então, poder receber indicação de PrEP ou não. O passo que deve dar de *candidato* a *usuário* é, assim, mais longo. Deste modo a ação que a medicação provoca na infecção pelo vírus HBV interfere no processo de seleção de candidatos e ao próprio seguimento do usuário de PrEP com HBV crônica — pois parar com a medicação pode trazer a replicação viral novamente. Quanto à infecção pelo HCV, nada além do quadro epidemiológico é mobilizado. E o documento continua recomendando a vacinação para HBV, independente da sorologia para o vírus, para

(...) indivíduos integrantes dos grupos vulneráveis, independentemente da faixa etária ou da comprovação da condição de vulnerabilidade, tais como: usuários de drogas injetáveis, inaláveis e pipadas; portadores de infecções sexualmente transmissíveis, comunicantes sexuais de pessoas portadoras do vírus da hepatite B, profissionais do sexo, homens e mulheres que mantêm relações sexuais com pessoas do mesmo sexo (HSH e MSM), lésbicas, gays, bissexuais, pessoas trans e pessoas que convivem continuamente em domicílio com pessoas portadoras do vírus da hepatite B (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a, p. 18).

Note-se que vulnerabilidade continua sendo algo que um grupo específico ou um indivíduo tem, em vez de uma situação que se produz relacionalmente e que afeta vidas concretas, no caso da emergência das hepatites nos PCDT. Durante as visitas de seguimento, o documento recomenda a execução trimestral do teste para HBV. E, embora não emergja no texto dos PCDT de maio de 2017, com a execução da CP — que cobraram também um maior detalhamento dos exames realizados na fase de triagem das visitas iniciais —, as visitas de seguimento passaram a contar também com testagem para HCV.

Finalmente, deve-se considerar um último tipo de “evento esperado” da PrEP nas “provas de fogo” das visitas iniciais, a ação dos medicamentos na densidade mineral óssea. E, de maneira similar ao caso das hepatites, um especialista deve ser acionado em casos especiais. Apenas em casos especiais, porque “os estudos clínico e projetos de demonstração de PrEP não evidenciaram nenhum aumento da incidência de fraturas patológicas em um a três anos de observação” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a, p. 20). Essa consideração leva à seguinte recomendação clínica: “não está indicada a realização rotineira de densitometria óssea (DO) com DEXA ou outra avaliação de DO antes do início de PrEP ou para o monitoramento de indivíduos em uso de PrEP” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a, p. 20). De todos os eventos esperados da PrEP, o único que não conta com o escrutínio e a vigilância constante do corpo é o da perda mineral óssea. Fraturas patológicas são os indicadores

mobilizados pelas evidências científicas disponíveis e os estudos realizados não evidenciaram nenhum aumento da incidência dessas fraturas. O único controle que se estabelece e que traz a figura do especialista para esse caso especial é quando o *candidato* de PrEP já apresenta algum histórico de fraturas patológicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a, p. 20). É aí que ele deve ser encaminhado a um especialista que irá avaliar a decisão do candidato no uso de PrEP. Novamente, o passo de *candidato* em direção ao *usuário* é complicado pela interferência de tal evento esperado.

Não há exames que verifiquem a densidade mineral óssea durante o seguimento do usuário de PrEP, do mesmo modo que não há exames que verifiquem sua função hepática. O fígado só aparece como importante com as hepatites, testadas trimestralmente nas visitas de seguimento. O HIV e os rins, junto com a autonomia esperada dos sujeitos, avaliada e construída em aconselhamentos de adesão, constituem os principais pontos dessas visitas de seguimento. Vulnerabilidade torna-se algo que esse indivíduo autônomo, se testando para o HIV e outras IST, tendo seus rins escrutinados, e tomando um remédio todos os dias, tem. Indivíduo, este, que ainda deve esperar sete dias para ter relações sexuais anais receptivas sem preservativo ou vinte dias, no caso das vaginais, frente à urgência da possibilidade de infecção pelo HIV. Vulnerabilidade não diz respeito a uma diretriz que guiou efetivamente a produção das recomendações médicas e clínicas descritas até aqui. E apesar de se tratar de um conceito relevante à resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS, num compromisso com os direitos humanos, esse compromisso é deslocado para a noção de autonomia — entendida como capacidade de escolha racional e presumida como algo natural aos indivíduos. Encerro a seção trazendo uma última consideração sobre as visitas de seguimento, que incluem o procedimento de avaliar se esse indivíduo autônomo deseja continuar sendo um beneficiário da política pública de prevenção, e aqui a noção de autonomia é central. Essa noção de autonomia também é central a outro procedimento mencionado nas visitas de seguimento, o uso de PrEP durante a amamentação, gravidez e aleitamento.

2.5. Interrupção no uso da PrEP, gravidez e aleitamento

Já mencionei, ao longo da descrição realizada nesta seção, dois casos que levam à interrupção da PrEP: o diagnóstico de infecção pelo HIV e a baixa adesão ao método preventivo. Tais critérios, junto ao de persistência ou ocorrência de “eventos adversos” relevantes, constituem situações que independem da capacidade de escolha do indivíduo autônomo esperado pela política pública de prevenção. No caso de suspeita de infecção aguda pelo HIV, “a PrEP deve ser avaliada com relação a sua suspensão, baseado em critérios

epidemiológicos, clínicos e na adesão da pessoa, até a confirmação ou exclusão do diagnóstico” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 26). Como essa avaliação deve ser feita e esses critérios devem ser mobilizados, no entanto, não é definido pelo texto dos PCDT. Os casos de interrupção de PrEP em que a noção de autonomia se torna central incluem o desejo da pessoa em não mais utilizar o método preventivo e uma “mudança no contexto de vida com importante diminuição da frequência de práticas sexuais com potencial risco de infecção”(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 26). Este último caso pode se entrelaçar ao primeiro, na medida em que nas visitas onde o aconselhamento de adesão e práticas de “prevenção combinada” são realizadas, uma “pedagogia da prevenção” pode acontecer. Nesse enquadramento o uso de PrEP pode ser entendido como o uso de uma tecnologia que “se autodestroi”, à medida em que o usuário da política pública poderia se tornar tão autônomo em relação à prevenção, decidindo abrir mão do uso do método preventivo..

Quase como rodinhas de uma bicicleta, a PrEP é performada pelo documento que analiso, se entendermos que existe um potencial na construção de uma autonomia individual no seguimento do usuário da intervenção biomédica na política pública. Entretanto, dada as tensões entre autonomia e vulnerabilidade, talvez esse “potencial autodestrutivo” nunca se realize. Isto é, vai depender se, de fato, será produzido um senso de autonomia capaz de negociar práticas de sexo seguro, independente da PrEP, como parece sugerir a indicação sobre a produção de um contexto onde o uso da tecnologia é encarado como algo que não seria mais necessário, à qual me referi anteriormente. E, mesmo que um senso de autonomia similar a esse se produza, não quer dizer que usuários de uma intervenção biomédica “tão revolucionária”, por separar o medo da infecção pelo HIV das relações sexuais, desejarão abandonar a política de PrEP. Nesse sentido, a PrEP pode ser entendida como um sinônimo de autonomia, em vez de uma intervenção biomédica que pode se autodestruir pela constituição da autonomia — à medida que o usuário poderia se perceber como alguém que não precisaria dessa intervenção biomédica para prevenção. De qualquer forma, havendo interrupção do uso de PrEP por tais razões, é possível voltar a acessá-la pelo SUS.

Deve-se esclarecer, também, sobre a importância de o usuário utilizar outros métodos preventivos e se testar regularmente para HIV e outras IST; sobre a possibilidade de voltar a usar PrEP, caso ainda haja ou volte a ocorrer situações de maior chance de exposição ao HIV ou de utilizar a PEP em situações de exposições pontuais.

Caso a pessoa deseje reiniciar a profilaxia após um período de interrupção, deve-se realizar novamente a abordagem inicial, critérios de elegibilidade e reintrodução do medicamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 27).

Uma vez abandonado o uso de PrEP por vontade desse indivíduo autônomo, pode-se reingressar na política pública de prevenção, seguindo os mesmos passos de antes. Essa

questão da interrupção do uso de PrEP carrega importantes ecos com as experiências de implementação realizadas nos ensaios clínicos que definiram a eficácia e segurança da intervenção biomédica. Note-se que nos critérios de interrupção da PrEP não se inclui a detecção de gravidez, mesmo que o teste de gravidez seja realizado a cada visita de seguimento da usuária da política pública, o que ocorria nos ensaios clínicos com homens e mulheres heterossexuais, TDF-2 e Partners PrEP.

Durante tais ensaios, informa o texto dos PCDT, nenhum problema de saúde foi associado ao uso de PrEP por mulheres no início da gestação ou no recém-nascido. Acontece que a segurança a longo prazo do uso de PrEP durante a gravidez ou o aleitamento, não estaria estabelecida. Mesmo assim, o documento faz um esforço em incluir mulheres grávidas no escopo da política de prevenção. Esse esforço justifica-se pelo fato, conforme mobilizado nos PCDT, de que o risco de infecção pelo HIV aumenta durante a gestação e de que o risco de transmissão vertical, quando a gestante é infectada durante a gravidez ou aleitamento também aumenta — se lembrarmos da questão da infecção aguda pelo HIV e da alta carga viral dos primeiros momentos de infecção, o aumento no risco de transmissão vertical pode ser facilmente entendido.

Por isso, uma mulher HIV negativa com frequentes situações de potencial exposição ao HIV pode se beneficiar do uso de PrEP ao longo da gravidez e amamentação para se proteger e proteger o bebê. Contudo, apesar de liberado o uso de TDF para a gestação em mulheres infectadas pelo HIV, a segurança do seu uso em PrEP para o desenvolvimento do feto ainda não está bem estabelecida. Portanto, deve-se discutir individualmente os riscos e benefícios dessa estratégia para gestantes sob alto risco para infecção pelo HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 27).

Em tal caso, portanto, a questão da autonomia de escolha não diz respeito à interrupção da PrEP, mas da continuidade de mulheres na política pública durante a gravidez. Esta é uma autonomia que deveria ser construída relacionalmente, como se nota, a partir de uma discussão individualizada sobre os riscos e benefícios da estratégia para gestantes. Devido à incerteza do método preventivo e seus efeitos durante a gestação, essa discussão de riscos e benefícios pode se tornar um momento mais propício para trazer à baila outras questões que não entram no escopo da autonomia da “prevenção combinada” e que afetam a vida dessas mulheres.

E que mulheres grávidas são essas que devem decidir continuar ou não na PrEP, a partir de um diálogo com profissionais de saúde? Presumivelmente, profissionais do sexo ou mulheres em parcerias sexuais sabidamente sorodiscordantes, dado os recortes populacionais com os quais a política pública de PrEP é construída. Nesse sentido, uma exclusão de outras mulheres, grávidas ou não, que poderiam se beneficiar do método preventivo e que vivem

situações de vulnerabilidade, onde se inclui uma dificuldade em negociar práticas de sexo seguro, é patente. O que Mike Michael e Marsha Rosengarten (2013) notam no campo experimental das inovações biomédicas do HIV que inaugura a PrEP, é como havia todo um investimento para que fossem produzidas tecnologias de prevenção nas quais o consentimento do parceiro não é necessário. Tecnologias de prevenção que não incluam o peso de uma negociação que pode nunca se realizar, e a PrEP pode ser entendida como uma dessas tecnologias. De tal modo, mesmo que uma análise de vulnerabilidade possa se estabelecer no caso de detecção de gravidez, o fato de que o conceito de vulnerabilidade é mesclado a uma noção de risco epidemiológico no documento, pode excluir uma série de mulheres que poderia se beneficiar da política pública. Cabendo aqui mencionar como a associação entre PrEP e seu uso por mulheres é precária, sobretudo considerando o caso das mulheres grávidas ou em aleitamento — que não possuem o respaldo de evidências científicas bem estabelecidas⁶⁴

3. Da produção dos documentos

As interferências médicas descritas acima são elaboradas a partir do texto dos PCDT publicados em maio de 2017, quando o documento já passou pela CP que sugeriu as mudanças que foram incorporadas, como procurei evidenciar no Quadro 1. No entanto o texto principal de tal edição dos PCDT é mantido, sem alterações, conforme sua edição publicada em fevereiro daquele ano, em um momento anterior a realização da CP. Por se tratarem de um tipo de documento entendido como público, os PCDT sofrem atualizações a cada dois anos, como exposto no texto dos documentos analisados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p.3). Por outro lado, uma vez estabelecida a eficácia e a segurança da intervenção biomédica, o relatório de recomendação torna-se um documento passível de esquecimento, uma vez que o método de prevenção foi incorporado aos serviços de saúde. Cabe aqui notar como os documentos anteriores à execução das CP, que contribuíram para a presente análise, já não estão mais disponíveis para *download* na página da comissão. Essa indisponibilidade parece

64 Como mencionado no interlúdio, uma das sugestões recebidas pela CP, incluía novas evidências científicas sobre o uso de antirretrovirais por mulheres grávidas e em aleitamento, inclusive como PEP. De modo a fortalecer uma recomendação de PrEP que poderia ser entendida como algo precária, frente ao mundo de evidências científicas que as outras recomendações receberiam. A presença dessa preocupação nas consultas públicas de PrEP também indica que uma preocupação com os benefícios que o uso da intervenção biomédica poderia trazer para mulheres, de um modo geral.

ser devida a algum erro do site da comissão, visto que os documentos são mencionados, mas ao se clicar neles, outro arquivo é baixado⁶⁵.

Os PCDT, na análise realizada ao longo deste capítulo, ainda não estariam servindo como mediadores da prática clínica envolvendo a PrEP: isto é, o momento de sua publicação refere-se apenas à decisão pela incorporação da tecnologia de saúde nos serviços do SUS, não marcando o início de fato de sua disponibilização para a população. O fato de que o documento publicado em maio de 2017 não ter incorporado as modificações sugeridas, pela via das CP, a seu texto principal pode ser encarado como indicativo disso. Nesse sentido, em dezembro de 2017 uma versão atualizada dos PCDT de PrEP é disponibilizada no site da comissão⁶⁶, incorporando as sugestões recebidas pela CP em seu texto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017d). Em março de 2018 uma nova versão do documento é disponibilizada, desta vez no site do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, passando por mais uma atualização em novembro do mesmo ano⁶⁷. Essas últimas versões dos PCDT acompanham um aplicativo para celular, a ser utilizado como referência por profissionais de saúde e usuários da política pública. As mudanças incorporadas no texto do documento de dezembro de 2017 estão presentes nos documentos de 2018, configurando a “versão final” — no que tange à etnografia realizada, pelo menos — da consolidação de tais protocolos. No que tange ao documento publicado em dezembro de 2017, é notável a correção do que poderia ser descrito como um “erro gritante” dos PCDT publicados em maio daquele ano. Esse erro gritante é revelador de uma temporalidade de urgência, desta vez não da infecção pelo HIV e seu lido clínico, mas do próprio processo de incorporação de tecnologias no SUS. Trata-se de um “erro” que até aqui não foi mencionado.

Realizada a consulta e mobilizados todos os procedimentos clínicos recomendáveis ao longo do documento de maio, uma última seção expressa a decisão vinculada às Secretarias

65 Os documentos mais atualizados podem ser acessados no seguinte endereço: <http://conitec.gov.br/recomendacoes-sobre-as-tecnologias-avaliadas-2017> (último acesso 29/10/2018). No caso dos documentos anteriores à realização das CP, nota-se que não estão mais disponíveis online. Isto é, deveriam estar disponíveis na página da Comissão referente às Consultas Públicas já encerradas, mas não se encontram lá. Ao se clicar nos arquivos do relatório técnico e dos PCDT anteriores às consultas, há um erro em que o site redireciona para os PCDT de Imunossupressão no Transplante de Pâncreas. Tal erro acontece com todos os documentos vinculados às consultas realizadas no ano de 2017. Para mais informações, ver o link: <http://conitec.gov.br/index.php/consultas-publicas-2017-encerradas> (último acesso 29/10/2018).

66 Os PCDT atualizados em dezembro de 2017 podem ser acessados no seguinte endereço: <http://conitec.gov.br/recomendacoes-sobre-as-tecnologias-avaliadas-2017> (último acesso 29/10/2018).

67 Os PCDT atualizados em março de 2018 podem ser acessados no seguinte endereço: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-risco> (último acesso 29/10/2018)

de Atenção à Saúde e de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Trata-se de uma decisão que “[a]prova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Espasticidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a. p. 30). O texto é o da Portaria Conjunta nº 2, de 29 de maio de 2017, que elabora a aprovação de protocolos clínicos referentes a outros procedimentos clínicos e terapêuticos que estavam sendo incorporados ao SUS, que em nada se relacionam com a questão do HIV/AIDS e o uso preventivo de antirretrovirais como PrEP. No documento publicado em dezembro daquele ano, a decisão do Secretário de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos é ratificada, mobilizando a Portaria nº 22, de 25 de maio de 2017 que institui a aprovação dos PCDT de PrEP. Isto é, se no final dos PCDT publicados em maio, a decisão assinada pelo Secretário era vinculada às diretrizes terapêuticas e clínicas da epasticidade, em dezembro de 2017, a decisão apresentada diz respeito aos PCDT da PrEP propriamente ditos. Pode-se considerar que existe uma urgência, vinculada às próprias normativas da Conitec, que dentro de um período de um ano deve efetivar a incorporação das tecnologias em saúde nos serviços do SUS, como foi o caso com a PrEP⁶⁸. Nesse sentido, considerar as políticas mais amplas em torno da PrEP e do Truvada, o esquema antirretroviral utilizado como o método preventivo, pode também ser relevante na compreensão da urgência vinculada ao processo de incorporação. Villardi e Fonseca (2018) mencionam uma importante contribuição do GTPI e da ABIA na pressão pela incorporação da PrEP e pelo indeferimento do pedido de patente do laboratório Gilead Sciences junto ao INPI. Tal clima político pode ser indicativo de um ritmo acelerado na produção destes documentos, que passam a por diversas atualizações como vim notando. Ao final da seção, procuro considerar como essa urgência é atravessada pela própria urgência da infecção pelo HIV e da epidemia de AIDS.

Se o texto principal dos PCDT publicados em maio de 2017 é mantido inalterado, mesmo tendo se acatado várias das sugestões produzidas pelos formulários das CP, a partir de dezembro de 2017 as normas que emergem nas páginas do documento são atualizadas de acordo com a contribuição da sociedade civil. Tais mudanças no texto de orientação terapêutica e clínica são mantidas nas edições publicadas em 2018, das quais passo a tratar

68 De acordo com o exposto no Decreto 7.646 de 21 de dezembro de 2011, que institui a Conitec, e conforme mobilizado pelo relatório de recomendação da PrEP, “[t]endo em vista maior agilidade, transparência e eficiência na análise dos processos de incorporação de tecnologias, a nova legislação fixa o prazo de 180 dias (prorrogáveis por mais 90 dias) para a tomada de decisão, bem como inclui a análise baseada em evidências, levando em consideração aspectos como eficácia, acurácia, efetividade e segurança da tecnologia, além da avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já existentes” (BRASIL, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p.i). Sobre a efetivação da oferta, mais 180 dias são esperados como prazo, de modo que uma vez iniciado o pedido pela incorporação junto à comissão (BRASIL, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b. p.i), como descrito no começo da primeira parte deste trabalho, existe o prazo de cerca de um ano para a tecnologia estar disponível nos serviços de saúde.

agora. Tratam-se de publicações que inserem os PCDT em situações menos vinculadas ao processo de incorporação — já não há mais descrição das CP na versão mais atual do documento — que agora conta com um aplicativo de celular, para uso de usuários do serviço de saúde e profissionais. Contudo as principais mudanças às quais quero chamar atenção não dizem tanto respeito aos novos usos que os PCDT ganham com tais atualizações, inclusive porque não foi objetivo da investigação realizada acompanhar a realidade clínica envolvendo o uso da PrEP. Meu objetivo nesta seção é abordar apenas rapidamente as mudanças que foram efetivadas nas novas versões do documento, enfatizando mais os efeitos da temporalidade de urgência e a necessidade de se atualizar o que estava disposto nas publicações anteriores.

Como já mencionado, a análise das contribuições das CP não é considerada nos documentos publicado em 2018, mas essas mesmas contribuições emergem nos textos modificados: agora, de fato, foram incorporadas ao documento que institui práticas médicas recomendáveis. De modo que houve maior detalhamento dos exames realizados para hepatites B e C, bem como a inclusão da hepatite A, que traz toda uma outra noção de prática sexual em cena, por conta das vias de transmissão desse vírus (via fecal-oral/anal-oral)⁶⁹. A interrupção de PrEP no caso de usuários com hepatite torna-se mais dramática, incluindo a possibilidade de óbito de pacientes cirróticos que interrompem o regime preventivo. O fígado ganha uma maior importância nessa versão dos PCDT e exames das enzimas hepáticas são realizados nas visitas iniciais e, trimestralmente, nas visitas de seguimento. É notado também um maior detalhamento da periodicidade de outros exames: as testagens de sífilis são trimestrais, como sugerido pelas CP, e para gonorreia e clamídia, semestrais, ou em caso de sintomatologia aparente. O teste de gravidez é realizado trimestralmente, ou sempre que necessário. Não é feito qualquer aprofundamento sobre a situação da juventude ou das pessoas de baixa escolaridade e a frequência de visitas recomendáveis.

Nos critérios de inclusão dos candidatos, não há mais menção à carga viral detectável ou desconhecida do parceiro positivo, passando o critério de seleção para pessoas nessa situação ser: “relação sexual anal ou vaginal com uma pessoa infectada pelo HIV sem preservativo” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018c. p. 17). É incluso nos critérios de seleção de candidatos da PrEP — considerados dentro dos grupos populacionais de uma epidemia concentrada de HIV/AIDS — “contextos de troca de sexo por dinheiro, objetos de valor,

⁶⁹ As práticas sexuais relativas a essas vias de transmissão, infelizmente, não são explicitadas num documento que procura estabelecer políticas de prevenção à AIDS, tornando-se apenas presumidas pelo tipo de exposição considerada.

drogas, moradia, etc” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018c. p. 14). Essa noção de contexto pode contribuir para leituras acerca da situação de vulnerabilidade das pessoas no texto do documento. Entretanto o uso dessa noção de contexto é limitado e ao se considerar novamente a questão das mulheres grávidas que podem se beneficiar da política, um processo de exclusão é manifesto. Certas mulheres podem acessar a política — prostitutas, mulheres trans, travestis e parceiras soronegativas em relações sorodiscordantes — mas o texto do documento acaba considerando apenas a presença destas últimas.

Estudos demonstram que mulheres HIV negativas, com desejo de engravidar de parceiro soropositivo ou com frequentes situações de potencial exposição ao HIV, podem se beneficiar do uso de PrEP de forma segura, ao longo da gravidez e amamentação, para se proteger e proteger o bebê.

(...)

Recomenda-se também que o(a) parceiro(a) soropositivo(a) esteja em tratamento e com carga indetectável, durante o período de planejamento reprodutivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018c. p. 38).

Embora nada seja dito sobre a situação de profissionais do sexo — e mesmo que contextos de troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas ou moradia sejam considerados como situações de vulnerabilidade ou de aumento do risco de infecção pelo HIV — a porta para sua participação continua aberta pelo desenho da política pública. Outra porta que continua aberta é a da possibilidade de tais mulheres, que conformam também o público-alvo da política, passarem por uma gravidez, desejada ou não, com parceiro cuja sorologia é desconhecida. O que fazer nessa situação? Os PCDT mais atuais, publicados em março e novembro de 2018, não trazem grandes apontamentos na direção de tais tensões, tornando vagas as diretrizes nesse tipo de situação.

Ao descrever processos de exclusão, assombrações e outros efeitos do processo de incorporação da PrEP, seja considerando os PCDT — e suas diferentes versões — ou o relatório de recomendação, não é minha intenção realizar uma denúncia. O procedimento crítico de análise que adoto tem, antes, a pretensão de contribuir ao campo aberto pela consolidação da política pública de prevenção considerando diferentes efeitos que ela pode ser capaz de produzir e que eu vim descrevendo, a partir da análise documental que realizo na primeira parte desta etnografia. Nesse sentido, procuro enfatizar que a urgência que se noto aqui não é inimiga da perfeição: mesmo que “erros” possam ser cometidos em um ritmo de celeridade. É, talvez, sua cruel companheira. Decisões devem ser tomadas e estas decisões podem acabar — considerando, é claro, uma miríade de outras contingências — por incidir em quem se infecta pelo HIV ou não, quem morre ou não. Faço essa ponderação considerando o trabalho de Steven Epstein (1996) sobre os anos iniciais da epidemia nos Estados Unidos.

O processo de resposta, ainda que incipiente, à epidemia naquele país contou com uma temporalidade de urgência, vivenciada pela crise de uma epidemia que matava jovens gays em uma proporção assustadora. Nesse sentido que, nota o autor, quando foram iniciados os primeiros experimentos clínicos, essa temporalidade de urgência causou uma importante interferência em plataformas bioéticas de regulação de drogas experimentais. Programas de aceleração do acesso a drogas, então experimentais e capazes de produzir uma potente toxicidade, foram iniciados a partir da pressão de ativistas do movimento da AIDS junto às autoridades de regulação como a FDA. Ou se seguia um protocolo de ética em pesquisa duro — que idealmente deveria proteger populações entendidas com vulneráveis de abusos de laboratórios farmacêuticos — ou um grande contingente populacional de homens gays morreria, deixando de haver evidências científicas ou mesmo medicamentos relevantes para o tratamento da síndrome (EPSTEIN, 1996). Erros, na prática médica, talvez sejam inevitáveis em temporalidades de urgência, quando decisões devem ser tomadas em alta velocidade, mas uma postura de vigilância frente a seus efeitos pode levar a novas práticas e possíveis acertos. É nesse sentido que procuro situar a postura crítica que venho adotando, como maneira de produzir uma peça que reflita sobre essa temporalidade e seus efeitos no processo de incorporação da PrEP. Essa noção de temporalidade, como definida na introdução, será de igual valia à segunda parte do trabalho, quando procuro enfatizar que lugar essa promessa tem ocupado, que agência ela ganha, nas histórias que contamos sobre AIDS e nos futuros que desejamos alcançar, além dos próprios ritmos envolvidos em tais “passagens do tempo”.

SEGUNDA PARTE — UM DEBATE PÚBLICO SOBRE AIDS

Há uma incontestável unanimidade na multiplicidade das falas confundidas no debate: a necessidade de informar corretamente. O lugar comum persistente, acima de todas as divergências, é exatamente a função informativa a ser exercida junto à população, ou partes dela, para que ‘um grande mal seja evitado’.

É, portanto, muito claro que nesse coro há um consenso: há algo a ser informado. Inevitavelmente, deixa-se explícita ou implicitamente definido que há uma resposta a ser dada a um problema.

Desta forma, antes mesmo de reconhecer os conteúdos das informações ou definir os rumos e as variantes da discussão, é preciso questionar: existe o algo a ser informado? Há um enigma a ser decifrado? Há um mistério, um segredo, uma revelação a serem descobertos na AIDS? Simplesmente, a resposta a isso é: NÃO!

Herbert Daniel — A AIDS é um tigre de papel... higiênico, 1986.

Estabelecida a forma da promessa da PrEP, conforme a performance específica que descrevi na primeira parte da dissertação, procuro produzir um relato de como a “inovadora” intervenção biomédica participa de um debate público mais amplo sobre a AIDS. Como elaborado na Introdução, tal movimento analítico é inspirado nas contribuições de Richard Parker (2015) e Peter Aggleton e Richard Parker (2015), sobre o que os autores chamam de um processo de “biomedicalização na resposta ao HIV”. Retomando a contribuição dos autores, esse processo de biomedicalização marca um momento em que a participação da chamada sociedade civil na resposta à epidemia pode ser eclipsada por potentes promessas biomédicas, tais como a PrEP. Procuro abandonar aqui os termos do debate pautados em tal vocabulário, no entanto, como uma tentativa de estabelecer um léxico alternativo que possa contribuir ao que os autores chamam de uma resposta à epidemia. O termo “resposta ao HIV” parece-me insuficiente para dar conta de produzir o relato etnográfico que pretendo realizar, por pressupor que exista uma solução, ou mesmo várias, para “o problema” da epidemia.

Todavia “resposta” é um termo poderoso, sendo capaz de mobilizar e organizar esforços em diferentes modelos: seja uma pautando-se nos termos de um enquadramento sobre “vulnerabilidade e direitos humanos” (AYRES, PAIVA E FRANÇA-JUNIOR, 2012; PAIVA, 2012; PAIVA E ZUCCHI, 2012), seja o que se chama de uma resposta comportamental, pautada em ações de prevenção e tratamento que procuram produzir mudanças comportamentais (que se associem ao uso consistente do preservativo ou a uma adesão ao tratamento antirretroviral, por exemplo), seja esta resposta biomédica de que falam os autores vinculados à ABIA, e que tem sido marcada pela consolidação das diretrizes de prevenção combinada e da autonomia de escolha na política governamental de AIDS, no qual a PrEP parece ganhar um destaque diferenciado. Entendo, assim, que a noção de resposta carrega um potencial propositivo para estratégias governamentais e políticas públicas voltadas a essa questão. E que, por isso mesmo, corre o risco de ser mobilizado de maneira

estritamente técnica⁷⁰. Esta é uma das razões pelas quais “resposta” é um termo que abandono analiticamente, para me concentrar no que chamarei de um “debate público”.

Do mesmo modo que se deu na descrição do processo de convencimento, portanto, *assombrações* (marcadas por processos de inclusão e exclusão social), podem ser produzidas por modelos de resposta à epidemia entendidos como algo estabilizado, fixo e duro. Tal como nos documentos de convencimento da PrEP, considero que a ideia de uma resposta ao HIV relegue à “sociedade” o lugar de uma “nota de rodapé”. Utilizo a noção de “debate público” por entender que a ideia de respostas à epidemia pressupõe a existência de projetos políticos definidos quase que *a priori*. Tais projetos políticos podem ser desenhados da seguinte forma: estabelece-se uma causa para a epidemia de HIV/AIDS, como a vulnerabilidade e sua relação com os direitos humanos, o comportamento sexual das populações, ou mesmo, o soropositivo e a pessoa vivendo com HIV ou AIDS; uma vez estabelecida a causa, procura se isolar o vetor na expectativa de que a epidemia pare⁷¹. O uso da noção de “debate público” trata, antes, de uma tentativa de reconhecer os termos do que é debatido, que são sim atravessados por tais modelos de resposta, mas que não se esgotam neles. Esse reconhecimento dos termos do debate pode ser entendido, também, como uma tentativa de retrair associações que fundamentam diferentes modelos de resposta ao HIV/AIDS, mas este não é o objetivo da presente investigação. O objetivo é procurar descrever como, por meio de um debate público, que de maneira muito provisória consigo retrair, emerge a promessa que venho descrevendo ao longo da primeira metade desta dissertação.

O abandono da noção de uma resposta à epidemia de HIV/AIDS é também inspirado num ensaio escrito por Herbert Daniel em 1986, publicado em livro organizado pela ABIA em 1991, que teve uma recente reedição (DANIEL E PARKER, 2018). *A AIDS é um tigre de papel... higiênico*, nos adverte Daniel, procurando uma forma de reflexão sobre a epidemia que não desemboque em efeitos higienistas de um processo de medicalização. Uma resposta à epidemia é um olhar a suas causas no sentido de tentar inibi-las e isolá-las e, a despeito de quaisquer boas intenções, incide sobre uma política de saúde possivelmente autoritária. É

70 Sobre esta discussão, ver Pinheiro (2018). Retomarei o trabalho do autor nas considerações finais da dissertação, procurando uma reflexão sobre as diferentes camadas analíticas que compõem esta etnografia.

71 É possível considerar que essa expectativa seja, mesmo para quaisquer grupos que apostem em um determinado modelo de resposta, otimista demais. Outros objetivos podem ser visados com as diferentes abordagens que se fundamentam na noção de resposta, como a partir de um enfoque na discussão sobre vulnerabilidade e direitos humanos, em que a experiência vivida pelos sujeitos é trazida como importante protagonista ao enfrentamento à epidemia (AYRES, PAIVA E FRANÇA-JUNIOR, 2012; PAIVA, 2012; PAIVA E ZUCCHI, 2012). Nesse sentido, afirmo que não é meu objetivo enquadrar modelos de resposta como algo, necessariamente, pernicioso a um enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. Procuro apenas produzir o enquadramento analítico realizado na presente investigação.

nesse sentido que o autor, no texto que serve de abertura para a segunda parte desta dissertação, procura afastar a ideia de que a AIDS seja um problema a ser resolvido com uma ou mais respostas. Não se trata de uma questão a ser hipervalorizada, de um enigma que merece resposta, mas antes de um desafio de saúde pública que “é colocado à ciência e à comunidade (e não nesta ordem...)” (DANIEL, 2018b. p. 89). Como um desafio, continua o autor, a AIDS deve ser banalizada; tratada como um problema de saúde público como os outros problemas de saúde pública deveriam ser tratados, ao afetarem vidas concretas.

Tendo o objetivo de retrair esse debate público no recorte estabelecido, me desloco novamente pelas contribuições da teoria ator-rede dos estudos sociais da ciência e da tecnologia, a partir do trabalho de autores como Bruno Latour (1994, 2011, 2012; LATOUR E WOOLGAR, 1997), Annemarie Mol (2002, 2007) e Donna Haraway (1995). Processos de purificação e tradução, ganham aqui especial relevância, à medida em que procuro retrair diferentes associações nas quais a promessa da PrEP emerge dentro de um “debate público”. Não se trata, como será descrito, da mesma promessa que emerge dos documentos oficiais da Conitec, ou do Ministério da Saúde, necessariamente. É a partir de sua emergência nesse debate que procuro retrair os termos em que ele se desdobra, atentando a que entidades ou atores são mobilizados e mobilizam tal debate e como esse processo acontece. Nesse sentido, considero que a PrEP, o HIV ou a AIDS, não estão estabilizados em si, mas se desdobram de maneira relacional. Utilizando o vocabulário latouriano, trata-se de uma tentativa de “reagregar o social”, de reconhecer que coletivo é constituído a partir do debate que acompanho, juntamente das escolhas metodológicas e teóricas que o tornam visível e passível de uma inscrição etnográfica.

Este é um debate que se coloca na peculiaridade da cidade de Porto Alegre, local onde a investigação foi realizada, a partir das técnicas de observação participante e entrevistas semi-estruturadas. Foram observados eventos públicos, de diferentes naturezas, que pudessem contribuir na tarefa de retrair esse debate: acompanhei Paradas Livres em Porto Alegre e em uma cidade da região metropolitana, lançamento de um estudo de PrEP, audiências públicas e outros eventos de deliberação, além de Encontros de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS. Considerando a importância histórica de movimentos sociais na constituição dos modelos de resposta à epidemia, foram escolhidos dois grupos ativistas de AIDS atuando na cidade, o Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS do Rio Grande do Sul (GAPA-RS) e um comitê comunitário que assessora um ensaio clínico vinculado ao método preventivo para compor os principais interlocutores desta investigação. Seus participantes foram contatados previamente

e concordaram com a realização de entrevistas semi-estruturadas, cujos relatos produzidos exploro no quarto capítulo.

Os motivos de tais escolhas serão explicitados a seguir, mas antes evidencio que essas escolhas, uma vez atravessadas pelos deslocamentos teóricos que me guiam, servem para retrair uma espécie de mapa do “debate público”. Como já mencionei anteriormente, essa metáfora cartográfica é patente na obra de Bruno Latour e de autores vinculados à chamada teoria ator-rede, sendo criticada por Amade M’charek (2014) por retirar ênfase de outro fator importante a se considerar. Os mapas que emergem do ato de perseguir associações, de atentar às mediações e tentar reagregar o social como um coletivo, correm o risco de estagnar no tempo, de apagar processos históricos, de esquecer a questão da temporalidade, nos adverte a autora⁷². E a temporalidade é um fator chave para essa investigação, que procura produzir um relato etnográfico sobre como emergem potentes promessas em tempos de retrocessos na política de AIDS.

Retornando à Porto Alegre, é possível agora entender a que retrocessos e promessas me refiro, enquanto explicito as escolhas metodológicas que realizo na segunda parte da investigação. Acontecimentos marcantes como a realização de estudos de diferentes naturezas de PrEP desde 2015 na cidade (FARINA, 2014; EQUIPE RJ, 2015), o fechamento e despejo da sede do GAPAR-RS (CORREIO DO POVO, 2017), além da falta de medicamentos antirretrovirais (GOMES, 2017), já mencionados na introdução deste trabalho, têm composto o cenário temporal onde se desenrola o mapa que começo a traçar. Se o Brasil foi outrora considerado um país modelo em sua resposta governamental ao HIV/AIDS, pela questão do acesso universal aos antirretrovirais, essa resposta parece ser colocada em risco: faltam medicamentos⁷³. Se as ONG/AIDS estiveram presentes desde os anos iniciais na constituição dessa política, agora começam a fechar as portas: a atuação comunitária tão relevante, como

72 Bruno Latour trabalha com a noção de temporalidade em diferentes momentos de sua obra (1994, 2012), e sua contribuição nessa direção é utilizada por Amade M’charek (2014) para trabalhar com a noção de objeto dobrado. É possível, no entanto, considerar que um enfoque na constituição de fatos científicos, de uma narrativa onde há “vencedores” e “perdedores” nesse processo, que incide no fechamento de uma “caixa-preta”, tão cara ao que talvez se consolidou como uma “abordagem latouriana”, não deixa tanto espaço analítico para reconhecer os efeitos que as temporalidades carregam nos objetos que estudamos.

73 A situação relativa ao abastecimento de antirretrovirais no país foi inclusive denunciada pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS no Brasil (UNAIDS-Brasil). A nota publicada em 2017, inicia elogiando o modelo nacional de resposta à epidemia, descrito como uma postura de vanguarda ao estabelecer a lei de acesso universal ao tratamento antirretroviral. Em seguida passa a uma descrição dos relatos de problemas no abastecimento e da resposta que o Ministério da Saúde, sob a forma do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) deu à questão. De acordo com o Departamento, “intercorrências no processo de aquisição, importação e/ou entrega do medicamento no país ocasionaram eventuais necessidades de gerenciamento dos estoques. Ainda assim, os estoques registrados no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) asseguram o atendimento de, pelo menos, o consumo médio mensal” (UNAIDS-Brasil, 2017).

apontam Aggleton e Parker (2015) em seu enquadramento sobre o processo de biomedicalização, está em risco. Os efeitos concretos de um tempo de retrocessos estão aí, se desenrolando na capital gaúcha. Como entender melhor esses retrocessos? E como uma tecnologia tão promissora tem sido gestada em meio a isso tudo?

É nesse sentido que justifico a escolha do contato com os interlocutores mencionados, procurando investigar os acontecimentos descritos acima, através de seus relatos. Os voluntários do GAPA-RS, primeira ONG/AIDS do Rio Grande do Sul, fundada no ano de 1989, e os membros de um comitê assessor de uma pesquisa de PrEP que ocorre na cidade, carregam trajetórias que podem ser úteis para compreender a aparente disjunção temporal entre a nascente promessa e os retrocessos que têm se desencadeado. As entrevistas realizadas se desenrolaram em quatro blocos, dispostos a seguir: 1) procurando entender a trajetória pessoal e política dos interlocutores; 2) passando então a um contexto mais amplo de “uma resposta” à epidemia de HIV/AIDS; 3) procurando explorar a emergência da PrEP na cidade, considerando também as expectativas em torno dela; 4) procurando entender melhor os acontecimentos mencionados, considerando a perspectiva dos entrevistados.

Uma última ressalva metodológica, antes de adentrar aos capítulos que dão sequência à investigação, é válida. Continuo perseguindo *rumores*, até o limite da *opacidade* e esta “regra metodológica” não se aplica só a mim, enquanto pesquisador: é, antes, uma questão vinculada às diferentes posicionalidades no campo que investigo ou na rede que começo a retrair. Não é meu objetivo isolar as causas de um retrocesso na política de AIDS, mas reconhecer como esse retrocesso tem produzido seus efeitos. Também não é meu objetivo procurar a melhor forma de aplicação da promessa que a PrEP carrega. Não verifico “a fundo” essas causas, mas me desloco pela superfície dos acontecimentos, procurando notar que temporalidades estão aí presentes: como o ontem, o hoje e o amanhã convivem. O relato etnográfico que produzo é um *saber localizado*, nos termos de Donna Haraway (1995). Do mesmo modo que se entende que os relatos produzidos ao longo da investigação juntamente aos interlocutores, além dos documentos acessados na primeira parte da dissertação, constituem saberes localizados. Cada interlocutor da pesquisa, assim como eu, lida, mobiliza ou interpreta *rumores* que esbarram em *opacidades* diversas, às quais não se tem acesso. Trata-se do que a autora chamou, em uma contribuição da teoria feminista aos estudos sociais da ciência e da tecnologia, de perspectivas parciais e corporificadas: marcadas não pelo truque do olho de deus, que vê a tudo e a todos de lugar nenhum, mas pelos corpos que estão implicados na produção dos saberes. É necessário, nesse sentido, reconhecer os limites da minha investigação: não pretendo aqui expor uma resposta à questão das promessas e

retrocessos que vivemos, mas antes reconhecer a problemática e mapeá-la no espaço-tempo. Esse reconhecimento e mapeamento pode ser útil para pensarmos que histórias contamos sobre a AIDS e que futuros queremos, reconhecendo os desafios que as expectativas e as lembranças impõem a um presente que é urgente.

CAPÍTULO 3: UM POUCO ALÉM DAS PROMESSAS E A PARTIR DELAS

Em novembro de 2017, participando de uma reunião do Grupo de Pesquisa Ciências na Vida, sou informado por um colega de que eu deveria ir à Parada Livre daquele ano. Haveria “alguma coisa sobre PrEP” na ocasião, disse ele. Já iria de qualquer jeito ao evento, como tenho feito nas edições dos últimos anos, mas o que na minha cabeça seria apenas mais um domingo de descanso e diversão, já começava a configurar alguns de meus primeiros passos no trabalho de campo que exploro na dissertação. Evidencio essa sutil transformação de um domingo de lazer em um domingo de trabalho, a partir do que um colega me disse, para evidenciar a importância metodológica que atribuo à noção de rumor ao lidar com “inovação” biomédica. Neste capítulo, procuro explorar de que maneira a promessa da PrEP emerge (ou não) em um debate público mais amplo sobre a epidemia de HIV/AIDS, a partir de acontecimentos que se desenrolam na cidade de Porto Alegre. E é justamente por uma descrição inicial da “XXI Parada Livre 2017 — Berro contra os retrocessos”, que essa promessa vai começar a dar suas caras, para além dos documentos oficiais de sua incorporação no SUS.

No dia 26 de novembro de 2017, o Parque da Redenção foi palco de mais uma edição da Parada, com uma especificidade: naquele ano, a organização denunciava “o descaso público do município em relação ao evento”. Seria a primeira edição em que nenhum apoio do município foi cedido ao evento, o que se repetiu novamente em 2018 — quando uma campanha de financiamento coletivo foi lançada⁷⁴, para garantir sua execução. Tais denúncias também foram realizadas junto a mídia local (SUL21, 2017; G1 RS, 2017). Felizmente nem só de denúncia vive a Parada e as pessoas continuavam utilizando do espaço não apenas para diversão descompromissada, mas como uma celebração da livre expressão da sexualidade e de gênero. Diversos estandes, vinculados aos coletivos que organizaram a XXI Parada Livre, na região central do Parque, estavam divididos em duas filas — separadas, ou pelo espelho d’água do parque, ou por um gramado central. Em um destes estandes, próximo de onde eu e meus amigos havíamos nos instalado, até o momento de partida dos trios elétricos, havia um estande específico sobre PrEP.

Tratava-se de um único estande em cuja fachada era possível ler o nome da promessa biomédica a que dediquei a primeira metade da dissertação. Jovens *promoters* circulavam

74 Alguns dos materiais utilizados para divulgação da campanha de financiamento coletivo podem ser encontrados na página do instagram da Parada Livre de Porto Alegre: <https://www.instagram.com/paradalivrepoa/>. A XXII Edição da Parada, teve como tema a pergunta “Qual é teu privilégio?”, ocorrendo no mesmo local no dia 18 de novembro de 2018.

pelo parque vestindo uma camiseta preta com o termo PrEP estampado em seu tecido, enquanto seguravam uma prancheta, na qual recolhiam dados de interessados no método preventivo. De forma pouco específica, eu imaginava que o rumor que eu começava a perseguir naquela ocasião dizia respeito à incorporação da PrEP no SUS. Afinal, foi no ano de 2017 que a política de prevenção começa a ser elaborada junto a Conitec. Logo que cheguei à Redenção, percebi que não era esse o caso, tratava-se de outra coisa, de *outra* PrEP. Em primeiro lugar, tratava-se de um estudo, não de uma política pública, como me explicou um dos *promoters* a quem passei meus dados. Em segundo lugar, não é “a PrEP que todo mundo conhece”, como me explicou uma das pessoas no estande do estudo. Uma explicação que foi feita rapidamente, mas que já constatou que se tratava de um estudo envolvendo uma versão injetável de PrEP, a ser realizado em um hospital da cidade. Não era a pílula de uso diário, pautada na ingestão de TDF/FTC, que era performada na divulgação do ensaio clínico, mas antes a proteção de longa duração de um método preventivo que é injetável.

As conversas que tive naquele dia foram breves. Não só não conhecia os interlocutores desta pesquisa ainda, como o som alto e a alta rotatividade de pessoas passando pelo estande, não permitia uma atenção mais adequada para uma conversa sobre essa nova PrEP. O que a equipe trabalhando sob a rubrica do estudo fez naquele dia foi um processo de divulgação e recrutamento de interessados para participação em um ensaio clínico. Recolhiam números de telefone e outros dados em uma ficha de interesse, distribuía um porta celular com o nome do estudo e camisinha masculina e gel lubrificante em seu interior. Tais números de telefones, de potenciais voluntários para o experimento, foram mais tarde contatados pela equipe do ensaio clínico que ocorre em um hospital na cidade. Se eu quisesse saber mais, deveria comparecer ao seu lançamento, que aconteceria um dia mais tarde em um hotel localizado no centro do município. Mais tarde, durante a Parada, o estande da PrEP seguiria em um trio elétrico, percorrendo o perímetro da Redenção, a música alta e o carro que percorria tal trajeto começavam a indicar que a promessa biomédica aos poucos começa a se manifestar para as “populações mais afetadas pela epidemia”. Estava inclusa no repertório de festividades da Parada Livre.

Cabe perguntar, de todo modo, como uma “nova” tecnologia, recém-incorporada ao SUS, e que à época da XXI Parada mal começava a chegar aos serviços de saúde, é algo que “todo mundo conhece”? A PrEP oral com o Truvada mal havia se materializado como um método de prevenção, que participa efetivamente do cotidiano de cuidado, e outra inovação no campo começava a se colocar em Porto Alegre. Uma diferença entre a *minha expectativa* de encontrar uma divulgação sobre a PrEP incorporada ao SUS, descrita na primeira parte da

dissertação, e o que *de fato* encontrei lá, é reveladora de dois processos, entrelaçados, aos quais procuro ater-me agora: a constituição de diferentes redes em que a PrEP emerge e do que chamarei de uma confusão semântica entre elas. Uma PrEP incorporada ao SUS é apenas *um objeto* a emergir de *uma* rede de associações específica, mas que facilmente pode ser “confundida” com outras PrEPs que emergem de outras associações. De certo modo, o objeto sob o qual tantas promessas são constituídas se desdobra em diferentes redes concretas e de significados que, ainda assim, convergem em torno da noção de “um mesmo objeto”. É possível, portanto, considerar intersecções entre as redes vinculadas às emergências de diferentes PrEPs. Para voltar a Annemarie Mol (2002), a PrEP é múltipla: embora eu não trate aqui de práticas clínicas, como a autora, mas de um debate público que pretendo retrair.

1. Redes de PrEP e delimitações metodológicas

O hotel localizado no centro histórico da cidade recebeu o evento de lançamento do estudo em um de seus auditórios, no dia 27 de novembro de 2017, um dia após a divulgação realizada na Parada Livre. Por volta do final da tarde, antes mesmo de iniciar as solenidades do lançamento, o saguão de recepção do hotel já estava lotado. Lotado de rostos que me eram conhecidos, pessoas que eu já tinha visto em outros contextos, vinculadas tanto a um movimento social de HIV/AIDS ou quanto ao chamado movimento LGBT. Em meu caderno de campo tomo nota de tal ocorrência: eu já tinha visto as pessoas que estavam por lá, embora ainda não tivesse interagido com a maioria delas. Palestras que frequentei, audiências públicas e outros eventos que aconteceram na cidade, seja no contexto dessa investigação, ou antes mesmo dela iniciar, já me tornava algo familiarizado com os rostos que circulavam por lá. O silêncio de alguém que se via como um forasteiro, em relação a um grupo que, à distância parece algo coeso, e que carrega anos de experiência no campo que acabo de adentrar, foi quebrado no momento em que reconheci as pessoas com quem havia conversado no dia anterior, na XXI Parada Livre de Porto Alegre. “Ele veio!”: haviam me exclamado, em uma expressão de surpresa. Do mesmo modo que haviam me comentado do evento em que o estudo seria lançado, eu havia me apresentado enquanto pesquisador interessado em pesquisar sobre a emergência da PrEP. Havia gravado meu rosto e nome, da mesma forma que eu havia gravado os destas pessoas.

É assim que comecei a me aproximar de um comitê comunitário que assessora o estudo e seus membros. O grupo atua de modo a realizar um papel de controle social do ensaio clínico que eu iria conhecer naquele dia. Embora eu tenha me aproximado desse grupo desde o final de novembro de 2017 e tenha me aproximado do GAPA-RS e seus membros atuais

durante o ano de 2018, deve-se explicitar que a presente pesquisa etnográfica não implica numa convivência prolongada com os interlocutores e suas práticas. São nos eventos que descrevo neste capítulo que começo a me aproximar do “campo” e suas tensões, para além da aproximação com os interlocutores que contribuíram para a presente investigação. De modo que a técnica de *observação participante*, não se constituiu numa verve mais clássica da disciplina antropológica, como proposta por autores como William Foote-Whyte (1980). Minha participação e observação desses *eventos*, pode melhor ser localizada na contribuição que Emily Martin (1997) traz sobre a pesquisa etnográfica envolvendo ciência e tecnologia. A própria noção de que exista um “campo” ou um “trabalho de campo” a ser feito, pela via da observação participante no caso do presente capítulo, é problematizado pela autora. Procuo descrever alguns eventos que ocorreram em Porto Alegre ao longo do restante deste capítulo, nesse sentido: a apresentação do estudo internacional envolvendo PrEP injetável, um debate público acerca do despejo da sede do GAPA-RS e os Encontros, Nacional e Regional, de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS.

No estudo antropológico das ciências, como proposto por Martin (1997), o campo não está lá esperando a investigação. É, no entanto, constituído pelos diferentes deslocamentos realizados pelo pesquisador, de maneira menos similar a uma *citadela (citadel)* já delimitada em laboratórios e pela noção de um campo, mas relembrando uma *cama de gato (string figure)* referente a tais deslocamentos. De tal modo que a descrição do lançamento do estudo, ao qual cheguei pela via da Parada Livre de Porto Alegre, é apenas um dos fios que compõem a etnografia realizada. Menos centrada na convivência prolongada com os interlocutores: trata-se de uma etnografia mais atenta a circulação dos rumores e que, por isso mesmo, procura retrair esses movimentos na narrativa. Entendido de tal forma, o *evento* que descrevo agora abre um leque de questões que procuro explorar em outros momentos, como nas entrevistas realizadas, seja com os membros do comitê assessor ou do GAPA-RS, e que servem de fio condutor para o próximo capítulo. Essa colocação da minha participação no “campo” é também relevante para compreender que as redes de associações descritas a seguir não emergem do nada, mas são produto das escolhas metodológicas que realizo enquanto pesquisador.

Logo, eu, os futuros interlocutores desta investigação, e o restante das pessoas interessadas no lançamento do estudo fomos chamados ao segundo andar do hotel, onde um pequeno *coffe-break* estava sendo organizado em frente ao auditório do espaço. Dentro do auditório sentei ao lado dos membros do comitê, que ao longo de toda a apresentação do estudo, ficaram interagindo comigo e me provocando. Eu estava tomando notas demais em

meu caderno. De todo modo, algumas questões relativas ao material de divulgação do estudo começavam a ficar claras para mim, à medida em que a apresentação de lançamento foi se efetivando. No porta celular distribuído durante a Parada Livre, junto ao *slogan* era possível encontrar referência a uma série de instituições organizadoras do empreendimento experimental. Não havia feito qualquer busca sobre estas instituições antes de chegar ao evento de lançamento, apenas um dia havia transcorrido desde a divulgação e entrega deste material na Parada Livre. Foi durante a apresentação do estudo que comecei a entender que instituições eram aquelas e as associações mais amplas envolvidas com a execução deste empreendimento.

Conforme a fala de um pesquisador envolvido na execução do estudo, do qual eu começava a me aproximar, Porto Alegre é um dos sítios de pesquisa de uma rede internacional de experimentos em prevenção do HIV/AIDS. O protocolo de pesquisa vinculado a essa rede, diz respeito ao tipo de investigação que é realizada por tal rede internacional de ensaios clínicos: trata-se de uma investigação comparativa entre duas formas de PrEP. Pretende-se avaliar a eficácia e segurança do uso de outra droga antirretroviral, o Cabotegravir (CAB) injetável, em relação ao uso de TDF/FTC como PrEP oral. Durante o estudo, e em suas diferentes fases, os participantes serão alocados a dois grupos: o primeiro receberá doses a cada dois meses do CAB por meio de injeção intramuscular, fazendo ingestão de um comprimido diário de placebo; e o segundo receberá doses de uma injeção intramuscular de placebo a cada dois meses, com a ingestão diária de TDF/FTC⁷⁵. Essa avaliação de eficácia e segurança do uso do CAB injetável como PrEP, pauta-se em critérios similares aos da PrEP oral baseada na ingestão diária do TDF/FTC que se configurou como política pública de saúde no SUS. Pretende-se investigar as taxas de infecção entre os dois grupos, a resistência aos antirretrovirais, em caso de soroconversão, além do comportamento sexual dos participantes.

Um intrincado protocolo de pesquisa deverá ser seguido à risca pela equipe responsável por sua execução em Porto Alegre, conforme a apresentação do pesquisador. Não apresento aqui uma análise de tal protocolo de pesquisa, por considerar que meu objeto de pesquisa na segunda parte desta dissertação é outro. Não trato aqui da conformação de outra promessa de PrEP e dos caminhos e descaminhos que um aparato experimental carrega, mas pretendo reconhecer como tal experimento tem lançado a PrEP como parte de um “debate público” na

75 Realizo aqui uma simplificação muito sumária do desenho do estudo, não é meu objetivo realizar uma análise da emergência da “PrEP injetável”, mas sim reconhecer que tipo de emergência a “PrEP” tem em meio a um debate público, não enfoco de maneira tão aprofundada no experimento em si.

cidade. É a partir desse registro que procuro descrever, que a metodologia do ensaio clínico ganhará importância ou não, sendo menos pautada no protocolo do estudo, e mais presente nos depoimentos dos interlocutores a que acesso, ao longo da presente etnografia⁷⁶. O protocolo de pesquisa, conforme foi possível perceber na apresentação do estudo e nas interlocuções com o movimento social que atua diretamente nesta seara, passa por diferentes tensionamentos. Tensionamentos que envolvem uma vigilância do empreendimento experimental a nível internacional e a nível local. No que tange ao nível local, mais próximo do debate público que procuro retrair, trata-se de tensões que se manifestam pela vigilância do comitê comunitário em relação à ampliação do acesso ao método preventivo. Tal ampliação do acesso diz respeito ao diagnóstico que os membros do comitê realizam sobre o acesso ao método preventivo (enquanto experimento ou política pública de prevenção), ainda muito elitizado. Já no nível internacional, trata-se de uma pressão referente a própria metodologia e procedimentos éticos, que incluem a participação comunitária a nível local, e a produção das evidências biomédicas da eficácia e segurança da PrEP injetável.

É importante lembrar que, embora eu descreva o lançamento do estudo em questão como um ponto inicial para o debate público que pretendo recuperar ao longo dessas páginas, a intervenção biomédica já estava presente desde 2015 na cidade pela via de outros experimentos. É nesse sentido que os tensionamentos a nível local que me referi devem ser entendidos. Para além da recente incorporação da PrEP nos serviços especializados do SUS e do ensaio clínico que busca uma avaliação de diferentes regimes do método preventivo, estudos como “PrEP Brasil” que aconteceu no Centro de Testagem e Aconselhamento do Hospital Sanatório Partenon (CTA-HSP), e o “Projeto Combina!” que ocorreu no Serviço de Assistência Especializada (SAE) do IAPI (ALENCASTRO, 2018; GRANGEIRO et al., 2015), já materializavam o acesso ao método preventivo. O mapa da PrEP que eu monto, é bastante parcial, e procuro aqui atentar para outras associações que não persigo na presente investigação. Nesse sentido, chamo atenção para a contribuição de Paulo Alencastro, médico vinculado ao CTA-HSP, em artigo para o Boletim “Truvada® livre!”, em que o autor relata que desde janeiro de 2018 o serviço iniciou a oferta da PrEP incorporada ao SUS e que em abril o IMPrEP⁷⁷, “que ampliará o número de usuários” (ALENCASTRO, 2018. p. 24). As

76 Justifico essa escolha também pelo fato de ao longo da primeira parte da dissertação eu ter me voltado ao que poderíamos chamar de uma “narrativa mais oficial” da PrEP, a partir de documentos como artigos científicos e os relatórios da Conitec. Procuro aqui me afastar dessa leitura mais dura, reconhecendo como outros atores se apropriam do experimento e da própria tecnologia e os mobilizam.

77 Como mencionado na nota 45, trata-se de um estudo de parceria entre o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) a ser realizado em pacientes no Brasil, no México e no Peru (SPUTNIK, 2017). O “Projeto para Implementação da Profilaxia Pré-exposição ao HIV no Brasil, no México e no Peru” tem

redes de associações da promessa que eu procuro perseguir proliferam no ritmo urgente da “inovação” biomédica.

1.1. Acesso e confusão semântica

Uma diferença relevante aqui, para além do fato de que as experiências de implementação que acabo de mencionar não serem vinculadas a protocolos organizados por redes de pesquisa internacionais, e de que elas investigaram apenas o uso da PrEP oral, diferentemente do estudo a cujo lançamento eu compareci, se dá na divulgação que foi feita. O PrEP Brasil tornou-se um estudo famoso, na medida em que emergiam notícias sobre ele em diferentes sites, *blogs*, como pude acompanhar desde a pesquisa realizada anteriormente (FERRARI, 2016). Entretanto, sua execução em Porto Alegre é algo que parece ter passado por alto nessas notícias que enfatizavam a presença do projeto nas cidades de São Paulo e do Rio de Janeiro — onde ele foi iniciado por uma parceria entre a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), no ano de 2014. Quanto ao “Projeto Combina!”, por outro lado, eu só tomei conhecimento de sua execução na cidade quando visitei o Centro de Testagem e Aconselhamento do Hospital Sanatório Partenon (CTA-HSP), na tentativa de negociar o campo da investigação realizada⁷⁸. Havia sido informado numa conversa inicial com profissionais de saúde do serviço de “mais um estudo de PrEP” que ocorria na cidade, e uma pequena folha de papel com o nome do estudo e os contatos do serviço nobairro doIAPI foi-me passada. Considerando também a certa dificuldade que relato, ainda que de maneira breve, na primeira parte da dissertação, de retratar uma espécie de mapa das experiências de implementação que a PrEP já teve no Brasil⁷⁹, é possível apontar para como uma estratégia de divulgação precária vinculada a esses estudos anteriores parece se colocar em Porto Alegre.

No caso do estudo divulgado na Parada Livre, esforços de divulgação similares ao que descrevi têm sido realizados, justamente por meio do trabalho dos membros do comitê que haviam sentado do meu lado na ocasião de lançamento do experimento. Esse trabalho de

como objetivo avaliar a implementação da tecnologia nos três países. Conforme a fala de Valdiléia Veloso, diretora do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) da FIOCRUZ, trata-se de um projeto que procura avaliar a própria construção de políticas públicas nacionais de PrEP (PORTUGAL, 2017).

78 Uma primeira versão do projeto de pesquisa que resultou na escrita da presente dissertação, incluía também entrevistas que seriam realizadas com pesquisadores vinculados aos serviços que inauguraram o método preventivo em Porto Alegre.

79 Relembrando: o relatório de recomendação da Conitec traz em nota de rodapé que pelo menos sete estudos de demonstração foram realizados no país, sem mencionar o nome de nenhum deles — apenas o PrEP Brasil é lembrado. Procuro retratar esses estudos, no início da dissertação, ainda que de maneira dificultada, pela via de reportagens publicadas pela OPAS que elencam uma lista de projetos de PrEP realizados no Brasil (BRASIL INICIA IMPLEMENTAÇÃO DA PREP, 2018).

divulgação tem sido realizado em função de um compromisso do grupo em tornar a tecnologia de prevenção, pela via do estudo, acessível a populações mais vulneráveis no cenário da epidemia do HIV/AIDS. Contudo tal compromisso acaba entrando em tensão com os objetivos do estudo, na medida em que existe um universo de participantes (o “N da pesquisa”) a serem recrutados para a avaliação da eficácia e segurança da nova encarnação da PrEP. E, nesse sentido, uma referência aos diferentes sentidos atribuídos a ensaios clínicos em contextos de experimentalidade pode ser útil (PETRYNA, 2009; 2011; STADLER et al, 2015). Para a população ou a sociedade civil mobilizada, o ensaio clínico atua como uma forma de acessar um direito à saúde, ou novas formas de prevenção ao HIV/AIDS. Para a equipe do estudo, por outro lado, atua como uma espécie de fim em si mesmo, na tentativa de produzir evidências científicas para novas promessas no campo do HIV/AIDS.

O tensionamento entre o “N da pesquisa” e a garantia de acesso do método preventivo, ainda que experimental, às populações mais vulneráveis pode ser compreendido como algo que se projeta para além do estudo com a PrEP injetável. É nesse sentido que noto uma confusão semântica, que emergiu no próprio evento de lançamento, como algo que pode ser revelador de como diferentes redes de PrEP se constituem a partir do mesmo objeto. De certo modo, mesmo que a PrEP do ensaio clínico seja uma nova encarnação da “inovadora” promessa biomédica, uma diferença entre a tecnologia experimental (o CAB injetável, vinculado a um ensaio clínico internacional com sítio de pesquisa no Brasil) e a tecnologia incorporada (o TDF/FTC de uso oral diário, já existente no cenário de Porto Alegre desde 2015 pela via de projetos de demonstração, e que agora é, de fato, incorporado como política pública ainda incipiente) é diluída à medida em que a temática do acesso a essa promessa é colocada em pauta no evento do lançamento do estudo. É justamente pela via da garantia do acesso a essa medicação preventiva, qualquer que seja sua encarnação, que essa confusão semântica emerge: a PrEP do estudo internacional, torna-se a mesma PrEP do SUS (PrEP-SUS)⁸⁰, ou do “PrEP Brasil”, ou do “Projeto Combina!”⁸¹, embora não seja bem assim.

80 A PrEP incorporada ao SUS tem sido chamada, por um termo êmico, de “PrEP-SUS”, como maneira de diferenciá-la de outras PrEPs, vinculadas a projetos de demonstração ou ensaios clínicos. A PrEP-SUS (às vezes chamada de “o” PrEP-SUS, como que em referência a um *programa ou protocolo de prevenção*) está disponível nos seguintes serviços em Porto Alegre, de acordo com o site do Ministério da Saúde: no CTA Santa Marta, no Centro de Saúde Vila dos Comerciantes, no SAE do IAPI e no Hospital Sanatório Partenon (HSP), pelo CTA disponível em suas instalações, chamado CTA-Caio Fernando Abreu. O CTA-Caio Fernando Abreu inclui também, desde abril de 2018, a execução do estudo IMPrEP, conforme nota de Paulo Alencastro, pesquisador vinculado ao hospital, a boletim da ABIA (ALENCASTRO, 2018).

81 Procuro não separar demais, nem juntar muito — em termos analíticos — as redes vinculadas à “primeira encarnação de PrEP”, da PrEP oral com TDF/FTC, por uma série de razões que não consegui verificar ao longo da investigação, algumas opacidades em que esbarrei por não acessar os serviços especializados do SUS diretamente. Isto é, embora a intervenção biomédica com este formato tenha sido oferecida pela via de

Sendo pela via do acesso que noto emergir o que chamei de uma confusão semântica, nas quais redes de associações de PrEP se misturam e se separam, chamo atenção para o evento do lançamento do estudo em si. Uma vez feita toda uma sóbria apresentação do estudo, em que os objetivos, os critérios de exclusão e inclusão, os financiadores, as drogas utilizadas, enfim todos esses “aspectos técnicos” foram apresentados, abriu-se espaço para um debate mais inflamado. Uma das colocações que mais me chamaram atenção no evento de lançamento do estudo, e que considero emblemática de uma confusão semântica nas redes de PrEP, foi feita por uma ativista vinculada a uma ONG que trabalha com prevenção ao HIV/AIDS em uma das cidades circunvizinhas a Porto Alegre. Em tom inflamado criticava uma questão central ao estudo realizado em Porto Alegre: “Se a PrEP é assim tudo de bom, porque não ampliar o acesso para além da capital?”, cobrava indignada. Houve algum alvoroço entre as pessoas presentes no auditório naquele momento, enquanto o pesquisador que fez a apresentação tentava acalmar os ânimos. Alertavam a ativista de que se tratava de um projeto que iria abranger um número reduzido de pessoas. O clima era de pouca paciência com as críticas realizadas, chegavam a gritar algo como “expandir o acesso como? O estudo é só com 150 pessoas!”.

Eis que a própria estratégia de divulgação que havia me levado ao lançamento do estudo é criticada pela ativista. “Se o estudo é apenas para quem reside em Porto Alegre [como foi apresentado ao longo da fala do pesquisador], porque realizar a divulgação na Parada Livre? Vai gente de várias cidades lá!”. De modo similar à minha surpresa no dia anterior, as colocações da ativista indicam uma certa traição ao nível de suas expectativas: tratava-se de uma PrEP experimental, que por isso mesmo, contaria com um acesso restrito. Não de uma nascente política pública de prevenção que pode ser entendida como um direito que pode se expandir, como as cobranças realizadas indicavam. Na “plateia” do auditório não assistíamos, necessariamente, a uma apresentação da conquista a um “direito à saúde”. Era o lançamento de um ensaio clínico internacional, com uma nova forma da inovadora intervenção biomédica, que pode fazer suas vezes no campo dos direitos.

Na cena que descrevo, os sentidos vinculados à PrEP confundem a própria intervenção biomédica com as diferentes redes que a tornam disponíveis, sejam elas experimentais ou não. Por um instante o estudo internacional torna-se a própria PrEP, sem haver qualquer distinção

projetos de demonstração que ocorreram em serviços especializados específicos da cidade, ela agora também é distribuída pela sua efetiva incorporação ao SUS — sendo distribuída também nos serviços onde esses estudos aconteceram. Deste modo é possível notar que as redes materiais semióticas de uma “PrEP incorporada” ou de “uma PrEP de demonstração” são entrelaçadas, mas não constituem necessariamente um todo coeso.

no regime preventivo de ingestão oral ou da injeção intramuscular. Dificilmente um trabalho de coordenação (MOL, 2002), onde as diferentes realidades da PrEP confluem em algo mais parecido com um único objeto, pode ser realizado aqui. Diferentes redes concretas estabelecem diferentes formas da promessa, mas a confusão continua. O objeto é o mesmo, mas não é. Julgo que esta confusão possa, no entanto, ser produtiva e aqui as colocações de outra ativista, Cecília⁸², vinculada ao GAPA-RS, no evento que descrevo são relevantes. Aumentar o acesso num estudo deste porte seria impossível em termos pragmáticos, considerou a ativista, mas sua execução pode servir para a sociedade civil estar atenta às falhas nas redes de distribuição do método preventivo. Falhas são produtivas, nesse sentido, e poderiam ser melhor capitalizadas na garantia ao acesso de populações mais vulneráveis.

E, nesse sentido, outra fala realizada na ocasião pela ativista do GAPA-RS, entrevistada na presente investigação, é relevante. Ainda que haja uma certa confluência nos significados das diferentes PrEPs, suas redes concretas e materiais não podem ser simplesmente subsumidas. Pesados os limites da investigação realizada, é possível apontar para como a materialidade da PrEP em sua encarnação injetável é participante ativa em processos de exclusão e inclusão referentes ao estudo. Conforme apresentado no lançamento do estudo, o ensaio clínico procura recrutar a população de HSH e de mulheres trans. Cecília chama atenção para a questão da injeção intramuscular e o local de aplicação no corpo, tensionando o protocolo de pesquisa apresentado pelo pesquisador. Conforme o protocolo essa injeção deve ser realizada na região dos glúteos, onde parte significativa da população de mulheres trans e travestis realizaria implantes de silicone. Uma injeção não pode ser feita no local nesses casos, de acordo com o protocolo como somos informados, levando a uma exclusão de voluntários e voluntárias que tenham algum tipo de implante na região.

Consequentemente, uma das populações que seriam privilegiadas pelo o estudo corre o risco de ser excluída devido à própria materialidade que a PrEP injetável ganha, em tal protocolo de pesquisa. Ainda que uma série de expectativas sejam relacionadas à nova forma da inovadora intervenção biomédica, sobretudo na promessa que o uso de uma injeção carrega quando comparada à questão da adesão a um tratamento oral diário, alguns desafios já têm acompanhado sua incipiente emergência. Desafios que incidem sobre falhas nas redes de PrEP, nos termos das expectativas em torno do acesso à sua versão performada pela

82 Nome fictício. No quarto capítulo Cecília e outros interlocutores serão apresentados de maneira mais detida. Na ocasião da realização das entrevistas, os aspectos éticos foram tratados junto aos interlocutores. No que se refere à identificação, embora a maioria tenha concordado em ter seu nome divulgado, considerarei que seria mais prudente e adequado a utilização de nomes fictícios para todos. Abordarei novamente tais questões ao longo do quarto capítulo.

emergência do estudo internacional na cidade. De que modo acessar populações entendidas como mais vulneráveis, como o caso das travestis e mulheres trans, quando o próprio estudo parece ser recortado de modo a excluí-las?

2. Presenças ausentes

Embora eu tenha iniciado uma descrição das situações de observação participante pela via do evento de lançamento de um experimento, dificilmente a intervenção biomédica em questão e sua promessa são lançadas no momento de início do ensaio clínico internacional em Porto Alegre. Isto é, como já notei, outros estudos e projetos de demonstração vinham sendo realizados na cidade desde 2015, além da própria incorporação da tecnologia no SUS que começou a se efetivar em 2017. Como discuti na pesquisa anteriormente realizada também houve grande proliferação de reportagens acerca de sua promessa, desde pelo menos 2010 (FERRARI, 2016). Tal proliferação, conjugada à trajetória da intervenção biomédica, torna difícil a delimitação de um momento preciso em que ela começa a participar de um debate público na cidade. É possível afirmar, no entanto, inspirado em Herbert Daniel e Richard Parker (2018), que “a PrEP” chegou à Porto Alegre antes “da PrEP”. Daniel e Parker colocam como que a terceira epidemia⁸³, vinculada aos significados da AIDS, chega antes da própria materialidade de seus efeitos ao Brasil. Pela via de reportagens que circulavam, criava-se o mito da “peste gay” no Brasil. De maneira similar, argumento que a promessa da PrEP chega antes da própria intervenção biomédica no país e, conseqüentemente, na cidade onde realizo a investigação. Ainda que ensaios clínicos tenham sido realizados no Brasil desde 2008, com a presença do iPrEx nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, considero que o enquadramento analítico que proponho é útil para manter em aberto a demarcação das temporalidades em torno da PrEP. Expectativas em torno do método preventivo precedem sua efetivação enquanto parte das práticas de prevenção.

O que chamo atenção, no entanto, é que a despeito de tantas expectativas em torno do método preventivo e sua promessa, eles não necessariamente participaram do debate público em algumas situações que investigo. É possível afirmar que as políticas da AIDS são projetadas para muito além do comprimido azul preventivo — ou da nascente injeção intramuscular —, para muito além das inovações biomédicas de um campo experimental mais

83 Conforme a fala de Jonathan Mann na Organização Mundial de Saúde, que elenca: uma primeira epidemia sorrateira de espriamento do HIV nos anos 1970; uma segunda epidemia em que mortes por AIDS começam a acontecer nos anos 1980; e uma terceira epidemia de significações, atrelada a presença do estigma que começa a ganhar visibilidade junto às mortes que se tornavam publicizadas.

amplo⁸⁴. As próprias publicações da ABIA que servem de inspiração para o ponto de partida da investigação, sobre biomedicalização da resposta ao HIV, são indicativos da limitação dessa promessa. Como uma importante referência nacional e internacional, a Associação tem criticado a ideia de que uma resposta meramente biomédica seja o suficiente para dar conta da epidemia, reconhecendo ao mesmo tempo a importância de tais estratégias (AGGLETON E PARKER, 2015; PARKER, 2015; SEFFNER E PARKER, 2016). O que eu procuro descrever, assim, coaduna-se com esse enquadramento. De que modo, então pergunto, a PrEP participa de um debate público, para além da presença do ensaio clínico internacional na cidade?

Seria até possível afirmar que ela não participa. Existem outras questões mais urgentes em cena, sobretudo considerando a participação dos movimentos sociais em pautas referentes à manutenção das políticas de AIDS no país. PrEP aqui é uma nota de rodapé, sendo lembrada de maneira muito sumária: uma presença-ausente, que serve como lembrete da promessa de um futuro em tempos de retrocessos nessas políticas. Já vim mencionando tais retrocessos que incidem no fechamento e eventual despejo da sede do GAPA-RS e na falta de medicamentos antirretrovirais, utilizados para tratamento da infecção pelo vírus e da síndrome, em serviços do SUS. A primeira ONG/AIDS do estado estaria, de fato, perdendo seu espaço de atuação política? Esta é a questão que servirá de guia para o que descrevo na presente seção.

Em agosto de 2017, o GAPA-RS perde sua sede, localizada no bairro Cidade Baixa em Porto Alegre, por conta de uma ordem de despejo. Um convênio realizado entre a Secretária Estadual de Saúde (SES-RS) e a ONG/AIDS, havia estabelecido o pagamento do aluguel da sede por parte do Estado. O que foi realizado até o ano de 2008. Quase dez anos depois, o proprietário consegue reaver a posse do imóvel. Houve toda uma preocupação com os documentos que estavam lá disponíveis, além da SES-RS ter declarado que “o objetivo que motivou a realização do convênio à época com a ONG GAPA não mais se justifica, uma vez que hoje existem inúmeras organizações sociais que trabalham em ações de apoio aos portadores do vírus HIV” (CORREIO DO POVO, 2017). Já há alguns anos a ONG passava por problemas estruturais em virtude da perda do convênio, e sua sede na cidade encontrava-se fechada desde 2015. Além disso ações diversas têm sido organizadas na cidade, como o festival “Viva o GAPA” que aconteceu em 2016 (MASCARENHAS, 2017; SUL21, 2016). Nesta seção apresento a descrição de uma dessas ações: um debate público, realizado na cidade em 2017.

84 Sugiro a leitura do artigo de Fernandes (2018) em boletim publicado pela ABIA. O autor aborda a experiência diversas experiências de implementação de tecnologias experimentais no campo do HIV/AIDS realizadas pela Fiocruz.

2.1. Um museu do GAPA?

O debate público “Políticas Públicas de Enfrentamento à Aids no RS: passado, presente e futuro que queremos construir” ocorreu no auditório da Procuradoria Regional da República da 4ª região, duas semanas após a ordem de despejo da sede do GAPA-RS. Foi organizado pelo Ministério Público Federal (MPF) em parceria com o Ministério Público do Rio Grande do Sul (MP-RS) e teve uma duração de cerca de duas horas. O evento havia sido divulgado no *facebook* e compartilhado por páginas de ONGs/AIDS como o GAPA-RS. Antes mesmo de sua efetiva execução acompanhei postagens que eram realizadas em sua página na rede social. Notei nesse acompanhamento a circulação de reportagens sobre o IMPrEP, estudo de implementação da PrEP a ser realizado no Brasil, México e Peru, coordenado pela Fiocruz (ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO DIAHV, 2017). Por se tratar de uma postagem que foi realizada por um perfil que alimentava as publicações da página do evento, suspeitei que se tratava do perfil pessoal de uma das pessoas envolvidas na organização do debate. O IMPrEP, como já chamei a atenção ao longo da presente dissertação, tem sido associado a uma narrativa de progresso científico no enfrentamento ao HIV/AIDS, localizando o Brasil como um país de especial importância e relativa vanguarda no campo. Seria este o “futuro que queremos construir”, conforme o título do evento sugere?

Difícilmente. Ou talvez, não de uma forma tão simples assim. No dia 29 de agosto de 2017 estava projetado no telão, atrás da mesa onde estavam sentados convidados que iriam realizar suas contribuições ao debate, uma foto da antiga sede do GAPA-RS em preto e branco, com o título do evento e um grande laço vermelho, símbolo da luta contra a AIDS⁸⁵. Essa projeção em *datashow* já servia de norte para o rumo que as discussões tomariam: o que estava em debate era o despejo da sede da primeira ONG/AIDS do Rio Grande do Sul. Discutia-se o futuro a partir daí e de alguns outros desafios colocados em pauta pelas pessoas da mesa, mas que não chegaram a ocupar um espaço tão central quanto o despejo sofrido pela ONG. Desafios que incluem: mudanças no repasse de verba entre as Secretarias de Saúde do Estado e dos Municípios; problemas na distribuição de tecnologias diagnósticas como o teste de CD4 e o de carga viral; fracionamento de medicação, devido à falta do AZT injetável e em xarope; os índices epidemiológicos da epidemia no Rio Grande do Sul. Ao longo de todo o debate, para minha surpresa, a PrEP foi uma nota de rodapé e o estudo coordenado pela

85 Por se tratar de um evento público, mantenho o nome real dos participantes que compuseram a mesa. Pessoas que contribuíram ao longo do evento e não compunham a mesa têm seus nomes resguardados. No caso da descrição realizada sobre o lançamento do estudo internacional, como não houve uma negociação com o comitê de ética responsável pela pesquisa no hospital, optou-se por manter os nomes de pesquisadores e de membros do comitê comunitário vinculado ao estudo em sigilo.

Fiocruz sequer foi mencionado. Essa nota de rodapé pode sim ser associada a um futuro que era desejado pelas pessoas que participaram do debate, mas trata-se de uma referência fraca ao “futuro que queremos construir”.

A despeito de qualquer publicação na página do evento, a PrEP foi explicitamente mencionada apenas uma vez por um dos membros da mesa: o professor do Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEDU/UFRGS), Fernando Seffner. Finda a discussão sobre o tempo de retrocessos que descreverei a seguir e aberta a contribuição para a “plateia” do evento, Seffner traz no que poderíamos chamar de um “vocabulário humanista” a metáfora de um navio. O Titanic era celebrado por ser o navio mais rápido e potente disponível, mas havia afundado por não possuir qualquer radar que pudesse avisar dos perigos que se aproximavam. A “resposta à AIDS”, por outro lado, contaria com uma série de radares (dos quais a PrEP e a PEP seriam apenas uma parte), mas estaria destituída de sua potência. Aproveitando-me da metáfora utilizada pelo professor, cujo trabalho chega a servir de diálogo com a presente dissertação em diferentes momentos, considero que a PrEP é relacionada a um futuro que é desejado, no evento que descrevo. Quem não concordaria com a necessidade de instalar radares para garantir a segurança de uma viagem em alto-mar? Entretanto, como o professor coloca, não teríamos à disposição algo ainda mais importante: a potência necessária para realizar a viagem. Se tal potência foi algo que foi perdido, ela pode ser associada ao despejo da sede do GAPA-RS, conforme a centralidade que o acontecimento ganhou no evento, bem como ao restante dos retrocessos denunciados ao longo do debate. O “futuro que queremos construir”, nesse sentido, é um futuro que tem PrEP, mas que para se efetivar, necessita da garantia de outras questões e direitos.

Em outros momentos a PrEP chega a ser mencionada de maneira pouco explícita. Como em falas que brevemente mencionam o termo “novas tecnologias de prevenção” ou “prevenção combinada”, mas que, de qualquer forma, não foram pontos debatidos. Não produziram o que autores como Bruno Latour (2011) chamariam de uma controvérsia, algo que é preciso resolver urgentemente para seguir em frente. Deste modo considero a PrEP como uma presença ausente no debate público que acompanhei naquele auditório. É um futuro que está ali no horizonte (e que aos poucos tem se materializado nas práticas efetivas de prevenção das pessoas), mas que não configura um caminho ou uma direção a serem percorridos, necessariamente. Independente do lado para o qual o navio for, a PrEP e as novas tecnologias de prevenção continuarão no horizonte, perseguindo como um fantasma os retrocessos de que tentamos fugir. Não são tanto radares na metáfora que eu monto aqui, mas

antes algo a alcançar, posto que ainda não participam de uma maneira mais expressiva das práticas de prevenção. O que é preciso para dar sequência na viagem é a garantia da estrutura de funcionamento e do combustível do navio, em mares que não andam lá muito amigáveis. O “quente” do debate público era, no final das contas, a própria manutenção das políticas de AIDS já existentes, em um contexto de recrudescimento não apenas da epidemia, mas também do conservadorismo. Nesse sentido, passo a uma descrição mais detida de quem foram os participantes da mesa e de alguns posicionamentos que tomaram e relatos que fizeram, além das contribuições do público ao que foi exposto pelas pessoas que ocupavam a mesa. Procuo explorar brevemente que retrocessos são esses e produzir um relato sobre a centralidade que o despejo do GAPA-RS ocupou naquele dia, conforme venho anunciando nos últimos parágrafos.

A mesa contou com a presença de representantes da sociedade civil, da academia e da gestão pública. Os três pilares da “resposta à epidemia”, conforme as narrativas mobilizadas pela mesa na ocasião, estavam ali representados por algumas pessoas de carne e osso. Carlos Duarte, ativista vinculado ao GAPA-RS, e Rubens Raffo, representante do Fórum de ONG/AIDS do Rio Grande do Sul, conformavam o primeiro pilar. O já mencionado professor do PPGEDU/UFRGS, Fernando Seffner e Ricardo Kuchenbecker, professor do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da mesma Universidade (PPGEPI/UFRGS), conformavam o segundo. Thiago Frank, da Coordenadoria-Geral de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre, e Elson Romeu Farias, do Departamento de Ações de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), eram os representantes do terceiro pilar. O debate preconizado pelos membros da mesa contou ainda com a mediação do procurador regional da República Paulo Gilberto Cogo Leivas. Essa narrativa tripartite foi compartilhada pelos membros da mesa, na medida em que era acionada para contar uma história sobre a “resposta à epidemia”. Do momento de crise inicial da epidemia fomos, a partir de uma articulação entre esses três pilares, em direção ao outrora celebrado modelo de resposta nacional ao HIV/AIDS.

O acerto de um passado é manifestado na mesa do debate público, em um presente no qual as conquistas de tais acertos parecem se esfarelar. Que dizer da questão do acesso universal aos antirretrovirais, quando gestantes e bebês estavam encontrando dificuldades em acessar essa tecnologia, por exemplo (GOMES, 2017)? Os retrocessos denunciados na mesa vão na direção de um outro passado, nesse sentido; anterior a conquistas que se pensavam garantidas. Quase como que voltar ao início da epidemia, onde essa articulação não estava bem fundamentada e no qual um clima de crise na saúde e pânico moral prepondera. O futuro,

para além do horizonte algo nebuloso e distante das novas tecnologias de prevenção, é algo que deve ser construído nas urgências deste agora. Esta pode ser considerada a disjunção e, ao mesmo tempo, a convivência temporal que se apresenta em Porto Alegre: no horizonte, grandes promessas, no alto-mar ondas violentas e possíveis *icebergs* que esperamos que nossos radares nos avisem. Por mais que pareçam distantes no debate público que descrevo, começam a ocupar o mesmo cenário, ao se levar em consideração a confusão semântica que explorei na seção anterior.

Nas falas dos acadêmicos, essa volta a um passado sombrio é manifestada em duas direções. Ricardo Kuchenbecker apresenta dados acerca da situação epidemiológica do Rio Grande do Sul, considerado de acordo com o Boletim Epidemiológico de 2016, o estado com maior número de notificações da detecção do HIV (BRASIL, 2016)⁸⁶. Para além da alta taxa de infecção, altas taxas de mortalidade são relatadas. Uma epidemia de HIV/AIDS como a vivenciada no Rio Grande do Sul e na particularidade da Região Metropolitana de Porto Alegre é um acontecimento assustador. Não apenas se trata de uma região que possuiria aquilo que os documentos da Conitec analisados chamaram de uma “epidemia concentrada”, mas estaria em curso uma “epidemia generalizada”. Para além das vias de transmissão mais comumente associadas às chamadas populações-chave, nos documentos anteriormente analisados, Porto Alegre contaria com uma heterossexualização da doença. O histórico uso de cocaína injetável teria sido um dos fatores a contribuir para uma heterossexualização da epidemia, generalizando o HIV/AIDS no cenário da cidade. Em um contexto no qual as políticas de saúde passam a se dirigir a populações específicas de uma “epidemia concentrada”, outras populações de uma “epidemia generalizada” podem ficar algo invisíveis. Porto Alegre conta com o que Kuchenbecker chama de uma “epidemia mista” na ocasião. Quadro que poderia contribuir para tais taxas de mortalidade que o pesquisador menciona.

Em pleno 2017 mesmo com a emergência de promessas como a PrEP (em toda sua multiplicidade e confusão) e de lemas como “indetectável = intransmissível” as pessoas ainda morrem. Mesmo com o efetivo desacoplamento entre HIV, AIDS e morte por meio da adesão ao tratamento antirretroviral, as pessoas ainda morrem! E os números de infecção crescem. Embora eu não realize aqui um diálogo mais aprofundado com a pesquisa realizada pelo professor de epidemiologia, o quadro que ele mobiliza a partir de suas investigações no evento performa uma crise de saúde similar a do começo da epidemia. *Algo estaria fora de*

86 Ainda de acordo com o Boletim Epidemiológico daquele ano, o que condiz com a pesquisa apresentada por Kuchenbecker, a cidade de Porto Alegre é a capital que possui a maior taxa de mortalidade por AIDS no Brasil, estando em primeiro lugar no *ranking* de detecção da infecção pelo HIV (BRASIL, 2016).

controle em Porto Alegre e sua Região Metropolitana. Mas fora de qual controle exatamente? De um controle compromissado com a qualidade de vida e o direito à saúde universais. Outros controles, especialmente no campo moral, estariam a todo vapor; é o que a fala de seu “colega de pilar” traz para o debate. Fernando Seffner explora como o recrudescimento de um conservadorismo tem impactado, sobretudo o ambiente escolar, marcado pelos esforços políticos de escolarização da juventude. Junto ao tempo cada vez maior que os jovens devem passar na instituição escolar, assiste-se a um esvaziamento do potencial político e democrático de sua participação na escola, a partir de projetos como o Escola Sem Partido. A caça às bruxas marcada pela denúncia a uma suposta ideologia de gênero contribuiria ainda mais para um controle moral da sexualidade. Retira-se a discussão sobre sexualidade e direitos sexuais e reprodutivos da escola, de modo a prejudicar esforços de prevenção no campo do HIV/AIDS, para além de outros efeitos perversos produzidos pelo clima de pânico moral que se instaura. A despeito dos radares que o professor menciona, temos navegado por mares que tentam afundar o navio a qualquer custo, com argumentos similares àqueles que Gayle Rubin (2003) notava nas políticas sexuais da década de 1980 nos Estados Unidos. O “vírus ideológico” permanece vivo como nunca⁸⁷ e, nesse enquadramento, bradam os setores mais conservadores “nossas crianças devem ser protegidas”!

Essa tensão entre um *controle compromissado com a qualidade de vida das pessoas* e um *controle que procura retirar qualquer participação política da vida das pessoas*, evidenciada na fala dos dois acadêmicos pôde ser explorada em maiores detalhes pelos ativistas Carlos Duarte e Rubens Raffo. Cabe aqui notar que o tom dos ativistas vinculados às ONG/AIDS presentes no debate, para além dos que formavam a mesa, era um tom de cobrança em relação à gestão pública. Suas falas eram endereçadas à gestão, denunciando dificuldades concretas vivenciadas em relação à política pública de AIDS como vem sendo oferecida e a perda de estruturas que as ONG/AIDS, de uma maneira geral, têm sofrido. É possível considerar, portanto, que uma certa dinâmica se estabeleceu durante o evento. Por um lado os representantes do movimento social presentes, fosse na mesa ou “na plateia”, realizavam denúncias variadas. Por outro, de uma maneira que pode ser descrita como algo esquiva, os representantes da gestão pública procuravam apaziguar os ânimos e encontrar soluções. Já adianta que a principal pauta levantada durante o encontro foi a do tombamento da antiga sede do GAPA-RS como um patrimônio histórico ou social, os modelos de resposta

87 A noção de vírus ideológico é profícua no movimento social de AIDS, sendo mobilizada por ativistas e intelectuais como os vinculados à ABIA (DANIEL E PARKER, 2018), para evidenciar os efeitos nocivos de uma epidemia de significação marcada pelo estigma, o preconceito e as práticas de discriminação.

ou financiamentos continuaram intocados. Embora a ONG/AIDS e sua atuação devam ser reconhecidas em sua importância, outras questões urgentes parecem ter sido apagadas pelo peso da conservação de algo que estaria relegado, inevitavelmente, ao passado. Não se discutiu tanto a possibilidade de encontrar uma nova sede para o grupo, mas sim a conservação de uma memória, como se sua participação política no cenário da resposta a epidemia já não fosse mais relevante. O prédio do GAPA-RS e, talvez a própria ONG, deveria ser convertido um museu.

Carlos Duarte traça um breve histórico da epidemia, utilizando-se da articulação entre os três pilares no enquadramento de cobrança já referido. O período de fim da ditadura militar corresponde com a emergência da epidemia de HIV/AIDS no Brasil, com a conformação do SUS e com um *boom* dos movimentos sociais. Nessa confluência histórica se montou os primeiros desenhos de uma política de AIDS nacional, marcada em 1996 pela introdução do acesso universal à terapia antirretroviral. Por volta dos anos 2000, continua sua fala, o Brasil se torna modelo internacional de resposta à epidemia, o que foi uma faca de dois gumes: acabaram-se os investimentos internacionais na constituição dessa política, não havendo uma reposição nacional significativa. Essa narrativa apresentada por Duarte será retomada no capítulo 4, a partir de entrevistas realizadas com voluntários do GAPA. *Por ora cabe notar seu argumento central: o sucesso da política de AIDS brasileira é o começo de seu fracasso.* O problema da epidemia já teria sido resolvido por essa resposta, embora a realidade apresentada pelos acadêmicos e denunciada pelos ativistas seja indicativo de que “o problema” continua. É nesse enquadramento que promessas biomédicas começam a emergir como soluções a “um problema” que nunca chegou a encontrar “uma resposta”.

Promessas biomédicas são soluções a que a gestão pública adere de maneira pouco crítica, conforme as colocações do ativista do GAPA-RS. Ele não se refere às novas tecnologias de prevenção, mas a outras imbricações entre inovação científica no campo do HIV/AIDS e as políticas públicas de resposta à epidemia. Tais imbricações dizem respeito à política de *test-and-treat*, que visa a ampliação das testagens contra o HIV e o início imediato à terapia antirretroviral, em casos onde a soroconversão é estabelecida. Uma vez estabelecida essa política, em diálogo com as metas da UNAIDS para o fim da epidemia — 90% das pessoas testadas, 90% das pessoas positivas em tratamento e 90% dessas pessoas com carga viral suprimida —, algo é apagado da equação. A qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS é desconsiderada, continua o ativista. Efeitos colaterais da medicação antirretroviral — de início imediato ou não —, não são colocados em cena; possíveis dificuldades em lidar com o tratamento e sua adesão são desconsideradas; e como o relato de

Raffo vai levantar logo em seguida, alguns medicamentos começavam a apresentar falhas em suas redes de distribuição. É uma política que procura “testar, tratar e isolar o vetor”, uma vez que pessoas soropositivas com carga viral indetectável não transmitem o vírus, responsabilizando, assim, a pessoa vivendo com HIV/AIDS e retirando do Estado uma obrigação com a saúde e a vida.

“Só morre de AIDS quem quer, porque não tomou a medicação como deveria. E se não tomou a medicação como deveria, está potencialmente transmitindo para outras pessoas”, esta é a lógica da política de resposta ao HIV, conforme mobilizada pelo ativista. “A AIDS acabou por decreto”, não merecendo mais a atenção do Estado, que agora oferece remédios à população. Crítica que encontra ressonância em relação ao chamado processo de biomedicalização da resposta ao HIV. Grandes promessas biomédicas tornam as relações sociais que incidem sob a epidemia, em níveis estruturais e comunitários, intocáveis (AGGLETON E PARKER, 2015; PARKER, 2015; SEFFNER E PARKER, 2016). Tais respostas constituem aquilo que o antropólogo João Biehl (2011; 2007) se refere como um processo de pharmaceuticalização da saúde pública, em que “balas mágicas” começam a emergir como soluções para os problemas, como a epidemia de HIV/AIDS. A sofisticada análise do ativista cobrava alguma postura do Estado naquela situação, em que a ONG/AIDS de que participa perdeu a sede há poucos dias. Como que na tentativa de propor uma solução aos problemas levantados por Duarte, Paulo Leivas, o mediador do debate se pronuncia, propondo o tombamento da antiga sede do GAPA-RS como um “memorial da epidemia”.

O ativista fala de um presente no qual o atual desenho da política de HIV/AIDS deixou de se preocupar com vidas concretas e passa a se preocupar com metas a cumprir, como se as experiências vivenciadas pelas pessoas não fossem algo importante para o próprio cumprimento de tais metas. O procurador regional da República, fala em um passado que deve ser mantido enquanto memória, a sede do GAPA deveria ser museu. Em um recente artigo acerca do ativismo de AIDS no Brasil, Carlos Guilherme do Valle (2018) aponta uma tendência de valorização da memória de grupos vinculados ao “movimento social de AIDS”, como o caso dos GAPA. Esta é uma valorização que o autor reconhece em eventos organizados pelas próprias organizações, redes e grupos que comporiam o movimento social. Frente a um processo de enfraquecimento mais geral das ONG e outros coletivos, que descrevo mais detidamente ao longo do próximo capítulo, uma preocupação em manter viva a memória da participação social começa a emergir. Ainda que com uma série de tensões acerca do que deve constituir essa memória, o autor considera como

(...) memórias e histórias da Aids projetam uma dimensão de luta e política em sua

continuidade, e isto se torna mais importante para as ONGs enquanto elas funcionam e existem. Esse sentido de permanência mostra-se fundamental quando já se chegou a prever até mesmo o “desaparecimento”, o fim das ONGs Aids. Portanto, uma política de memória se apresenta nesse cenário em que vidas e experiências pessoais, formas de relação com o passado se articulam com processos sociopolíticos e históricos mais amplos (VALLE, 2018. p. 177).

Embora o argumento do autor refira-se com maior precisão aos coletivos que compõem o movimento social de AIDS, que se identificam como parte deste movimento que me foi descrito nas entrevistas como “uma grande colcha de retalhos”, ele pode ser útil para evidenciar a importância que a “museificação” da sede do GAPA ganhou no encontro. Se considerarmos as políticas de memória, no entanto, é interessante notar como o foco que é dado à questão da preservação da sede do GAPA enquanto um museu ou patrimônio, tirou de evidência outras questões levantadas ao longo do debate público. Levantadas pelos próprios relatos dos ativistas que compunham a mesa, de modo que nem apenas de memória é possível alcançar o “futuro que queremos construir”.

Noto na presente descrição que as posturas tomadas por Thiago Frank, da SMS, e Elson Romeu Farias, da SES-RS, podem ser descritas como absolutamente defensivas: isto é, ainda que ativistas realizassem toda uma crítica em relação ao modelo governamental de uma resposta a epidemia, pesadamente marcado pela presença de tecnologias biomédicas, tais críticas pareciam não encontrar muito entendimento por parte dos gestores. Estes insistiam na importância dos modelos biomédicos de resposta, como se a crítica apontada desejasse se livrar dos aparatos e tecnologias farmacêuticas e diagnósticas, fundamentais à qualquer resposta à epidemia. Uma linha de diálogo muito precária entre a gestão pública e os movimentos sociais foi traçada naquele dia, pautada por um desentendimento do quadro mais amplo que Carlos Duarte tentava denunciar. Esse desentendimento pode ainda ser notado pelas falas, que prosseguiram “da plateia”, uma vez encerradas as contribuições das mesas. Cecília, ativista do GAPA-RS, por exemplo, reforçava a ideia de que não se estava querendo jogar pela janela a contribuição da biomedicina, mas antes reconhecer algumas implicações desta política que já não disponibiliza mais editais para ações de prevenção realizadas por ONG, por exemplo. O tema da escassez de tais editais foi elaborado por algumas das falas que seguiram “da plateia”, mas ainda assim, o que se tornou central foi o tom de elogio à proposta de transformar a antiga sede do GAPA-RS em um museu. Um relativo apagamento é produzido pelas políticas de memória ao logo do evento, e tal apagamento diz respeito a uma série de outras questões que estavam sendo levantadas durante o debate, como venho tentando descrever. O financiamento das ações concretas propostas por ONG/AIDS, realizadas, por exemplo, junto às comunidades afetadas pela epidemia saiu de foco, o que mais mobilizava,

naquela situação, era o fechamento da sede do GAPA-RS: primeira ONG/AIDS do Rio Grande do Sul⁸⁸.

É pela via das ações concretas que é possível entender como o argumento de que “não se estava querendo jogar a biomedicina pela janela”, no tipo de análise conjuntural levantada por Carlos Duarte, faz sentido. Trago aqui a contribuição de Rubens Raffo à mesa, que trazia problemas mais pontuais, mas centrais à garantia da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS na resposta à epidemia. Em suas colocações, o ativista vinculado ao Fórum de ONG/AIDS do RS chama a atenção para a importância do trabalho de acolhimento que já não existiria mais de maneira efetiva nos serviços de saúde e que, muitas vezes, foi preconizado pelas ONGs. Denunciava a quebra de sigilo e o medo que alguns usuários dos serviços de saúde de Viamão, cidade vizinha à Porto Alegre, vinham relatando. Questionava sobre a falta de AZT injetável e em xarope, além de cobrar uma volta do exame de CD4⁸⁹ aos serviços de saúde. Pelas anotações que realizei no dia do evento, não houve maior debate sobre os aspectos pragmáticos que o ativista trazia à mesa, embora se tratasse de um posicionamento que entrecruzava a necessidade da presença de insumos biomédicos com a garantias de direitos, como a questão do respeito ao sigilo médico, em relação a uma doença fortemente marcada pelo estigma e práticas de discriminação. Um outro tipo de cobrança, muito mais pragmático e pontual era realizado, assim como as falas que cobravam pela execução de editais para ações de prevenção realizadas pelas ONG. Talvez algum entendimento pudesse emergir daí, mas como procurei notar ao longo de toda esta descrição a centralidade do encontro, se dirigiu no sentido da perda da sede do GAPA-RS.

Tais políticas de memória produziram um certo desconforto em mim: como podemos falar de um museu do GAPA, quando outras questões que eu julgava mais urgentes, eram levantadas pela própria sociedade civil? Conforme exploro ao longo do capítulo 4, a ONG/AIDS teve grande importância na consolidação de uma resposta local à epidemia, sendo uma referência em termos de HIV/AIDS. Esta é uma resposta à epidemia marcada não apenas pela atuação junto às “populações mais afetadas pela epidemia”, mas que também atua em relação à “sociedade como um todo”. De todo modo, o que quero chamar atenção aqui é:

88 Ao longo do quarto capítulo, procuro colocar em evidência a importância histórica que o GAPA-RS teve na constituição do que eu chamo de um debate público ao HIV/AIDS e do que pode ser entendido como uma resposta à epidemia. Esse procedimento é feito à medida em que apresento uma análise dos relatos produzidos junto às entrevistas, de modo a localizar a importância da memória, da trajetória e da experiência acumulada pelos ativistas de tal ONG. O que procuro notar ao longo da descrição que faço do evento é como essa memória acabou ganhando um enfoque maior nesta situação, que pode ser considerado desproporcional frente a outros temas debatidos.

89 Marcador relacionado à contagem de células T no organismo, utilizado para avaliar a progressão da infecção pelo HIV em direção à AIDS, pela avaliação do sistema imunológico.

como a centralidade da política de memória do GAPA-RS emerge em importância, na medida em que a ONG de quase três décadas havia fechado as portas duas semanas antes do evento. Trata-se de uma perda que foi sentida para além do movimento social de AIDS, nesse sentido: a proposta de fazer da sede do GAPA um museu, levantada por Leivas, pode ser entendida como um indicativo do peso de sua atuação histórico em campanhas de prevenção e instâncias de controle social na cidade de Porto Alegre.

Algumas questões levantadas por Raffo, no debate público que acompanha o processo de despejo da sede do GAPA-RS, são aprofundadas em uma audiência pública que ocorreu na Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Intitulada, “Logística e acesso a medicamentos especiais no RS”, a audiência pública organizada pelo então deputado estadual pelo Partido dos Trabalhadores (PT), Adão Villaverde, junto à Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Assembleia, tratou da urgente temática de uma crise de desabastecimento de medicamentos antirretrovirais nos serviços de saúde do estado. Não realizo uma descrição desse evento aqui, mas o mobilizo como maneira de realizar um contraponto necessário, considerando a problemática da memória relativa ao caso do museu do GAPA. Durante a audiência pública, não houve uma tentativa de recuperar a memória, mas antes de garantir o acesso pleno à terapia antirretroviral. Devido a uma crise de abastecimento e distribuição dos medicamentos, falhas terapêuticas graves poderiam ocorrer entre as pessoas que passam a receber a medicação fracionada, conforme discutido no evento. Se por um lado, a discussão acerca da memória a partir do despejo do GAPA-RS incide sobre uma temporalidade de reflexão e reelaboração do passado, por outro a temporalidade de urgência na audiência pública, incide numa tentativa de localizar as causas e solucionar o problema.

Quase como que um tribunal onde procura se localizar os culpados, a audiência pública tomou uma direção em que foram aprofundadas as questões relativas à falta de antirretrovirais, considerando toda a logística em que a distribuição dos medicamentos utilizados para tratamento da infecção pelo HIV e da AIDS se constitui. Da compra dos medicamentos pelo Ministério da Saúde à sua efetiva distribuição, muitos problemas foram levantados: desde ligações telefônicas, até a pressão de laboratórios farmacêuticos internacionais. Essas não são questões que eu exploro nesta dissertação, mas que procuro levantar de modo a colocar em evidência os diferentes ritmos que podem ser associados ao debate público que pretendo retrair. Como não pude acompanhar toda a extensa rede de distribuição e aquisição de medicamentos antirretrovirais, apenas noto a temporalidade de urgência relativa ao desabastecimento dos fármacos. Na primeira parte da dissertação, noto como tal temporalidade é associada à produção dos documentos necessários para a

incorporação da PrEP junto ao SUS, além de se manifestar na produção das normativas de práticas médicas recomendáveis. No caso da audiência pública, a mesma questão da prática clínica, que incide diretamente na qualidade de vida das pessoas que acessam antirretrovirais junto aos serviços do SUS, atesta a urgência do tempo. É preciso resolver logo algumas questões. No próximo capítulo, afasto-me da urgência, procurando me aproximar de uma temporalidade que permite uma reflexão sobre o passado, o presente e o futuro da epidemia. De qualquer forma, antes de realizar tal passagem, procuro trazer algumas considerações sobre a vida e o movimento social de AIDS, a partir das experiências dos Encontros, Nacional e Regional, de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS que ocorreram em Porto Alegre no ano de 2018.

3. Vivendo: a emergência da PrEP nas configurações do “movimento social de AIDS”.

Como notei ao longo deste capítulo, “o movimento social de AIDS” pode ser localizado em alguns rostos que me eram familiares nos eventos que acompanhei. No entanto essa familiaridade é atravessada pela consideração de que tal movimento é descrito como “uma colcha de retalhos”, pelos próprios interlocutores desta investigação, que integram coletividades vinculadas a esse movimento social. Ponderações que são relevantes, para finalizar o terceiro capítulo com uma descrição dos Encontros Nacional e Regional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS, ou simplesmente “Vivendo”. Os eventos ocorreram na cidade de Porto Alegre no começo do mês de dezembro de 2018, em hotel localizado em uma importante avenida da cidade, desta vez um pouco afastado da região central. De acordo com as falas do evento e dos interlocutores que me convidaram para participar, mediante uma inscrição realizada durante a execução dos eventos, seria a primeira vez que os dois encontros ocorrem juntos na cidade. Havia uma periodicidade: a cada dois anos acontecia o “Vivendo Nacional”, e a cada dois anos o “Vivendo Sul”, intercalando os encontros numa linha do tempo. Até então, foi-me relatado, o Vivendo Nacional acontecia no Rio de Janeiro e o Vivendo Sul, o único Encontro Regional do país, em Porto Alegre.

O ano de 2018, conforme o calendário apresentado, seria um ano de Vivendo no Sul. No entanto, devido a problemas de ordem financeira, as organizações responsáveis pela execução dos eventos decidiram que seriam realizados em conjunto. Foram realizados em quatro dias: sendo que os dois primeiros dias foram dedicados ao encontro regional, enquanto os dois últimos eram voltados ao 19º Vivendo Nacional. Tais ocasiões foram relevantes à investigação realizada, na medida em que se desenrolaram tensionamentos que podem ser reveladores dos termos do debate público que procuro retrair, além do lugar que a promessa

que venho pesquisando ocupa neste debate. Durante o presente capítulo procurei apresentar a maneira pela qual a PrEP tem emergido em uma espécie de confusão semântica, nas redes de associações que permitem sua emergência na cidade. Também chamei atenção para como, nem sempre, essa promessa é a questão mais urgente no debate público, ainda que pareça simbolizar uma espécie de futuro desejável. De certa forma, a nova tecnologia de prevenção ainda parece algo distante no horizonte, por mais que esteja se materializando em práticas concretas de cuidado, o que indica que a potente promessa é, também, algo bastante frágil. Emergindo em um contexto no qual a política nacional de resposta à AIDS encontra-se em risco, a inovadora promessa não ocupa uma centralidade aqui.

Durante esta seção abordarei um pouco dessa fragilidade, considerando a emergência da PrEP em ambos os Encontros. Nas considerações finais da presente dissertação, retornarei aos eventos descritos e, em particular, aos Vivendos, para realizar um exercício de avaliação do deslocamento que realizei enquanto pesquisador, considerando algumas tensões vivenciadas durante os encontros. Contudo como já indiquei nos parágrafos acima, antes de iniciar a descrição da emergência da promessa que investigo nesses encontros, considero relevante mais algumas palavras sobre as configurações de um “movimento social de AIDS” no Brasil. O trabalho de Regina Facchini (2005) sobre a consolidação do, então chamado na década de 1990, “movimento homossexual brasileiro” pode ser aqui útil. Ainda que não seja dedicado ao que poderia ser chamado de um “movimento social de AIDS”, a autora nota como a emergência do que hoje é conhecido como movimento LGBT é entrecruzada a todo momento pela resposta à epidemia. Como tem sido notado ao longo dessa investigação, como nas falas dos ativistas apresentadas neste capítulo, ou ainda em outras pesquisas realizadas como as de Carlos Guilherme do Valle (2002; 2018) e Larissa Pelúcio (2007), essa vinculação da sociedade civil tem sido central para a constituição dessa resposta. Trabalhos como o de Steven Epstein (1996) e a própria crítica ao “processo de biomedicalização do HIV/AIDS” realizada por participantes da ABIA (AGGLETON E PARKER, 2015; PARKER, 2015; SEFFNER E PARKER, 2016) também apontam para a importância histórica de movimentos sociais em modelos de resposta à epidemia.

O importante do trabalho de Facchini (2005) é que a autora nota que o emergente movimento homossexual, na década de 1990, passou por um forte processo de institucionalização: os coletivos tornavam-se ONGs. Confluindo a abertura política pós-ditadura militar, com uma proliferação dessas ONGs, num momento de conformação do SUS, e com a emergência da epidemia de HIV/AIDS, o seguinte quadro é apresentado pela autora: muitas ONGs do “movimento homossexual” também atuavam como ONG/AIDS. Trabalhar

com AIDS, enquanto ONG, era também uma forma de captação de recursos e pessoal, havendo tensões em diferentes “grupos” do movimento que ela estudava, fossem mais institucionalizados ou não. Relevante à pesquisa da autora são essas tensões que muitas vezes levavam a “rachas” entre as ONGs, quer trabalhassem com AIDS ou não, e tais tensões não são resumidas à questão de financiamentos — mais abundantes para ONGs que trabalhavam com AIDS na década de 1990, conforme apresentado em seu trabalho.

Toda uma problemática identitária e da própria atuação das ONGs em relação à ideia de um “público alvo” é colocada. O “movimento homossexual” não era apenas formado por homens gays, mas também por mulheres lésbicas, homens e mulheres bissexuais, travestis e transexuais. É nesse sentido que aquilo que a mídia denunciava, de maneira debochada como uma “sopa de letrinhas” (GLS? GLT? GLBT? LGBT?), e que a autora consegue descrever a partir de etnografia realizada junto a uma ONG de São Paulo, pode ser útil à investigação que realiza. Um processo de rachas, dentro do “movimento homossexual” acaba culminando em uma série de siglas que procuram representar as identidades representadas pelo movimento, mais conhecido atualmente por LGBT, coloca em questão as tensões vivenciadas pelas diferentes populações a quem a sociedade civil organizada deve responder ou representar.

Tensões de natureza similar puderam ser vivenciadas durante os Vivendo, marcando importantes “disputas internas” ao movimento social. Considere-se a noção e a constituição identitária em torno da noção de “viver com HIV ou AIDS”. Por um lado trata-se de algo positivo na direção da afirmação de direitos, como as pesquisas realizadas por Guilherme Valle (2002) ou por Larissa Pelúcio (2007), sobre o ativismo soropositivo, indicam. Por outro lado, deixa-se em aberto a questão sobre “quem são essas pessoas” e “como elas vivem com HIV e AIDS”. O que gera tensionamentos. De fato, diferentes comunidades e subjetividades são afetadas e produzidas junto à epidemia de HIV/AIDS, incidindo sobre diferentes realidades e pautas políticas para o movimento social que busca posicionar um enfrentamento mais humano à epidemia. Deste modo, considerando a histórica questão dos rachas em movimentos sociais, como os que Facchini (2005) aborda, o que parece uma questão central aos eventos era a dimensão da “união”⁹⁰ — visto que trata-se um tempo de retrocessos, marcado também por dificuldades estruturais dos coletivos que compõem o movimento social — em contraposição à “separação” do movimento. Não é um momento para “brigas de ego”,

90 Utilizo o termo “união” como foi utilizado durante os eventos, mas devo notar que seu sentido parece confluir com a noção de “solidariedade”, historicamente utilizada pelos movimentos sociais na “resposta ao HIV/AIDS”.

termo utilizado por um dos interlocutores, durante uma conversa do lado de fora do hotel onde ocorreu o evento.

. Os Vivendo, ainda que não sejam construídos como eventos de natureza deliberativa ou propositiva, apostando em um tipo de vivência “mais integral”, em que há manifestações culturais como shows e exposições artísticas, durante todos os dias de sua execução e procurando explorar os afetos das pessoas que vivem os encontros, podem ser entendidos como espaços mais amplos de formação política. De todo modo, formatos mais convencionais, como mesas de debate também foram acionados durante boa parte dos encontros. Em tais mesas que compunham as atividades dos Vivendo havia uma tendência a se realizar análises estruturais similares às apresentadas na descrição do debate público vinculado ao despejo da sede do GAPA-RS, procurando também por novas formas de atuação política que apostem nessa “união” das pessoas vivendo com HIV e AIDS. Essa união, no entanto, não passa sem certos tensionamentos que já seriam históricos ao movimento social de AIDS. Para além da denúncia dos processos que retiram “a vida”⁹¹ da pessoa vivendo com HIV e AIDS, na política nacional de resposta à epidemia, e para além das dificuldades estruturais que têm sido vivenciadas não apenas no Rio Grande do Sul, discutia-se sobre “quem são essas pessoas que precisam se unir”. A temática da interseccionalidade e os lugares diferenciados que os sujeitos ocupam, seja no interior do movimento social ou na sociedade, foi central aos debates e vivências articulados durante o Encontro.

É possível, assim afirmar que a principal diferença, entre o evento que agora descrevo e o que foi discutido anteriormente, é a centralidade que a “vida” ocupa. Vida no sentido das experiências vivenciadas pelos sujeitos, que vivem ou convivem com HIV/AIDS, em uma sociedade marcada não apenas pelo estigma, mas também pelo racismo, o machismo, a homofobia e a transfobia e outras práticas de discriminação e opressão. Discutia-se, assim, a necessidade de recolocar a “dimensão da interseccionalidade”, nesse momento político que clama por “união”. A população negra não é atingida pela epidemia da mesma forma que a população branca; a maneira que mulheres são afetadas pela epidemia, não costuma ser a mesma que os homens, discutia-se. Tais especificidades, produzidas por relações sociais de desigualdade, devem ser consideradas nesse enquadramento da “união”. E por mais que,

91 Como o trabalho de Carlos Guilherme do Valle (2002) aponta, a noção de vida é central para a elaboração das políticas identitárias voltadas à garantia dos direitos das pessoas vivendo com HIV e AIDS. É importante chamar atenção para como a afirmação da vida, nesse sentido, refere-se a um contraponto às noções que circulavam da AIDS enquanto uma sentença de morte, como maneira de afirmar os processos existenciais das pessoas afetadas pela epidemia como uma questão de acesso a direitos e à cidadania. Procuro utilizar ao longo da dissertação uma noção de vida similar àquela mobilizada pelas configurações identitárias do movimento social de AIDS, chamando atenção para os processos vivenciados pelas pessoas em suas trajetórias.

como o nome de uma das mesas do Vivendo Nacional indica, “quem tem AIDS tenha pressa”, processos de exclusão podem emergir desses tensionamentos. Talvez por conta dessa própria pressa, crie-se uma união que exclua algumas formas de vida, embora não seja meu objetivo realizar uma descrição de tais tensões. Não realizo aqui uma grande descrição sobre tais tensões, mas procuro trazer elas ao texto, ainda que de maneira bastante simplificada, para evidenciar os termos do debate público colocados ali. Em linhas gerais: é preciso trazer *a vida como vivida* (considerando as diferentes posicionalidades que as pessoas ocupam) para o movimento de AIDS, principalmente em um momento de tantos retrocessos.

3.1. Problemas geracionais: o clamor às famílias e a responsabilização da juventude

Mas que retrocessos são esses que a sociedade civil organizada, em torno da questão da AIDS, enfrenta e denuncia? Alguns já foram abordados nas descrições anteriores e não realizarei aqui uma análise do que foi discutido ou apresentado nas mais de dez mesas que se desenrolaram ao longo dos dois Encontros. Trago apenas uma notícia para elucidar um pouco de tais retrocessos, sentidos ao nível nacional e local. Redigida por jornalistas do site O Globo e publicada no site da Agência de notícias da AIDS em novembro de 2018, a reportagem que circulou em versão impressa nos materiais disponibilizados pela organização dos eventos, além de ter sido mencionada durante falas dos encontros, enfatizava algumas questões relevantes para a reflexão que proponho ao longo da segunda parte desta dissertação, no que diz respeito às temporalidades que se manifestam no debate público sobre HIV/AIDS.

Luiz Henrique Mandetta, então indicado ao posto de Ministro da Saúde, de acordo com a reportagem, afirmara aos jornalistas “ter ressalvas quanto à condução que o Brasil faz de ações contra o HIV”. Mandetta colocaria em dúvida a efetividade das campanhas de prevenção e tratamento, enfatizando o papel que a família deveria ocupar em “conversas sobre sexualidade, como aquelas envolvendo métodos de proteção contra doenças sexualmente transmissíveis”. Sexualidade e saúde é assunto para dentro de casa, não para o governo, as escolas ou as unidades de saúde. Existiriam “pessoas que não querem usar preservativo” e esse comportamento exigiria “diálogo entre gerações, dentro das famílias”. No argumento conservador do candidato ao Ministério da Saúde, é possível encontrar alguns ecos com a narrativa etnográfica que procuro produzir e com as narrativas apresentadas por ativistas ao longo deste capítulo. Considere-se o posicionamento de Carlos Duarte durante o debate público que ocorreu após o despejo da sede do GAPA-RS, em que o ativista coloca como o “sucesso da resposta brasileira à epidemia foi, também, o seu fracasso”. Duarte se referia a certa “banalização da AIDS” no seguinte sentido: uma vez estabelecida uma resposta

— pautada, por exemplo, no acesso universal à terapia antirretroviral — que se acreditava ser um modelo internacional de política de AIDS, os financiamentos para ações de prevenção e outras atividades realizadas por ONGs se tornaram cada vez mais escassos. De acordo com uma colocação de Mandetta ao longo da reportagem, por outro lado:

— O país começou a trabalhar muito a questão do medicamento. *E a aids passou a ser, na cabeça dessa geração, uma doença com a qual é possível conviver* — sustenta. — Houve uma banalização da doença. E aceitamos isso como se fosse uma coisa natural. “Ah, deixa, vamos comprar remédios para todo mundo”. Precisa dosar melhor (O GLOBO, 2018. grifos meus).

Em 1986, Herbert Daniel clamava por uma banalização da AIDS: deveria ser tratada como um problema de saúde público qualquer deveria ser tratado, como um desafio, não como um enigma que se mistifica em discriminação (DANIEL, 2018b). Esse clamor era, como abordado no início da segunda parte da dissertação, em função de todo o estigma que acompanhava uma narrativa misteriosa da doença. Finda o mistério, a banalização⁹² deve ser denunciada: na fala de Duarte, como vimos, houve uma despreocupação pública em relação à AIDS: esta já não era mais tratada como um problema social. O desafio que Daniel trazia em seus escritos já se pensou resolvido, em determinadas redes discursivas marcadas por uma certa onda de “otimismo biomédico” (AGGLETON E PARKER, 2015; PARKER, 2015; SEFFNER E PARKER, 2016), determinadas redes que podem também se manifestar na incorporação da PrEP como uma tecnologia de prevenção. O mesmo otimismo biomédico que parece localizar a participação da sociedade civil na resposta à epidemia como um passado, por toda a discussão acerca do “processo de biomedicalização” que procuro recuperar, apresenta-se em, uma narrativa similar àquela encabeçada por Mandetta. Uma diferença deve ser enfatizada, no entanto: o Ministro da Saúde que assumiu o cargo em 2019, responsabiliza não uma falta de compromisso coletiva, como numa discussão sobre biomedicalização, mas as condutas individuais, sobretudo dos jovens, o que indicaria a necessidade de uma “proteção familiar”. Tornando importante uma reflexão sobre *as histórias que contamos sobre a AIDS, e sobre os futuros que queremos construir*.

Para Mandetta a AIDS é banalizada *pela geração jovem*, uma juventude, que, de acordo com a reportagem, tem sido desproporcionalmente afetada pela epidemia de

92 A noção de banalização da AIDS é também utilizada por Daniela Knauth e colegas (1998) para descrever de que maneira a epidemia de HIV/AIDS era vivenciada em uma vila de Porto Alegre. Frente às situações vivenciadas naquele contexto, viver com HIV ou AIDS, era uma das menores preocupações das pessoas. A epidemia tornava-se algo banal naquele cenário, diferente da narrativa de crise apresentada pela sociedade civil organizada. Nesse sentido, é possível afirmar que existem diferentes sentidos atribuídos à noção de “banalização” e se esta seria ou não desejável.

HIV/AIDS⁹³. Mudanças no comportamento individual — compreendido, talvez exclusivamente, como o uso do preservativo, mas que pode também incluir noções como “abstinência e fidelidade”⁹⁴ —, devem ser gestadas no quadro familiar. Famílias devem ser instrumentalizadas, não cabendo ao Estado intervir, considera o ministro indicado na reportagem. A reportagem continua enfatizando como suas colocações ecoam as afirmações que o presidente eleito, Jair Bolsonaro, fizera no ano de 2010 em um programa de humor: “[o] pessoal vive na vida mundana e depois vem querer cobrar do poder público um tratamento que é caro”. Mobiliza-se, assim, no texto que analiso a informação de que um valor de 1,1 bilhão de reais, considerado como “custos relevantes ao Ministério da Saúde”, foi dispensado para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. De modo a tentar evidenciar que custos seriam esses a que o presidente eleito e o ministro indicado se referia (O GLOBO, 2018).

Como que procurando realizar um “meio de campo”, as colocações de Mandetta são colocadas em contraposição às “reações de especialistas em saúde pública e organizações de combate à aids no país” na reportagem distribuída no material dos eventos. Uma breve contribuição de Ronald Ferreira, presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), é mobilizada indicando o tom de preocupação com mudanças na política de distribuição de medicamentos e na realização de campanhas de prevenção. Outra breve fala mobilizada é a de Alexandre Grangeiro, apresentado como pesquisador da Universidade de São Paulo (USP) e conselheiro da ABIA, é que na ambição do governo Bolsonaro de “tapar os ralos e economizar recursos”, os programas de tratamento e prevenção seriam prejudicados. Em sua fala na reportagem, o pesquisador coloca como tratamento e prevenção têm sido searas que se cruzam, uma vez que ele explica que “[a] pessoa que se trata e tem carga viral indetectável não transmite o vírus”. De todo modo, não é explorada a fundo essa questão. E a fala de Mandetta sobre o papel da família continua ocupando um papel de destaque na reportagem: ainda que a função preventiva da estratégia governamental que “desde 1996 (...) disponibiliza,

93 De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2016, 18,8% e 18,6% dos casos notificados de infecção pelo HIV naquele ano eram na faixa etária dos 20 aos 24 e dos 25 aos 29, respectivamente. Conforme a tabela apresentada no Boletim, houve aumento expressivo nos índices de infecção notificados da primeira faixa etária, a partir do ano de 2012. Um salto percentual de 1% (de 15,9% em 2011, passou-se a 17,0% em 2012) que se manteria crescente até o ano de 2016 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

94 Trata-se de uma alusão que faço ao modelo de resposta ao HIV/AIDS conhecido por “política ABC”: “*avoiding AIDS is as easy as ABC: Abstinence, Being faithful and Condom use*”. Campanhas de prevenção, nesse sentido, seriam pautadas por um reforço à abstinência sexual, à fidelidade entre os parceiros e ao uso do preservativo. Em vez de reconhecer a diversidade sexual, em termos de suas práticas culturais, como as referências utilizadas ao longo deste trabalho procuram realizar, procura-se uma resposta a um nível comportamental que moraliza tais práticas.

na rede pública, tratamento com antirretrovirais a todas as pessoas com vivem com o vírus HIV” seja reconhecida por Grangeiro(O GLOBO, 2018).

A importância dessa reportagem específica para a descrição que procuro realizar reside na tentativa de chamar a atenção não apenas para as histórias que contamos sobre a AIDS e os futuros que queremos construir, como já indiquei, mas também para uma das principais tensões sentidas durante os dias dos encontros. No enquadramento que coloca a “união” como um norte em tempos de retrocessos, uma tensão importante com o enquadramento da “intersseccionalidade” emerge durante os Vivendo. Uma tensão que é geracional, e à qual retornarei ao longo do quarto capítulo, quando recupero uma narrativa histórica da constituição do movimento de AIDS a partir dos relatos produzidos pela mediação das entrevistas, e das considerações finais, quando procuro apresentar uma reflexão sobre meus deslocamentos enquanto um pesquisador jovem no debate público do HIV/AIDS que procuro descrever. No enquadramento algo precário sobre algumas das configurações do “movimento social de AIDS”, que apresento a partir dos Vivendo Nacional e Sul e suas tensões, procuro agora localizar de maneira mais detida a emergência da PrEP durante os quatro dias de debates, lançamentos de livros, oficinas, *coffe-breaks*, almoços, jantãs, apresentações musicais e exposições fotográficas. Em meio ao auditório do hotel foram realizadas uma série de atividades e ao longo delas a PrEP emerge em diferentes momentos.

3.2. PrEP e vida

Pesquisar sobre promessas em termos de inovação biomédica no campo da prevenção ao HIV, talvez, requeira um vocabulário como o que tenho procurado utilizar: a primeira aparição do método preventivo a que me dou conta veio de um comentário, realizado antes de uma mesa de debate iniciar. Estava sentado nas cadeiras dispostas em fileiras no auditório, em frente a uma “mesa” improvisada com um grande sofá onde os “palestrantes” se posicionavam. O tema em questão nem trazia a PrEP como pauta, mas procurava fazer uma abertura do Vivendo Sul, de modo que sua primeira aparição se deu pela via de um *rumor*. Rumor, no sentido mais imediato do termo, por uma rápida interação face-a-face e cujos efeitos não serei capaz de retrair. Uma das pessoas que compunham a mesa de abertura e que era vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, foi rapidamente abordada por alguém da “plateia”: “[e]scuta, é verdade que vai ter PrEP em Caxias?”. A resposta foi positiva, o método preventivo irá chegar à Caxias do Sul, cidade localizada na serra gaúcha. De acordo com reportagem publicada no site da Assessoria de Imprensa da Secretaria Municipal de

Saúde de Caxias do Sul, a partir de dezembro de 2018 (ASSESSORIA DE IMPRENSA, 2018).

Na reportagem não são mencionados que serviços de saúde farão a distribuição da medicação e tampouco se explicam negociações que levaram à implementação na cidade, embora seja possível considerar que se trate do CTA do município, considerando também o que foi disposto nos documentos da Conitec. De acordo com os documentos analisados anteriormente, serviços de saúde especializados como os CTA e os SAE serão privilegiados para a distribuição e oferta de PrEP. Apesar do rumor, no site do Ministério da Saúde, vinculado ao Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, não há qualquer menção à disponibilidade do método preventivo na cidade. É oferecida uma lista de serviços que distribuem a PrEP no Rio Grande do Sul, mas apenas a cidade de Porto Alegre encontra-se listada⁹⁵. Nesse sentido, o comentário que escuto e a reportagem publicada pela Assessoria de Imprensa da Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul indicam movimentos de expansão da promessa da PrEP. Essa mesa de abertura não contou com falas voltadas à PrEP ou às “novas tecnologias de prevenção”, mas procurou apontar para a importância do evento e das linhas de diálogo entre o movimento social, a gestão pública e os profissionais de saúde.

Uma segunda situação em que a PrEP, ou as novas tecnologias de prevenção, emergem ocorreu durante a mesa “Interseccionalidade no contexto da AIDS”, a partir das ponderações de um dos participantes do comitê assessor vinculado ao estudo internacional de PrEP que ocorre na cidade. O comitê assessor costuma ser referido por seus membros como “um verdadeiro quilombo”, sendo que muitos de seus membros possuem uma trajetória de atuação política junto ao movimento negro. A mesa ainda contou com participantes que podem ser vinculados aos movimentos sociais de pessoas trans e de prostitutas, além de ter contado com a participação de uma educadora social que trabalha junto à população em situação de rua. O militante que atua junto ao comitê assessor foi o primeiro a falar: discutia sobre o entrelaçamento entre racismo, saúde da população negra e HIV. O racismo estrutural é colocado como uma das principais barreiras no acesso da população negra à saúde, trazendo questões que devem ser levadas em conta pelo movimento social de HIV/AIDS.

É nesse sentido, considerando a preocupação da mesa e do evento em produzir um diálogo interseccional, que emerge a PrEP como parte das novas tecnologias de prevenção. Trata-se de mais uma forma de prevenção, mais uma *ferramenta*, da qual a população negra

95 Conforme disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/faq/onde-posso-encontrar-prep> (último acesso 28/12/2018).

pode se beneficiar, mas encontra barreiras para o acesso devido ao racismo estrutural. A falta de acesso à informação é apontada como um dos fatores que contribuem para esse enquadramento dos efeitos do racismo estrutural. De maneira similar, outros participantes da mesa se apropriam da PrEP e de novas tecnologias de prevenção, questionando também o próprio formato dessas promessas. Mais do que uma questão de acesso às novas tecnologias de prevenção, prostitutas precisam se preocupar com batidas policiais, pessoas trans com a violência da transfobia: nesse sentido iam as contribuições da mesa. O acesso à informação é atravessado pelas vidas dos sujeitos a quem se destinaria a política. Violências vinculadas ao racismo, à transfobia, ao machismo e outras formas estruturais de opressão denunciadas incidem diretamente sobre o acesso à informação e aos serviços de saúde.

Mas mais do que isso, minam a “autoestima” das pessoas, contribuindo para quadros de vulnerabilidade. É no seguinte sentido que a PrEP pode ser entendida como uma ferramenta a que essas “populações vulneráveis” devem ter acesso: trata-se de algo que pode contribuir para suas vidas. Não se trata de um fim em si mesmo, na fala das pessoas que procuravam trazer essa contribuição interseccional ao evento. Não é uma revolução que irá remover a AIDS no quadro epidemiológico dessas populações, mas antes algo que deve fazer sentido e ser acessado como um direito, algo que pode contribuir na redução dos quadros de vulnerabilidade e na construção de autoestima. Durante a mesa a PrEP não teve uma relevância tão pronunciada, nem mesmo as novas tecnologias de prevenção, ainda que eu procure analisar de que maneira elas foram mobilizadas. Procurava-se apresentar como a vida das pessoas, entendidas pelas políticas governamentais como “populações vulneráveis” ou “sob risco acrescido de infecção pelo HIV”, é atravessada por uma série de violações que incidem sobre a transmissão do vírus. Como negociar o uso do preservativo, ou mesmo pensar em prevenção, quando sua própria vida pode estar em risco a todo momento? É esta a contribuição, este o tipo de questionamento, que a mesa sobre interseccionalidade parece ter produzido com maior ênfase.

Como procuro apresentar ao longo do capítulo, não é apenas como uma maneira de responder a violações dos direitos das pessoas que se observa a emergência da PrEP e sua relação com o acesso ao método preventivo. O amor, a paixão e o gozo também podem contribuir para os sentidos que o método preventivo ganha nas vivências dos sujeitos. Procuro chamar atenção, antes de descrever esta outra performance da promessa biomédica que investigo, como no clamor pela “união”, deve-se encontrar a “solidariedade” na vida das pessoas, não em questões técnicas (e considerando a discussão levantada por Fachinni (2005), talvez sempre se incorra no risco de que esse clamor por “união” resvale, ele mesmo, em uma

“questão técnica”⁹⁶). E a PrEP aqui, enquanto rumor, promessa ou medicação, não é algo técnico — ou algo estritamente técnico. De fato, existem suas tecnicidades, como explorei longamente na primeira parte da dissertação, mas elas são atravessadas por associações que se manifestam na vida das pessoas. São atravessadas por essas associações, mas também as produzem, por isso a defesa na direção do acesso à tecnologia preventiva que aparece no que chamo agora de “uma PrEP portoalegrense”. Que é essa PrEP que emerge da mesa, a partir da preocupação com o acesso, que pode ser localizada também como algo encabeçado pelo comitê que tem assessorado o estudo internacional que acontece na cidade. E que é uma PrEP que é também a confusão semântica que eu descrevo: ao mesmo tempo é e não é um experimento, uma política pública, uma injeção ou um comprimido de uso diário.

Entrecruzando PrEP e acesso, descrevo que uma outra PrEP emerge das atividades dos Encontros, desta vez do Vivendo Nacional. Chamo ela de “uma PrEP carioca ou paulista”, que as solenidades de lançamento de publicações da ABIA performam, dentre as quais o boletim “Truvada® Livre!”. O boletim traz uma série de textos acerca da PrEP e procura apresentar o processo de mobilização contra o pedido de patente do medicamento utilizado no esquema preventivo. Não me aprofundo numa descrição dessa PrEP carioca ou paulista, uma vez que não realizei uma pesquisa sobre o debate público envolvendo a questão da AIDS na cidade do Rio de Janeiro ou em São Paulo. Mas por estar vinculada à presença da ABIA e do GTPI em um debate público que incluiu a defesa contra o pedido de patente pelo laboratório Gilead Sciences no Brasil, pode-se considerar que é pela via do acesso a uma *ferramenta de prevenção* que a PrEP emerge como parte de um debate público mais amplo sobre HIV e AIDS naquelas localidades. Essa consideração entre uma PrEP portoalegrense e uma PrEP carioca ou paulista é realizada no sentido de enfatizar as diferentes trajetórias que a intervenção biomédica têm tido. Não se trata de procurar localizar o que quer que seja a especificidade de cada uma dessas versões, mas de notar que, caso a pesquisa fosse realizada no Rio de Janeiro ou em São Paulo, muito provavelmente as associações e os rumores que persigo seriam outros. Os termos do debate público e a maneira como a intervenção biomédica emergem, também. Além disso ao enfatizar essas diferentes localidades, pode-se

96 A noção de que ONGs vinculadas ao movimento homossexual ou ao movimento de AIDS trabalham com um “público alvo” pode ser indicativo de como toda uma discussão sobre interseccionalidade pode ser reduzida a uma política de identidades discretas. No entanto, a contribuição de Facchini (2005) permite chamar atenção para como, mesmo com a ideia de que exista um “público alvo” de atuação, os rachs demonstravam a dinamicidade relativa aos próprios processos de produção da diferença. Ou seja, por mais que exista um clamor à união, esta união não acontece sem tensões: é, antes resultado, de coalizões complicadas e provisórias que se relacionam às pautas específicas que a mobilização social pretende alcançar.

também apontar que a PrEP não se trata de algo universal, mas que aos poucos tem se expandido como uma frágil (dados os retrocessos), porém promissora política de prevenção.

Mas de modo geral, tanto a preocupação em garantir o acesso a populações mais vulneráveis, encabeçada pelo comitê cujos membros foram importantes interlocutores a esta investigação, quanto a preocupação em garantir que o Truvada esteja livre do monopólio de um laboratório farmacêutico, encabeçada pela ABIA e o GTPI, parecem indicar a importância que “o acesso” teria em um debate público, que independe das localidades mencionadas. Não está em pauta uma revolução nos costumes, mas sim a implementação de uma promissora ferramenta de prevenção nos cotidianos de cuidado com a saúde. Implementação que deve considerar um acesso expandido à intervenção biomédica, sobretudo por populações consideradas vulneráveis. E implementação que não é um fim último a ser alcançado, mas apenas um braço, talvez ainda diminuto, de um debate público sobre HIV e AIDS bem mais amplo, como procurei apresentar ao longo deste capítulo que encerro com a descrição de uma oficina sobre prevenção combinada. E é aqui que o papel do gozo, para além da violência emerge em algumas narrativas que performaram o método preventivo durante o evento⁹⁷. Tais narrativas podem ser úteis para uma reflexão sobre a suposta “revolução dos costumes” que por vezes é associada ao método preventivo.

3.3. É pro seu bem... mas eu não quero.

Durante o Vivendo Nacional participei, junto de meu colega Thiago Batista e de uma interlocutora desta investigação, da oficina “Prevenção Combinada: Troca-Troca”. Diferente das mesas, essa oficina ocorreu de maneira simultânea a outras quatro atividades, também no formato de oficinas, de modo que nem todos os participantes do evento estiveram naquela roda de conversa. Roda de conversa que não se pautou simplesmente pela conversa, mas começou inicialmente com uma dinâmica. Os participantes da oficina deviam ficar em pé, divididos em dois grupos, de modo que uma pessoa ficasse na frente de outra. Essas pessoas não poderiam ser conhecidas entre si. Uma das filas deveria dizer enfaticamente “mas é pro seu bem”, enquanto a outra fila respondia, também de forma enfática “mas eu não quero”. A dinâmica durou alguns minutos e eu fiquei do lado que negava repetidamente. Havia pensado que se tratava de uma negociação entre parceiros, de que métodos preventivos iriam usar, ou alguma coisa do tipo. Talvez até pudesse ter tido esse viés, mas como a maioria das

97 Não procuro realizar uma contraposição entre “gozo” e “violência”, por entender que amor ou paixão, termos êmicos que ficarão evidentes na próxima seção, não necessariamente ocorrem de uma maneira que respeite a autonomia das pessoas envolvidas. Violações diversas também atravessam o que quer que seja amor ou paixão.

contribuições na roda de conversa foram em outra direção, acabei me dando conta de que se tratava de uma conversa entre um profissional de saúde, que recomendava o uso de algum método preventivo, e um paciente, que negava enfaticamente que iria usá-lo.

Pouco importava qual era o método de prevenção, mas sim a relação que se estabelecia. Foi esse o principal ponto das discussões realizadas. Mais do que produzir um convencimento do tipo “use camisinha”, era necessário construir um vínculo, uma troca intersubjetiva para que as duas fileiras que anunciavam coisas opostas chegassem a algum resultado favorável. Pouco se falou de PrEP, embora ela fosse mencionada como um método preventivo em alguns momentos: o que importava era o estabelecimento de uma relação que pudesse ser significativa, que pudesse produzir o que publicações da ABIA vêm chamando de uma “pedagogia da prevenção” (GAVIGAN et al, 2015). Seria nesse enquadramento “mais humano”, mais focado na vida como vivida, mais próximo das análises que o quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos propõem (AYRES, PAIVA E FRANÇA-JUNIOR, 2012; PAIVA, 2012; PAIVA E ZUCCHI, 2012), que procura se produzir algum conhecimento. O acesso à informação e aos métodos preventivos, tão importantes para a emergência da PrEP no debate público, emergem desta oficina como questões que devem ser resolvidas nessas práticas de acolhimento e cuidado com a saúde. E é por essa via que a PrEP emerge, não como a possível garantia de um direito frente a um quadro mais amplo e mais estrutural de violências, como na mesa descrita anteriormente, mas pela via do gozo, do amor ou da paixão.

Conforme vivenciado durante o encontro, é na vida das pessoas que tais temporalidades aparentemente desconexas convivem, e procuro trazer como ilustração do vivido aqui, a fala de um rapaz durante a oficina. Durante a oficina um jovem em seus vinte e poucos anos contava que havia soroconvertido porque não conseguia negociar o uso do preservativo com seu namorado de então. Por mais que ele soubesse de todos os outros métodos preventivos, inclusive a PrEP e a PEP, ele soroconverteu. Ele, e outros participantes da oficina, começam a conversar sobre como a presença de um método preventivo como a PrEP poderia ter evitado sua soroconversão. “Peguei HIV por amor”, dizia o rapaz. Nesse sentido, a intervenção biomédica emerge como uma droga que torna o amor — mas poderia também tornar “a paixão”, termo também utilizado na oficina para se referir a atos tomados de maneira pouco lúcida, ou talvez mesmo *o gozo*, que me parece apropriado por, talvez, juntar ambos os aspectos — possível. Não sendo preciso negociar com seus parceiros, como o caso do uso do preservativo, haveria assim uma autonomia que o método preventivo garante às relações afetivo-sexuais. Esta é uma autonomia que torna o amor, a paixão ou o gozo

possível, ao mesmo tempo em que, talvez, possa retirar de cena a negociação entre parceiros sobre como produzir alguma segurança nas relações sexuais. Este é um “talvez” que procuro utilizar com cuidado, na medida em que, se a tecnologia emerge associada a tal narrativa, pode-se considerar que esse tipo de negociação não aconteça de fato na prática das relações afetivo-sexuais.

Esse cuidado, por sua vez, justifica-se também pela questão de que a PrEP tem se manifestado, como procuro notar ao longo da dissertação, mais como “uma ferramenta de prevenção” do que como “uma revolução sexual”. Longe de provocar uma revolução nos costumes, o método preventivo de acesso ainda pouco satisfatório parece mais é se encaixar com as expectativas sobre tais costumes. O que amor, paixão e gozo teriam a nos dizer sobre PrEP e sexualidade é que as pessoas não vão deixar de usar camisinha em função do método preventivo, como as leituras mais conservadoras têm colocado, elas já não usavam antes dele sequer aparecer. E não usavam porque amavam, porque se apaixonavam ou porque simplesmente “queriam gozar” — e existem também situações mais dramáticas, marcadas por violências de diversas ordens em que a negociação do uso do preservativo não é possível. E essa linha mais afetiva emerge de uma oficina sobre prevenção combinada que, por mais que considere a questão da autonomia, não aborda essa autonomia como uma escolha individual, a ser realizada por um sujeito que simplesmente é presumido como alguém que tem acesso à informação e aos métodos preventivos. Prevenção combinada na oficina que participei não foi “o cardápio de escolhas de métodos preventivos” que costuma ser apresentado, mas antes algo que *se combinava* em uma relação (no caso entre um profissional de saúde e o paciente).

Pode-se argumentar que não existe um antes e um depois da PrEP, nesse sentido dos costumes. Já não se utilizava o preservativo da maneira esperada antes mesmo da PrEP (ou dos outros métodos preventivos que compõem o cardápio da prevenção combinada) aparecer — e ela emerge, é bom enfatizar mais uma vez, de um campo experimental que buscava justamente por intervenções biomédicas que não dependam de uma negociação com o parceiro, de seu conhecimento ou consentimento para serem eficazes (MICHAEL E ROSENGARTEN, 2013). Não é um tipo de discussão mobilizada nos documentos da Conitec, mas que talvez poderia servir como uma bandeira política, capaz de também ser utilizada contra o conservadorismo que ameaça a emergência da frágil promessa. Os argumentos utilizados nos documentos que analisei na primeira parte da dissertação, são outros: evidências científicas dos estudos experimentais de PrEP que afirmam que não houve mudança de comportamento sexual, a respeito do uso de preservativo ou número de parceiros. Não se questiona o controle que se julga necessário, conforme as publicações científicas, no

campo da sexualidade, de modo que dificilmente estaríamos lidando com a construção de uma promessa que se pretende revolucionária. Ainda que naquelas publicações a avaliação do número de parceiros ou do uso do preservativo, e sobretudo dos índices de infecções sexualmente transmissíveis, talvez sejam necessárias para considerar a eficácia do método preventivo com relação a outras ISTs ativas, tais dados podem ser mobilizados de outra maneira.

Em vez de serem mobilizados como maneira de propor uma avaliação de como uma infecção sexualmente transmissível pode afetar a efetividade da PrEP, a mobilização de evidências científicas sobre o “comportamento sexual” pode resvalar num campo moral complicado. Como maneira de responder a uma ansiedade, que setores e posturas conservadoras têm demonstrado, relativa à sexualidade, pode-se produzir uma rubrica científica de que “quem usa PrEP se comporta”. Procuo argumentar aqui que, ao se considerar a maneira pela qual o método preventivo pode produzir alguma autonomia nas práticas de prevenção ao HIV/AIDS, uma importante contraposição a um controle mais rígido sobre as práticas sexuais pode se efetivar. Trata-se de efetivar um questionamento acerca da necessidade de responder a essa ansiedade, localizando a autonomia que o método preventivo pode produzir como uma forma de potencializar a promessa carregada pela PrEP. Na medida em que uma autonomia, referente às práticas de prevenção no campo da sexualidade, pode estabelecer o método preventivo como algo desejável: frente a uma série de vulnerabilidades que podem tornar a negociação do uso do preservativo algo inviável. É em relação à vida das pessoas que uma política pública de prevenção como a PrEP pode ser melhor efetivada. É considerando as suas escolhas, em relação às situações de vulnerabilidade que vivem, que o método preventivo pode mostrar seu potencial. Não em relação a uma moralidade que descontextualiza as práticas sexuais, procurando responsabilizar os sujeitos por efeitos dos quais eles muitas vezes não detêm controle absoluto, como no caso do relato que o rapaz tinha dado aos participantes da oficina.

CAPÍTULO 4: UMA QUEBRA NO RITMO — DA URGÊNCIA À REFLEXÃO

Início o capítulo final da dissertação realizando uma breve apreciação dos capítulos anteriores e dos deslocamentos realizados. Nos capítulos que compõem a primeira parte da dissertação, foi explorado a maneira pela qual uma promessa é performada enquanto política pública de prevenção atentando aos processos de convencimento e estabelecimento de práticas clínicas recomendáveis. Processos de exclusão diversos foram descritos, seja da própria história da constituição dessa promessa, que consigo recuperar de maneira algo precária, ou através do desenho da nascente política pública de PrEP no SUS. Aproveitei de uma tensão analítica entre a construção de fatos científicos e tecnologias, pela contribuição sobretudo de Bruno Latour, e a performatividade (*enactment*) de tais tecnologias na prática, partindo do trabalho de Annemarie Mol, perseguindo uma emergência da promessa que investigo. Utilizo da tensão analítica para chamar atenção ao caráter normativo que os documentos trazem na constituição da política pública de prevenção. No terceiro capítulo, rompo com a noção de uma resposta ao HIV/AIDS, para prosseguir uma descrição do que procuro performar, através da inscrição etnográfica, como um debate público. Procurando reconhecer como essa inovadora promessa da prevenção emerge em um debate público mais amplo sobre o HIV/AIDS em Porto Alegre, tento localizar os termos do debate, considerando a posicionalidade do “movimento social de AIDS”. Tal deslocamento teórico-metodológico permite apreender a PrEP em sua multiplicidade, ainda que não trate de uma multiplicidade de performances na prática clínica como o trabalho de Mol (2002) realiza. De modo que, procurei valer-me de algumas metáforas sugeridas pelo “próprio campo”, para retrair as associações que incidem nas diferentes temporalidades do passado, presente e futuro.

Mantenho este rompimento ao longo do quarto capítulo, enquanto procuro aprofundar algumas considerações realizadas no capítulo anterior, sobretudo no que tange ao movimento social de AIDS, às políticas governamentais, às histórias que contamos a partir da epidemia e ao futuro que queremos construir. Se existe algo de similar aos três primeiros capítulos da dissertação é a marca de uma temporalidade de urgência: de um ritmo acelerado, onde decisões devem ser tomadas com celeridade para garantir não apenas o direito à saúde, mas também à vida. A ser vivida de uma maneira plena, como defendem ativistas. Este capítulo lida com uma outra temporalidade que reorganiza os entrecruzamentos entre passado, presente e futuro. Trata-se de um ritmo mais lento e reflexivo, que pôde ser produzido através das entrevistas realizadas, em contraposição à urgência para chegar a “uma resposta” para “o problema” da epidemia de HIV/AIDS. O tom de voz inflamado encontrado nas falas dos

eventos que descrevi, dá lugar a um tom de voz mais lento e a uma escuta mais atenta ao que é dito, demonstrando uma preocupação em produzir algum entendimento. Não trabalho aqui com documentos que seguem o fluxo dessa temporalidade de urgência, para garantir a efetivação de uma nova política pública de prevenção na janela temporal instituída pela Conitec tampouco. O último capítulo da dissertação é marcado por relatos que procuram localizar a história do HIV/AIDS e sua “resposta”, de seu debate público e da promessa que investigo de maneira mais cuidadosa. Ao descrever a importância dos Vivendo, procurei já marcar ao longo da descrição a mudança de ritmo que se efetiva de maneira mais pronunciada ao longo do último capítulo. Naquela ocasião, mais do que deliberações políticas importava, ainda que a urgência estivesse presente: as próprias vivências eram trazidas à cena.

Essas quebras no ritmo dobram de maneira diferenciada as temporalidades envolvidas no debate público que procuro descrever ao longo deste capítulo, através de entrevistas realizadas com seis ativistas, vinculados ao comitê comunitário que assessora o ensaio clínico com PrEP injetável e ao GAPA-RS. Permitindo, assim, que seja lançada uma reflexão sobre as narrativas que performam diferentes temporalidades na “resposta ao HIV/AIDS”. Como já desenvolvido, as entrevistas foram realizadas de forma semi-estruturada, sendo gravadas e posteriormente transcritas, procurando aprofundar relatos sobre os rumores perseguidos. Perseguidos tanto no sentido do debate público mais amplo sobre HIV/AIDS, conforme acontece em Porto Alegre, quanto no sentido da promessa da PrEP que procuro localizar nos termos do que é debatido. Foram entrevistados, entre os meses de novembro de 2018 e janeiro de 2019: Mariana, Leonardo, Cecília, Pablo, Matheus e Daniela. Mariana, Pablo, Matheus e Daniela são ligados ao comitê vinculado ao estudo internacional que ocorre em Porto Alegre; Leonardo, Cecília e Pablo, ao GAPA-RS, sendo que Matheus relata em sua trajetória que já foi vinculado à primeira ONG/AIDS do Rio Grande do Sul⁹⁸. Cada uma das pessoas entrevistadas foi contatada previamente, sendo que a negociação para realização das entrevistas seguiu de modo a considerar uma apresentação dos objetivos da presente investigação e de que informações deveriam ser mantidas em sigilo ou não. Em tal negociação, parti da pressuposição de que os interlocutores da investigação gostariam de ter informações pessoais divulgadas. Nesse sentido, como a questão da divulgação de informações, referentes aos nomes e cargos que ocupam, em contraponto a um sigilo que possa resguardar a segurança dos interlocutores, não partiu diretamente de demandas realizadas por eles, optei

98 Houve uma tentativa de realizar entrevista com mais uma ativista, que atua tanto no GAPA-RS, quanto no comitê assessor do estudo que ocorre em Porto Alegre. No entanto, os contatos iniciais não se efetivaram, de modo que a investigação realizada não conta com seus relatos.

por mobilizar nomes fictícios na escrita desta dissertação. Mantenho a referência ao GAPA-RS enquanto uma instituição em função dos acontecimentos que narrei ao longo da dissertação e da relevância que o despejo da sede parece ter ganhado no debate público que investigo.

A importância do grupo mencionado também se deve ao fato de se tratar da primeira ONG/AIDS do Rio Grande do Sul, tornando-se uma referência no debate público. Debate público que deve ser entendido como as políticas de produção do conhecimento vinculadas à resposta a epidemia. Sua participação histórica ao longo da consolidação de tal debate público em Porto Alegre é relevante à investigação realizada, permitindo um acesso privilegiado às narrativas que performam diferentes temporalidades. Quanto ao comitê, a importância de sua participação em interlocução com a pesquisa realizada se deve às performances que realizam sobre a PrEP em suas ações de prevenção. Deste modo, explico que na apresentação dos objetivos da pesquisa junto a seus interlocutores, informei que o que venho procurando investigar é a emergência de promessas, em particular da PrEP, em tempos de retrocessos na política nacional de HIV/AIDS. Como explorado no terceiro capítulo, tais retrocessos começam a se evidenciar, na investigação realizada, pela ordem de despejo da sede do GAPA-RS, além dos problemas no abastecimento de medicações antirretrovirais e de discursos conservadores que têm aflorado. Procurei evidenciar, ao apresentar os objetivos da investigação, de que os relatos produzidos seriam analisados na direção de entender que desafios carregam estes tempos de grandes promessas e retrocessos sentidos no campo da “resposta” ao HIV/AIDS. Ao longo da escrita deste capítulo, será recuperado que sentidos ganha a noção de prevenção, a partir das histórias que contamos sobre a AIDS e os futuros que queremos construir. Considero que seja nessa direção que é possível compreender como uma promessa como a PrEP passa a emergir em meio aos retrocessos que são sentidos no campo.

Diferentes posicionalidades emergem dos relatos produzidos pela mediação das entrevistas realizadas, revelando que não existe uma homogeneidade interna entre os grupos, mas uma heterogeneidade de trajetórias. As trajetórias pessoais, políticas e profissionais de cada pessoa entrevistada são, nesse sentido, reveladoras de diferentes narrativas que serão exploradas ao longo deste capítulo. Mariana e Daniela atuam como profissionais de saúde, além de estarem também vinculadas a movimentos sociais de mulheres negras. Mariana coordena projetos em uma associação vinculada ao movimento de mulheres negras e Daniela, além de atuar como promotora da saúde da população negra, tendo participado de formações específicas sobre a pauta, e exerce também papel de controle social nessa área. Leonardo, Cecília, Pablo e Matheus possuem uma trajetória mais marcada pelo “movimento social de

AIDS”, sobretudo considerando anos de atuação junto ao GAPA-RS. Ou mesmo outras instâncias, em esferas governamentais, como no caso de Matheus, que é vinculado ao comitê envolvido com a pesquisa internacional que ocorre em Porto Alegre e já participou de instâncias governamentais da resposta à epidemia na cidade. Essas trajetórias que sumário na introdução deste capítulo final são indicativas das complexidades das pautas e coalizões políticas vinculadas às ações da sociedade civil organizada na resposta ao HIV/AIDS.

No decorrer do capítulo, portanto, procuro discutir sobre a noção de que exista um “movimento social de AIDS” unificado, chamando a atenção para essas diferentes posicionalidades na produção dos relatos que agora ganham foco analítico. Realizo essa problematização enquanto descrevo histórias sobre o movimento social de AIDS e “a resposta à epidemia” preconizada no Brasil e em Porto Alegre, a partir dos relatos produzidos nas entrevistas. Essa tarefa analítica marca um primeiro movimento no capítulo em que procuro escapar de acontecimentos mais pontuais, como o processo de incorporação da PrEP acessado pelos documentos publicados pela Conitec na primeira parte da dissertação, ou dos eventos descritos no capítulo anterior. É na descrição destas histórias, bem como dos desafios relatados sobre a “resposta à epidemia”, que procuro chamar atenção para as temporalidades e processos que movimentam os termos do debate público que me proponho a investigar durante a segunda parte da dissertação.

Espero com tal análise, bem como com a descrição das narrativas aqui consideradas, propor uma reflexão sobre as temporalidades que esta investigação produz, à medida em que persigo rumores e escrevo esta etnografia. Rumores que performam tanto a intervenção biomédica promissora, que de modo ainda incipiente se manifesta como política pública, quanto o debate público em torno do qual essa promessa pode ganhar sentido. Rumores que podem permitir a emergência da epidemia de HIV/AIDS e suas intervenções biomédicas, como o caso da PrEP, enquanto objetos dobrados. O argumento geral, nesse sentido, é de que algo persiste, apesar de todos os avanços e retrocessos: o estigma, ou o “vírus ideológico” responsável pelos processos de estigmatização e discriminação das populações e das pessoas afetadas pela epidemia. Essa reflexão pode também se endereçar aos seguintes questionamentos: que histórias queremos contar sobre a AIDS? Que futuros queremos construir? E que tempos são esses em que vivemos?

1. Do movimento social de AIDS: posicionalidades e gerações

Como procurei discutir ao longo da introdução a este capítulo, apresentando os sujeitos entrevistados na pesquisa, não existe algo como “o movimento social de AIDS”. Isto

é, há organização da chamada sociedade civil, mas esta organização não é homogênea, nem delimitada a espaços e instituições discretas. O que não existe, nesse sentido, é uma coesão interna, sendo mais adequado descrever “o movimento social de AIDS” como uma imensa colcha de retalhos, como propôs o relato de Leonardo:

É que assim, o movimento AIDS... a gente fala muito no movimento AIDS, que o movimento AIDS, em si, não existe. Existe uma imensa colcha de retalhos então, não sei... Porque as primeiras pessoas que se viram como sobreviventes de AIDS foram os gays, através do Grupo Somos de São Paulo, lá no início da década de 80. (...). Então foram eles que começaram a fomentar, então aquela coisa assim, tu junta gays e tu junta trabalhadores em saúde preocupados com o que tá acontecendo e sem saber o que tá acontecendo, mas como caía no colo deles... tem que resolver: como é que a gente vai cuidar de uma coisa que a gente não conhece? Tu junta gays, junta profissionais de saúde, junta enfim, esses grupos, e daí quando tu começa a saber de que AIDS não é uma doença de homossexual que mulheres têm, aí o movimento de mulheres se uniu nessa coisa, aí o movimento de usuários de drogas, vem os hemofílicos (...) (ENTREVISTA COM LEONARDO, NOVEMBRO DE 2018).

Este é um relato que já aponta para uma questão das narrativas que circundam diferentes temporalidades sobre a epidemia do HIV/AIDS, sobre o ontem, o hoje e o amanhã, à medida em que o tema participa de um debate público. No entanto, antes de prosseguir nessa direção, procuro enfatizar que as diferentes posicionalidades que descrevo ao apresentar os sujeitos de pesquisa não são nenhuma novidade no que se refere a este debate que procuro retrair. Gays, profissionais de saúde, mulheres, usuários de drogas e hemofílicos, para fazer referência aos grupos mobilizados no trecho do relato, já começavam a compor uma arena política. Existe, portanto, uma heterogeneidade de atores já bem conhecida e incorporada às narrativas que envolvem o debate público. De modo similar ao que Steven Epstein (1996) nota sobre os primeiros anos da epidemia nos Estados Unidos, é possível afirmar que: uma “ciência da AIDS” no Brasil é estabelecida como uma “ciência impura”, atravessada desde cedo pela participação da sociedade civil organizada.

Nessas políticas de produção do conhecimento envolvendo o HIV/AIDS, um alto grau de politização vêm acompanhando o debate público desde a emergência da epidemia, tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos. O trabalho de Regina Facchini (2005), por exemplo, demonstra como em meio a um processo de redemocratização, a emergência e consolidação de um “movimento homossexual” foi em muito atravessada pela participação política de grupos e associações vinculadas a esse movimento nas políticas de uma nascente epidemia de AIDS. O relato de Leonardo, como mobilizado aqui indica esse primeiro momento da configuração de uma mobilização da chamada sociedade civil nessa direção. Além de também apontar para uma maior abertura e desvinculação ao outrora chamado “movimento homossexual”.

Um primeiro momento, apontam Grangeiro e colegas (2010), em trabalho sobre a criação de estratégias de descentralização e municipalização da resposta à AIDS, que foi também marcado por respostas locais à epidemia, desenvolvidas no âmbito dos Estados e Municípios que identificaram os primeiros casos de AIDS no Brasil. Em determinado contexto, no entanto, houve um processo de centralização da resposta à epidemia com uma maior participação do Ministério da Saúde, considerando a criação do Programa Nacional de DST e AIDS em 1985. Tal processo se deve a uma atuação de maior envergadura do Programa Nacional, a partir de 1993 com a assinatura do primeiro Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial (GRANGEIRO et al, 2010)⁹⁹. Essa maior abertura e descolamento inicial com o “movimento homossexual”, presentes no relato de Leonardo, portanto, acompanharam um processo inicial de centralização da resposta à epidemia no nível do Ministério da Saúde. Sendo após a formatação dessa política, centralizada no nível nacional, que ocorre um *boom* do “movimento social de AIDS”.

Mas uma das coisas que aconteceu com o movimento AIDS foi que ele cresceu demais. O que antes tu tinha organizações em alguns lugares... nos encontros de ONG/AIDS nós reuníamos 100 ONGS/AIDS, tínhamos um encontro com mil e quinhentos pessoas, mas tinham umas 300, 400 ONG/AIDS atuando. ONGs que trabalhavam com AIDS e a gente nem conhecia, mas que iam pros encontros de ONG/AIDS e a gente conhecia elas lá. (...) (ENTREVISTA COM LEONARDO, NOVEMBRO DE 2018).

Trata-se de um processo que Leonardo critica à medida em que nota como, com o crescimento o movimento social de AIDS, foram “perdidas as relações” das diferentes pessoas que participavam e atuavam em ONGs e outras redes da chamada sociedade civil organizada. O aspecto que julgo relevante chamar atenção por enquanto, no relato produzido pela entrevista com o ativista, é que o fenômeno do crescimento do movimento social também implica em uma determinada narrativa que será aqui descrita através dos relatos coletados. Trata-se de uma narrativa que é histórica e que, por isso mesmo, estabelece uma determinada passagem do tempo, colocando em evidência diferentes gerações de ativistas que atuam como parte da colcha de retalhos que seria o movimento social de AIDS.

Ontem, uma história do HIV... O HIV surgindo lá na década de 80 aquele *boom* do HIV e eu comecei a trabalhar com as questões de HIV lá nos anos 2000, assim porque, eu tava lá na casa dos 20 anos... foi quando eu entrei no movimento, na década de 90 que foi a geração mais atingida assim, por toda a questão assim, do surgimento da coisa da medicação, do AZT, a coisa da prevenção que era, é o negócio era focado no preservativo. As campanhas, não é? Mas eu me lembro que muito isso da história do HIV, que tinha um grupo específico, aí lá pelos anos 2000 a coisa muda, não tinha mais um grupo de risco, mas a juventude é... já era também

⁹⁹ Trago a referência a trabalhos como os desses autores na medida em que tornam possível o estabelecimento de um diálogo entre as políticas governamentais de “resposta à epidemia” e a participação da sociedade civil, acessada através dos relatos produzidos nas entrevistas.

muito atingida pela questão do HIV e a população negra, principalmente as mulheres negras. E aí eu entro numa organização que começou a trabalhar diretamente com isso, porque lá no início as mulheres negras já diziam: “olha é preciso olhar pra população negra, que essa vai ser a população mais atingida, que é a população pobre, que não tem acesso aos serviços” (...) (ENTREVISTA COM MARIANA, NOVEMBRO DE 2018).

Não, não trabalhava [com a temática do HIV/AIDS]. Eu sempre fui muito, muito voltada, assim, pra parte social, né, no atendimento, né, envolvendo cidadania, e sempre com algum tipo de movimentação em relação a prevenção dentro da unidade. Mesmo sendo preconceito, né, com o foco nas políticas públicas, sempre tem que ter alguém que dê pra eles a frente, né, e eu prefiro fazer isso, tomar a frente, pra falar sobre prevenção nos grupos, pra divulgar e fazer, pra criar material novo, né? E me interessam muito as questões das minorias, né, população negra, faço militância no movimento negro, na saúde, né, como promotora, e aí não tem como falar em militância e em saúde e não falar de HIV. A gente sabe que nossos números de HIV estão muito altos, agora aumentou também pros jovens, e aí tu acaba acompanhando uma falta de fala em prevenção, e mais uma fala em tratamento. E aí nós trabalhadores, a gente vê de uma outra maneira, a gente precisa estar falando em prevenção, e prevenção não é só camisinha, prevenção é “N” maneiras, e a camisinha que previne, mas temos outros métodos, como a PrEP mesmo, e muitos, muitos usuários, e até mesmo profissionais, eles não têm conhecimento, e se tu não tem conhecimento, como é que tu vai transmitir pro outro, né? (...) (ENTREVISTA COM DANIELA, NOVEMBRO DE 2018).

Os relatos dispostos acima, no entanto, fazem referência a trajetórias de pessoas que passaram a atuar numa geração mais recente do movimento social de AIDS, conforme o relato de Leonardo. Engajando-se nas pautas levantadas a partir da especificidade da saúde da população negra. Esta é uma questão que seria possível de relacionar aos sucessos e conquistas, ainda que relativos, da experiência da geração anterior. No relato produzido pela entrevista com Leonardo, tal diferença geracional pode também ser associada à garantia do acesso universal aos antirretrovirais, estabelecido pela Lei 9.313 de 1996 (BRASIL, 1996).

Então teve a fase do terror [na década de 1980] e as pessoas morriam como baratas... a partir de 96 há uma nova fase. Digamos assim, até 96, talvez a gente diga que... aquela coisa que eu falei do silêncio igual à morte e do fazer barulho pra mostrar que tá vivo. A segunda fase que é “o se esconder pra morrer e se mostrar pra viver”, que é o lema da RNP [Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS]. Ou as mulheres, as Cidadãs PositHIVas, que assumiram o lema acho que da luta de mulheres contra o câncer, que é aquela “nada sobre nós sem nós”, sabe? Então tu vai começando o teu protagonismo, o ator muda... o protagonismo sai... como é que eu vou dizer, assim, as pessoas deixam de serem representadas, pra se representar. (ENTREVISTA COM LEONARDO, NOVEMBRO DE 2018).

Essa associação entre a Lei de Acesso Universal, no entanto, e as mudanças em termos da representação e protagonismo no movimento social, não é realizada explicitamente pelo relato de Leonardo. O que está em questão é como, a partir do ano de 1996, um outro tipo de mobilização se torna possível e diferentes frentes são criadas. É possível uma outra lógica de representatividade: enfocando-se, conforme a leitura do ativista, mais na luta por direitos do que num enfrentamento à epidemia. Trata-se de um deslocamento geracional que me foi

descrito em complexidade pelo ativista, enfatizando uma multidirecionalidade de causas e efeitos e que, na presente dissertação, exploro a partir de uma *narrativa de banalização da epidemia*.

É, então, o movimento AIDS ele vem de uma grande colcha de retalhos e daí essa colcha se fragmenta quando entra muito mais na luta de direitos do que na luta de... dos direitos pessoais assim, então na luta de direitos dos negros, direito de mulheres — que acho que são legítimas e não to questionando mérito — volta... cai na sua pauta e... então a mulher foca no aborto, o gay foca no casamento, o negro foca no racismo institucional, tu perde a unidade de focar no HIV e cada um vai pro seu lado, então a AIDS passa a ser transversal e acaba caindo a AIDS, o ativismo de AIDS acaba caindo num assistencialismo. (ENTREVISTA COM LEONARDO, NOVEMBRO DE 2018. Grifo meu).

Sobre a questão da banalização, retornarei à ela num momento mais oportuno do texto, quando elaborar com maior profundidade os relatos produzidos pela mediação das entrevistas. Procuo apenas relembrar o que discuti ao longo do terceiro capítulo, apresentando a reportagem sobre os posicionamentos de Luiz Henrique Mandetta (O GLOBO, 2018). Considero de extrema importância já tornar explícito o seguinte questionamento aqui, ainda que esta questão venha a ser elaborada mais adiante no capítulo: “*quem banaliza o quê?*”, na medida em que dependendo da resposta, é possível recair em leituras estigmatizantes como as mobilizadas por Mandetta.

A crítica realizada por Leonardo nessa inflexão geracional, bem como dos outros ativistas que possuem alguma vinculação com o GAPA-RS, como Cecília ou Pablo, diz respeito a uma redução da atuação de diferentes entidades do movimento social a um “caráter assistencialista”. Esse “caráter assistencialista” também acompanhou os anos iniciais da ONG/AIDS, à medida em que a política governamental de resposta ao HIV/AIDS se constituía no âmbito do Programa Nacional (GRANGEIRO et al, 2010)¹⁰⁰. Cecília começou a participar da ONG/AIDS no ano de 1999, se aproximando de suas propostas em função de trabalhos que realizava durante sua formação em Ciências Sociais; já Pablo no ano de 2001, logo após a conclusão do Ensino Médio, quando tal caráter assistencialista já não estava tão presente na atuação da ONG:

O GAPA era uma instituição com um viés mais assistencialista no início, porque a própria dinâmica da epidemia um pouco exigia isso, então tinha a questão dos medicamentos que as pessoas não tinham acesso, tinha a própria questão de disponibilização de cesta básica, as pessoas ficavam muito fragilizadas, perdiam seus empregos, então tinha toda uma questão assistencialista que o GAPA dava conta no começo. (...) Em 96, com o acesso universal à terapia antirretroviral,

¹⁰⁰ Em seu trabalho, Seffner (1995) também explora, a partir de relatos de pessoas vinculadas à formação da ONG/AIDS em 1989 a participação do grupo em ações de protesto. Tais protestos eram marcados por um tipo de atuação política de extrema denúncia, envolvendo estratégias como o “banho de sangue” em frente a localidades vinculadas às políticas públicas de saúde em Porto Alegre.

algumas coisas, os paradigmas mudam um pouco, inclusive no momento de se pensar as políticas públicas de enfrentamento de AIDS. Porque, até aquele momento, primeiro se tinha muito pouco conhecimento da doença, depois, se tinha já alguns medicamentos, mas não se tinha acesso, então se passou muitos anos brigando pra garantir o direito de vida das pessoas que vivem com AIDS. E daí, quando tu consegue acesso universal a medicação, é o momento em que tu quebra alguns paradigmas e as demandas do movimento.(...) Daí naquele momento o GAPA rompeu com algumas atividades que tem, fez a opção de ser uma instituição muito mais ativa politicamente e voltar suas ações nas questões de inserção em espaços de controle social, pensar em ações de *advocacy*, manter sim as atividades de base, de atenção às pessoas que vivem com AIDS, de prevenção, mas também atuar mais politicamente. (ENTREVISTA COM CECÍLIA, JANEIRO DE 2019).

E daí iniciou naquela época [a partir de 1989] o trabalho de apoio e prevenção a quem vivia com HIV/AIDS. Embora fosse uma ONG com um grupo quase na sua totalidade de homens gays, foi uma ONG que voltou a fazer trabalhos e reivindicar questões relacionadas a HIV/AIDS pra população em geral. Eram homens, eram mulheres e eram travestis, que era muito corriqueiro na época né, corriqueiro não, mas era muito comum na época, as travestis, se falava muito na época em relação a HIV/AIDS. Então criaram essa ONG pra tentar buscar investimento, buscar respostas governamentais pra que tentassem diminuir a incidência de HIV/AIDS com essas populações. Aí foi que se deu o início do GAPA aqui no Rio Grande do Sul (ENTREVISTA COM PABLO, NOVEMBRO DE 2018).

Um potencial político de atuação das ONGs em esferas de controle social — como os Conselhos de Saúde — ou em campanhas de prevenção, entendidas de maneira ampla, como será descrito ao longo do capítulo, pode ter sido deixado de lado no crescimento do “movimento social” que relata Leonardo. Este é um crescimento que, como já apontei brevemente a partir da consideração de Grangeiro e colegas (2010), acompanha a consolidação de uma política nacional de resposta à epidemia de HIV/AIDS que recentemente passa a se descentralizar, após uma centralização da política nos anos 1990. Essa descentralização tem acarretado em efeitos complexos ao movimento social organizado e atuante no debate público que procuro descrever, conforme pesquisa realizada por Carlos Duarte (2008) acerca das perspectivas de ONG/AIDS do Rio Grande do Sul sobre as consequências de tal processo. A presença e as trajetórias de Cecília e Matheus, bem como a de Leonardo na ONG/AIDS se desdobram, assim, a partir desse momento de crescimento do movimento social e de uma transição geracional de ativistas, acompanhada pela constituição de uma política de AIDS centralizada no nível nacional.

Os relatos de Mariana e de Daniela podem ser localizados como parte de uma segunda geração no movimento social de AIDS, uma vez que sua trajetória política em relação a epidemia se consolida a partir de um compromisso mais geral com a saúde da população negra. E, nesse sentido, são reveladores de uma complexidade das posicionalidades dos sujeitos que concordaram em participar desta investigação e participam do que chamo de um debate público sobre a epidemia na cidade. Participando ativamente de uma linha que poderia

ser descrita como “assistencialista” — para utilizar o termo evocado nas entrevistas com os ativistas do GAPA-RS — nos serviços de saúde, as agentes de saúde, também reconhecem a importância de ocupar instâncias de controle social e de realizar campanhas de prevenção com um cunho mais educativo, menos focado em uma questão “mais tecnicista”¹⁰¹ como a distribuição de preservativos ou a realização de testes rápidos. Em que se pese sua atuação nos serviços de saúde, trata-se de um trabalho que é realizado diretamente com o usuário do serviço na ponta, ao mesmo tempo em que reconhecem a importância de ocupar espaços de controle social.

As trajetórias de atuação política relatadas por tais interlocutoras, nesse sentido, emergem de modo a complexificar a narrativa geracional que procuro recuperar. Não existe uma separação entre movimento (ou controle) social e assistência em saúde, uma vez que a própria sociedade civil organizada também se consolida a partir da presença de pessoas que atuam diretamente nos serviços, e as trajetórias dos sujeitos desta pesquisa evidenciam entrecruzamentos entre tais pontos. Deste modo, considero relevante chamar atenção para a importância que tais interlocutoras depositam na questão do controle social e de ações de prevenção mais amplas. Que como será discutido tratam-se de estratégias que podem ser relacionadas à atuação política de ativistas de uma geração anterior do movimento social de AIDS, conforme os relatos de Leonardo. Conforme contam Mariana e Daniela,

Independente de ser trabalhadora, eu acho que o movimento social, ele tem muita força, e o usuário é que não tem conhecimento, novamente, não tem conhecimento do poder que ele tem, e o poder não é ir pra porta do posto querer quebrar tudo, né, é se mobilizar e participar do movimento, né, no controle social. Esse ano teve a Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, esse ano, esse ano, na real era pra ser ano passado e foi adiado. (...) Então, esse ano vai ter de novo (...) tem a pré-conferência, aí é por região, por território, né, tu tira as pautas, aquelas pautas vão pra Conferência Municipal, tu tira as pautas e tira delegados da Municipal. Na municipal tu reúne todas as pautas, HIV, TB... Tudo, né, relacionadas a vigilância, aí na municipal é feita uma votação de novo, que vai pra estadual, e ali na municipal tu tira os delegados pra estadual também. As pautas que passou na municipal, vão pra estadual, aí elas concorrem com todos os municípios do estado, tem representantes de todos os municípios. Lá na estadual eles tiram os delegados da nacional, tiram os delegados da nacional e as pautas que vão ir pra nacional. Aí, novamente: as que vão pra nacional, em Brasília, lá em Brasília elas são votadas, o que for aprovado pela plenária vira lei, tem que ser cumprido. Eu fui delegada, eu fui eleita na municipal, na estadual, e eu fui pra Brasília como delegada representante do Rio Grande do Sul. Foi uma delegação, 64 delegados. (...) Eu não me lembro qual era nossa pauta de HIV na municipal, não lembro. Só pra tu ter uma ideia, aqui do Rio Grande do Sul não foi nenhuma pauta HIV/AIDS pra Brasília (ENTREVISTA COM DANIELA, NOVEMBRO DE 2018).

101 Ver Pinheiro (2018). Recupero o argumento do autor, que explora a maneira como “abordagens tecnicistas” de resposta à epidemia podem confluir com conservadorismos diversos, nas considerações finais desta dissertação.

É isso, a gente não vai mudar o comportamento de todo mundo. É um trabalho de educação permanente, essa coisa de a gente tá investindo nas campanhas... de tá na rua, que acho que é como o [comitê] faz na divulgação da PrEP... a gente tá fazendo isso porque quer que o estudo dê certo, mas a gente também quer contemplar uma parcela da população que não costuma ser contemplada porque o pessoal, os médicos não estão preocupados se a maioria dos negros vão se infectar, se eles estão mais vulneráveis. Eles querem o “N” da pesquisa, se nosso “N” é 180 durante os cinco anos, é com eles que a gente vai trabalhar. Independente se é preto ou branco, é nosso papel enquanto movimento. Ok, a gente já tem 80 ou 90 participantes, já temos um “N” bom de pessoas brancas, queremos priorizar outras pessoas. Então a gente vai nas vilas, não é que a gente vai impedir as pessoas brancas de acessar, não é isso, mas a gente vai direcionar um pouco, vai focar, vai levar pelo menos a informação (...) (ENTREVISTA COM MARIANA, NOVEMBRO DE 2018).

Cabe assim notar as diferentes propostas entre o GAPA-RS e o comitê de assessoria. Do primeiro grupo, conforme a narrativa apresentada no relato de Leonardo, uma primeira geração de ativistas é formada e ela se expande indefinidamente pela consolidação de uma resposta nacional à epidemia de HIV/AIDS. Valoriza-se, no enquadramento da primeira ONG/AIDS do Rio Grande do Sul, um trabalho de prevenção diretamente com as populações afetadas, ao mesmo tempo que se enfatiza a importância de ocupar espaços de controle social, questões entendidas como parte de um escopo de atuação mais politizado. Do segundo grupo, é necessário enfatizar novamente que se trata de um comitê comunitário que assessora a execução de uma pesquisa internacional realizada na cidade de Porto Alegre. É relevante notar como a presença de pessoas que já passaram pelo GAPA-RS ou que ainda atuam na ONG/AIDS no comitê também pode contribuir no compromisso que o grupo toma para ampliar o acesso à PrEP na cidade de Porto Alegre, pela via do estudo internacional (e talvez até para além desta via, considerando a confusão semântica da PrEP: é possível divulgar o estudo internacional, ao mesmo tempo em que se divulga a política pública do SUS ou outros experimentos que ocorrem, como o IMPrEP).

Como eu comecei a trabalhar com a questão da AIDS... Na década de 80, ainda, acho que meio que de bobo, assim, já sabia de algumas coisas, mas que não me atingiam pessoalmente. Mas, talvez, ali no começo da década de 90 é que descobre um lugar, que eu descobri que um amigo meu pegava camisinha grátis: “Ah, é lá que dão camisinha grátis, vamos lá”, e fui. Chegando lá nesse local eu conheci pessoas, e dali eu não sai mais. Aí começou toda uma questão de militância, né, nessa questão de prevenção do HIV/AIDS, começou, né. Algumas pessoas se reuniram e fundaram o GAPA, né, e foi logo no começo, funcionava ali na Borges, no prédio do INAMPS, e tinha toda essa fantasia ainda da questão da AIDS (ENTREVISTA COM MATHEUS, DEZEMBRO DE 2018).

A trajetória de Matheus, vinculado ao comitê em questão, é atravessada pela sua participação no GAPA-RS. Começou sua trajetória política já nos anos iniciais da ONG/AIDS, tendo ocupado diversas posições ao longo da constituição de uma “resposta à epidemia” em Porto Alegre, inclusive em espaços governamentais. No que diz respeito ao comitê que assessora o estudo internacional realizado na cidade, Matheus procura localizar um breve

histórico da constituição deste tipo de espaço. Quando perguntado sobre o início deste tipo de coletividade, o ativista oferece a seguinte narrativa:

É, porque na realidade, assim, o Brasil começou a entrar nas pesquisas acho que foi lá pelos anos 2000, talvez, 1990 e poucos, com protocolos específicos, financiados, protocolos internacionais de pesquisa, financiados pelo NIH, instituto de saúde dos Estados Unidos, e que começaram muito pequenos no Brasil e que foram se expandindo. Mas igual, são poucos lugares ainda que trabalham com essas pesquisas, assim. Isso se dá, começa pela Fiocruz, então a Fiocruz, acho que o primeiro protocolo foi 040, que trabalhava a questão da transmissão vertical, o protocolo pediátrico, e aí começou nossas redes, aí Porto Alegre entra nessa gira (...). Mas esse acompanhamento comunitário, no Brasil, a gente nunca teve tradição do acompanhamento comunitário em pesquisa. Isso se dá nos EUA graças aos movimentos sociais. Eles que começaram a pautar: “A gente tem que tá dentro dessa porra. A gente tem que tá dentro, não só no acompanhamento comunitário, mas também a gente quer estar dentro dos comitês de empresa”, e começaram a tensionar e começaram a entrar. Então há exigência, nessas redes de pesquisa, que tenha esse acompanhamento comunitário. (...) Mas ao mesmo tempo, assim, alguns ativistas aqui no Brasil, não nessa forma [mais institucionalizada do comitê], mas também tensionavam essa pauta (ENTREVISTA COM MATHEUS, DEZEMBRO DE 2018).

Essa “forma institucionalizada do comitê” diz respeito aos comitês comunitários que são vinculados a redes internacionais de estudos clínicos específicos, em geral financiados pelo *National Institutes of Health* (NIH). O formato do comitê, nesse sentido, é descrito como algo recente pelo interlocutor, ainda que algum tipo de controle social em torno de pesquisas clínicas já fosse realizado pelo “movimento social de AIDS” de outras formas. Trata-se de um modelo de controle social do experimento clínico que se institucionaliza nos protocolos de pesquisa pela via de tais comitês. Nesse sentido, Matheus nota como por volta dos anos 2000 emerge em Porto Alegre a questão dos comitês comunitários vinculados a tais redes internacionais de pesquisa clínica.

Aí enfim, [um pesquisador vinculado a um estudo internacional que ocorreu em Porto Alegre] entrou em contato com o GAPA, mas não diretamente com o GAPA, mas uma pessoa no GAPA. (...) Eram pessoas que já tavam dentro do movimento que constituíram [o primeiro comitê comunitário]. Isso faz o quê... acho que lá no ano 2000, 2000 e pouquinho, que começou, né. Era um grupo gigantesco, uma coisa que nunca dava certo porque muita gente... É difícil fazer parte de comitê comunitário, tem algumas exigências, é tudo muito, era aquele entra e sai, teve um período em que se parou de fazer esse acompanhamento, ficou uma coisa mais solitária, entra e sai de pessoas, agora [com o comitê atual] que se tá num grupo mais ou menos estável... (ENTREVISTA COM MATHEUS, DEZEMBRO DE 2018).

No início dos anos 2000, portanto, começaria a se institucionalizar a proposta de comitês comunitários que assessoram pesquisas. Conforme o relato de Matheus, tais comitês passaram por reformulações em sua equipe e organização desde sua emergência. O ativista nota como desde os anos 2000 foram acompanhadas por tais comitês comunitários pesquisas na área da transmissão vertical e a prevenção, a partir do uso de antirretrovirais, além da capacidade preventiva do tratamento antirretroviral em casos onde ocorre a supressão da

carga viral. Mais recentemente, como venho descrevendo desde o terceiro capítulo, o comitê tem se comprometido com um estudo realizado em um hospital na cidade em parceria com uma rede internacional de pesquisas. A pesquisa assessorada pretende investigar a eficácia do Cabotegravir injetável como PrEP, em relação ao uso oral de Truvada como o mesmo tipo de esquema preventivo. Matheus continua narrando a atual composição do comitê comunitário e suas atribuições:

(...) Estável, e mesmo assim a gente não tem uma diversidade. Eu brinco que [a gente] é um *black* [comitê], né, um [comitê] preto, porque o branco que tinha teve que sair porque o trabalho dele exigia que ele trabalhasse também aos sábados, dia de reunião, e o cara não tinha mais agenda. As trans, que chama, chama, chama: “Ah tá, eu vou ir, não sei o quê”, não aparecem. Isso é muito ruim, porque eu também não tenho mais diversidade representativa. Mas isso não é um fenômeno só daqui de Porto Alegre, que tu vê [em comitês de outras localidades]. É muito difícil tu ter essa diversidade de pessoas, e que as pessoas permaneçam. (...) Mas por exemplo, nós temos o poder, por exemplo, de denunciar, a gente não concorda com alguma coisa da pesquisa, no comitê de ética local. E nosso papel é esse... não é de fiscalizar, mas é: “Vem cá, mas isso não tá bem explicado aqui”. Se a gente não se sentir, enfim, seguro, chama a equipe clínica, vamos dialogar com a gente, até porque a gente é que vai fazer essa tradução pra comunidade. Nós que vamos dizer, numa linguagem acessível como é que funciona essa merda toda. “Mas a gente não concorda com isso e com isso, tá, mas como é que a gente resolve isso?” (ENTREVISTA COM MATHEUS, DEZEMBRO DE 2018).

Embora não seja meu objetivo realizar um grande levantamento histórico sobre a constituição de tais comitês no Brasil, é possível considerar, pelo relato de Matheus, que a proposta do acompanhamento mais institucionalizado de pesquisas clínicas internacionais ocorre em forma de uma rede de ativistas em diferentes estados e regiões do país onde ocorrem tais experimentos. Nesse sentido, além de chamar atenção para o “papel consultivo” que tais comitês exercem em relação aos protocolos de pesquisa, propondo mudanças em sua execução e realizando uma mediação junto à comunidade, o relato aponta ainda para duas questões que chamo a atenção. Tratam-se de questões relacionadas entre si no relato de Matheus: a rotatividade das pessoas e o perfil da equipe que assessora as pesquisas.

O “comitê preto” que atua na pesquisa envolvendo a PrEP injetável em Porto Alegre é formado por uma diversidade de sujeitos, que ocupam diferentes posicionalidades e que podem, por isso mesmo, conferir ao grupo uma atuação mais ampla e atenta ao seu compromisso em garantir o acesso ao método preventivo às populações entendidas como mais vulneráveis. Pessoas vinculadas ao movimento negro e sua interlocução com o campo da saúde, com a educação social e com outras instituições vinculadas ao “movimento de AIDS”, como o próprio GAPA-RS, contribuem muito para a efetivação de tais compromissos. No entanto, por se tratar de uma participação que acaba sendo voluntária — do mesmo modo que ocorre com o GAPA-RS —, existe uma rotatividade das pessoas envolvidas. Por exemplo, em

seu relato, Pablo, que participa de ambos os grupos, aponta para momentos em que ele precisou se afastar tanto do GAPA-RS, quanto do comitê, procurando no entanto manter suas relações com o restante de seus colegas ativistas. Sendo assim possível apontar para como a participação voluntária em tais empreendimentos de mobilização social em torno do HIV/AIDS, pressiona as pessoas comprometidas a se afastar dos grupos, em determinados momentos, em função de demandas pessoais, ensejando em desafios na execução das propostas políticas dos grupos.

Retorno o foco ao GAPA-RS, agora, de modo a realizar uma breve comparação entre a organização dos dois grupos, que como procurei descrever são atravessados pelas trajetórias que procuro apresentar nesta seção. Tanto o comitê como o GAPA-RS, de acordo com os relatos, passaram por momentos em que sua configuração esteve marcada por um alto número de participantes. No caso do comitê, como o relato de Matheus sugere, um alto número de voluntários incidiu sobre uma alta rotatividade que tornou o trabalho de assessoramento comunitário das pesquisas mais dificultado. Com o GAPA-RS, o alto número de voluntários marca um processo de maior especialização da ONG/AIDS e de ampliação de seus campos de atuação, com a criação de núcleos específicos.

Voltando agora um pouco também, o GAPA, eu trabalhei no [Núcleo de Ações e Estudos da Prostituição] NAESP. O GAPA na época tinha o SAT, que era o Serviço de Atendimento Terapêutico, tinha o CID, que era o Centro de Informação e Documentação, uma biblioteca na verdade, o NAESP, que éramos nós, tinha a visitação hospitalar que nós fazíamos pra pessoas que vivam com HIV/AIDS e estavam internadas em hospitais, enfim, tinha um grupo que visitava essas pessoas nos hospitais, entre vários outros serviços, né? (ENTREVISTA COM PABLO, NOVEMBRO DE 2018).

Considerando as propostas diferenciadas dos grupos — o comitê vincula-se a um estudo internacional que ocorre na cidade, procurando ampliar o acesso ao novo método preventivo; e o GAPA-RS que vem historicamente propondo campanhas de prevenção realizadas diretamente com as populações afetadas pela epidemia, além de participar de espaços de controle social —, essa diferença pode ser explicada. A ONG/AIDS apresenta uma proposta de atuação e organização política mais ampla, enquanto o comitê comunitário possui essa uma atuação mais específica em relação ao experimento clínico internacional.

Atualmente o GAPA-RS conta com cinco voluntários, três dos quais concordaram em participar desta investigação. O comitê também conta com cinco participantes, dos quais quatro concordaram em participar da investigação. De acordo com relatos como os de Leonardo, Pablo e Cecília, a primeira ONG/AIDS do Rio Grande do Sul chegou a contar com uma equipe de 120 voluntários. Pela via dos relatos produzidos, diferentemente de um momento com um maior número de participantes no comitê pelo relato de Matheus, trata-se

de um momento que pode ser descrito como “os tempos áureos” da ONG/AIDS cuja sede recentemente sofreu um processo de despejo. Diversas ações eram realizadas: desde visitas hospitalares, campanhas de prevenção e promoção de auto-estima junto às comunidades afetadas pela epidemia, grupos de conversa, acompanhamento psicoterapêutico, acompanhamento jurídico, até os âmbitos mais vinculados à construção e vigilância de políticas públicas, com uma incisiva participação em Conselhos. Nesse sentido, diversos núcleos de atuação foram formados para organizar a rotina de trabalho da ONG/AIDS, como procuro evidenciar a partir do relato de Pablo.

O que chamo atenção aqui é para como as diferentes posicionalidades e trajetórias dos interlocutores desta pesquisa contribuem para os grupos que foram estudados. Tais posicionalidades e trajetórias incidem na produção do que Donna Haraway (1995) chamou de saberes localizados e que, nesta pesquisa, em diferentes momentos vim me referindo como a capacidade que cada pessoa envolvida no debate público têm de seguir rumores até um determinado limite. Esse limite é o que eu chamo de opacidade: trata-se de um reconhecimento até onde a atuação dos rumores que cada pessoa envolvida com o debate público, inclusive este pesquisador, pode levar. Nesse sentido, apresentei diferentes trajetórias e posicionalidades dos interlocutores da investigação, e de como elas contribuem para um certo “perfil” dos grupos estudados. Perfil entre aspas, pois, como espero que a própria consideração sobre essas trajetórias tenha enfatizado: trata-se de um campo móvel e dinâmico, que dificilmente comportaria limitações identitárias discretas. Tratam-se de resultados de processos históricos que consigo recuperar de uma maneira algo provisória aqui, mas suficientemente sistematizada para lançar mão de algumas narrativas sobre como “a resposta” ao HIV/AIDS em Porto Alegre emerge em um debate público e sobre qual é a importância de uma promessa biomédica como a PrEP em tal cenário.

Deste modo, a narrativa proposta a partir do relato de Leonardo, que me permitiu lançar um quadro interpretativo sobre diferentes gerações de ativistas, na tentativa de localizar essas posicionalidades e trajetórias na dissertação, será recuperada na próxima seção do capítulo. No entanto, não é minha intenção seja nesta seção ou na próxima, localizar de maneira precisa quaisquer gerações que sejam. O que procuro atentar é à própria narrativa lançada pelo ativista, que é também compartilhada, em alguma medida, pelos outros interlocutores, de modo que procuro realizar um exercício interpretativo a partir de seus relatos, evidenciando algumas tensões que podem ser relacionadas às próprias posicionalidades e trajetórias que procurei descrever até aqui. Chamando atenção para tais narrativas, procuro enfatizar que temporalidades estão sendo performadas, sobre o que já

anunciei se tratar de um processo de “banalização da AIDS”. O termo não chega a ser utilizado explicitamente na maioria das entrevistas, mas quando é utilizado, os interlocutores expressam uma grande cautela em relação ao seu uso. Isto porque, como tenho procurado advertir, a noção de uma banalização acaba partindo para um campo moral de responsabilização do indivíduo em relação ao HIV/AIDS. Quem banaliza o quê? É a pergunta que pretendo responder a seguir, enquanto aprofundo a narrativa sobre a história que vim recuperando ao longo desta seção e nas descrições dos eventos do capítulo anterior: uma narrativa sobre uma “morte social da AIDS”.

2. A AIDS como um problema social

A partir de 96 as pessoas passam a assumir seu protagonismo, surge a RNP de uma maneira muito mais forte, e tarará tarará... e aí há uma, como é que eu vou dizer, não vou dizer que há uma *banalização do HIV... como é que eu posso dizer, porque banalização é muito pesada... Mas existe uma construção... uma desconstrução do mito de que AIDS é uma doença, que é quase uma coisa boa*. “Que ah, tu ter AIDS ou não ter AIDS, dá no mesmo, que tu vai ter uma vida igual...”. Acho que isso vem muito dessa auto-representação, na busca dos direitos das pessoas, “então, pera aí... olha pra mim, eu tenho AIDS, mas eu tô bem, quero trabalhar”. Então isso cria aquela coisa de que viver com AIDS e viver sem AIDS é a mesma coisa: *não é a mesma coisa, uma pessoa com AIDS tem que trabalhar, ela tem que viver de alguma coisa, já que tu não pode mais te aposentar, tu pode trabalhar, tu tem que viver de alguma coisa... mas existem sim uma série de limitações que a própria medicação te traz, entende... que vai te impondo ao longo do tempo... tu tem diabetes, tu tem a lipodistrofia (...)* (ENTREVISTA COM LEONARDO, NOVEMBRO DE 2018).

O termo banalização é explicitamente utilizado em poucos momentos, por alguns poucos interlocutores como Leonardo, apesar de se tratar de uma estrutura narrativa que está presente em todos os relatos que procurei acompanhar. Ainda que o ativista utilize o termo de maneira muito reticente, procuro utilizá-lo de maneira explícita, aproximando as leituras compromissadas com os direitos das Pessoas Vivendo com HIV e AIDS e com o enfrentamento da epidemia, com aquelas leituras mais conservadoras como as do novo Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta. Ou ainda, como as leituras de Reinaldo Azevedo sobre a emergência da PrEP, na qual haveria “uma geração que perdeu o medo do HIV” (AZEVEDO, 2010; 2012). Faço essa escolha textual, pelo termo “banalização”, na medida em que ele torna possível aproximar as leituras conservadoras no campo das políticas sexuais e de saúde envolvendo a epidemia, e as narrativas dos ativistas que participaram desta investigação que se opõem a tais leituras, em sua atuação política. Espero com essa aproximação lançar questionamentos que possam ser úteis a compromissos mais direcionados a uma defesa dos direitos das Pessoas Vivendo com HIV e AIDS e das populações afetadas pela epidemia, no que venho chamando de um debate público.

O argumento para Mandetta, como elaborado no capítulo anterior é bastante simples: uma geração perdeu o medo da infecção pelo HIV, a epidemia se tornou algo banal, cabendo às famílias fornecer uma educação sexual adequada. Leituras ativistas, por outro lado, reconhecem a série de processos históricos que levaram à construção de uma política nacional de resposta à epidemia que é colocada em risco por discursos e posicionamentos, como os do novo Ministro da Saúde. Banalização aqui não incide sobre uma questão do “medo da infecção pelo HIV” — até porque ele continua presente como estigma, algo que procuro também abordar nesta seção —, mas, de um modo geral, sobre a criação de um discurso público no qual a AIDS já é uma questão resolvida. Já havendo um suposto modelo de resposta bem sucedido, um certo desinteresse político é denunciado pelos relatos que foram produzidos pela mediação das entrevistas semi-estruturadas. E são essas narrativas que procuro descrever e analisar aqui, enquanto recupero um histórico do modelo nacional de resposta governamental à AIDS.

É importante enfatizar, antes de qualquer apreciação dos relatos e das narrativas produzidas, que processos envolvendo a biomedicalização da resposta à epidemia de HIV/AIDS (AGGLETON E PARKER, 2015; PARKER, 2015; SEFFNER E PARKER, 2016) de modo algum devem ser encarados como “culpados” aqui. *Novas tecnologias de tratamento e prevenção são necessárias para garantir uma qualidade de vida às Pessoas que Vivem com HIV e AIDS e àquelas pessoas que não querem se infectar, sejam elas parte das populações mais afetadas pela epidemia ou não.* De acordo com os trabalhos referenciados ao longo desta dissertação: o que acontece é que, frente a uma onda de um certo otimismo marcado por promessas biomédicas, toda uma atenção voltada às vulnerabilidades e desigualdades sociais que produzem contextos nos quais índices de infecção pelo HIV e mortalidade por AIDS se tornam visíveis, pode desaparecer de vista na construção de políticas públicas. Nesse sentido, recuperar o enquadramento de uma discussão sobre vulnerabilidade e direitos humanos, como proposta por trabalhos como os de Vera Paiva e José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres pode ser relevante nesses momentos de “otimismo biomédico” (AYRES, PAIVA E FRANÇA-JUNIOR, 2012; PAIVA, 2012; PAIVA E ZUCCHI, 2012). Não procuro retornar ao argumento de tais autores neste momento da dissertação, como o fiz na primeira parte quando discuti a noção de “vulnerabilidade” presente nos documentos da Conitec, mas indico sua operacionalidade na construção e elaboração de políticas públicas.

Como já elaborado ao longo da segunda parte desta dissertação, o termo “banalização” ainda ressoa com produções acadêmicas e posicionamentos ativistas diversos. Herbert Daniel (2018b), no texto de 1986 que serviu como abertura a presente discussão no trabalho, define o

horizonte da banalização como algo desejável. Deve-se findar o enigma da AIDS para que a epidemia passe a ser tratada como um problema de saúde pública como qualquer outro deveria ser tratado, sem a marca do estigma e da morte civil anunciada. O trabalho de Daniela Knauth e colegas (1998), sobre como a epidemia era vivenciada em uma vila de Porto Alegre, também aponta para um cenário de banalização. De uma narrativa de crise, na qual foi possível uma mobilização política articulada e potente no campo do HIV/AIDS por parte da sociedade civil, o que o trabalho das pesquisadoras indica é um outro cenário. A AIDS, conforme a pesquisa das autoras, fazia parte de um cotidiano de violações diversas às quais as pessoas que viviam na vila estavam submetidas, tornando-se mais parte de um cenário das desigualdades sociais e seus efeitos, do que uma crise capaz de mobilizar uma “resposta” ou o que chamo de um “debate público”. Tais considerações são relevantes, na medida em que revelam o caráter provisório e histórico do trabalho que procuro realizar, e das narrativas que acesso a partir dos relatos que foram produzidos durante a investigação.

Temporalidades performadas ao longo da escrita desta etnografia são, deste modo, apenas algumas possibilidades do que pode se chamar de uma história da epidemia de HIV/AIDS. História, esta que eu conto através de rumores que persegui e dos relatos que agora analiso, marcada pela mobilização da sociedade civil organizada na tentativa de estabelecer alguma “resposta” a uma crise inaugurada pelo espraiamento de um vírus biológico e ideológico. Larissa Costa Duarte (2018) também apresenta essa problemática, acerca das histórias que contamos sobre o HIV/AIDS, em sua tese de doutorado. A autora realiza uma análise de uma narrativa histórica da chamada “feminização da epidemia de AIDS” e dos apagamentos de corpos femininos que uma rede discursiva do saber científico produziu, inclusive a partir de um processo que procurava dar visibilidade à questão da presença de mulheres como populações e pessoas afetadas pela epidemia. Procuro localizar esta história que conto na etnografia, na medida em que realizar tal tarefa é uma necessidade não apenas teórica e metodológica, mas também política (HARAWAY, 1995; MOL, 2007). Embora eu chame atenção para a importância do debate público que se estabeleceu historicamente entre sociedade civil organizada, esferas governamentais e produção acadêmica na constituição de uma resposta à AIDS no Brasil — os três pilares apresentados no terceiro capítulo —, enfatizo que esta é apenas uma das possibilidades narrativas que podem ser feitas. Realizo essa consideração procurando deixar em aberto, neste trabalho, a possibilidade de contar diversas outras histórias sobre a epidemia e a necessidade política de reconhecer esta abertura, frente às possibilidades de exclusão que a normalização da inscrição etnográfica pode trazer.

Retorno, então, ao trecho do relato de Leonardo com o qual inicio esta seção. O interlocutor chama atenção para como no ano de 1996 — em pleno período de crescimento do movimento social, de estabelecimento de novas possibilidades de atuação política e da constituição de uma resposta a nível nacional, pautada no acesso universal aos antirretrovirais — houve uma banalização da AIDS. Ou uma “construção”, ou uma “desconstrução”, a criação de um mito de que a AIDS é uma coisa boa, que viver com ou sem a doença ou a infecção pelo HIV é a mesma coisa. “Não é a mesma coisa”, se posiciona Leonardo. Lipodistrofia e diabetes, alguns efeitos colaterais que o uso das medicações antirretrovirais, fundamentais à vida das pessoas que vivem com HIV e AIDS, são mencionados. Nesse sentido, deve-se justificar também a necessidade de investimentos na inovação científica, de modo a garantir a qualidade de vida de tais pessoas. Mas além disso e talvez ainda mais importante, uma série de direitos deve ser garantida às pessoas vivendo com a infecção pelo HIV ou complicações da AIDS e às populações atingidas pela epidemia. O lugar que tecnologias biomédicas ocupam, nesse sentido, é de fundamental importância, ainda que não se trate da única questão que deve ser desenvolvida em uma resposta à epidemia mais desejável, de acordo com os termos do debate público que procuro investigar.

Então, não tem construção de resposta a epidemia, é impossível enfrentar AIDS sem enfrentar o machismo, sem enfrentar o sexismo, sem enfrentar a homofobia, sem enfrentar o racismo, sem pensar nas desigualdades sociais e econômicas. É impossível. Então se tu não tem, se não consegue trabalhar essas questões de forma, sem engajar na resposta à epidemia essas questões, tu não avança. Eu acho que a gente teve, a gente já teve uma resposta que ela foi muito mais interseccional. Ela vem afunilando na última década, nos últimos 15 anos. *E hoje a gente tem uma resposta que é muito incipiente, que se dá no campo biomédico. A gente tem um movimento social hoje bastante frágil, porque não tem sustentabilidade política, não tem sustentabilidade técnica, não tem sustentabilidade programática, e não tem sustentabilidade financeira* (ENTREVISTA COM CECÍLIA, JANEIRO DE 2019).

E até essa lógica assistencialista tem sido falha hoje em dia. A gente sabe que não é o ideal, não queríamos lógica assistencialista pra ninguém, a gente sabe que não é o ideal, e mesmo a lógica assistencialista tem sido falha, né? *Essa questão de “tá aqui o remedinho” tem sido falha. Alguns anos aqui no Estado, por exemplo, então nem isso tá funcionando. Nem o remedinho tá garantido, né?* (ENTREVISTA COM PABLO, NOVEMBRO DE 2018).

Mobilizo os trechos dos relatos de Cecília e Pablo dispostos acima, na medida em que se referem à questão fundamental do acesso às intervenções biomédicas, em uma resposta ao HIV/AIDS, ao mesmo tempo em que problematizam o lugar que tais tecnologias ocupam. A garantia de acesso ao “remedinho” é o *mínimo* que deve ser oferecido em uma resposta a AIDS mais desejável, e como o relato de Pablo coloca, algumas falhas na distribuição de antirretrovirais vêm sendo observadas no Rio Grande do Sul. É nesse sentido que, ao longo do capítulo 3, a PrEP parece emergir como uma promessa que às vezes não ganha tanta

importância num debate público. A presença de tecnologias para tratamento e prevenção do HIV/AIDS é entendida como *o mínimo* que deve ser garantido e uma série de questões urgentes têm se desenrolado, como procurei evidenciar no capítulo anterior. Já o relato de Cecília chama a atenção para questões estruturais que afetam a epidemia de HIV/AIDS e seus efeitos e para como um enfoque, quase exclusivo, ao campo biomédico tem marcado um debate público no qual movimentos sociais estão fragilizados.

A participação da sociedade civil organizada num debate público sobre HIV/AIDS, como procuro elaborar ao longo desta etnografia, é considerada, pelos relatos produzidos, algo de vital importância na constituição de uma resposta à epidemia. Frente ao enquadramento de crescimento do “movimento social de AIDS”, a partir dos anos 1990, que recupero a partir dos relatos de Leonardo e das contribuições de Grangeiro e colegas (2010), é desenrolado o que Cecília chama de um enfraquecimento do movimento social. Trago um longo trecho do relato da ativista para enfatizar a importância do movimento social, na elaboração de uma “resposta à epidemia”, ao mesmo tempo em que procuro evidenciar uma narrativa sobre o enfraquecimento de sua participação política ao longo dos anos.

Em um determinado momento, ali no início dos anos 2000, o movimento AIDS, ele ficou muito dividido, ele sofreu diversas cisões. Uma, porque até 2003, 2004, quer dizer, desde sempre, né, porque se a gente pensar hoje ainda é, primeiro que os movimentos sociais tiveram um papel muito importante na construção da resposta a epidemia de AIDS. Se o Brasil em 2000 foi reconhecido como o melhor programa de AIDS do mundo, esse reconhecimento também passa por essa resposta ter sido construída a muitas mãos e muitos olhares, né? *A resposta brasileira, ela sempre foi uma resposta que teve uma participação da sociedade civil muito ativa, e isso é um diferencial quando a gente pensa nas outras respostas que foram construídas. Para além disso, o Brasil, ele sempre teve uma postura, até 2005, até 2000 pelo menos, que era uma postura muito mais propositiva nessas instâncias internacionais. Então quando o Brasil foi escolhido o melhor programa de AIDS do mundo, ele não foi escolhido só por ter uma resposta que era uma resposta que conciliava as questões de incorporação do campo, de tecnologias do campo biomédico, com garantia de direitos humanos e participação do movimento social: ela também tinha um diferencial que era o Brasil em algum momento não comprou o que eram as diretrizes da ONU, da UNAIDS, a gente tem que conseguir fazer uma análise histórica disso.* Quando, principalmente nos Estados Unidos, os americanos diziam, e a USAID [United States Agency for International Development] era a grande voz nesse campo, de que a resposta pra epidemia de AIDS, ela tinha que se dar pela política ABC, o Brasil foi lá e disse: “Não, essa não é a resposta, nós não vamos trabalhar abstinência, postergação e virgindade, nós vamos construir uma resposta que é diferente, que é uma resposta pautada nos direitos humanos” (...) Então durante muito tempo se investiu em prevenção. Só que todas as políticas todas as políticas de prevenção brasileira, elas sempre foram terceirizadas, essa que é a verdade. A grande política de prevenção, se a gente pensar numa política pública de prevenção, era repasse de serviço pra sociedade civil. E o que isso ocasionou? *Óbvio que a gente sabe que a sociedade civil, tinha, teve uma importância muito grande na construção dessa resposta, mas, ao mesmo tempo, isso fez com que, primeiro, muitas instituições surgissem sem terem uma motivação realmente política ou comunitária, mas surgissem pra dar conta de algumas demandas que a própria gestão tinha.* Então quando se começou, lá nos anos 2000, a se falar de

interiorização da AIDS, se tinha necessidade que tivessem instituições no interior que fizessem ações de prevenção, né? Como é que a gente faz isso? Fomentando, a criação de instituições no interior. “Bom, nós temos que trabalhar as questões de redução de danos, o Brasil incorporou as políticas de redução de danos” (...) (ENTREVISTA COM CECÍLIA, JANEIRO DE 2019).

No longo relato de Cecília, alguns ecos são encontrados com a linha narrativa que Leonardo propõe a partir de seu relato. Isto é, com um sucesso do modelo de resposta à epidemia de HIV/AIDS no Brasil, preconizada pela presença e o expressivo crescimento de movimentos sociais da sociedade civil organizada em diálogo com setores governamentais, houve um enfraquecimento desta resposta. O sucesso da resposta à AIDS no Brasil pode ser entendido, de certa forma, como o seu fracasso, a partir de tais relatos. É como se esse modelo de resposta, celebrado internacionalmente como o relato de Cecília aponta, tivesse encerrado a epidemia de HIV/AIDS como um “problema de saúde público”. Como levantado durante o debate público que descrevi no capítulo anterior, “a AIDS acabou por decreto”. Público, nesse sentido, deve ser entendido como algo que é passível de debate e participação política.

Esse momento em que a ativista narra, no qual o Brasil, pela participação ativa dos movimentos sociais, se recusou a adotar o modelo de resposta preconizado pela USAID do ABC — *avoiding AIDS is as easy as ABC: abstinence, being faithful and condom use* — é também trabalhado no relato de Leonardo. Explícito, a seguir, trechos em que o ativista apresenta as relações internacionais entre a postura brasileira e os modelos ABC, bem como do próprio modelo de resposta à epidemia preconizado pelo Brasil, pela insistência no acesso universal à terapia antirretroviral como um direito.

Eles [os Estados Unidos, pelo intermédio da USAID] iam financiar, eles liberaram um recurso pro Brasil pra financiar projetos com ONGs dentro desses moldes — no que a gente chama de financiamento internacional, Fundação Ford, Fundação MacArthur, Fundação Luterana, Levi-Strauss, Bill Gates, e várias outras no mundo inteiro — aí quando tiraram os financiamentos, as ONG começaram a quebrar e veio essa proposta da USAID, de passar essa fortuna pra cá tu tinha que pegar a política do ABC e outra coisa, não podia ser usado recurso com trabalho de prostituição (ENTREVISTA COM LEONARDO, NOVENBRO DE 2018).

Então, por exemplo assim, em 96 quando o Brasil resolveu distribuir a medicação de AIDS assim, houve uma crítica da ONU, da OMS e do Banco Mundial, dizendo que “o brasileiro não tinha condições sociais de encarar um tratamento pro HIV, e que isso ia criar um vírus super-resistente no Brasil”. Que que eles querem dizer com isso? Que como o Brasil não tinha um sistema de saúde que pudesse dar conta da absorção, sabe, da situação dessas pessoas nos serviços e distribuir o medicamento de forma contínua, e as pessoas não tinham condições sociais de tomar esse medicamento, tá porque pra tomar esse remédio tu tem que alimentação, tu tem que ter... o mínimo de condições de vida, tá? E as pessoas iam abandonar o tratamento, em seguida o vírus ficaria resistente a esses medicamentos, porque tu para de tomar um e ele fica resistente àquele, passa pra outro e assim por diante, criaria um super-vírus. O que o Brasil comprovou é que ele “eliminou o HIV”. Foi justamente o contrário, a partir da experiência no Brasil tu conseguiu comprovar que o serviço funcionou, as pessoas aderiram ao tratamento(...) (ENTREVISTA COM LEONARDO, NOVENBRO DE 2018).

Nesse processo em que o sucesso do modelo brasileiro, inicialmente mais marcado pela presença de uma sociedade civil politicamente participativa, já que há pelo menos uns 15 anos vem sendo enfraquecida, como Cecília sugere, e atravessado pelo acesso universal à terapia antirretroviral, algo parece ter sido esquecido. Esse algo pode ser talvez o que chamo ao longo da dissertação de um “debate público” sobre a epidemia. Esse algo diz respeito à participação da sociedade civil na elaboração de políticas públicas de resposta ao HIV/AIDS. Esse algo parece ter sido capitalizado como uma espécie de “serviço terceirizado”, realizado por ONGs junto às comunidades afetadas, por conta de uma experiência já longa com os projetos que eram realizados pelas organizações e financiados, sobretudo, pelo Programa Nacional desde a década de 1990 até essa inflexão geracional dos anos 2000.

Organizo o restante desta seção procurando enfatizar essa mudança geracional, que é marcada também pelo processo de descentralização da política nacional de HIV/AIDS, e como apesar de sucessos ou fracassos em tal resposta ao HIV/AIDS, algo persiste: os estigmas e a epidemia de significados em torno da epidemia e das pessoas que vivem com o vírus ou com a síndrome. Esta é uma mudança geracional que certamente se associa ao movimento que Leonardo, por meio de seu relato, propõe, em que num primeiro momento existe um tipo de ativismo mais especializado na questão do HIV/AIDS e que, depois, começa a se manifestar em termos de direitos das populações e pessoas afetadas. Não é minha intenção propor uma longa reflexão nesta dissertação sobre tais mudanças geracionais, até por não se tratarem do objeto desta investigação, mas procuro reconhecê-las em minha análise. Nesse sentido, tento descrever de que modo apesar de um “debate público” sobre a epidemia parecer silenciado por uma banalização, o HIV/AIDS mantém uma “cara pública”, marcada por tais estigmas. É a partir dessa consideração que procuro discutir o processo de descentralização da resposta nacional ao HIV/AIDS, em diferentes momentos: primeiro na questão das responsabilidades dos governos a níveis Federal, Estadual e Municipal e, segundo, na questão da descentralização do cuidado relativo ao HIV/AIDS na atenção básica. Atravessando esses dois processos de descentralização da resposta à epidemia, trago uma narrativa sobre a história do GAPA¹⁰², suas sedes e ações na cidade de Porto Alegre, na medida em que pode ser demonstrativo de que “cara pública” é essa a da AIDS.

102 Quando falo em GAPA, refiro-me ao GAPA-RS, primeira ONG/AIDS do Estado e atuante em Porto Alegre. Não me refiro à grande rede vinculada ao nome GAPA que se formou em território nacional, em diferentes localidades — a menos que especificado do contrário.

2.1. Descentralização e estigma

Uma experiência política em organizações como o GAPA, sugerem os relatos de Cecília e Leonardo, foi fundamental para a consolidação de uma resposta à epidemia no Brasil. Mesmo que uma certa “terceirização” e a perda de um potencial político por conta de “um caráter mais assistencialista” de uma nova geração no ativismo da AIDS sejam denunciadas pelos ativistas, a participação da sociedade civil é apresentada como algo fundamental a uma resposta à epidemia. Nesse sentido, volto a discussão para os efeitos que o processo de descentralização da resposta à AIDS, procurando explicar e localizar os sentidos dessa “terceirização” e desse “caráter mais assistencialista”. Conforme o trabalho de Alexandre Grangeiro e colegas (2010), a resposta nacional a epidemia de HIV/AIDS é marcada por três momentos, como já procurei esboçar do argumento de tais autores. Em primeiro lugar, na década de 1980 começam a emergir as primeiras respostas a nível local, em que Municípios e Estados que notificaram os primeiros casos de AIDS começam a se organizar em conjunto às nascentes ONG/AIDS. Com a criação do Programa Nacional de DST e AIDS, é observada uma concentração do poder decisório e de recursos financeiros no nível do Ministério da Saúde. Trata-se de um processo que foi iniciado de maneira mais evidente em 1993 com a assinatura do primeiro Contrato de Empréstimo com o Banco Mundial. É nesse momento também que começa a haver alguma expansão das organizações não-governamentais pelo país, como o relato de Leonardo indica, intensificando-se sobretudo após 1996 com a política de acesso universal aos antirretrovirais.

A partir dos anos 2000, um processo de descentralização desse poder decisório nas políticas governamentais de AIDS é iniciado. Trata-se de um momento, como o relato de Cecília sugere, em que a resposta nacional à epidemia de HIV/AIDS é referida como um modelo internacional, e aí financiamentos internacionais começam a escassear. Escassez que acompanha a tendência a uma atuação “mais assistencialista” das ONG/AIDS.

Se tinham recursos e precisava trabalhar prevenção, se entendia que a estratégia mais efetiva era a prevenção entre pares, e isso fez com que se proliferassem as instituições [ONG/AIDS], que necessariamente não tinham nem amadurecimento político nem técnico pra garantir aquela missão. Quando começa, quando em 2000 o Brasil é escolhido como melhor programa de AIDS do mundo, uma das primeiras coisas que isso impacta é nos recursos. Bom, os investimentos internacionais saíram do Brasil. [comento que “[n]ão tinha mais o Banco Mundial ali”] É, que não faz sentido, pensa, os grandes investidores mundiais não vão continuar investindo no Brasil se o Brasil já tem uma resposta consolidada. Vou pra Ásia, pro Leste Europeu, pra África, em que ainda as coisas são muito incipientes (ENTREVISTA COM CECÍLIA, JANEIRO DE 2019).

Como Grangeiro e colegas (2010) apontam em seu artigo sobre o referido processo, o modelo centralizado de resposta governamental começa a ser questionado à medida em que se reconhece um processo de expansão territorial da epidemia. Esse questionamento acompanha uma preocupação com a sustentabilidade da resposta à epidemia, que começava a contar com uma substituição de recursos internacionais por fontes nacionais. Além disso, continuam os autores:

O modelo centralizado de resposta conflitava com o avanço da municipalização [do SUS], tornando cada vez mais defasada a excessiva vinculação dos recursos provenientes do Programa Nacional e o rígido controle desta instância nos gastos e desenvolvimento das ações locais, sem dizer que a centralização colaborava para fortalecer a idéia de uma estrutura programática verticalizada e paralela às estruturas do SUS (GRANGEIRO et al, 2010. p. 22).

Nesse sentido, o processo de descentralização do poder decisório vinculado às políticas de HIV/AIDS pode ser considerado um importante movimento no campo da resposta à epidemia. Sua importância seria atestada na medida em que ao acompanhar uma tendência mais geral do SUS, garantiria mais autonomia para os gestores locais — a níveis Estaduais e Municipais — na resposta à epidemia em nível local. Presumindo, é claro, que haja um maior comprometimento e conhecimento por parte desses gestores da realidade vivenciada a nível municipal e estadual. Entretanto, as mudanças trazidas por tal movimento não acarretaram numa tradução automática para o modelo que se esperava alcançar, estabelecendo uma série de desafios, sobretudo, no que evidencio nesta investigação, às instituições da chamada sociedade civil organizada.

Em pesquisa realizada por Carlos Duarte (2008), o autor apresenta impactos dessa reorganização no poder decisório em termos técnicos e dos recursos considerando a perspectiva de ONG/AIDS atuantes no Rio Grande do Sul. Conforme sua análise, esse processo é encarado como uma espécie de paradoxo: por um lado, trata-se de algo positivo pelas mesmas razões apontadas por Grangeiro e colegas (2010) discutidas há pouco; por outro lado, o processo “provoca influências locais nem sempre positivas, pois variam de acordo com as tendências culturais, políticas, religiosas, éticas, podendo diferenciar a percepção das necessidades locais de acordo com o entendimento que o gestor tem de saúde e suas prioridades” (DUARTE, 2008. p. 25). Essa consideração revela desafios no que tange a negociação dos repasses destinados a projetos de ONG/AIDS, sendo uma das principais percepções das instituições, como notado pelo trabalho do autor. E aqui a temática do estigma relacionado ao HIV/AIDS e às relações de desigualdade social que produzem a epidemia, como aquilo que perdura na “cara pública da AIDS”, pode ser recuperada. No entanto, antes

de adentrar a essa questão, chamo atenção para um aspecto concernente à própria atuação das ONG/AIDS pela via do processo de descentralização.

Conforme Grangeiro e colegas (2010) e, como também verificado por Duarte (2008), esse processo gerou uma reestruturação das ações realizadas pelas ONGs. De modo a enfatizar as diferenças geracionais no ativismo de AIDS que vêm sendo apontadas nos relatos dos interlocutores desta investigação, sobretudo no que diz respeito a instâncias de controle social. Essa questão pode ser relacionada ao processo de descentralização da resposta à epidemia contar também com a emergência dos Planos anuais de Ações e Metas (PAM), discutidos e elaborados por organizações da chamada sociedade civil junto a espaços como os Conselhos de Saúde.

Do ponto de vista operacional, a política substituiu o repasse de recursos financeiros por meio de convênio pela transferência Fundo a Fundo (Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde), estabeleceu critérios epidemiológicos e de organização do sistema de saúde para definir os tetos financeiros e selecionar os municípios a serem incluídos, instituiu planos anuais de ações e metas (PAM), que deveriam ser elaborados com a participação da sociedade civil e aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde e Comissões entre Gestores Bi e Tripartite, vinculou o repasse ao alcance de metas, estabeleceu a responsabilidade do Ministério pelo fornecimento dos ARV e por 80% da demanda de preservativos das regiões Sul e Sudeste e de 90% para as demais, ficando para estados e municípios a aquisição de medicamentos para infecções oportunistas e infecções sexualmente transmissíveis (IST) e o complemento do repasse de preservativos realizado pelo o Ministério. Por fim, transferiu para os estados os recursos e a gestão do processo de apoio aos projetos de ONG (GRANGEIRO et al, 2010. p. 25)

É possível inferir que esta participação só é possível através de articulações locais com outros movimentos que compõem os Conselhos, uma vez que esta participação está respaldada por uma eleição ou indicação entre pares. Estas articulações nem sempre são referidas ou percebidas claramente, nem pelas próprias ONGs. A percepção do que é controle social ou a forma como algumas ONGs percebem sua inserção nos espaços de exercício formal do controle social muitas vezes é relatado como dificuldade na efetivação, ampliação e qualidade destas articulações (DUARTE, 2008. p. 36).

Duarte (2008) nota, nesse sentido, diferentes percepções na participação das ONG na elaboração dos PAM, enfatizando, por exemplo, dificuldades das instituições do interior do Estado na elaboração dos planos. O “papel político” de participação nas instâncias de controle social não estaria tão bem consolidado nas ONG que acompanharam o crescimento expressivo do movimento de AIDS, conforme se descentralizava a política nacional da epidemia. Enquanto não se havia um amadurecimento político, as ONG/AIDS de gerações mais novas de ativistas passaram a ocupar um espaço mais assistencialista. O que poderia ser entendido como uma falta de preparo de ONGs “mais jovens” nesse processo, também se manifesta a níveis governamentais, como indica o relato de Cecília.

A partir de 2003, os repasses começam a ser feitos sendo descentralizados. Então os recursos eram repassados para os Estados, e os Estados teriam que fazer editais, editais de projetos, financiamento de projetos, financiamento de ações. Que aconteceu: esse processo foi todo atravessado. Por quê? Porque os Estados não estavam preparados pra fazer isso, não estavam preparados porque não sabiam como operacionalizar e nem tinham legislações que permitissem que esse repasse acontecesse de uma forma tão simples, né? *Então vários Estados até hoje têm recursos que são da sociedade civil e que não foram usados.* Óbvio que se tu pensar num ponto de vista de construção de política pública faz muito mais sentido, o gestor local tem muito mais capacidade de avaliar a instituição, a proponente e a importância de determinada ação naquele território (ENTREVISTA COM CECÍLIA, JANEIRO DE 2019).

No ritmo urgente da inovação biomédica, carregando promessas potentes como a PrEP, mas também presente no relativo sucesso da resposta brasileira ao HIV/AIDS, pela questão do acesso universal a uma terapia antirretroviral que pode garantir alguma qualidade de vida às pessoas vivendo com a infecção ou a síndrome, uma série de entraves começa a se colocar. Conforme o relato de Cecília, com o processo de descentralização, a partir de 2003, existem recursos que deveriam ser encaminhados à sociedade civil, mas que não foram usados. Como mencionado sobre o trabalho de Duarte (2008), um lado negativo do processo de descentralização da política nacional de AIDS recai sobre não apenas um despreparo da gestão local, mas também a uma falta de sensibilidade com a resposta à epidemia. Pode-se dizer que o estigma passa a atuar nessas relações, a níveis locais, entre gestão pública e movimento social. No entanto o que há de público não é o debate, mas sim o segredo e o silêncio, marcas do estigma que cerca o HIV/AIDS.

Como um pesquisador que persegue rumores acerca da “inovação” biomédica da PrEP e procura retrair um debate público mais amplo sobre HIV/AIDS no qual o método preventivo começa a ganhar alguma relevância, não estava familiarizado com tais desdobramentos da política resposta brasileira à epidemia. O tema dos repasses era levantado, por exemplo, no debate público sobre o fechamento da sede do GAPA-RS que acompanhei e descrevi ao longo do terceiro capítulo da dissertação. Naquele momento, a temática da descentralização nem chegava a aparecer nos registros dos meus cadernos de campo. Foi a partir dos relatos de Mariana, vinculada ao comitê comunitário, que a importância do tema se fez manifesta para a compreensão do debate que eu buscava retrair perseguindo os rumores. No entanto essa descentralização se refere menos aos formatos institucionais da política de AIDS, manifesta pela relação entre ONGs e o governos, e mais na própria atenção ao HIV/AIDS nos serviços do SUS.

Pois é, ele se perdeu [sobre um trabalho de prevenção realizado na ponta]. Mas isso aconteceu quando a política de AIDS mudou, né. E acho que vai degrading de vez ano que vem com o governo vai degrading de vez, é a medicação que, imagina, quantos anos a gente tem aí? Mais de vinte anos de AIDS, e ok, a gente tem avanços,

existe a medicação. A gente não trata mais o HIV e AIDS como sentença de morte. (...) E aí tu já pensou no retrocesso, sem medicamento, a política de AIDS, essa nova política de AIDS que é descentralizada que expõe os outros, as pessoas não querem que os outros saibam da sua sorologia, e aí você é obrigado a ir num posto de saúde no bairro, que todas as pessoas vão, porque eu sou profissional de saúde, né? (...) As pessoas ficam sabendo, já fala pra um, já fala pra outro, sabe? Quebra essa coisa do sigilo e expõe as pessoas: isso é retrocesso, aí as pessoas não vão ir nos postos de saúde, pegar sua medicação, aderir ao tratamento, o médico do posto de saúde não é um médico preparado pro HIV, aí você vai tirar elas do SAE, onde tem toda uma estrutura que é voltada pra elas, aí vai pro posto de saúde (...) e você não tem o ambiente propício para acolher as pessoas, vai levar pra onde pra conversar? (...) as pessoas vão lá saber da sua sorologia? Não vão. (ENTREVISTA COM MARIANA, NOVEMBRO DE 2018)

Foi a partir do relato de Mariana que passei a me aproximar da temática da descentralização da resposta ao HIV/AIDS em Porto Alegre, notando que em seu relato a interlocutora se refere ao próprio cuidado em relação ao HIV/AIDS. Nesse sentido, assim como os trabalhos de Grangeiro e colegas (2010) e Duarte (2008) são úteis para recuperar o processo de descentralização num nível mais institucional, trabalhos, como o realizado por Gustavo Zambenedetti e Rosane Azevedo Neves da Silva (2016; 2015), são úteis aqui para propor uma reflexão acerca dos efeitos da descentralização do cuidado ao HIV/AIDS, como no relato disposto acima.

Historicamente a resposta à epidemia de HIV/AIDS se consolida, em termos de assistência e cuidado no SUS, a partir de serviços especializados como os SAE e os CTA, os mesmos serviços que devem fornecer a PrEP conforme os documentos analisados na primeira parte da dissertação. Acompanhando o processo de descentralização da política de AIDS, começa a se pautar a realização de testagem e assistência nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Porto Alegre no ano de 2011 (ZAMBENEDETTI E SILVA, 2016. p. 788). Esse processo acompanha a inserção do teste rápido, do aconselhamento e do acompanhamento das Pessoas Vivendo com HIV e AIDS dentro das UBS, tendo levantado uma série de questões. Chamo atenção aqui para o que Zambenedetti e Silva (2015) chamam de um paradoxo do território, nos processos de estigmatização envolvendo o HIV/AIDS na atenção básica. Conquanto se elabora um projeto de descentralização da assistência na resposta à epidemia em Porto Alegre, pautado na noção de que um acesso facilitado geograficamente pela presença dessa atenção nas UBS seria traduzido em um maior acesso por parte da população, esta tradução nem sempre se efetua.

Os autores notam que ainda que esse acesso geograficamente mais próximo seja referido pelos usuários dos serviços como um facilitador, ao mesmo tempo incide em uma grande preocupação sobre os processos de estigmatização (ZAMBENEDETTI E SILVA, 2015). Vizinhos que residem no mesmo bairro e utilizam do mesmo serviço de saúde podem

ficar sabendo que um determinado usuário do serviço procurou a UBS para realizar um teste rápido, levantando uma série de suspeitas e afastando a procura pelo diagnóstico, aconselhamento e assistência nas UBS. Tal como o relato de Mariana aponta, o estigma persiste à medida em que as pessoas buscam os serviços de saúde por motivos relacionados ao HIV/AIDS. Os autores ainda procuram notar em suas publicações todas as complexidades desse processo de descentralização do cuidado. Levam em consideração diferentes posicionalidades, como as de um gestor local, dos profissionais envolvidos com os serviços de atenção básica e com os profissionais envolvidos com o matriciamento dos diferentes níveis de atenção na rede de cuidado ao HIV — estabelecendo uma relação entre os serviços especializados (SAE e CTA) e da atenção básica, como as UBS¹⁰³ (ZAMBENEDETTI E SILVA, 2016).

2.2. Debate público e a participação dos movimentos sociais

Mesmo que uma banalização da epidemia esteja em curso, à medida em que a AIDS parece ter acabado por decreto, uma série de processos como os descritos, complicam essa narrativa. Afinal, o HIV/AIDS continua importando: os processos descritos, além da própria emergência de promessas como a PrEP, mobilizando uma série de questões, são indicativos disto. Como pode a AIDS ter acabado por decreto, nesse sentido? Argumento que se tratam de processos que buscam estabelecer um modelo de resposta à AIDS, sem no entanto contribuir para o que eu chamo de um debate público. O enfraquecimento do movimento social de AIDS e um progressivo esvaziamento de sua participação em instâncias de controle social, como relatado pelos interlocutores desta etnografia pode evidenciar o que chamo aqui de uma banalização. É como se a epidemia de HIV/AIDS já tivesse acabado, tivesse sido resolvida por modelos de resposta que bastaria aplicar no mundo real, não havendo mais o que dizer sobre. Nas palavras da artista Diamanda Galás, em um trilogia musical que procura denunciar os efeitos perversos do conservadorismo norteamericano sobre as pessoas afetadas pela epidemia, *let's not chat about despair*¹⁰⁴. Se o estigma é o que permanece de público na cara

103 Nesse sentido, casos mais graves de infecção pelo HIV — envolvendo casos em que a AIDS se estabelece ou há presença de uma coinfeção, como o caso da tuberculose (TB) — passariam a ser assunto dos serviços especializados. Casos assintomáticos são de responsabilidade da UBS. Dado a situação dos paradoxos do processo de estigmatização, os autores defendem uma autonomia do usuário na busca pelo serviço que ele se sintá mais confortável (ZAMBENEDETTI E SILVA, 2015).

104 Refiro-me a faixa intitulada “Let's not chat about despair”, que faz parte do álbum “You must be certain of the Devil”, lançado por Diamanda Galás em 1988, o álbum é o terceiro da trilogia “Masque of the Red Death”, que aborda os primeiros anos da epidemia de HIV/AIDS nos Estados Unidos. “The Divine Punishment” e “Saint of the Pit”, lançados em 1986, são os outros trabalhos inclusos nessa trilogia. Incluo nesta nota de rodapé trechos da faixa cantada pela artista: “In Kentucky, Harry buys a round of beer/ To celebrate the death of Billy Smith, the queer/ Whose mother still must hide her face in fear/ You who mix

da AIDS como pretendo argumentar, a aposta de Herbert Daniel em 1986 sobre uma banalização da epidemia como algo desejável não se concretiza no que venho descrevendo. Até porque, para Daniel (2018b), a banalização seria a extirpação do estigma, da aura enigmática e do segredo que envolve a epidemia. Sobre o que eu chamo de banalização aqui, o relato de Cecília é elucidativo, nesse sentido.

Então o Ministério da Saúde, ele tinha, na época [2003], diversos comitês assessores: um comitê assessor das profissionais do sexo, comitê assessor da população LGBT, comitê assessor pra pessoas que vivem com AIDS, uma série de comitês assessores, que era a sociedade civil, que era o braço da sociedade civil que assessorava na construção das políticas públicas para aquelas populações. Para além disso tinha uma reunião que eu não sei se era, não me lembro agora, acho que era mensal, ou era bimensal, era mensal, com todos os Fóruns, então tu imagina o que que era, e para além disso ainda tinha a Acnaids, que é um espaço que é da década de 80, que era o espaço que era o Conselho Nacional de AIDS, que era um espaço também, que daí é um espaço que ele é, ele é um espaço mais heterogêneo, ele tem a academia, tem a sociedade civil e tem a gestão. Então simplesmente o Ministério da Saúde decidiu que não precisava mais manter todos aqueles espaços de diálogo com a sociedade civil e que ele instituiu, a partir daquele momento, extinguiu todos os comitês, todas as reuniões de interlocução com a sociedade civil e ia então instituir a CAMS, que é a Comissão de Articulação com Movimento Social. (...) Primeiro, o movimento social se posicionou contra a criação da CAMS, porque entendia que teria menos representatividade, perda de espaço de interlocução, perda de potência e parceria na construção das políticas públicas, então, assim, o movimento social, em encontro nacional, chegou e disse: “Não, nós não vamos, nós não queremos, não é isso, não vamos aceitar.” (ENTREVISTA COM CECÍLIA, JANEIRO DE 2019).

Localizada uma morte social da AIDS, isto é do debate público que teria instituído o modelo de resposta do Brasil, outrora celebrado internacionalmente, procuro refletir sobre o que permanece vivo em meio a todas as promessas e processos que atravessam essa dissertação. Ênfase aqui que essa morte social não é algo vivenciado pelas pessoas diretamente afetadas pela epidemia: a AIDS, nesse sentido continua bem viva, o HIV ainda é um vírus biológico e ideológico. Nesse sentido, posicionamentos como os de Luiz Henrique Mandetta ou de Reinaldo Azevedo, acerca de uma suposta banalização na qual “as pessoas deixariam de se cuidar, por terem perdido o medo de infecção pelo HIV” não podem fazer sentido. O medo, o estigma e os processos de exclusão social persistem e, associando-se às redes de transmissão do vírus, contribuem para uma elevação dos índices de infecção e mortalidade da epidemia. Por conta de processos que incidem diretamente sobre a autonomia e a vulnerabilidade de pessoas e populações, o vírus se espalha e a síndrome mata. No restante do capítulo descreverei sobre o sentido da prevenção e como a PrEP emerge dos relatos produzidos pelas entrevistas, elaborando em maior profundidade tentativas de resposta a uma epidemia não apenas biológica, mas também de significados, por conta marca do estigma.

the words of torture, suicide and death/ With scotch and soda at the bar/ We're all real decent people, aren't we? But there's no time left for talk:/ Let's not chat about despair”.

2.3. Os vizinhos do GAPA-RS

Os processos de descentralização descritos trazem como venho argumentando, a marca do estigma. Mesmo que se tratem de políticas que intencionam uma resposta à epidemia mais desejável, o estigma marca as negociações entre ONGs e gestão local e afasta pessoas das unidades básicas de saúde. Sobre a questão do território, explorada por Zambenedetti e Silva (2016; 2015), trago alguns relatos acerca da história do GAPA-RS que são elucidativos da “cara pública” que o HIV/AIDS ganha, a despeito de qualquer debate. Trata-se da cara do estigma, com o qual a ONG/AIDS sempre se debateu, denunciando, resistindo e combatendo a partir de campanhas de prevenção e ações diversas, como as de controle social.

O GAPA ele começou em 89, ele foi fundado naquela igreja luterana, que tem na descida da Pinto Bandeira, na frente daquela praça, a Otávio Rocha. Na frente daquela pracinha tem uma igreja, acho que é Luterana, e foi ali que o GAPA foi fundado (...) Daí foi se reunindo nessa igreja junto com outros padres, não pastores, digamos assim, já que era uma igreja luterana, e fundaram o GAPA lá... só que sempre teve esse ranço de ficar ali, no meio de uma igreja evangélica, luterana... até porque o foco de atendimento eram as travestis, sempre foi, sempre foi a travesti, prostituta, gays e, como é que eu vou te dizer, gay gay mesmo, as bixa bem afetada, então isso criava um certo conflito dentro da comunidade luterana né, todo mundo aceitava, mas “tinha que se comportar”. Daí o GAPA acabou saindo de lá e foi pro prédio do INSS, onde agora é o Ministério da Saúde, ali na Borges, onde tem a farmácia em baixo, sabe ali? O GAPA foi pra lá, no quarto ou quinto andar agora, não lembro, eu não tava lá ainda. E o GAPA foi pra lá, só que lá tinha um problema bem complicado lá, que era o acesso, tinham os elevadores então chegava as travestis e os guardas não deixavam entrar (...) E como o pessoal do GAPA começou a pressionar, o pessoal da Dermatologia Sanitária também pressionando pra que fosse cedido [o prédio que foi a sede do GAPA até 2017], pra sair do INSS, aí acabaram cedendo a casa pro GAPA em 91 e aí começou os conflitos com a vizinhança, que aí era o barulho. O GAPA era maravilhoso. Se a gente tivesse a casa até hoje, a gente tava lá. Mas nunca, em nenhum momento, deixamos de ter conflitos com os vizinhos. Sabe e conflito mesmo. Vizinho que chamava a polícia que tava tendo festa, que tinha esse bando de viado, e aí aconteciam alguns escândalos. Onde tem viado, travesti e prostituta, acontece escândalos, não tem como controlar. (...) A gente lidava com usuário de droga, depois que saíram esses, que saíram os usuários de droga, a gente trabalhava com moradores de rua, entende? Então a população em situação de rua ia lá pro GAPA e era o lugar que eles mais gostavam de ir porque ali na frente, tu conheceu a casa né? Tem um jardimzinho na frente e o jardim era a creche dos cachorros, já que os cachorros não podiam entrar. E eles deixavam os cachorros tudo ali, e a gente cuidava dos cachorros, cuidava deles. É a família deles, não adianta. Tu vai agregando, a vizinhança ficava ensandecida com aquela cachorrada... (...) E se fazia muita festa ali, de noite, sábado, sexta de noite, putaria assim (...) (ENTREVISTA COM LEONARDO, NOVEMBRO DE 2018).

Conforme a transcrição da entrevista realizada, Leonardo continua seu relato contando que pretende escrever sobre a história do GAPA-RS. Trago aqui trechos de um longo e apaixonado relato sobre a história da ONG/AIDS, procurando enfatizar a questão do estigma e algumas estratégias tomadas pela ONG em combatê-lo. Dentre as quais as festas, que

contribuíam para os conflitos com a vizinhança ensandecida, além do atendimento direto às diversas populações e pessoas afetadas pela epidemia. Encerro esta seção com uma consideração que explorarei melhor na próxima, quando discuto quais são os sentidos da prevenção ao HIV/AIDS, a partir dos relatos que produzo na tentativa de reconhecer como a PrEP emerge do debate público que investigo na segunda parte da dissertação. Finalmente, será a partir dessa noção de prevenção que o novo método preventivo emerge no debate público, conforme os relatos que apresento neste capítulo.

3. Os sentidos da prevenção, os sentidos da promessa

E isso a gente trabalhava com as travestis, com os michês, com as prostitutas, tanto que o Dia Mundial da Prostituta, o primeiro, foi aqui em Porto Alegre. Na praça da Farrapos. Foi um choque pra cidade na época, a gente distribuindo rosas na praça, com um coquetel, um garçom... imagina o que foi o choque pra comunidade de São Carlos? Um choque absoluto. “Ai ta tendo festa aqui pra nós?” “Isso, tá tendo festa.” “Ai, estamos convidados?” “Todo mundo tá.” “Mas festa do quê?” “Dia Internacional da Prostituta”. Aí saía todo mundo correndo (ENTREVISTA COM LEONARDO, NOVEMBRO DE 2018).

(...) o GAPA teve um projeto financiado pelo Ministério da Saúde em que a ação de prevenção era fazer uma festa de Dia das Prostitutas. Isso era entendido como uma política de prevenção. Sabe? Então, assim, foi fantástico, a gente fez uma festa em plena Farrapos. 2003, ninguém sabia o que era Dia Internacional da Prostituta. Essa história de “Putá Dei” não existia, sabe? E a gente fez e fez um material lindo, material hoje, assim, emblemático, acho que foi um dos primeiros materiais feitos no mundo pra falar do Dia Internacional da Prostituta, sabe, contava a história, era muito legal. E isso era entendido como uma ação de prevenção. Isso foi financiado como uma ação de prevenção. (...) E, óbvio, tinha preservativo disponibilizado? Tinha, mas pra nós aquilo era menos importante. O mais importante era trabalhar com as meninas a questão da autoestima e da autonomia delas frente ao trabalho, do combate ao estigma da mulher prostituta, sabe? (ENTREVISTA COM CECÍLIA, JANEIRO DE 2019).

A Avenida Farrapos, ou pelo menos alguns trechos de sua extensão, é conhecida na cidade de Porto Alegre como um importante ponto de prostituição. Leonardo e Cecília relatam de uma festa organizada pelo GAPA-RS na Avenida, um evento aberto à toda a comunidade para comemoração do Dia Internacional da Prostituta, 02 de junho. Havia distribuição de preservativo, mas isso era o menos importante, a autoestima e autonomia das mulheres prostitutas era o principal foco. Combater o estigma, dando visibilidade à data e às mulheres que se prostituem em plena praça pública na comunidade de São Carlos também estava em questão. Trabalho de prevenção, em tais relatos, é muito mais do que a distribuição de métodos preventivos, como o preservativo, ou como a PrEP, ou quaisquer outras opções disponíveis no cardápio da “prevenção combinada”. A despeito dos vizinhos horrorizados que saíam correndo, era uma grande festa pela promoção dos direitos humanos e da cidadania.

Com o relato de Pablo sobre sua participação no GAPA-RS, pretendo explorar um pouco mais sobre essa questão “dos vizinhos”, que já se colocavam na própria questão da sede física da ONG/AIDS, como desenvolvido anteriormente.

No NAESP eu trabalhava com a questão de promoção de cidadania e direitos humanos com, primeiramente, com os michês, os homens que se prostituem, depois buscando a questão de garantia de cidadania e direitos humanos para pessoas em situação de rua. Conquistamos “N” coisas assim, tipo, não foram uma ou duas, foram várias reuniões que fazíamos aqui na J.B.[José Bonifácio, avenida localizada próxima ao Parque da Redenção, onde estabeleciam-se pontos de prostituição masculina], por exemplo, com a associação de moradores que reclamavam da michetagem ali, que eles ficavam de pau para fora, que ficavam fazendo arruaça, que queriam correr os guris dali, enfim. E nos íamos lá e bancávamos que não, os guris estavam ali se prostituindo e a gente reconhecia aquilo como um trabalho de fato.(...) Isso a gente comprou muita briga na época, assim, íamos em trocentas reuniões em associação de moradores pra bater nessa tecla.(...) A mesma coisa em relação a galera em situação de rua, que até hoje, ainda, infelizmente, ainda é corrida pela polícia de alguns espaços aqui de Porto Alegre, enfim. A gente bancava na época que: “Pera aí, o Fulaninho tá em situação de rua, não tem onde morar, ou quer morar na rua, que é o direito que ele tem também, tu tem que garantir o direito daquele Fulaninho assim como tu garante o direito da dona Maria, dona Maria, que tá na sua casa e tem seus direitos garantidos, aquele gurizinho, aquela pessoa que tá em situação de rua, também tem que ter os direitos garantidos. Então o fato de ele estar na rua, tá tentando vendendo jornal, de tá bebendo na rua, enfim, não deve ser encarado como um problema de fato.” (ENTREVISTA COM PABLO, NOVEMBRO DE 2018).

De acordo com Pablo, a ONG/AIDS bancava os direitos de tais populações em associações de moradores, na Comissão de Direitos Humanos, direitos fundamentais como os de trabalhar e transitar pelas ruas da cidade. O quê isso tem a ver com prevenção? Muita coisa. Em primeiro lugar, é possível considerar a própria questão do acesso dessas populações e pessoas aos serviços de saúde do SUS, que descentralizados ou não, carregam ainda muitos desafios como a discussão proposta por Gustavo Zambenedetti e Rosane Azevedo Neves da Silva (2016; 2015), recém trabalhadas nesta dissertação, levantam. Gostaria, no entanto, de ater-me à questão da autonomia e da autoestima como fundamentais para o estabelecimento de estratégias de prevenção e como eixos de atuação das campanhas e ações do GAPA-RS. Trata-se de um eixo que considero central para a consolidação da PrEP, enquanto política pública de prevenção, como explorei na primeira parte da dissertação, por sua tensão com uma noção de vulnerabilidade.

Há de se notar como o enquadramento da vulnerabilidade é mobilizado nesses relatos que acabo de trazer ao texto da dissertação. Reconhecendo o caráter relacional da produção de vulnerabilidades, por processos de exclusão e estigmatização social, as campanhas e ações de prevenção encabeçadas pelo GAPA-RS carregam uma proposta interessante de se recuperar. Seja uma festa para o Dia Internacional da Prostituta ou ainda embates em associações de

moradores, estes tipos de iniciativas não apenas trabalham com as próprias populações entendidas como vulneráveis, mas com um espectro mais largo de relações sociais. “Os vizinhos” que ligam para a polícia denunciar michês, ou que saem correndo quando descobrem que o grande evento que acontece em seu bairro é destinado às prostitutas, também são afetados por tais estratégias de prevenção. Não apenas uma “educação entre pares” é colocada em cena. Tais ações de prevenção podem ser entendidas como um processo muito mais amplo: não apenas as pessoas que se prostituem ou em situação de rua passariam a reconhecer e refletir sobre sua autonomia e direitos, mas os próprios vizinhos que podem perpetrar violências contra tais populações são incluídos num projeto educativo. O estigma, em tais estratégias, é trabalhado ao largo, incluindo não apenas aquelas pessoas que são estigmatizadas, mas também as que potencialmente podem estigmatizar. No que diz respeito à questão “dos vizinhos”, trago mais um relato de Leonardo, sobre o processo de despejo sofrido pela antiga sede da ONG/AIDS em Porto Alegre.

É que na verdade vai fazer alguns anos que a gente sabia que isso [o despejo] ia acontecer. A gente tentou se mudar, a gente fechou o contrato com outro espaço. Não conseguimos, tentamos do lado do RU do centro, não conseguimos. Não conseguimos mudar pra lá, aí a gente conseguiu aquele outro espaço no centro que aí foi interditado pelos bombeiros, dois dias antes da gente se mudar pra lá. Então na verdade a gente não conseguia sair da casa. Os fantasmas doGAPAnos seguravam lá dentro: “você não vão sair”. E a gente não saiu, mas a gente sabia que um dia isso ia acontecer. Só que a gente tinha a expectativa de que nos informassem. *Foram os vizinhos que nos ligaram, “olha entrou gente aqui no GAPA e começaram a levar as coisas de vocês, tem um caminhão parado aqui na frente”*. E realmente a Secretaria de Saúde foi lá com um caminhão pra tirar tudo lá de dentro e botar num caminhão que não ia caber todas as coisas do GAPA, era muito pequeno (ENTREVISTA COM LEONARDO, NOVEMBRO DE 2018).

Como já mencionado, o despejo da ONG/AIDS foi devido ao fato de que o aluguel, por parte da Secretaria Estadual de Saúde, não era pago desde 2008. Os materiais sigilosos que estavam no interior da sede, encontram-se em um depósito pago mensalmente pelos voluntários do GAPA-RS. Evidentemente o que mais interessa aqui, no entanto, é o trecho grifado a partir do relato produzido pela entrevista com Leonardo. Foram “os vizinhos” que entraram em contato com os ativistas para avisar que a sede estava sendo despejada. Embora se trate de uma categoria vaga, uma vez que não é possível localizar quem sejam tais vizinhos, é possível considerar como esse trabalho de educação realizado pela ONG/AIDS tem seus efeitos para além das próprias populações a quem se destinava os projetos de prevenção que realizava. Como o ativista nota em seu relato, apesar do despejo, a ONG/AIDS permaneceu sendo uma importante referência na resposta ao HIV/AIDS em Porto Alegre.

Um relativo sucesso das campanhas de prevenção do GAPA-RS pode, portanto, ser apontado. Para além de trabalhar diretamente com as populações afetadas pela epidemia e os

processos de exclusão social que a produzem e são por ela potencializados, as atividades de prevenção serviam como um processo de educação constante de “vizinhos”. Que, ainda que difíceis de localizar, passam a respeitar a presença e as ações da ONG/AIDS. O reconhecimento dos enquadramentos de vulnerabilidade é, portanto, um processo realizado pelos ativistas de modo a considerar o caráter relacional que produz essas vulnerabilidades. Do mesmo modo, não parece estar pressuposta a existência de uma autonomia transcendental aos sujeitos afetados pela epidemia e a quem se destinaria, de um modo mais direto, as campanhas e ações de prevenção. Trata-se, afinal, de um trabalho educativo realizado junto às populações, como o relato de Cecília sugere. O que encontra certos tensionamentos com a maneira pela qual a promessa da PrEP começa a se constituir, a partir da análise dos documentos vinculados ao processo de incorporação realizado no âmbito da Conitec. Como descrevi há algumas páginas atrás, fosse no relatório de recomendação ou nos PCDT do “novo” método preventivo, “vulnerabilidade” era algo que populações discretas possuíam e “autonomia” se colocava de modo algo imperativo.

Vulnerabilidade, no enquadramento proposto pelos documentos da Conitec, emerge como algo similar à noção de risco epidemiológico, não havendo uma maior discussão sobre os processos que produzem situações de vulnerabilidade. A autonomia, por outro lado, estava presumida na capacidade de escolha do sujeito frente a um leque ampliado de métodos preventivos, nas chamadas estratégias de prevenção combinada, das quais a PrEP faz parte. E, ainda que haja menção a práticas de aconselhamento nos PCDT publicados pela Conitec, como já notei ao longo da etnografia, essas práticas não enfatizam necessariamente o caráter relacional e pedagógico que pode constituir alguma autonomia. Não é estabelecido, necessariamente, nesses documentos um compromisso com uma “pedagogia da prevenção” (GAVIGAN et al, 2015), como parece estar presente nos relatos dos ativistas vinculados ao GAPA-RS.

3.1. Os vizinhos da PrEP

É pela ótica da autonomia, compreendida enquanto algo que se produz de maneira relacional, que pretendo dar sequência à maneira pela qual a PrEP emerge dos relatos produzidos pela mediação das entrevistas semi-estruturadas. Nesse sentido, afasto-me analiticamente da atuação dos voluntários do GAPA-RS, que ainda que tenham acompanhado a emergência do método preventivo ao longo dos anos, não relatam uma experiência tão próxima com a “nova” promessa biomédica, como os membros do comitê de assessoria do

estudo internacional relataram. Lembrando que há intersecções entre os membros dos grupos, trago aqui mais um relato de Pablo, que também participa do comitê assessor.

Eu enquanto voluntário do GAPA, que trabalhava com todo mundo: “*Ah, é importante usar camisinha, é importante, tá complicado com a camisinha coloca lubrificante pra facilitar*”. Com a mulherada: “*Ah, coloca a camisinha feminina pra ti ter, te sentir empoderada, negociar com o parceiro que tipo, ‘eu domino, eu mando, eu quero com camisinha, to aqui com a minha camisinha’*”. A gente sempre falou isso no nosso trabalho, enfim, a gente sabe que isso é muito complicado, cara, e eu falo isso em relação a mim, por exemplo. Trepar com camisinha é uma merda, é foda, sabe, ter que toda vez que eu for me preocupar, pra trepar com alguém: “*Cara, eu vou ter que ter uma camisinha, eu vou ter que ter gel lubrificante porque posso estar muito seco, o cara pode ser seco*”, é uma merda. Mas esse é um case que pelo menos, a própria PrEP, pelo menos, tenta dar respostas pra isso, né? “*Eu não curto usar camisinha, quero me aventurar por aí*”, tem a PrEP que te dá, teoricamente, suporte de vida, né? Importante é sempre lembrar que tipo, se eu sou um voluntário, hoje, do estudo, que enfim, tem a PrEP SUS e tem o [estudo internacional] né? Se eu sou voluntário do [estudo], por exemplo, eu tenho que ter clareza que eu sou voluntário daquele estudo e vou ter que tomar aquele remédio todo dia, é um hábito que tem que ter de tomar aquele remédio todo dia, mas é algo que tem aí pra te auxiliar, sabe? É o que a gente tem de, hoje, o mais moderno em relação ao enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. Ainda bem que tem isso hoje em dia, que há trinta anos atrás não tinha, por exemplo, né? (ENTREVISTA COM PABLO, NOVEMBRO DE 2018).

O que mais importa, além de uma denúncia e do combate ao estigma, para a prevenção? O uso de métodos de prevenção disponíveis. E o preservativo é apontado como algo complicado de se trabalhar, nesse enquadramento, preocupado com a produção de uma autonomia nas práticas preventivas das pessoas, pelo relato de Pablo. Nem sempre é possível negociar um preservativo, ou utilizá-lo corretamente com o uso de gel lubrificante e uma série de variáveis entram nessa negociação, conforme o relato. Nesse sentido, é no enquadramento de uma expectativa acerca da PrEP produzir uma autonomia que ela passa a emergir. E, de fato, um remédio de uso diário ou uma injeção pode produzir algum efeito em tal direção, mas procuro discutir alguns limites dessa expectativa. Mobilizo um breve trecho relato de Mariana a fim de contribuir para essa questão, evidenciando a centralidade que o preservativo ganhou em campanhas de prevenção e seu esgotamento enquanto estratégia principal das campanhas.

Houve uma estagnação, a gente ficou muito tempo buscando estratégias pro uso do preservativo, mas o preservativo nunca mudou. Tá, ele mudou, ele tem cor, tem sabor, tem cheiro. Que é fruto disso também, de novas estratégias pra que ele não ficasse esgotado, mas ele esgotou, pode ter com sabor, com cheiro, toca sininho (ENTREVISTA COM MARIANA, NOVEMBRO DE 2018).

É a partir da percepção de que o preservativo é um método de prevenção esgotado, em termos da possibilidade de produção de uma autonomia, que a PrEP emerge como um método de prevenção promissor. Esta é uma expectativa em torno do método preventivo que também é explorada pelo trabalho de Mike Michael e Marsha Rosengarten (2013), no qual os autores

notam como a questão da produção de uma autonomia é central a um campo experimental da prevenção relativa ao HIV/AIDS. Para além da PrEP — enquanto experimento, em meados dos anos 2000 quando ainda não teve sua eficácia e segurança tão consolidada, como as tem agora —, outros métodos de prevenção experimentais, como os géis microbicidas emergem num campo que busca formas de prevenção mais pautadas na produção de uma autonomia, que não dependa, idealmente, de alguma negociação com os parceiros sexuais. Que não dependam de seu conhecimento ou consentimento. Notam os autores, no entanto, que esta é uma questão delicada. Delicada à medida em que certos pressupostos acerca das relações de gênero — que seriam centrais à questão da negociação dos métodos preventivos — não são tão bem traduzidos quando os ensaios clínicos são realizados a nível global.

Conforme uma entrevista realizada com pesquisador envolvido em redes de inovação biomédica no campo da prevenção ao HIV, no trabalho de Michael e Rosengarten (2013):

We're certainly in a situation in which this [PrEP] could be the ultimate female controlled method, because if it doesn't have to be applied genitally, then there shouldn't be any reason that the woman's partner would know that they're doing anything for prevention. It shouldn't in any way interfere with sexual activity. That can still go on in whatever way the couple chooses for that to go on ... But for women where they may have ... women in situations in which they don't feel that they have the ability to make open decisions with their partners ... that we also want to be careful that it's not exploited in some way. For instance, a study of vaccine attitudes in the Dominican Republic found, when they interviewed sex workers, the female sex workers were excited about vaccine research, but they also said: 'We're concerned that if we find a safe and effective vaccine, that men will use that as a reason to ... to not use condoms, and we won't be able to get them to use condoms, because they'll say, "No, you're going to get the vaccine", or "You've gotten the vaccine, and therefore I refuse to use condoms"'. And what the men said was, 'A vaccine would be great, because then I'll refuse to use condoms', and 'I can have as many partners as I want'. So you wouldn't want there to be a situation like that with PrEP either. I think that we should never assume that any of these strategies is going to be a hundred per cent safe and effective, and I think we're going to still have to find ways to protect women and men from exposures that they don't want to have (MICHAEL E ROSENGARTEN, 2013. p. 119).

Nesse sentido, Michael e Rosengarten (2013) notam que a produção de uma autonomia a partir da PrEP passa por uma concepção de indivíduo neoliberal, capaz de tomar decisões sem uma grande necessidade de prestação de contas. Trata-se de uma concepção de indivíduo que coaduna com o que os autores chamam de “padrão-ouro”, no evento da emergência da PrEP enquanto experimento. Um padrão-ouro de metodologia científica, pela via dos ensaios clínicos randomizados, de bioética, pela via de acordos internacionais no campo experimental, e da própria forma da tecnologia preventiva, como uma pílula. O que ocorre no relato disposto acima, vindo de um campo experimental, é que no caso das trabalhadoras sexuais a presença de um método preventivo como a PrEP poderia trazer uma

série de problemáticas. Um cliente poderia alegar que não quer ou que não vai usar preservativo, uma vez que existiria uma injeção ou uma pílula para prevenção do HIV. De modo que, ainda que uma promessa como a PrEP possa contribuir para uma produção de autonomia, essa autonomia continua atravessada por relações sociais que produzem diferenças, no caso do relato produzido na pesquisa de Michael e Rosengarten, a de gênero atravessada pelos pormenores da prostituição. Nos relatos produzidos pela a investigação que realizo, a produção das diferenças incide, principalmente, sobre uma preocupação relativa ao acesso à intervenção biomédica, seja pela via do experimento ou pela via da política pública de oferta de PrEP que começa a se consolidar no SUS.

Desafios como os apresentados na citação que acabei de realizar talvez ainda não estejam colocados, à medida em que o acesso à PrEP em Porto Alegre é considerado um acesso elitizado, conforme o seguinte trecho do relato de Matheus indica.

Porque a PrEP, é uma leitura pessoal minha, e eu acho que isso alguns pesquisadores já estão pensando, a PrEP é concentrada em uma elite. É quem tem acesso à informação, a conhecimento, que faz. Isso que eu brinco: não é a bicha preta lá da Maria da Conceição ou do Morro da Polícia, não sabe nem o que é, não sabe o que é. Te digo que tanto em qualquer pesquisa de PrEP que teve, que começou há três anos atrás aqui em Porto Alegre, três anos, o primeiro foi com o PrEP Brasil, foi lá no Sanatório. A única bicha preta era eu. Como é que eu soube? Eu já tinha lido sobre isso. Eu fui atrás disso. Tanto do PrEP Brasil quanto do Combina, eu sou o primeiro voluntário, meu prontuário é o 001. Quantas trans têm, teve no PrEP Brasil? Ou no Combina? No Combina acho que nenhuma. Se eu não me engano, no PrEP Brasil, uma (ENTREVISTA COM MATHEUS, DEZEMBRO DE 2018).

É razoável supor que à medida em que “a bicha preta lá da Maria da Conceição ou do Morro da Polícia que não sabe o que é PrEP” começa a acessar o método preventivo pela via do estudo internacional, uma série de revisões no protocolo de pesquisa pode se fazer necessária. De modo similar, ao se pensar a emergência da PrEP enquanto política pública no SUS, tais revisões protocolares podem se fazer necessárias ao desenho normativo proposto pelos PCDT.

O que procuro chamar a atenção sobre os relatos das entrevistas com os participantes do comitê comunitário, no entanto, é uma ênfase na necessidade de “multiplicar a informação e divulgar o método preventivo”. Isto é, “conhecimento é poder” e a falta de acesso por populações e pessoas em situação de vulnerabilidade é diagnosticada pela falta de informação em torno do método preventivo. Mesmo que o comitê assessor tenha uma atribuição consultiva, de acordo com relato de Matheus anteriormente mobilizado, podendo denunciar abusos ou inadequações éticas no estudo internacional, junto a comitês de ética locais, existe

toda uma ênfase dada a essa questão da divulgação da informação relativa à PrEP. Os trechos abaixo, dos relatos de Mariana e Pablo, podem ser elucidativos nesse sentido.

Quando eu falo desse olhar humanizado, em trabalhar na comunidade é justamente de tu atingir a população que mais precisa dessa questão da PrEP, aquela que não tem informação. Você é acadêmico, tá na academia: entende o que eu to falando. O cara que tá lá na vila, não tem essa informação. Nem sabe que existe PrEP. (...) É o que a gente sempre fala (...): informação é poder, então vai acessar quem tem informação. Então vai acessar sempre a mesma população, acessando a informação? (ENTREVISTA COM MARIANA, NOVEMBRO DE 2018).

Não é muito diferente das pessoas pretas, pô, o preto não tá tendo acesso à medicação, não tá tendo acesso à medicação do estudo porque a informação não tá chegando até ele, por exemplo, ou porque ele mora lá no morro e pra chegar até o [hospital] ele gasta com passagem, então, porra, entre comprar um pão de manhã e pegar o dinheiro do pão pra pegar um ônibus, eu prefiro comprar pão (ENTREVISTA COM PABLO, NOVEMBRO DE 2018).

Mobilizo os relatos acima, bem como o de Matheus que menciono há pouco, a fim de chamar atenção para a ênfase na questão do acesso à PrEP e do acesso à informação. Interpreto a repetida ênfase no acesso, uma vez que existe a percepção de que o perfil de quem acessa a PrEP é um perfil elitizado. Não se trataria de populações entendidas como vulneráveis que acessam a tecnologia de prevenção, mas pessoas com um perfil específico: homens gays, brancos, universitários e escolarizados, com algum conhecimento prévio sobre o método preventivo, que em geral já participaram de pesquisas anteriores. Propostas de democratização do conhecimento, pela via da divulgação do estudo, são nesse sentido, valorizadas pelo comitê assessor de ética, que reconhece um déficit em termos do perfil da população que pode se beneficiar do experimento. Alexandre Grangeiro (2018) aponta que um acesso deficitário ao método preventivo tem sido observado desde a execução dos estudos de demonstração realizados no Brasil. Tratam-se daqueles estudos que, em parte, serviram para produzir a política pública de distribuição da PrEP pelos serviços especializados do SUS, como discutido na primeira parte da dissertação.

Também há de se pensar em estratégias para universalizar o acesso. Em políticas afirmativas é comum que, entre os vulneráveis, pessoas com as melhores condições sejam as primeiras e as que mais beneficiam dos resultados, com o aumento da desigualdade para aqueles que estão no extremo das condições desfavoráveis. Isso foi observado no estudos demonstrativos realizados no Brasil e em outros países. Apesar dos esforços, nesses estudos a maior parte dos usuários foram aqueles altamente motivados para a prevenção e com maior nível socioeconômico. A consequência é que pouco se conheceu sobre o uso de PrEP por homossexuais negros, jovens, pessoas com baixa escolaridade, profissionais do sexo, travestis, transexuais. Os motivos? Despreparo dos serviços para atendimento dessas populações, uma rotina de vida marcada por necessidades de subsistência imediata e mais urgente e ahistória de discriminação em equipamentos sociais são alguns deles (GRANGEIRO, 2018. p. 15-16).

É possível considerar assim que, como o próprio relato de Pablo parece indicar, um acesso à informação não necessariamente se traduz num acesso ao método preventivo ou a uma maior autonomia para o estabelecimento de práticas de sexo mais seguro por parte dos sujeitos. Não basta ter acesso à informação e à intervenção biomédica, quando se deve escolher entre ter um pão na mesa ou pegar um ônibus para ir até o sítio de estudo onde o método está disponível para o acesso. Conforme os relatos desses interlocutores de pesquisa, a equipe do hospital onde se realiza o estudo teria começado a reembolsar as passagens de ônibus gastas pelos participantes do estudo para chegar até o sítio de pesquisa, indicando que o comitê tem tomado ações em relação ao protocolo de pesquisa internacional realizado no hospital de Porto Alegre. Pressionando a equipe que realiza o estudo, algumas mudanças como esta foram relatadas em relação ao andamento do experimento e do acesso que as populações podem ter ao método preventivo experimental. Deve-se considerar também que o acesso ao método preventivo não é tão automático também: não basta chegar ao sítio de pesquisa e pegar a medicação. Conforme relato de Mariana, o acesso costuma se efetivar com visitas demoradas, uma vez que não se realiza apenas a dispensação da medicação, mas também uma série de exames e isso pode levar uma manhã inteira.

Como descrito na primeira parte da dissertação, a incorporação da PrEP no SUS também conta com visitas que podem depreender de um bom tempo dos beneficiários da política de prevenção. Esses exames podem ser entendidos como necessários, não apenas para os objetivos do estudo ou para um controle do acesso à política de saúde, mas também para a qualidade de vida das pessoas que participam. Uma soroconversão durante um regime antirretroviral de prevenção, caso não-detectada, pode levar a uma infecção resistente a determinados esquemas de terapia antirretroviral. De modo que as ações de prevenção, entendidas como um empreendimento mais amplo do que a simples distribuição de quaisquer insumos ou regimes preventivos, como procuro descrevê-las ao longo do capítulo, se tornam algo complexo. Não me refiro aqui a uma negociação com parceiros, mas a uma negociação com os próprios protocolos de pesquisa ou de atendimento clínico que definem a eficácia e segurança do método preventivo. Produzir uma autonomia voltada para a prevenção, nesse sentido, não recai apenas num processo educativo das populações e pessoas a quem se destinaria o método preventivo como política pública ou experimento. Trata-se também de um processo pedagógico que envolvem equipes de profissionais em saúde, vinculadas à execução dos experimentos e à distribuição da PrEP enquanto política pública de prevenção do SUS.

“É o que a gente sempre fala (...): informação é poder, então vai acessar quem tem informação. Então vai acessar sempre a mesma população, acessando a informação?”, é esse

o questionamento feito por Mariana ao longo de seu relato. Sob a ótica de uma prevenção que também é realizada junto “aos vizinhos”, pode-se incluir as próprias equipes de profissionais vinculados à distribuição do método preventivo, de caráter experimental ou não. Casos de soroconversão de possíveis voluntários para o estudo foram também relatados ao longo das interlocuções com os membros do comitê. Tais relatos indicaram negociações realizadas entre os ativistas e os profissionais de saúde, importando para a escrita da presente etnografia no sentido de que evidenciam a necessidade de um processo pedagógico, junto a equipe do hospital envolvida com o estudo internacional. Este é um processo pedagógico que pode ser produzido junto a importantes mudanças no protocolo de estudo, de modo a garantir que não se efetivem soroconversões no período entre as visitas de triagem inicial e o efetivo recrutamento no estudo, com a distribuição do método preventivo.

De acordo com os relatos, tratam-se de casos de soroconversão envolvendo jovens negros que buscavam participar do estudo. Uma extensa janela de tempo entre as visitas iniciais e o recrutamento no estudo é apontada como um fator que contribuiu para a aquisição do HIV nesses casos. Entre tais visitas, trinta dias seriam necessários para o efetivo recrutamento dos candidatos à participação no estudo. Trinta dias entre os exames iniciais e a efetiva distribuição dos métodos preventivos utilizados pelo empreendimento experimental. Ainda que um trabalho de aconselhamento sobre métodos preventivos e sexo seguro seja realizado na primeira visita, o tempo de espera de trinta dias é um difícil empecilho. Como apontado nas interlocuções com os membros do comitê: as pessoas em geral não esperariam por tanto tempo para se engajarem em relações sexuais e, em situações específicas de vulnerabilidade, não necessariamente conseguirão negociar o uso de métodos preventivos como o preservativo. O que aconteceu, a partir de tais casos, é que uma vez que se efetivaram soroconversões, os candidatos a participar do estudo que soroconverteram, evidentemente, não puderam mais participar.

Para além disso, o que também aconteceu é que os membros do comitê passaram a pressionar a equipe de investigação do hospital para que se efetivassem mudanças no protocolo de estudo. A janela de tempo de trinta dias foi reduzida, o que é considerado positivo pelos ativistas, na medida em que se reduz um tempo de espera que pode ser urgente. Na medida em que essa redução na espera pode evitar que ocorram soroconversões, além de engajar pessoas e populações entendidas como vulneráveis no experimento. É possível considerar como a efetivação da mudança no protocolo também passou por todo um processo pedagógico ou de sensibilização da equipe profissional, frente às vulnerabilidades específicas das pessoas que soroconverteram. O processo de educação vinculado à prevenção, mais uma

vez não se restringe às populações e pessoas entendidas como mais diretamente afetadas pela epidemia, mas também para “seus vizinhos”. Nesse caso o próprio hospital onde se realiza a pesquisa.

Esta é uma questão que abordo de maneira pouco aprofundada, na medida em que não acompanhei o processo de negociação entre o comitê assessor e a equipe de investigação do ensaio clínico. Tal processo de negociação não necessariamente ocorre sem conflitos, da mesma forma que é possível apontar que as discussões levantadas pelo GAPA-RS em associações de bairro não aconteciam necessariamente de modo mais conciliador. O trabalho de mediação entre o que se entende como as necessidades das populações que podem se beneficiar do método preventivo e os protocolos de pesquisa internacional possivelmente não se dá de uma maneira simples e sem maiores debates, mas como não acompanhei tais negociações de perto, apenas aponto a possibilidade de tensões nesse campo experimental. Realizo tal apontamento na medida em que, durante as entrevistas realizadas, levantei questões sobre o método de prevenção em sua forma injetável e a possibilidade de exclusão de mulheres trans e travestis do estudo.

Tal possibilidade de exclusão já foi elaborada ao longo da dissertação, no momento em que descrevi o lançamento do estudo internacional em Porto Alegre. Sendo um ensaio clínico que pretende investigar a eficácia da PrEP em sua forma injetável com Cabotegravir, a presença de implantes nos glúteos pode servir como critério de exclusão na participação do estudo, uma vez que se trata do lugar de aplicação da injeção intramuscular. Mobilizo, nesse sentido, relatos de Pablo e Matheus para evidenciar não apenas essa possibilidade de exclusão, mas as dificuldades de se negociar com “vizinhos” tão poderosos quanto um protocolo de pesquisa internacional.

Ao mesmo tempo você tem problemas, como se trata de uma droga injetável, que é feita no glúteo. A maioria das travestis e transexuais tem silicone no glúteo. Isso é critério de exclusão. Tem como passar pro braço? Não sei se tu... Não, não, é só no glúteo. Talvez, no futuro, se possa, sei lá. Porque as pesquisas estão sendo... tem muita coisa acontecendo. Sabe, sei lá, tem pesquisa de PrEP com supositório, de repente não seria uma alternativa pra população trans? Talvez sim, talvez não. Mas aí tu tem que ver em que fase tá essa pesquisa, será que a região da mucosa realmente absorve, sabe, vai entrar na corrente sanguínea a quantidade de droga pra ter o efeito, assim como o Truvada tem mais de quase 99%. (ENTREVISTA COM MATHEUS, DEZEMBRO DE 2018).

Na verdade,[a gente]discute isso e quer discutir isso com os técnicos do [hospital]. Tipo, a transe que tá lá com o corpo todo moldado, tá com a bundinha feita, tá com o silicone na bunda, enfim, o único lugar que ela tem pra injetável é no braço. A gente sabe que o estudo ele, teoricamente, ele não quer ser injetado no braço. A gente sabe que é possibilidade. Então a gente tá tentando trazer pra discussão exatamente isso: “Pô, se é a única parte do corpo que a pessoa pode injetar é o braço, a gente vai ter que descobrir alguma forma de criar estratégias pra injetar no braço, pra daqui a pouco tornar a público que sim, pode ser injetado no braço.” Mas essa é

uma discussão muito mais ampla, assim, não é decidido do dia pra noite: “Ah não, então tá, hoje eu acordei, eu sou um técnico do [estudo], eu vou injetar a medicação no braço da pessoa”. Não, é tudo um estudo, é tudo uma questão de discussão técnica, daí, com governo, com a questão de financiador, enfim, uma discussão muito maior, né? Mas é algo que a gente já tá atento a isso. (...)Se tem a possibilidade de ser aberta uma discussão pra injeção no braço, vai ter que ser aberta essa discussão, para que as transex e as travestis possam também ter acesso a essa medicação (ENTREVISTA COM PABLO, NOVEMBRO DE 2018).

Enquanto uma “questão de agenda” da rotina de trabalho, como o agendamento das visitas de triagem e recrutamento para o estudo, emerge como algo mais simples de ser negociado, a passagem do lugar de aplicação de uma injeção intramuscular entra com toda “uma questão de discussão técnica, daí, com governo, com a questão de financiador, enfim, uma discussão muito maior”. No relato de Matheus chega a se mencionar esquemas alternativos de PrEP, como em supositórios. Como não investiguei o protocolo da investigação internacional, nem realizei entrevistas com a equipe que realiza o estudo no hospital de Porto Alegre, não disponho de maneiras de avaliar as associações que tornam uma mudança nesse critério de exclusão possível ou não. No entanto questões como a própria materialidade do método preventivo experimental, atravessada pelo protocolo de pesquisa internacional, definem que populações podem ou não acessar, sendo nesse sentido uma questão relevante para a produção de uma autonomia.

O que a experiência do comitê revela, nesse sentido, é que mesmo em se tratando de um método preventivo ainda muito “novo”, a PrEP, em suas encarnações de comprimido e injeção, só pode ter seu caráter preventivo garantido à medida em que ela é capaz de se vincular a alguma autonomia. Como procuro demonstrar, no entanto, essa não é uma autonomia que é presumida como algo integrante e essencial ao sujeito que pretende acessar a intervenção biomédica. Deve, antes, ser produzida: num processo de educação não apenas das populações a quem se destinaria o método preventivo pela via do estudo, mas também aos próprios profissionais que atendem essa população no serviço de saúde. Toda a preocupação com o acesso e com a divulgação do estudo, em eventos como as Paradas Livres que descrevi no capítulo anterior ou mesmo do lançamento público do ensaio clínico, ocorre em paralelo com a educação de tais profissionais de saúde.

Procuro agora deixar evidente também que a forma da tecnologia, enquanto um comprimido de uso diário ou enquanto uma injeção realizada periodicamente, por si pode produzir alguma autonomia. O que ocorre na medida em que se tratam de métodos de prevenção que, de fato, não dependem do conhecimento ou consentimento do parceiro para serem eficazes. É nesse sentido que as estratégias de prevenção, pautadas num recurso pedagógico não apenas voltado “às populações afetadas”, mas também aos “seus vizinhos” —

muitas vezes imaginados como a salvo da epidemia de HIV/AIDS — pode ser útil. Retomando o relato produzido no trabalho de Mike Michael e Marsha Rosengarten (2013): em um contexto no qual a PrEP participa dos cotidianos de prevenção de maneira mais expressiva do que agora, essa participação não necessariamente será traduzida em uma autonomia. As preocupações de prostitutas de que, em um contexto onde uma tecnologia de prevenção nos moldes da PrEP exista e o acesso efetivo seja garantido, a negociação do preservativo com seus clientes se torne mais dificultada pode servir como um alerta. Para além de promessas biomédicas, um trabalho constante de educação de prevenção deve ser realizado: e esse trabalho não se resume a uma educação das “populações mais afetadas pela epidemia”, mas da “sociedade como um todo”, considerando seus processos de produção da diferença, da desigualdade e da estigmatização. Para além de promessas biomédicas e seus potentes efeitos contra um vírus biológico, é necessário voltar as atenções para o HIV enquanto um vírus ideológico e para a AIDS enquanto uma epidemia de significados e exclusões. Só assim autonomia e direitos humanos poderão ser garantidos em uma resposta mais ao HIV/AIDS.

Procurei, ao longo deste capítulo, descrever os termos de um debate público sobre o HIV/AIDS, a partir dos relatos produzidos pela mediação das entrevistas. Realizei a tentativa de, durante esta última seção, localizar que sentidos ganha a noção de prevenção, e nessa direção, quais os sentidos da emergência da PrEP no debate público que procurei retrair ao longo da segunda parte da dissertação e aprofundar no capítulo capítulo. Noto aqui como as estratégias tomadas pelos interlocutores desta investigação, que compõem o GAPA-RS e o comitê comunitário, reconhecem a necessidade da prevenção enquanto um processo educativo permanente. Reconheço, assim, como o espaço aberto para um exercício reflexivo a partir da realização das entrevistas permite uma dobra no tempo: as temporalidades que no capítulo 3 pareciam estar disjuntadas, ao mesmo tempo em que conviviam, no capítulo 4 constituem narrativas que procurei recuperar. O cachorro morto que orbita sob nossa espaço-nave, a presença-ausente que assombra a produção de “inovadoras” promessas biomédicas no campo das políticas públicas (M’CHAREK, 2014), continua sendo a produção de desigualdades sociais e o estigma, principalmente quando um debate público sobre HIV/AIDS tem sido silenciado como procurei descrever.

Nesse sentido, foi possível apontar não apenas como processos de estigmatização permanecem presentes, mas também como eles acompanham processos de constituição da resposta ao HIV/AIDS. Em tempos de descentralização da resposta ao HIV/AIDS: foi notado

como tais processos de estigmatização podem coincidir com as dificuldades das ONG/AIDS encontrarem suporte em setores governamentais Estaduais e Municipais; além dos paradoxos levantados pela assistência em saúde que migra para as UBS. Em tempos de prevenção antirretroviral, marcadas pela emergência da PrEP, acrescento como narrativas de banalização da epidemia e responsabilização individual, sobretudo pautadas por um enquadramento geracional onde “os jovens são os culpados”, também indicam como tais processos permanecem muito vivos.

O sexo sem proteção, infelizmente, ainda é uma prática comum entre os brasileiros — sobretudo os mais jovens. (...) De acordo com o Ministério da Saúde, entre garotos de 15 a 19 anos, o índice de detecção dos casos de aids quase triplicou: saltou de 2,4 por 100 mil habitantes, em 2006, para 6,7 em 2016. Entre os de 20 a 24 anos, mais que dobrou e está em 33,9 por 100 mil. O aumento entre os adultos de 25 a 29 anos foi menor, mas ainda assim expressivo: de 41,1 a 48,3. No caso das infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis, houve um aumento de 28% de 2015 para 2016 no país. Os números são assombrosos para um país que, em 1996, criou um paradigma no combate à aids ao universalizar o tratamento antirretroviral pelo SUS e tornar lei o orçamento para o combate à doença (...) Nos últimos tempos, um novo medicamento se tornou tão popular entre os gays que em sites de relacionamento, como o Grindr (...) e o Hornet (...), há uma categoria — assim como peso, altura, posição, porte-físico — só para informar aos usuários do aplicativo que o indivíduo faz uso do remédio. A informação é considerada um selo de segurança, um tipo de garantia de proteção que o sujeito está imune ao HIV. A PrEP consiste no uso diário, por pessoas não infectadas, de um comprimido azul-claro, como o Viagra, chamado Truvada. Desde 2014, o medicamento era comercializado em algumas farmácias brasileiras e, em dezembro, passado passou a ser distribuído pelo SUS. Estudos mostram que sua eficácia pode chegar a 99%. Seus efeitos colaterais beiram o zero. O medicamento é composto de duas substâncias antirretrovirais — entricitabina e fumarato de tenofovir desopoxila — que têm a capacidade de bloquear o ciclo de multiplicação do HIV no organismo, impedindo a infecção. Entretanto, a droga é inútil na prevenção de outras doenças sexualmente transmissíveis (THOMAZ, 2018. p. 36-37).

Os trechos que mobilizo acima são de uma reportagem intitulada “O novo azulzinho”, publicada na Edição 1.031 da revista *Época*, sob autoria de Danilo Thomaz. Trata-se de uma reportagem que ganhou ampla repercussão em redes sociais, por conta de uma narrativa denunciada como estigmatizante. Como procuro evidenciar pelo trecho mobilizado: a PrEP, ainda que tenha sua eficácia e segurança assegurada, não protege contra outras doenças sexualmente transmissíveis; os jovens seriam aqueles que mais praticam “sexo sem proteção”, e toda uma série de índices são mobilizados para reforçar essa tese, considerando a infecção pelo HIV; e a sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis estão crescendo em termos numéricos. Pela reportagem que inicia narrando como jovens gays levariam homens mais velhos a realizar sexo sem preservativo, a partir do que teria sido observado em uma *dark room*, cria-se toda uma mística em torno de um jovem irresponsável e que não se importa com os riscos que corre.

No decorrer da reportagem, que foi capa de revista, são apresentados relatos de usuários, todos jovens, do novo método preventivo, que procuram apresentar como a PrEP tem tido um impacto positivo sobre suas vidas (THOMAZ, 2018). Entretanto as narrativas apresentadas por tais relatos não servem para produzir um novo enquadramento para a juventude na publicação da revista *Época*. É como se a PrEP fosse apenas mais uma desculpa para que uma população jovem que, supostamente, perdeu o medo do HIV, possa fazer “sexo desprotegido”. Por mais que os entrevistados na reportagem aleguem que o método preventivo tem incidido sobre um sentimento de maior segurança e práticas mais compromissadas com a saúde, o que parece chamar atenção na narrativa é como uma população jovem tem banalizado o HIV/AIDS. É no sentido de propor uma resposta a leituras conservadoras, que procuram estigmatizar populações e a nascente promessa biomédica, que as histórias que contamos sobre HIV/AIDS importam. Foi a partir delas que pude localizar o que é banalizado na resposta à epidemia: a própria importância do HIV/AIDS em um contexto mais amplo de debate público.

É no enquadramento de um debate público que tem sido silenciado, que consigo recuperar os sentidos da prevenção ao HIV/AIDS e mobilizá-los de modo a compreender que promessa é esta a da PrEP em meio ao que é debatido. Nesse sentido, noto como embora muitos dos desafios do que quer que venha significar a PrEP, em termos de prevenção, ainda não possam ser visualizados com precisão, à medida em que o acesso ao método preventivo permanece elitizado, uma coisa parece certa: prevenção não se faz só com ferramentas. Por mais “inovadora” que seja a promessa, os desafios no sentido de garantir a cidadania e promover a autonomia das pessoas afetadas pela epidemia permanecem. É necessário não apenas aprender “a utilizar as ferramentas corretamente”, mas compreender que sentidos elas ganham e que efeitos concretos elas produzem nas vidas das pessoas. Em tempos de retrocesso e “banalização” do HIV/AIDS, paradoxalmente atravessados pelo otimismo de promessas como a PrEP, o desafio do vírus ideológico persiste, como minha denúncia da reportagem publicada pela *Época*, das falas do novo Ministro da Saúde ou dos posicionamentos de Reinaldo Azevedo há alguns anos, pretende demonstrar.

O que espero é ter encerrado o último capítulo desta dissertação de maneira a evidenciar como as estratégias tomadas pelos interlocutores desta pesquisa consideram esse desafio. Argumento que são as estratégias como essas que devemos estar atentos para a produção, não apenas de uma resposta ao HIV/AIDS, mas de um debate público mais evidente. De um debate público, que como procurei performar analiticamente nesta dissertação, seja capaz de deixar em aberto a questão de uma resposta aos desafios que os

tempos futuros trarão no enfrentamento à epidemia e na garantia da qualidade de vida das pessoas afetadas pelo vírus e pela síndrome. De um debate público que entenda que o sentido da prevenção — e o mesmo poderia ser argumentado em relação ao tratamento — reside não em algum aspecto individual, em termos morais ou biomédicos, mas na coletividade que permite algum enfrentamento à epidemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sono la prova
Sono la salva
Sono la carne macellata
Sono la sanzione
Sono il sacrificio
Sono il Ragno Nero
Sono lo schermo
Sono la Santa Sede
Sono le feci dal Signore
Sono lo segno
Sono la pestilenza
Sono l'Antichristo

Diamanda Galás — *Free Among the Dead*, do álbum *The Divine Punishment* (1986)

O texto que serve como epígrafe às considerações finais desta dissertação é cantado por Diamanda Galás, em seu primeiro álbum que compõe uma trilogia sobre os anos iniciais da epidemia de HIV/AIDS nos Estados Unidos. Galás se juntou ao grupo ativista *AIDS Coalition to Unleash Power* (ACT-UP), também mobilizada pela morte de seu irmão, o dramaturgo Phillip-Dimitri Galás, por decorrência da síndrome em 1986. Ao longo da trilogia, cujos dois primeiros trabalhos datam do mesmo ano, a artista explora e denuncia os efeitos do conversadorismo na vida das pessoas afetadas pela epidemia. Com uma potência vocal que desafia os ouvidos, as imagens evocadas por Galás também podem desafiar pressupostos culturais que definem a AIDS como uma “doença do outro”¹⁰⁵. Por mais evidente que seja a crítica da artista a uma certa leitura religiosa da epidemia, que a definiria como um castigo divino, procuro chamar atenção para como, nas afirmações que compõem a epígrafe final desta dissertação, várias camadas são conjuradas. Da carne macerada, ou o próprio corpo marcado por chagas como o sarcoma de kaposi ou ainda por um diagnóstico reagente para o HIV, à Santa Sé no Vaticano, a pestilência desafia as próprias leituras que procuram varrê-la para longe. Uma pestilência que se alastra globalmente, a despeito de qualquer leitura que procure classificá-la como um castigo divino, e que possa estar localizada nos altos-escalões

105 A noção de AIDS enquanto “doença do outro” é elaborada por Maria Andréa Loyola (1994) em seu artigo sobre prevenção no Rio de Janeiro. Trata-se de um enquadramento que procura localizar a síndrome em grupos específicos, em geral, distantes do que se entende como “a sociedade geral”. Nesse sentido, enfatiza-se, por exemplo, a noção de que homossexuais seriam um “grupo de risco” ou que a epidemia teria se originado no “distante continente africano”.

da Igreja Católica. O soropositivo na denúncia da artista é o próprio Anticristo: por um lado vítima desse discurso pautado no castigo inescapável da divindade que estaria em todo lugar; por outro uma figura que se opõe raivosamente ao ódio que lhe é dirigido, como uma peste que se alastra por onde os anjos sequer ousam pisar.

É por conta dessa marca da raiva que trago a contribuição de Galás para finalizar a dissertação, que também trabalhou com diferentes camadas do espaço-tempo. Durante a realização das entrevistas, que tomaram os últimos meses de investimento etnográfico, havia preparado uma pergunta pouco específica, sempre realizada ao final das entrevistas. Algo até prosaico de se questionar frente a todos os relatos que eu vinha ouvindo, registrando e analisando: “qual te parece ser o maior desafio na resposta à AIDS hoje em dia?” O tom das respostas não era dos mais encorajadores. O maior desafio seria: manter as políticas que conquistamos. Mais do que melhorar o que outrora teria sido o modelo internacional de resposta à epidemia, o mais urgente é manter algo que parece incerto, frente aos desafios que procurei descrever na dissertação. Talvez a raiva possa ser um combustível para manutenção não apenas das políticas de resposta à epidemia, mas também da esperança e da luta para alcançarmos dias melhores. Uma raiva direcionada a discursos conservadores e aos processos de estigmatização, alinhada a olhares compromissados com a relacionalidade que produz o HIV/AIDS, talvez nos seja útil, afinal de contas.

Se os jovens seriam os culpados por uma suposta banalização da epidemia de HIV/AIDS, que a responsabilidade nesse processo seja deslocada, com a mesma celeridade, espumante de raivosa, que procura localizá-los como um vetor da epidemia, para os espaços públicos nos quais a participação da sociedade civil veio sendo reduzida ao longo dos anos. Enfrentar a AIDS só pode ser, nesse sentido, um compromisso com a democracia, com a cidadania e com a vida das pessoas. Para além das promessas biomédicas que nos mobilizam e mobilizamos, nos atravessam e são atravessadas por nós, é preciso dar visibilidade às nossas vozes. E utilizo aqui, como em outros momentos, não acidentalmente, esse termo sentimental, mas problemático, do “nós” como tentativa de inscrever que é apenas pela via do coletivo que encontraremos alguma resposta. Não que não haverá conflitos nos debates públicos sobre HIV/AIDS, como sempre houve, e, talvez, a raiva possa ser uma importante aliada para qualquer pessoa que esteja comprometida com a vida. Se há algo que ficou evidente para mim nos deslocamentos que realizei enquanto pesquisador é que *silêncio continua sendo igual à morte*. Independente de qualquer clima otimista, carregado por promessas biomédicas ou não, é no debate público que tais promessas ganham sentido e, por isso mesmo, calar-se não é uma opção. Organizo o restante da seção em três tópicos: no primeiro, exploro que deslocamentos

foram esses que eu realizei, procurando refletir sobre o caráter localizado desta etnografia; no segundo, abordo algumas escolhas realizadas, em termos do vocabulário que compõe o trabalho; e finalmente, apresento tendências gerais que esta dissertação, enquanto um objeto dobrado, pode ajudar a evidenciar num debate público sobre HIV/AIDS e a emergência de promessas biomédicas.

Dos deslocamentos

Como mencionei no terceiro capítulo da dissertação, fui convidado para os Encontros Nacional e Regional das Pessoas Vivendo com HIV e AIDS por alguns interlocutores da investigação. Em uma das pausas para fumar um cigarro, que fiz acompanhado de Pablo, eu havia comentado algo sobre eu e Thiago Batista, meu colega com quem divido interesses de pesquisa e campo, estarmos “entrando nesse mundo agora”. “Esse mundo” era referente ao movimento social de AIDS e a entrada se dava pela via dos Vivendo. Pablo prontamente me responde “mas vocês não estão entrando”. Isto é, não fazemos parte do movimento social, ainda que estivéssemos em diálogo com alguns interlocutores e com o debate público que procurei retraçar ao longo da dissertação. Esse breve momento de tensão vivenciado serve aqui como um disparador para reflexões acerca dos deslocamentos que realizei enquanto *pesquisador jovem*. Enquanto pesquisador jovem que procura investigar sobre HIV/AIDS, suas controvérsias, e as promessas que emergem no horizonte e aos poucos passam a fazer parte de um cotidiano de prevenção como políticas públicas de resposta à epidemia. De fato, enquanto os interlocutores que contribuíram para a presente investigação possuem anos de trajetória política e experiência em relação ao HIV/AIDS, eu acabo quase que caindo de paraquedas no meio do que chamei de um debate público. Um debate público que dura tanto tempo quanto a própria emergência da AIDS, enquanto uma “doença misteriosa” que matava jovens gays em uma proporção assustadora nos Estados Unidos. O limite estabelecido por Pablo, embora tenha contribuído para algumas inseguranças que sinto enquanto pesquisador, serve, por isso mesmo, para explorar o caráter localizado da investigação que realizo.

Desde 2014 em incursões etnográficas que pude realizar durante a graduação em Ciências Sociais na UFRGS, tenho me aproximado da temática do HIV/AIDS e, sobretudo da inovação científica no campo, por conta da emergência da PrEP. Em um primeiro momento, meus esforços haviam se concentrado mais na direção de perseguir essa promessa num campo mais documental, o que culminou no Trabalho de Conclusão de Curso defendido no ano de 2016. Havia também realizado algumas tentativas de um “trabalho de campo mais tradicional”, para a disciplina de Antropologia do Corpo e da Saúde, em 2015. No entanto,

aquela promessa, cuja proliferação em termos de reportagens publicadas em sites de notícias e *blogs* voltados para a chamada cultura LGBT eu passei a acompanhar, não esteve presente nos relatos dos interlocutores que eu havia acessado na época. Uma postura de muitas ressalvas em relação ao método de prevenção que me interessava era tomada por algumas pessoas, vinculadas a uma ONG LGBT de Porto Alegre. “Mais uma tentativa de medicalização dos corpos”, haviam relatado de uma maneira que julguei pouco amigável às potencialidades que o método de prevenção pode trazer. Em retrospectiva, considero que a postura tenha sido tomada justamente porque realizei aquela incursão etnográfica em um momento no qual os estudos de PrEP mal haviam começado na cidade. Tratava-se, ainda, de uma intervenção biomédica distante.

A PrEP parece algo distante agora também, como os relatos e eventos que descrevi apontam, por mais que esteja muito mais próxima e comece a se consolidar como política pública de prevenção. Foi também a partir daquele trabalho, realizado em 2015, que eu comecei a definir meu interesse em torno da promessa da PrEP. Por isso mesmo, a realização de uma etnografia documental, voltada a uma análise de reportagens, documentos internacionais e artigos científicos (FERRARI, 2016) foi uma decisão que passou também por essa constatação. Procurei ir me especializando em uma bibliografia que desse conta, então, de auxiliar na constituição de uma etnografia que retraçasse os processos de tradução nas políticas do conhecimento em torno da PrEP. Aproximando-me, assim, de uma literatura sobre biomedicalização da resposta ao HIV/AIDS, além de estudos sobre contextos de experimentalidade, sobretudo envolvendo a questão da PrEP, já amplamente citados ao longo de toda esta dissertação. Por perceber que a promessa que eu investiguei durante a graduação passava a se aproximar dos cotidianos de prevenção no Brasil e em Porto Alegre, resolvi realizar a presente pesquisa durante o mestrado acadêmico em Antropologia Social. Partindo novamente da noção de biomedicalização, a fim de explorar como começa a emergir uma promessa biomédica e como ela participa de um debate público, sobretudo considerando a presença dos movimentos sociais.

Uma série de inseguranças passam a habitar não apenas o diário de campo do pesquisador que escreve esta dissertação, mas também sua cabeça ou seu corpo, onde quer que as emoções habitem. À medida em que seu objeto de pesquisa deixa de ser vinculado aos processos de tradução e circulação do conhecimento científico, em publicações que ele lia na tela do computador, e passa a acompanhar os rumores dessa “inovação” biomédica, com pessoas de carne e osso alguma coisa muda. Nem todo mundo falava de PrEP o tempo inteiro, não eram esses os termos do debate: muitas coisas além da PrEP, como procurei descrever

habitam o debate público. É principalmente nesse sentido que posso ser considerado um *pesquisador jovem*, não apenas pelos meus vinte e poucos anos. Não acompanhei de perto os processos que persegui como rumores, mas procurei analisar seus efeitos e aprender um pouco de uma história tão complexa como a da AIDS, além de apresentar esses deslocamentos na forma de uma etnografia. De uma história que mobilizou tantos atores, com tanta urgência e com tantos efeitos, torna-se às vezes muito difícil reconhecer de onde se escreve ou descreve e mesmo o caminho percorrido.

Nesse sentido, procuro notar que a tentativa de retrair esse debate público — um termo que por vezes pode parecer muito vago — diz justamente respeito a um compromisso com tentar fazer respeito a uma trajetória que é muito maior do que a minha. Que mobilizou muito mais coisas que as mais de cem páginas desta dissertação não seriam capazes de mobilizar, mesmo que fossem quatrocentas. Sobre este trabalho e minha posicionalidade no campo é possível afirmar, nesse sentido, seu caráter provisório. Provisoriedade que, num campo como o HIV/AIDS e as políticas do conhecimento que o envolvem, torna-se ainda mais dramática. “Quem tem AIDS, tem pressa”, era o título de uma das atividades do Vivendo, atestando o caráter altamente dinâmico e politizado que cerca o que eu chamei de um debate público. E é com essa urgência que o ritmo das inovações biomédicas parece se desdobrar nas inovações envolvendo a epidemia, como no caso da incorporação da PrEP, como descrito na primeira parte da dissertação.

Tal urgência revela também a necessidade do pesquisador em realizar pausas para a reflexão, como procurei descrever no quarto capítulo. Foram em tais momentos de pausa que eu fui capaz de melhor localizar qual é o sentido da prevenção (e da PrEP), considerando as histórias e os futuros que queremos construir, no debate público do qual aos poucos me aproximo. Também procuro realizar esta reflexão nas páginas que fecham a presente dissertação, evidenciando os posicionamentos que tomei, em termos de suas potencialidades e limites. Espero que tal exercício de reflexão seja útil para todas as pessoas compromissadas com uma resposta ao HIV/AIDS que esteja alinhada com a solidariedade e a vida.

Banalização, promessas, rumores e opacidade

Em virtude desse exercício de reflexão, considero relevante chamar atenção para algumas escolhas tomadas em relação ao vocabulário desta investigação. Retorno a uma questão que me parece urgente que é a da escolha pelo termo “banalização”. Enfatizo, mais uma vez, que perguntar “quem banaliza o quê?” é crucial, em tempos onde existe uma tendência a responsabilizar uma geração que, supostamente “não tem medo de AIDS”. Como

procurei explicitar ao longo da segunda parte da dissertação, o que chamo de banalização se refere a um processo de silenciamento das instâncias de participação social da chamada sociedade civil organizada. Nesse sentido, ao enfatizar minha escolha pelo termo da banalização na escrita desta etnografia, procuro localizar também outros usos que o termo recebe, como maneira de aproximar narrativas compromissadas com uma resposta ao HIV/AIDS e aquelas que procuram responsabilizar indivíduos, ou mesmo grupos, pelos processos de exclusão e estigmatização que sofrem. O que espero é ter chamado atenção para como a noção de que “a AIDS já não é mais um problema” é mobilizada com diferentes compromissos políticos. Há de se tomar cuidado, nesse sentido, com como se explica tal questão.

No que diz respeito ao uso do termo promessa, presente de maneira muito forte desde a primeira parte da dissertação é como ele diz menos respeito a algo que não existe na realidade, mas algo que passa a existir e a mobilizar uma série de atores e produzir uma série de efeitos. Nos capítulos 1 e 2 da dissertação, chamei atenção para como a performance da promessa que investigo nos documentos vinculados ao processo de incorporação da PrEP pela via da Conitec produz uma série de exclusões. Seja da própria trajetória do método preventivo e das desigualdades sociais que se desdobram sobre um campo experimental que o lança enquanto uma promessa que é eficaz e segura para prevenção do HIV, ou das populações que poderiam se beneficiar desta intervenção biomédica. Não faço aqui um uso cínico ou irônico do termo, como se promessa se referisse a algo que jamais será cumprido, mas antes se trata de um uso positivo. Promessas produzem algo e é isso que tentei retratar ao longo da dissertação inteira, considerando também a segunda parte, quando noto que: uma confusão semântica começa a se estabelecer em torno da PrEP, que muitas vezes sua promessa não é o centro do debate, e que a prevenção é entendida como algo que está para muito além do método de prevenção que aos poucos adentra nos cotidianos de cuidado.

O termo rumor pode, nesse sentido, se aproximar do de promessa. Não utilizo ele de maneira a opô-lo a uma realidade que existe, como que de uma maneira cínica ou irônica. O “rumor” que utilizo nesta dissertação não é o mesmo que “mentira” — e em tempos de proliferação de *fake news*, enfatizar tal distinção é um compromisso decididamente político —, mas sim algo capaz de se estender e viajar pelos mais diversos locais. Como a promessa que eu persigo e que me faz adentrar no debate público que eu tento retratar ainda não participa de uma maneira mais efetiva das práticas de prevenção, sendo constantemente denunciado um acesso muito restrito ao método preventivo por parte de meus interlocutores, o uso do termo rumor parece ainda extremamente útil para o estudo de inovações biomédicas. É pela via do

rumor que tais inovações começam a ganhar sentido e a se concretizar enquanto uma realidade, ao menos conforme a presente etnografia. Se essa consideração acerca do rumor é válida, recorrer à questão da opacidade como um contraponto que define o limite do rumor, é ainda mais importante. É em relação com o que é opaco que o rumor pode ser definido como verdade ou mentira, como uma realidade ou uma fantasia.

Reconhecer como essa opacidade é produzida é um aspecto metodológico que embora eu não tenha realizado na investigação, deve ser realizado em investigações futuras sobre a PrEP ou um debate público sobre HIV/AIDS. Pesquisas que considerem a realidade clínica, o uso do método preventivo ou a constituição da política pública de PrEP, por exemplo, podem contribuir muito para os esforços de investigação etnográfica que realizei. Evidentemente, rumores produzem monstros, como uma certa narrativa da banalização que performa uma promessa tão potente como a PrEP como uma tecnologia contraproducente na resposta ao HIV/AIDS. O que espero ter realizado, ao longo da minha tentativa de retrair como a PrEP emerge em um histórico debate público sobre HIV/AIDS, é também um exorcismo desses monstros que têm povoado alguns rumores de compromissos duvidosos, para dizer o mínimo.

Trazendo a vida de volta ao centro do debate

Nesta dissertação que pode ser entendida como um objeto dobrado, além de eu procurar ter enfatizado como, a despeito de qualquer promessa o HIV enquanto vírus ideológico continua persistindo, uma outra tendência pode ser notada. Os Vivendo são eventos que não costumam ser marcados por um caráter decididamente político, no sentido de proporem deliberações e pautas que serão mobilizadas. No entanto na edição do ano de 2018, que conjugou tanto o Encontro Regional quanto o Nacional, o tom adotado inescapavelmente tomava uma direção que ia de encontro a uma mobilização social mais propositiva. Durante a entrevista com Cecília, que esteve na organização dos encontros, procuro elaborar questionamentos nesse sentido.

Não é um espaço deliberativo. É que assim, o que aconteceu, como, pelo contexto que a gente tava era impossível não construir um Vivendo...Esse nosso Vivendo desse ano, ele teve uma agenda política muito mais forte. Porque era impossível, é impossível no contexto que a gente tá vivendo não fazer isso. Não se discutir isso. O de 2016 já foi um Vivendo, o nosso regional já foi um regional muito político, né? Porque também a gente entendia que a gente já tava, a gente tava prestes a ter a PEC da morte, a gente tava, enfim, já tava num cenário desastroso, a gente vinha aí da saída da Dilma, enfim. A gente já entendia que o cenário era ruim, a gente, talvez a gente não tivesse projetado que ele seria tão pior, sabe? Mas a gente já vinha num cenário muito ruim, então, o de 2016 e o de 2018, com certeza, eles têm um caráter um pouco diferente, né? Eles são espaços de solidariedade, que a gente tenta retomar essas questões, e a importância do protagonismo das pessoas que vivem com AIDS, mas eles também foram, também teve esse tom político, mas ele não é um espaço deliberativo. Ele não é um espaço que delibera pelo movimento, ele até pode tirar

cartas, a carta do Vivendo e tal, mas não é um espaço de, politicamente deliberativo como são os ENONGs, os ERONGs. Que vão levar propostas pra outras instâncias, e vão protagonizar um pouco mais essa interlocução com a gestão (ENTREVISTA COM CECÍLIA, JANEIRO DE 2019).

Faço menção a tal consideração na medida em que há de se notar uma tendência que coloca a relação entre inovações biomédicas e políticas públicas na resposta ao HIV/AIDS como um problema. Nos processos de descentralização do cuidado e da política nacional de resposta à epidemia, marcados pela testagem e o tratamento em qualquer momento da infecção pelo HIV, marcados por promessas biomédicas como o “testar e tratar”, a vida parece ser deixada de lado. “Testar, tratar e isolar o vetor”, advertiu o ativista Carlos Duarte em alguns de seus posicionamentos no terceiro capítulo. Nesse sentido, considero que abandonar a noção de uma resposta ao HIV/AIDS possa ser útil. É à epidemia que queremos responder? Ou é na garantia de uma qualidade de vida às pessoas soropositivas, vivendo com HIV e AIDS, ou soronegativas que queremos conquistas?

Em tempos de emergência da PrEP e de expectativas extremamente otimistas, que chegam a pautá-la como uma espécie de revolução sexual, corre-se o risco de tirar a vida de cena. É necessário politizar a vida que queremos viver. Foi necessário politizar o Vivendo, como a fala de Cecília indica. É preciso colocar a vida em cena, como as estratégias de prevenção encabeçadas por ativistas como os do GAPA-RS ou do comitê comunitário envolvido com o estudo internacional, procuram fazer. E aqui, retorno à frase de Herbert Daniel, que utilizei como epígrafe da dissertação: “tenho aprendido que a vida debruça-se no mistério, mas facilmente se afoga na superstição” (DANIEL, 2018a). É antes no mistério, debatido publicamente, que a vida há de ser encontrada e não em uma resposta que procura silenciar vozes comprometidas com a vida e solidariedade. Se o estigma persiste, há de se considerar como os efeitos de uma resposta ao HIV/AIDS têm se desdobrado de forma a evidenciar um “enfrentamento à epidemia”, e não uma solidariedade com as pessoas e populações afetadas por seus efeitos.

A emergência da PrEP em um tipo de cenário que parece privilegiar uma forma de prevenção “mais tecnicista”, pode inclusive retirar de cena questões vinculadas ao tratamento e à manutenção da vida das pessoas que vivem com vírus ou com a síndrome. Thiago Pinheiro (2018) discute sobre cenários de prevenção tecnicistas, nos quais métodos de prevenção — como o caso do preservativo — tornam-se centrais aos discursos e práticas que definem o que quer que seja “sexo seguro”. O autor nota como, no caso do preservativo, todo um histórico de participação comunitária na consolidação de estratégias de sexo mais seguro foi apagado, e um mantra impositivo do tipo “use camisinha” passou a ser central às políticas

de resposta à epidemia no Brasil. Na medida em que a promessa que eu investigo participa de um novo paradigma do Ministério da Saúde nesta resposta, como o autor propõe, o paradigma da chamada prevenção combinada, corre também o risco de recair no mesmo tipo de abordagem estritamente tecnicista. Abordagens que desconsideram o que eu vim chamando de debate público, ainda que o autor reconheça que esse paradigma seja capaz de recuperar algo da “lógica das primeiras respostas comunitárias à epidemia, em que a camisinha consistia em uma das possibilidades de se proteger da infecção” (PINHEIRO, 2018. p. 110).

Um cenário tecnicista de prevenção pode inclusive contribuir para um recrudescimento do estigma, caso não se trabalhe sobre esta questão. Pistas importantes sobre que sentidos devem tomar os trabalhos de prevenção foram produzidas pela mediação das entrevistas realizadas, revelando a experiência acumulada de ativistas que atuam no campo. E mais do que isso, numa tendência que parece privilegiar um sentido de prevenção pautado pelo tecnicismo, pode considerar que uma resposta à questão da AIDS seja algo que bastaria ser aplicado, a despeito de qualquer contexto ou situação. Esta não é uma tendência que se iniciou com a emergência da PrEP, mas como procurei apontar ao longo dos capítulos, vem acompanhando toda a trajetória da constituição de uma resposta brasileira ao HIV/AIDS. Se esta é uma dissertação que propõe dobrar o tempo, no que diz respeito ao HIV/AIDS, e eu procurei notar como o estigma persiste no passado, no presente e no futuro, é pela via da afirmação da vida e da coletividade que futuros melhores poderão ser vivenciados.

A despeito do otimismo biomédico que marca os processos de biomedicalização ou neoliberalização da resposta ao HIV/AIDS e de pharmaceuticalização da saúde pública (AGGLETON E PARKER, 2015; PARKER, 2015; SEFFNER E PARKER, 2016; BIEHL, 2007; 2011), o cenário em que vivemos não acompanha as expectativas que as inovações biomédicas carregam. O conservadorismo que procura localizar uma resposta ao HIV como uma responsabilidade das famílias certamente é colocado como um obstáculo a um “futuro sem AIDS”. Foi historicamente pela via de um debate público que concatenou o movimento da inovação biomédica, a participação da sociedade civil, a produção do conhecimento científico e acadêmico, o SUS e a gestão pública que uma resposta à epidemia, outrora considerada modelo internacional, foi erigida no país. Não é uma questão privada e, caso desejemos esse futuro, devemos estar atentos a como os conservadorismos reagem às novas possibilidades técnicas que se manifestam no horizonte.

Com a contribuição do trabalho de Gustavo Zambenedetti (2018), encerro minha tentativa de explorar as diferentes temporalidades que a promessa da PrEP e o debate público, como os vim perseguindo ao longo da dissertação, performam. O autor nota como o estigma

se torna presente em tempos de tanto otimismo biomédico, por meio de três processos: um primeiro de transformação, um segundo de atualização e um terceiro marcado pelo anacronismo. A transformação diz respeito a um movimento em que novos sentidos e imagens relacionadas à AIDS possibilitam novas fronteiras de racionalização, suavização que impactam também na gerência e controle dos corpos por uma demarcação. Não se trata de um rechaço, mas de um borramento entre o que seria público e privado no sujeito. Argumento que o mantra da adesão ao tratamento, ou possivelmente a novos métodos de prevenção como a PrEP, pode ser indicativo dessa gerência. O processo de atualização opera novas estratégias que evocam velhas imagens: o autor evoca como exemplo o caso do “Clube do Carimbo”¹⁰⁶ reacendeu um projeto de lei sobre a criminalização da transmissão do HIV. Trago como exemplo desse processo, em diálogo com o trabalho do autor, o enfoque dado à questão da família e a responsabilização da juventude em certas narrativas sobre a “banalização” da AIDS.

Finalmente, o último processo é marcado pelo anacronismo, que o autor apresenta a partir de duas cenas ocorridas entre 2012 e 2013 em unidades de Saúde da Família, na situação das entrevistas que realizou durante sua pesquisa.

Uma primeira cena-problema, para iniciar a reflexão, é a seguinte fala:

Uma amiga da minha mãe, que está com HIV, foi lá em casa, foi visitar a gente. Daí minha mãe serviu café para ela e depois disse: “ah, pega esse copo aí e lava bem” — tipo deixa o copo de molho e tal. Daí eu disse: “ah, mas para que fazer isso mãe?”. E ela disse: “mas vai saber”.

Uma segunda cena:

Meu marido disse: “se eu peguei HIV, peguei de ti. Se a minha mãe ficar sabendo, eu não sei o que ela vai fazer contigo”. Então, minha vida está em risco pelo lado da doença, que possa até durar vinte anos, se me tratar. E uma hora eu posso ser quebrada na esquina porque eu passei uma doença para o filho dela. Imagina se ela fica sabendo, já fiquei pensando várias coisas (ZAMBENEDETTI, 2018. p.127).

Frente a relatos tão recentes, mas que parecem voltar no tempo, como o autor indica, o estigma permanece, colocando em dúvida as vias de transmissão do HIV e relativizando a eficácia do tratamento com antirretrovirais, inclusive com ameaças diretas às vidas das pessoas. É nesse sentido que ele procura localizar o estigma como um processo multitemporal,

¹⁰⁶ Tratam-se de supostos clubes de homens homossexuais soropositivos que elaboram estratégias para transmissão deliberada do HIV (FANTÁSTICO, 2015). Noto na pesquisa realizada anteriormente, como a emergência de tais clubes na grande mídia, ocorre de maneira concomitante com a proliferação de reportagens sobre a PrEP e uma inflexão identitária do método preventivo em direção ao homem gay (FERRARI, 2016). Um paradoxo temporal entre o estigma, que como visto eclode desde o começo da epidemia e continua sendo uma das grandes barreiras para práticas de prevenção e na assistência às pessoas vivendo com HIV e AIDS, e o direito à prevenção, que no limite aponta para um futuro fim da epidemia, é possível de ser observado.

encontrando diferentes marcações e manifestações na atualidade (ZAMBENEDETTI, 2018). Espera-se com a presente dissertação contribuir para tais reflexões, indicando como o ritmo otimista das inovações biomédicas e, em particular, da promessa PrEP, não acompanha uma erradicação do “vírus ideológico”. Este é um trabalho que também procurou indicar, pela experiência dos movimentos sociais, maneiras possíveis de responder a esse vírus e às novas preocupações que emergem junto às manifestações diversas da promessa que investiguei.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGGLETON, Peter; PARKER, Richard. Moving beyond biomedicalization in the HIV response: Implications for community involvement and community leadership among men who have sex with men and transgender people. **American Journal of Public Health**, v. 105, nº8, pp. 1552-1558, 2015.

ALENCASTRO, Paulo. Profilaxia pré-exposição em Porto Alegre. In: ABIA (org.) **Truvada® Livre!**. Boletim ABIA, outubro de 2018. nº63.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; PAIVA, Vera; FRANÇA-JÚNIOR, Ivan. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro de vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C.M. (orgs.) **Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania**. Livro 1. Curitiba: Juruá. 2012.

BIEHL, João. Antropologia no campo da saúde global. **Horizontes antropológicos**, Porto Alegre, v.17, n. 35, Junho, 2011.

BIEHL, João. Pharmaceuticalization: AIDS Treatment and Global Health Politics. **Anthropological Quarterly**, 80, n. 4, 2007.

CALANZANS, Gabriela Junqueira; PINHEIRO, Thiago Félix; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n 29: ISBN 1984:6487.2018.

CAMARGO, Kenneth Rochel de. **A construção da AIDS: racionalidade médica e estruturação das doenças**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993.

CASTIEL, Luis David; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues; FERREIRA, Marcos Santos. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

COSTA DUARTE, Larissa. **“A AIDS tem um rosto de mulher”:** discursos sobre o corpo e a feminização da epidemia. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, p. 223. 2018.

DANIEL, Herbert. O primeiro AZT a gente nunca esquece. In. DANIEL, Herbert; PARKER, Richard (orgs). **AIDS: A terceira epidemia. Ensaios e tentativas**. Rio de Janeiro: ABIA, 2018a.

DANIEL, Herbert. A AIDS é um tigre de papel... higiênico. In. DANIEL, Herbert; PARKER, Richard (orgs). **AIDS: A terceira epidemia. Ensaios e tentativas**. Rio de Janeiro: ABIA, 2018b.

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

DUARTE, Carlos Alberto Ebeling. **O paradoxo da descentralização no financiamento para as ações de DST/Aids: visão de entidades representativas do movimento social em municípios selecionados do Rio Grande do Sul.** Trabalho de conclusão em Especialização (Saúde Pública). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, p. 61. 2008.

EPSTEIN, Steven. **Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge.** Berkeley: University of California, 1996.

FACCHINI, Regina. **Sopa de letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90.** Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

FERNANDES, Nilo Martinez. Da pesquisa à implementação: breve histórico sobre a PrEP no Brasil. In: ABIA (org.) **Truvada® Livre!**. Boletim ABIA, outubro de 2018. n°63.

FERRARI, Felipe Cavalcanti. **A emergência da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP): uma narrativa sobre diferentes engajamentos com a produção do saber científico na prevenção ao HIV.** Trabalho de Conclusão de Curso (Ciências Sociais) — Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

FOOTE-WHYTE, W. Treinando a observação participante, In: Guimarães, A. Z. (org.) **Desvendando Máscaras Sociais.** 2ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980.

FRANCH, Mônica. Sorodiscordância, Discriminação e Estigma: anotações a partir de duas pesquisas. In: LEITE, Vanessa; TERTO JR, Veriano e PARKER, Richard. (orgs.) **Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção.** ABIA: Rio de Janeiro, 2018.

GAVIGAN, Kelly; RAMIREZ, Ana; MILNOR, Jack; PEREZ-BRUMER, Amaya; TERTO JR, Veriano; PARKER, Richard. **Pedagogia da Prevenção: reinventando a prevenção do HIV no século XXI.** ABIA. 2015.

GRANGEIRO, Alexandre. A promessa da PrEP. É possível superar a insuficiência da resposta brasileira e afirmar novos valores de protagonismo e liberdade sexual? In: ABIA (org.) **Truvada® Livre!**. Boletim ABIA, outubro de 2018. n°63.

GRANGEIRO, Alexandre; ESCUDER, Maria Mercedes; GIANNA, Maria Clara; CASTILHO, Euclides Ayres Castilho; TEIXEIRA, Paulo Roberto. Estratégias de descentralização e municipalização da resposta à aids no Brasil: implicações para as secretarias de saúde e organizações não governamentais. **Tempus Acta em Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 2, 2010, p. 14-33.

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

KNAUTH, Daniela Riva; VÍCTORA, Ceres Gomes; LEAL, Ondina Fachel. A banalização da Aids. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 4, n. 9, p. 171-202, out. 1998

KAUSS, Bruno Silva. A implementação da Profilaxia Pós-Exposição na perspectiva dos trabalhadores na linha de frente em saúde. In: LEITE, Vanessa; TERTO JR, Veriano e

PARKER, Richard. (orgs.) **Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção**. ABIA: Rio de Janeiro, 2018.

LATOUR, Bruno. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo: Editora UNESP, 2011.

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

LATOUR, Bruno. **Reagregando o social: uma introdução à teoria do Ator-Rede**. Salvador: Edufba; Bauru: Edusc, 2012.

LATOUR, Bruno. WOOLGAR, Steve. **A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LAQUEUR, Thomas. **Making sex: body and gender from the Greeks to Freud**. Harvard: University Press, 1994.

LEAL, A.F.; KNAUTH, D. R. ; COUTO, M. T. A invisibilidade da heterossexualidade na prevenção do HIV/Aids entre homens. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. Sp., p. 143-155, 2015.

LOYOLA, Maria Andréa. Aids e prevenção da Aids no Rio de Janeiro. In.: LOYOLA, M. A. (Org.). **Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ, 1994.

M'CHAREK, Amade. Race, Time and Folded Objects: The HeLa Error. **Theory, Culture & Society**, November 2014 vol. 31 no. 6 29-56, 2014.

MARTIN, Emily. "Anthropology and the Cultural Study of Science: From Citadels to String Figures". In: GUPTA, Akhil; FERGUSON James. (Orgs) **Anthropological Locations. Boundaries and Grounds of a Field Science**, Berkeley: University of California Press, 1997.

MICHAEL, Mike; ROSENGARTEN, Marsha. **Innovation and biomedicine: ethics, evidence and expectation in HIV**. Palgrave Macmillan, 2013.

MOL, Annemarie. **The body multiple: ontology in medical practice**. Duke University Press, 2002.

MOL, Annemarie. Política Ontológica: algumas ideias e várias perguntas. In: NUNES, João Arriscado; ROQUE, Ricardo. (Orgs.) **Objectos impuros: experiências em estudos sociais da ciência**. Porto: Edições Afrontamento, 2007.

OUDSHOORN, Nelly. **Beyond the natural body: an archeology of sex hormones**. London: Routledge. 1994.

PAIVA, Vera. Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C.M. (orgs.) **Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania**. Livro 1. Curitiba: Juruá. 2012.

PAIVA, Vera; ZUCCHI, Eliana. Estigma, discriminação e saúde: aprendizado de conceitos e práticas no contexto da epidemia de HIV/Aids. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C.M. (orgs.) **Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania**. Livro 1. Curitiba: Juruá. 2012.

PARKER, Richard. **O fim da AIDS?** Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. Rio de Janeiro: ABIA, 2015.

PELÚCIO, Larissa. Ativismo Soropositivo: A Politização da Aids. **Ilha Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 9, n. 1, 2, p. 119-141, jan. 2007. ISSN 2175-8034. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/7947>>.

PERLONGHER, Néstor. **O que é AIDS?** Editora Brasiliense: São Paulo. 1987.

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

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

PINHEIRO, Thiago. Prevenção ao HIV, Tecnicismo e Conservadorismos. In: LEITE, Vanessa; TERTO JR, Veriano e PARKER, Richard. (orgs.) **Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção**. ABIA: Rio de Janeiro, 2018.

ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, supl., p.133-152, jun. 2008.

ROHDEN, Fabíola. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 101-125, junho de 2002

ROSENGARTEN, Marsha. **HIV Interventions: biomedicine and the traffic between information and flesh**. Seattle: University of Washington Press. 2009.

ROSENGARTEN, Marsha; MICHAEL, Mike. The performative function of expectations in translating treatment to prevention: the case of HIV pre-exposure prophylaxis, or PrEP. **Social Science & Medicine**, n.69, p.1049-1055, 2009.

RUBIN, Gayle. Pensando sobre sexo: Notas para uma teoria radical da política da sexualidade. **Cadernos Pagu**, n. 21, pp. 1 a 88. 2003.

SEFFNER, Fernando. **O jeito de levar a vida: trajetórias de soropositivos enfrentando a morte anunciada**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, UFRGS. Porto Alegre. 294.p. 1995.

SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. A neoliberalização da prevenção do hiv e a resposta brasileira à Aids. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (Org.). **Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. Rio de Janeiro: ABIA. 2016.

STADLER, Jonathan; SCORGIE, Fiona; STRATEN, Ariane van der; SAETHRE, Eirik. Adherence and The Lie in a HIV Prevention Clinical Trial, **Medical Anthropology**, 35(6): 503–516.2016.

STRATHERN, Marilyn. Cutting the Network. **The Journal of the Royal Anthropological Institute**.Vol 2. No. 3, et. 1996, 517-535.

VALLE, Carlos Guilherme do. Identidades, doença e organização social: um estudo das "pessoas vivendo com AIDS". **Horizontes antropológicos**,Porto Alegre, ano 8, n.17, 179-210, 2002.

VALLE, Carlos Guilherme do. Memórias, histórias e linguagens da dor e da luta no ativismo brasileiro de HIV/Aids.**Sex., Salud Soc. (Rio J.)** no.30 Rio de Janeiro set./dez. 2018.

VILLARDI, Pedro; FONSECA, Felipe. “ Truvada® Livre”, de patente e preconceitos. In: ABIA (org.) **Truvada® Livre!**. Boletim ABIA, outubro de 2018. n°63.

WOLFFENÜTTEL, Karina. A contribuição dos CTA na oferta da Prevenção Combinada: Limites e Possibilidades. In: LEITE, Vanessa; TERTO JR, Veriano e PARKER, Richard. (orgs.) **Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção**. ABIA: Rio de Janeiro, 2018.

ZAMBENEDETTI, Gustavo. A Atualidade e a Multitemporalidade dos Processos de Estigmatização da AIDS. In: LEITE, Vanessa; TERTO JR, Veriano e PARKER, Richard. (orgs.) **Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção**. ABIA: Rio de Janeiro, 2018.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades.**Physis**[online]. 2016, vol.26, n.3, pp.785-806. ISSN 1809-4481. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000300005>.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde. **Estudos de psicologia (Natal)** [online]. 2015, vol.20, n.4, pp.229-240. ISSN 1413-294X. <http://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20150024>.

MATERIAL ANALISADO

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS. **Problemas no abastecimento de medicamentos para HIV e aids causam preocupação no Rio Grande do Sul**. Agência de Noticias da Aids, 2018. Disponível em: <http://agenciaaids.com.br/noticia/problemas-no-abastecimento-de-medicamentos-para-hiv-e-aids-causam-preocupacao-no-rio-grande-do-sul/> (último acesso: 19/11/2018)

AGÊNCIA ESTADO. **Medicamentos contra aids mostram promessa de prevenção**. 2006. Estado de São Paulo. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/noticias/geral,medicamentos-contr-aids-mostram-promessa-de-prevencao,20060330p62336> (último acesso: 19/11/2018)

ALCORN, Keith. **No HIV infections from partners with fully suppressed viral load during long-term follow up of landmark treatment as prevention trial.** AIDSMap. 2015. Disponível em: <http://www.aidsmap.com/page/2986223/> (último acesso: 19/11/2018).

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO DIAHV. Implementação da PrEP no Brasil é apresentada a coordenadores estaduais e municipais. **Ministério da Saúde**, 2017. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/implementacao-da-prep-no-brasil-e-apresentada-coordenadores-estaduais-e-municipais?fbclid=IwAR2gMS2RssmjGEhtbyG11RJ6x1v8Pjqdf - JsN2aLVS_nM0NWofAvVTwCYY (último acesso: 09/01/2018)

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS. Antirretrovirais deixam categoria de controle especial no Brasil. **Blog Jovem Soropositivo**. 2016. Disponível em: <https://jovemosoropositivo.com/2016/09/05/arv-deixam-controle-especial-br/> (último acesso: 09/01/2018)

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO. **PrEP está disponível para consulta pública na Conitec.** Blog da Saúde do Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/servicos/52377-prep-esta-disponivel-para-consulta-publica-na-conitec> (último acesso: 19/11/2018)

ASSESSORIA DE IMPRENSA. Secretaria da Saúde oferece testes rápidos para diagnóstico do HIV na Praça Dante Alighieri nesta sexta. **Site da Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul**. 2018. Disponível em: <https://caxias.rs.gov.br/noticias/2018/11/secretaria-da-saude-oferece-testes-rapidos-para-diagnostico-do-hiv-na-praca-dante-alighieri> (último acesso: 09/01/2018)

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. **Após argumentos da sociedade civil, INPI rejeita pedido de patente do Truvada® no Brasil.** ABIA. 2017. Disponível em: <http://abi aids.org.br/apos-argumentos-da-sociedade-civil-inpi-rejeita-pedido-de-patente-do-truvada-no-brasil/29776> (último acesso 19/11/2018)

AZEVEDO, Reinaldo. **Cegados pela luz! Ou: demasiadamente humano.** 2010. Blog do Reinaldo Azevedo, Veja. <https://veja.abril.com.br/blog/reinaldo/cegados-pela-luz-ou-demasiadamente-humano/> (último acesso: 19/11/2018)

AZEVEDO, Reinaldo. **O “Truvada”, a AIDS e a lógica. Ou: Um remédio de combate à AIDS que pode induzir uma elevação dos casos de contaminação.** 2017. Blog do Reinaldo Azevedo, Veja. <https://veja.abril.com.br/blog/reinaldo/o-truvada-a-aids-e-a-logica-ou-um-remedio-de-combate-a-aids-que-pode-induzir-uma-elevacao-dos-casos-de-contaminacao/> (último acesso 19/11/2018)

BAETEN, J. M., et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. **N Engl J Med**. 2012.

BASETTE, Fernanda. **Uso de antirretroviral por pessoas saudáveis reduz transmissão do HIV.** Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,uso-deantirretroviral-por-pessoas-saudaves-reduz-transmissao-do-hiv-imp-,744715> (último acesso 19/11/2016).

BBC Brasil. **Cientistas testam pílula de prevenção à Aids**. 2008. Disponível em: http://www.bbc.com/portuguese/reporterbbc/story/2008/11/081119_aidspilulateste.shtml (último acesso: 19/11/2018).

BRASIL INICIA IMPLEMENTAÇÃO DA PREP. Brasil inicia implementação da PrEP para prevenir novos casos de HIV entre segmentos populacionais de maior risco. **Organização Pan-Americana de Saúde – Organização Mundial de Saúde**. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5573:brasil-inicia-implementacao-da-prep-para-prevenir-novos-casos-de-hiv-entre-segmentos-populacionais-de-maior-risco&Itemid=812 (último acesso 19/11/2018).

BRASIL. Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017. Dispõe sobre a simplificação do atendimento prestado aos usuários dos serviços públicos, ratifica a dispensa do reconhecimento de firma e da autenticação em documentos produzidos no País e institui a Carta de Serviços ao Usuário. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 17 jul, 2017c.

BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. **Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS**. Brasília: DF, 1996a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9313.htm (último acesso 19/11/2018)

BRASIL. Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. **Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial**. Brasília: DF, 1996b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9279.htm (último acesso 19/11/2018)

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Ano IV - nº1. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Ano V - nº1. 2016.

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

BRASIL. Portaria nº 22, de 25 de maio de 2017. Torna pública a decisão de aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da profilaxia pré-exposição de risco à infecção pelo HIV (PrEP), no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 29 mai, 2017b. Seção 1, p. 73.

BRASIL. Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013. Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 22 dez. 2011.

BRASIL VAI LIDERAR. Brasil vai liderar dois estudos inéditos de Profilaxia Pré-Exposição. **Blog da Saúde, Ministério da Saúde**. 2015. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/50471-brasil-vai-liderar-dois-estudos-ineditos-de-profilaxia-pre-exposicao-prep> (último acesso 19/11/2018).

CAPARICA, Márcio. Por que Aids não é doença de gay e por que camisinha não é mais a única proteção. **Lado Bi**. 2014. <http://ladobi.uol.com.br/2014/07/prep-novocomportamento-sexo/> (último acesso 19/11/2018)

CENTRO DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS DA FIOCRUZ. **Truvada: pedido de patente negado, mais garantias de prevenção ao HIV**. CEE-FIOCRUZ. 2017. Disponível em: <http://cee.fiocruz.br/?q=node/513> (último acesso 19/11/2018)

CHOOPANYA, Kachit et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. **The Lancet**, Volume 381 , Issue 9883 , 2083 – 2090. 2013.

CIMERI, Fabiana. Voluntários testam drogas anti-aids. 2008. **Estado de São Paulo**. Disponível em: <http://vida-estilo.estadao.com.br/noticias/geral,voluntarios-testam-drogaanti-aids,226564> (último acesso: 19/11/2018)

CORREIO DO POVO. GAPA sofre despejo de sede em Porto Alegre. 2017. **Correio do povo**. Disponível em: <http://www.correiodopovo.com.br/Noticias/Geral/Sa%C3%BAde/2017/8/625727/GAPA-sofre-despejo-de-sede-em-Porto-Alegre> (último acesso 19/11/2018).

EQUIPE RJ. Encontro entre pesquisadores da PrEP Brasil de Manaus e Porto Alegre. **PrEP Brasil**. 2016. Disponível em: <http://prepbrasil.com.br/encontro-entre-pesquisadores-da-prep-brasil-de-manaus-e-porto-alegre/> (último acesso 19/11/2018)

EQUIPE RJ. PrEP Brasil com novas vagas em Porto Alegre. **PrEP Brasil**, 2015. Disponível em: <http://prepbrasil.com.br/prep-brasil-com-novas-vagas-em-porto-alegre/> (último acesso 19/11/2018).

FARINA, Erik. Porto Alegre terá distribuição de comprimidos para prevenção da aids. 2014. **Zero Hora**. <http://zh.clicrbs.com.br/rs/vida-e-estilo/vida/noticia/2014/10/porto-alegre-tera-distribuicao-de-comprimidos-para-prevencao-da-aids-4615894.html> (último acesso 31/11/2018)

FONNER, V. A., et al. Effectiveness and safety of oral HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) for all populations: A systematic review and meta-analysis. **AIDS**, 2016; 30(12):1973-83.

G1 e RBSTV. Problemas no abastecimento de medicamentos para HIV e Aids causam preocupação no Rio Grande do Sul. **G1**. 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2018/07/18/problemas-no-abastecimento-de-medicamentos-para-hiv-e-aids-causam-preocupacao-no-rio-grande-do-sul.ghtml> (último acesso 09/01/2018)

G1-RS. 'Contra retrocessos', Parada Livre reúne milhares em parque de Porto Alegre. **G1-RS**, 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/contra-retrocessos-parada-livre-reune-milhares-em-parque-de-porto-alegre.ghtml>. (último acesso 08/01/2019).

GOMES, Luís Eduardo. **Líder em casos de HIV, RS agora sofre com falta de remédios para crianças e gestantes.** Sul21, 2017. Disponível em: <https://www.sul21.com.br/ultimas-noticias/geral/2017/07/lider-em-casos-de-hiv-rs-agora-sofre-com-falta-de-remedios-para-criancas-e-gestantes/> (último acesso 19/11/2018).

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

GRANGEIRO, A., et al. Pre-exposure and postexposure prophylaxes and the combination HIV prevention methods (The Combine! Study): protocol for a pragmatic clinical trial at public healthcare clinics in Brazil. **BMJ Open** ;5:e009021. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009021, 2015.

GRINSZTEJN. B et al. El Estudio Demostrativo PrEP-Brasil: Datos de Reclutamiento e Inicio del Seguimiento. **Apresentação em Webinar Nemus #6**, em 28 de setembro de 2016. Disponível em: <http://www.nemus-hiv.net/en/>. [Acessado em 09/12/2016].

LENHARO, Mariana. Estudo avaliará adoção de uso preventivo de pílula anti-HIV no país. 2013. **G1.** Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/07/estudo-avaliara-adocao-de-uso-preventivo-de-pilula-anti-hiv-no-pais.html>(último acesso 19/11/2018)

MARRAZZO, J. M., et al. Tenofovir-Based Preexposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women. **N Engl J Med**, 2015; 372:509-518

MASCARENHAS, Gregório. Na capital da Aids no país, Gapa/RS perde sua sede. **Sul21.** 2017. Disponível em: <https://www.sul21.com.br/cidades/2017/08/na-capital-da-aids-no-pais-gapars-perde-sua-sede/> (último acesso 09/01/2018)

MASSARO, Henrique. **Gestantes e crianças com HIV sofrem com o fracionamento dos remédios no RS.** Correio do Povo, 2018. Disponível em: <http://www.correiodopovo.com.br/Noticias/Geral/Saude/2017/7/622338/Gestantes-e-criancas-com-HIV-sofrem-com-o-fracionamento-dos-remedios-no-RS> (último acesso: 19/11/2018)

MATOS, Alexandre. Fiocruz obtém registro do antirretroviral Entricitabina+Tenofovir. **Fundação Oswaldo Cruz.** 2018. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-obtem-registro-do-antirretroviral-entricitabinatenofovir> (último acesso: 19/11/2018).

MEDICAMENTO PARA PREVENÇÃO DO HIV. Medicamento para prevenção do HIV é tema de discussão em evento do Projeto Horizonte. **UFMG – Faculdade de Medicina.** 2015. Disponível em: <https://site.medicina.ufmg.br/inicial/medicamento-para-prevencao-do-hiv-e-tema-de-discussao-em-evento-do-projeto-horizonte/>(último acesso 19/11/2018)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP).** Conitec, Relatório de Recomendação nº 274, maio. 2017a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP).** Conitec, Relatório de Recomendação nº 274, dezembro. 2017c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos.** Ministério da Saúde: Brasília. 2018a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais.** Ministério da Saúde: Brasília. 2018b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV.** Ministério da Saúde: Brasília. 2018c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Tenofovir associado a entricitabina (TDF/FTC 300/200mg) como profilaxia pré-exposição (PrEP) para populações sob maior risco de adquirir o vírus da imunodeficiência humana (HIV).** Conitec, Relatório de Recomendação de Medicamento. 2017b.

MOLINA, J. M., et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med.* 2015 Dec 3;373(23):2237-46. doi: 10.1056.

MURPHY, Tim. Sexo sem medo: como o Truvada pode revolucionar a vida gay e reavivar velhas discussões. **Lado Bi.** 2014. <http://ladobi.uol.com.br/2014/07/sexo-semmedo-truvada-prep/> (último acesso 19/11/2018)

O GLOBO. Desafio para novo governo, políticas de combate ao HIV preocupam especialistas. **Agência de Notícias da Aids.** 2018. Disponível em: <http://agenciaaids.com.br/noticia/desafio-para-novo-governo-politicas-de-combate-ao-hiv-preocupam-especialistas/> (último acesso: 09/01/2018)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.** Organização Mundial da Saúde: Geneva, Suíça. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV.** Organização Mundial da Saúde: Geneva, Suíça. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV.** Organização Mundial da Saúde: Geneva, Suíça. 2015.

PORTUGAL, Juana. Fiocruz lança projeto de prevenção ao HIV na América Latina. **Fundação Oswaldo Cruz.** 2017. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-lanca-projeto-de-prevencao-ao-hiv-na-america-latina> (último acesso: 19/11/2018).

SARMENTO, Priscila. Especialista esclarece as principais dúvidas sobre a infecção aguda pelo HIV. **Agência Fiocruz de Notícias.** 2014. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/especialista-esclarece-principais-d%C3%BAvidas-sobre-infec%C3%A7%C3%A3o-aguda-pelo-hiv> (último acesso 19/11/2018).

SCARTON, Suzy. **Distribuição de medicamentos para Aids é normalizada em Porto Alegre.** Jornal do Comércio, 2018. Disponível em:

https://www.jornaldocomercio.com/_conteudo/geral/2018/07/639837-distribuicao-de-medicamentos-para-aids-e-normalizada-em-porto-alegre.html (último acesso: 19/11/2018).

SPUTNIK. Brasil lidera pesquisa sobre medicamento que diminui a chance de HIV em até 92%. 2017. **Sputnik Brasil**. Disponível em: <https://br.sputniknews.com/brasil/201707158877292-truvada-pesquisa-saude-hiv-profilaxia/> (último acesso: 19/11/2018).

SUL21. Liderando incidência de Aids entre capitais pelo 10º ano, Porto Alegre promove ações nesta quinta. **Sul21**. 2016. Disponível em: <https://www.sul21.com.br/areazero/2016/12/liderando-incidencia-de-aids-entre-capitais-pelo-10-ano-porto-alegre-promove-aco-es-nesta-quinta/> (último acesso 09/01/2018)

SUL21. Sem apoio da Prefeitura, Parada Livre de Porto Alegre fará “Berro contra retrocessos”. **SUL21**, 2017. Disponível em: <https://www.sul21.com.br/ultimas-noticias/geral/2017/11/sem-apoio-da-prefeitura-parada-livre-de-porto-alegre-fara-berro-contra-retrocessos/> (último acesso 08/01/2019)

THIGPEN, M. C., et al. Antiretroviral Preexposure Prophylaxis for Heterosexual HIV Transmission in Botswana. **The New England journal of medicine**. 2012

THOMAZ, Danilo. O novo azulzinho. **Época**, N° 1.031. Editora Globo: São Paulo. 2018.

UNAIDS-Brasil. Nota do UNAIDS Brasil sobre relatos de dificuldade de acesso a medicamentos antirretrovirais. **UNAIDS-Brasil**, 2017. Disponível em: <https://unaid.org.br/2017/07/nota-unaid-brasil-noticias-dificuldade-acesso-medicamentos-antirretrovirais/>. (último acesso 08/01/2019)

VAN DAMME L, et al. Preexposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women. **The New England journal of medicine**. 2012

VICE. **The end of HIV? The truvada revolution**. Documentário. Vice. 2015. <https://endinghiv.org.au/blog/prep-doc-end-hiv-truvada-revolution/> (último acesso 19/11/2018)