



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

**DIREITOS E BIPODER NA ERA DA PREVENÇÃO FARMACOLÓGICA AO  
HIV: A PrEP em João Pessoa e suas implicações ao tecido social**

Wertton Luís de Pontes Matias

**Orientadora:** Professora Dr.<sup>a</sup> Mónica Lourdes Franch Gutiérrez

JOÃO PESSOA

2019

WERTTON LUÍS DE PONTES MATIAS

**DIREITOS E BIOPODER NA ERA DA PREVENÇÃO FARMACOLÓGICA AO  
HIV: A PrEP em João Pessoa e suas implicações ao tecido social**

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
à Coordenação do curso de Graduação em  
Ciências Sociais da Universidade Federal da  
Paraíba como requisito para obtenção do  
grau de Bacharel em Ciências Sociais

**Orientadora:** Professora Dr.<sup>a</sup> Mónica Lourdes Franch Gutiérrez

JOÃO PESSOA

2019

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

M433d Matias, Wertton Luís de Pontes.

Direitos e biopoder na era da prevenção farmacológica  
ao HIV: A PrEP em João Pessoa e suas implicações ao  
tecido social / Wertton Luís de Pontes Matias. - João  
Pessoa, 2019.

64 f.

Monografia (Graduação) - UFPB/CCHLA.

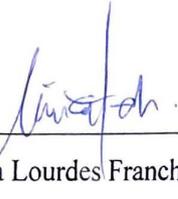
1. HIV/Aids. 2. Prevenção. 3. PrEP. I. Título

UFPB/CCHLA

WERTTON LUÍS DE PONTES MATIAS

Monografia apresentada ao Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel no curso de Ciências Sociais

BANCA EXAMINADORA

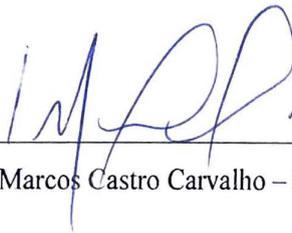


Professora Dr.<sup>a</sup> Mônica Lourdes Franch Gutiérrez – DCS/CCHLA/UFPB

Orientadora



Professora Dr.<sup>a</sup> Luziana Marques da Fonseca Silva – DCS/CCAUE/UFPB



Dr. Marcos Castro Carvalho – PPGA/PNPD/UFPB

João Pessoa, 17 de Setembro de 2019

*Em memória de João Vitor Melo*

## AGRADECIMENTOS

*Entre bias*

A minha formação na UFPB foi/é uma constante de afetação e transformação, num intenso processo de construção de um modo de ser/estar no mundo. Agradeço a todos pelo afeto, e por me garantirem a oportunidade de me reinventar. Esses processos foram marcados por períodos únicos e fundamentais, cada qual com sua importância.

Ao primeiro afeto, agradeço imensamente aos meus pais, Maria Valdinete e Josinaldo Matias, pela oportunidade de trilhar o meu caminho no espaço que eu escolhi estar. Por investir, acreditar, incentivar e ser um pilar a cada passo que dou. Eu sei que sempre estarão ao meu lado. Obrigado pelo amor partilhado, por nunca duvidarem das minhas capacidades, e por serem as pessoas que mais me depositam confiança e fé.

Ao segundo afeto, agradeço a Renata Salomone e Ana Paula Pontes, minhas professoras de Sociologia no Ensino Médio, que me apresentaram as Ciências Sociais no Sesc e, querendo ou não, fizeram-me ter a melhor escolha da vida.

Ao terceiro afeto, agradeço imensamente as minhas amigas/irmãs de curso, casa e vida que fizeram parte da turma 2015.1. Vocês foram fundamentais a cada momento. A cada uma que estive na casa de nós5, nas gestões Sinergia e Chica Barrosa do Centro Acadêmico de Ciências Sociais, e em todos os outros espaços em que estive nesses quase 5 anos de curso.

A Bia (de Recife), por ser a melhor irmã que a vida me deu. Foi a primeira pessoa que conheci nas Ciências Sociais e me afetou de forma tão intensa, mas tão intensa, que passou a fazer parte de mim. A cada noite castelense bem vivida que tivemos, a cada sorriso e olhar. Obrigado por me transformar.

A Vani, por ser companheira, amiga, corretora ortográfica, terapeuta, colega de quarto, parceira em pesquisas, discussões, projetos de vida, nas ações políticas e em 90% das coisas que faço na vida. Por estar sempre ao meu lado, amenizar os impactos em processos de afetação mais intensos que o normal, por me ouvir, ler e reler meus textos e por ser intensamente verdadeira. Obrigado por me afetar tão bem.

A Caterine, pela infantilidade que me renova e me reinventa, pelo amor, pelas conversas, por ser uma fonte de inspiração e corrigir minha metodologia como ninguém. Por cada palavra que transborda carinho, pelas inquietações e por se preocupar tanto com meus processos. Obrigado por ser luz em tempos sombrios.

A Renata, pelas vezes que respiramos de modo mais intenso, juntos, para recuperar o fôlego e seguir. Pelas partilhas; gaitadas, comidas vegetarianas, caronas e amor. Por todas as vezes que aprendemos juntos e soubemos nos tornar melhores amigos. Pelas conversas, brigas e pelo rémoulade.

Agradeço imensamente a Priscila, Natália Freira, Gabi e Idayane Gonçalves, que fizeram parte da minha turma na graduação. Pelas diversas afetações dentro e fora das Ciências Sociais. Pela amizade verdadeira e intensa de Priscila, que me acompanhou por diversos momentos neste processo. Por todas as contribuições e inquietações acadêmicas de Idayane, que me inspira cada dia mais. Pelos múltiplos afetos cheios de amor e carinho de Natália, e pelos momentos de partilha com Gabi, fundamentais nos meus primeiros anos de curso.

A Wê, pelas intensas risadas, pela felicidade, amor e carinho que me afetaram tão bem. Por me ensinar e me transformar. Pelas conversas, pela despedida interrompida em 2016, que ainda me afeta, e por me ensinar o que é perdão.

A Debora, que só me afetou com o bem. Por todas as vezes que dividimos a cozinha, pela intensidade nos momentos em que convivemos, e por compartilhar inseguranças, confiança e amor.

A Odaiza, pelas boas conversas, momentos felizes, por me ajudar em diversas situações, pelas acolhidas na sua casa e por ser uma vizinha incrível!

A Ita, pelas piadas únicas, pelas histórias reais, por todas as vezes que rimos do nada, pelos poucos momentos sérios e por cada momento de companheirismo.

Aos incríveis estudantes de Ciências Sociais que ocuparam o Centro Acadêmico de amor, força e luta; em especial a Leonara, pelo heike, por cada abraço e por tanto sentimento bom partilhado; a Fabiano, pelas discussões calorosas de vez em quando, pelos ensinamentos políticos, pelo companheirismo e amizade; a Carol, pelos momentos felizes,

pela companhia no beija que eu amo, pelos abraços e por transbordar amor e carinho; a Alyson, pelas boas risadas e pelas aventuras no maior São João do mundo, em Caruaru.

A Bia Ramos, pela revolução na minha vida, por ser companheira, amiga e contribuir com a minha formação todos os dias, para além da universidade. Pelo cuidado, carinho, atenção, amor e preocupação. Por sempre se disponibilizar a me ajudar, por vezes me carregar. Pelos áudios transcritos, pelas noites no castelo e em cabedelo, pelas viagens pelo Brasil, e por me permitir viver essa amizade. Te amo.

Aos amigos que enchem meus dias na UFPB, e fora dela, de amor e carinho. Agradeço muito a Raiana e Kamyla, o casal mais lindo da universidade, a Heytor, Weverson, Eduardo, Luciana, Pabula, Anne e muitos outros.

Agradeço a Clara Macedo e Geysy Reis, que também fazem parte do projeto Fases e faces do HIV/Aids na Paraíba. Foi muito bom compartilhar inquietações e debater a cerca deste campo com vocês. Obrigado pelas contribuições a cada encontro.

Ao quarto e último afeto, agradeço imensamente a todos os professores que cruzaram meu percurso na graduação, seja em projetos de pesquisa ou extensão, sala de aula, oficinas, grupos de trabalho etc.

A Mónica Franch pelo companheirismo durante esse processo, que não foi fácil, e por se dedicar a me ouvir e aconselhar de modo único durante toda minha trajetória. Por ser muito mais que orientadora/professora, ser amiga e me passar confiança nos trabalhos que faço. A universidade nem sempre é um ambiente propício ao amor, e encontrar pessoas com as quais podemos confiar e ter bons afetos nos transforma. Obrigado.

A Luziana Silva, por estar ao meu lado em diversos projetos e momentos do curso, a partir do GRUPESSC. Agradeço as primeiras correções, ainda no Prevenção em Rede, que amadureceram bastante minha escrita e meu modo de fazer pesquisa.

A todas/os as/os professoras/es que marcaram minha formação na UFPB, e foram fundamentais para o desenvolvimento desde trabalho, para além de transformarem meu modo de enxergar o mundo a partir das Ciências Sociais. Agradeço a Ednalva Maciel, Marcia Longhi, Ana Montoia, Patrícia Ramiro, José Artigas, Italo Fittipaldi, Marcelo

Burgos, Luciana Chianca, Mônica Araujo (hoje na UFPI), Patrícia Goldfarb, Aina Azevedo e Rita Santos.

Agradeço em especial a Flávia Pires, que contribui bastante a minha formação, tanto no início do curso, em 2015, como também na escrita do pré-projeto de monografia. Obrigado por ser compreensível em diversos momentos e colaborar com este trabalho.

A Marcos, por aceitar contribuir com o trabalho e participar da banca.

E, por fim, a todos que não mencionei, mas levo no coração, e cruzaram meu caminho nesse processo.

## Resumo

Nesta monografia me proponho a fazer uma análise, a partir do processo de implantação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV no Sistema Único de Saúde em João Pessoa, sobre as implicações da PrEP a realidade social. Num cenário de retrocessos ao campo político/social do HIV/Aids no Brasil, e como resposta aos altos índices de novas infecções ao HIV, sobretudo em alguns grupos específicos, alinhado a metas internacionais de controle à epidemia, as instituições de saúde responsáveis pelas políticas de prevenção ao HIV/Aids no Brasil veem implementando biotecnologias que buscam garantir a não-transmissibilidade do HIV a corpos HIV-. Dentre tais, a PrEP emerge como alternativa para casais sorodiscordantes, homens que fazem sexo com homens, prostitutas e pessoas trans (percebidos pelo Estado como sujeitos especialmente vulneráveis à infecção) a partir do uso diário de um medicamento – a Truvada. No intuito de compreender algumas das dinâmicas e implicações desta resposta biomédica à Aids, esta monografia inclui análise de documentos, entrevistas com atores-chave no campo do Aids na Paraíba, e observação participante no Hospital Clementino Fraga, onde a PrEP está sendo implementada. Em campo, percebi que, apesar da persistência de desconfianças perpassando tanto questões de moralidade como de eficácia, a PrEP tem emergido como estratégia de prevenção privilegiada, a partir da garantia da intransmissibilidade do HIV, tida como instrumento para potencializar o direito a vida, bem como representa uma ampliação da esfera da biopolítica, incluindo os corpos HIV- como sujeitos de intervenção médio-farmacológicas.

Palavras-chave: HIV/Aids; Prevenção; PrEP

## Abstract

In this academic work I proposal to do an analysis about the implications of Pre-exposure prophylaxis of HIV (PrEP) in the social reality, from the process of PrEP implementation in the Unified Health System (SUS) at João Pessoa. In a situation of political and social regression to the field of HIV/AIDS in Brazil and as response to high rates of new HIV infections, above all in some specific groups, in agreement with international control goals for the epidemic, the Health Institutions responsible for HIV/AIDS prevention policies in Brazil are implementing biotechnologies that aims to ensure non-transmissibility of HIV to HIV- people. Among these, the PrEP emerges as an alternative to serodiscordant couples, men who have sex with man (MSM), sex workers and transgender people (perceived by the State as subjects especially vulnerable to infection) who use a drug every day – Truvada. In intention to understand some of the dynamics and implications of the biomedical response to AIDS, this undergraduate thesis includes document analysis, interviews with key-actors in the field of AIDS at Paraiba, and participant observation at the Clementino Fraga Hospital, where PrEP ate being implemented. In field, we perceive that, despite the persistence of mistrust about morality questions and efficacy, PrEP has emerged as a privileged strategy of prevention, based in the guarantee of the non-transmissibility of HIV, considered as an instrument to expand the right to life, as well as representing an expansion of the biopolitics, including HIV- bodies as intervention subjects medic-pharmacological.

Keywords: HIV/Aids; Prevention; PrEP

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
<b>CAPÍTULO 1. “OLHAR, OUVIR E ESCREVER” NO CAMPO DA AIDS.....</b>	<b>16</b>
1.1. Meu percurso aos estudos em torno da Aids.....	16
1.2. Etnografia como projeto teórico-metodológico.....	18
1.3. Por dentro das instituições de Saúde: Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-contagiosas Dr. Clementino Fraga.....	21
<b>CAPÍTULO 2. A PrEP COMO DIREITO.....</b>	<b>26</b>
2.1. A incorporação e implementação da PrEP no Sistema Único de Saúde.....	26
2.2. A condição neoliberal da Aids e a meta 90-90-90 da Un aids.....	30
2.3. Resposta biomédica na Paraíba: Biotecnologias nas instituições de saúde do estado.....	33
2.4. A PrEP a partir dos atores-chave.....	37
<b>CAPÍTULO 3. BIOPODER NA ERA DA PREVENÇÃO.....</b>	<b>39</b>
3.1. Ponto de partida: sujeitos OnPrEP e a criação da demanda pelo Truvada®.....	39
3.2. Estigma e produção de diferenças no cotidiano da PrEP.....	41
3.3. “As pessoas brincam de fazer PrEP”: Os processos rituais dentro das instituições.....	42
3.4. Motivação, risco e a camisinha: A PrEP na lógica do quanto mais, melhor.....	50
3.5. Corpos HIV- e as biotecnologias no complexo contexto do mundo social da Aids.....	53
4. CONCLUSÃO.....	56
5. REFERÊNCIAS.....	58
6. ANEXOS.....	61

## INTRODUÇÃO

Há um vasto campo de investigação e pesquisa em torno dos processos sociais que permeiam o HIV/Aids, seja na área da saúde, da política, do direito etc. A partir da Antropologia, busco neste trabalho problematizar e discutir a prevenção ao HIV, e contribuir com o campo teórico-metodológico das Ciências Humanas e Sociais da Saúde, e a rede de pesquisadores que o integram e foram afetados pelas implicações do processo de saúde-doença em torno da Aids.

Minhas inquietações para o desenvolvimento deste trabalho estão imersas em um contexto onde a resposta brasileira ao HIV/Aids<sup>1</sup> caminha em paralelo a um cenário político/social preocupante. Após 35 anos de epidemia da Aids no mundo, o país enfrenta um agravamento à instabilidade governamental e, por consequência, ao desenvolvimento e implementação de políticas públicas, na mais grave turbulência pós-democratização, como aponta Corrêa (2016), que atinge, inclusive, a capacidade de ação do governo na política de saúde .

Há um avanço daquilo que os movimentos sociais chamam de valorização às políticas de morte no país, que incluem a ampliação dos casos de infecção ao HIV a corpos vulneráveis. Neste processo político o campo da Aids enfrenta um desmonte institucional, a partir de modificações junto ao Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), HIV/Aids e Hepatites Virais (DIAHV) no Ministério da Saúde – que foi, inclusive, extinto, passando a ser englobado num novo Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, responsável pelo combate, controle e prevenção à epidemia.

Contudo, apesar da maré instável, o campo do HIV/Aids vem discutindo e se apropriando de novas biotecnologias com base farmacológica no campo da prevenção, no intuito de reduzir os altos índices de novas infecções ao HIV no Brasil. Estas medidas compõem a Prevenção Combinada, que é uma política pública que alinha-se a diretrizes nacionais e internacionais dos órgãos de saúde, e atua no controle dos novos casos de infecção ao HIV a partir de uma série de estratégias de prevenção, que formam a chamada

---

<sup>1</sup> Conjunto de medidas econômicas, sociais e políticas tomadas pelo Governo Federal para o combate, controle e prevenção ao HIV/Aids, junto a sociedade civil organizada e Universidades brasileiras.

mandala da prevenção. É uma ação do Estado Brasileiro que une os serviços de saúde em nível municipal, estadual e federal (portanto, uma política tripartite).

Compõem a mandala da prevenção: Teste rápido ao HIV, Sífilis e Hepatites Virais (HV); PEP (Profilaxia Pós-Exposição); PrEP (Profilaxia Pré-Exposição ao HIV); estratégias de prevenção à Transmissão Vertical ao HIV (transmissão mãe/filho na gestação); Imunização para Hepatite B e HPV; políticas de redução de danos; Tratamento a pessoas com qualquer IST (Infecção sexualmente transmissível) e Hepatites Virais; preservativos e o TcP (Tratamento como prevenção). (BRASIL, 2017).

A ideia central da política é que sujeitos em estado de vulnerabilidade à infecção ao HIV<sup>2</sup> possam se apropriar de algumas dessas medidas que, combinadas, buscam garantir a não transmissibilidade do HIV.

Discutida desde 2013 pela Comissão Nacional de Aids e Hepatites Virais (CNAIDS) do DIAHV<sup>3</sup>, a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) surge como uma dessas possibilidades preventivas a corpos não infectados historicamente estigmatizados, e sujeitos tidos como vulneráveis à infecção, apresentada por diversos atores políticos como medida fundamental para garantir o controle da epidemia, através da sua capacidade de garantir a intransmissibilidade do HIV.

A PrEP consiste no uso diário do Truvada®, um medicamento composto por 2 antirretrovirais<sup>4</sup> (Tenofovir e Entricitabina). Esta resposta farmacológica à Aids vem sendo implementada na maioria dos Estados do país, a partir dos Hospitais de referência. Na Paraíba, o Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga é responsável pela sua prescrição. Compõem a lista de grupos sociais prioritários a PrEP: Homens que fazem sexo com homens (HSHs), pessoas trans, profissionais do sexo e casais sorodiscordantes<sup>5</sup> (BRASIL, 2018), que representam a permanência da ideia de risco, que perpassa a histografia sociopolítica e mundo social da Aids (FRANCH; et al, 2015), e mantém a relação entre determinados grupos sociais e a epidemia. (SEFFNER; PARKER, 2016).

---

<sup>2</sup> Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), popularmente conhecido como HIV, sigla em inglês.

<sup>3</sup> Hoje chamado Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

<sup>4</sup> Medicamentos utilizados no tratamento de pessoas portadoras do HIV

<sup>5</sup> Relacionamento entre uma pessoa portadora do HIV e pessoa HIV-

Diversas polêmicas envolvem o processo de implementação da PrEP no Brasil, algumas numa perspectiva promissora, como o potencial da política de ampliar a busca por prevenção nos serviços de saúde por pessoas que não querem ou não podem aderir a outros métodos preventivos, bem como a possibilidade de partilhar a responsabilidade pela prevenção; outras numa perspectiva mais crítica ou mesmo contrária, apontando os custos envolvidos em proporcionar atendimento no Sistema Único de Saúde a corpos saudáveis, questionando a real necessidade da PrEP como método preventivo frente à camisinha, além de diversas preocupações dos movimentos sociais com a prevalência de respostas com base farmacológica ao enfrentamento da epidemia, que provoca degradação orgânica a diversos corpos.

Além do mais, a PrEP possui um papel central no atual quadro da resposta brasileira ao HIV/Aids, a partir do momento em que garante o controle de novos casos de infecção. Há certa ampliação do discurso de fim da epidemia a partir do contexto de baixas possibilidades de transmissão do HIV, garantido pela implementação da PrEP, em conjunto com as políticas que buscam cumprir a meta 90-90-90<sup>6</sup> da Unaid<sup>7</sup>, que detalharei nos capítulos seguintes.

Interpelado por tais questões tive por objetivo neste trabalho, portanto, realizar um estudo antropológico sobre a implementação da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP), em João Pessoa, que passou a ocorrer na cidade a partir de julho de 2018, no intuito de compreender como vem sendo este processo diante do contexto político que atravessamos, e como o campo do HIV/Aids na Paraíba vem compreendendo estas polêmicas, e percebe a PrEP.

Compreendo que a antropologia, a partir da etnografia como instrumento teórico-metodológico (PEIRANO, 2014) que busca perceber e problematizar a realidade social, auxilia de modo único a compreensão sobre as tensões ao tecido social que a Aids provoca, além de ser um artifício fundamental para compreensão das inquietações que permeiam esta pesquisa, acerca da representação da PrEP ao mundo social da Aids.

---

<sup>6</sup> Conjunto de metas estabelecidas pela Unaid para o controle dos casos de infecção ao HIV no mundo.

<sup>7</sup> Órgão da ONU (Organização das Nações Unidas) responsável pelas políticas de combate, controle e prevenção a Aids no mundo.

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior, o Fases e faces do HIV/Aids na Paraíba<sup>8</sup>, onde mapeamos o campo do HIV/AIDS na cidade de João Pessoa, Paraíba, em 2018/2019 para que pudéssemos identificar sujeitos-chave no enfrentamento ao HIV/AIDS a serem entrevistados, entre: gestores, ativistas, profissionais de saúde, usuários e busquei compreender, através de entrevistas, os posicionamentos e atitudes dos atores chave diante da PrEP – conhecimento, percepções, atitudes e valorações.

Realizamos, igualmente, observação participante no Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas Clementino Fraga, visando acompanhar o cotidiano de implementação da PrEP e apreender o ponto de vista dos primeiros usuários de PrEP em João Pessoa, a partir de entrevistas, no intuito de identificar como vem sendo a apropriação deste método na vida desses sujeitos.

No primeiro capítulo me preocupei em descrever algumas questões metodológicas que fizeram parte deste trabalho, desde os passos iniciais à imersão no hospital. Os outros capítulos são um aprofundamento aos dados da pesquisa. Para discuti-los optei por fazer uma divisão teórica do que compreendo serem duas chaves de análise à PrEP; Inicialmente seu valor simbólico ao campo do HIV/Aids em relação à luta por direitos a sujeitos em estado de vulnerabilidade ao HIV; e posteriormente sua relação com(o) instrumento(s) de controle e poder sobre a vida dos sujeitos, através de dispositivos como sexualidade e gênero, que representa a expansão do que compreendemos como corpos passíveis de intervenção médico/farmacêutica, que antes, ao campo da Aids, cabia apenas a corpos HIV+.

---

<sup>8</sup> Descrevo melhor o projeto no primeiro capítulo.

## Capítulo 1. “OLHAR, OUVIR E ESCREVER” NO CAMPO DA AIDS<sup>9</sup>

### 1.1. Meu percurso aos estudos em torno da Aids.

Minha chegada à Antropologia e aos estudos do HIV/Aids foi permeada por dificuldades e valorações. Inicialmente, me senti afetado pelo método a partir das experiências em projetos de extensão e pesquisa, que mudaram o modo como enxergo o fazer científico e a produção de conhecimento dentro das instituições de ensino superior, e com o passar do tempo fui aprimorando minha prática e descobrindo diversas questões que, hoje, têm este trabalho como resultado.

Acredito que o percurso até a chegada ao campo é particular a cada estudante/pesquisador, e acho válido alguns apontamentos sobre o meu processo, que são importantes ao desenvolvimento desta pesquisa.

Primeiro que esta monografia é produto do trabalho que desenvolvi junto ao Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura (GRUPESSC) da UFPB que iniciou no projeto Prevenção em Rede, composto, na época, por uma equipe multidisciplinar implicada em ações de vigilância, prevenção e controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) no Nordeste Setentrional, compreendendo como tal os estados de Alagoas, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Paraíba e Ceará.

Estas ações foram desenvolvidas a partir dos Rolês da Prevenção, que eram atividades realizadas fora do ambiente universitário, onde disseminamos informações sobre prevenção às ISTs junto a populações vulneráveis (em função da sexualidade e usuários de drogas). Aqui na Paraíba o Rolê da Prevenção ocorreu em Rio Tinto/PB, na Praça da Preguiça. Membros da ONG Cordel Vida integraram a equipe nesta ação, e realizaram teste rápido para HIV (a partir do fluido oral) no dia. Distribuímos diversos materiais informativos e insumos, como camisinha masculina, feminina e gel lubrificante.

Além do mais, fazia parte dos objetivos do projeto possibilitar que construíssemos uma rede de parceiros para efetivação de ações em torno das questões ligadas às ISTs no

---

<sup>9</sup> Referência ao texto “Olhar, ouvir e escrever” do Roberto Cardoso de Oliveira.

estado, além da produção de um documentário com gestores, ativistas e usuários do serviços de saúde sobre ISTs/HIV/Aids.<sup>1011</sup>

O Prevenção em Rede me fez perceber como ocorre o processo de construção de políticas de saúde no estado (e no Brasil) a partir do desenvolvimento de ações ao lado de gestores municipais e estaduais, e membros de Organizações Não-Governamentais (ONGs) no campo da Aids no Estado.

O processo de construção da agenda política em torno da Aids, que gera as políticas de saúde no campo da vigilância, prevenção e combate ao HIV, é constituído a partir de troca intensa entre gestão, universidade e movimentos sociais, relação esta que é fruto do espírito colaborador no início da epidemia entre estes atores (PARKER, 1997), e do senso de solidariedade (SEFFNER; PARKER, 2016) para superação do estigma em torno da Aids.

O GRUPESSC tem uma trajetória de estudos em torno do HIV/Aids, até então ligadas à questão da sorodiscordância<sup>12</sup>, e nossa participação no Prevenção em Rede é resultado desta trajetória.

A partir do interesse dos integrantes do projeto pela temática, surgiu a ideia de desenvolvermos, em conjunto, outro projeto, o “Fases e Faces do HIV/Aids na Paraíba”, que tinha como objetivo discutir as biotecnologias de prevenção ao HIV, quem veem sendo implementadas em João Pessoa.

O projeto está em execução desde agosto de 2018, e possui três planos de ação, com foco nas medidas de prevenção ao HIV que se centram no uso da medicação antirretroviral; a PEP, Profilaxia Pós-Exposição ao HIV; a PrEP, Profilaxia Pré-exposição ao HIV; e o TcP, Tratamento como prevenção. Eu fiquei responsável pela execução do

---

<sup>10</sup> Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=fQh0BSp\\_kgE&t=6s](https://www.youtube.com/watch?v=fQh0BSp_kgE&t=6s)

<sup>11</sup> MATIAS, W. L. P.; SILVA, M. G. C.; BARRETO, R. C. L; FRANCH, Mónica. **Prevenção em Rede na Paraíba: Pensando ações de vigilância e prevenção das ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais**. 8º Congresso Brasileiro de extensão universitária. Natal, 2018.

<sup>12</sup> FRANCH, Mónica, PERRUSI, Artur; ARAÚJO, Fátima; SILVA, Luziana. (orgs.) **Novas abordagens para casais sorodiferentes**. João Pessoa: Grupessc/Editora manufatura, 2011.  
FRANCH, Mónica; LONGHI, Márcia; NEVES, Ednalva. Novos cenários, velhas questões: Aids e cidadania no Brasil. In: FRANCH, Mónica; AMORIM, Lara; ANDRADE, Maristela (orgs.). **Antropologia em novos campos de atuação: debates e tensões**. João Pessoa: Mídia gráfica e editora, 2015.  
SILVA, Luziana. **Fazendo a diferença: As dinâmicas da conjugalidade sorodiscordante para o HIV/AIDS**. 2012. 274 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

plano que foca no debate em torno do processo de implementação da PrEP no SUS em João Pessoa; Geyssi Reis, estudante de Ciências Sociais da UFPB, pelo plano que discute o tratamento de pessoas HIV+ como método de prevenção ao HIV (TcP); e Clara Macedo, estudante de Ciências Sociais da UFPB, pelo plano que analisa a PEP em João Pessoa. O projeto é coordenado pela Professora Mônica Franch, e conta com a colaboração da Professora Luziana Silva.

Esta monografia se constituiu a partir das inquietações e discussões que o Fases e faces do HIV/Aids na Paraíba me proporcionou. Para além dos projetos de pesquisa, outro ponto importante na minha trajetória foram os trabalhos que desenvolvi em disciplinas na graduação que me proporcionaram trabalhar com o HIV/Aids como objeto de análise no decorrer do curso; em especial as disciplinas de Métodos e Técnicas em Antropologia, que me possibilitou o aprofundamento das questões metodológicas aqui expostas, e a disciplina Nacionalismo e Poscolonialismo, que me fez perceber a necessidade de inserir a este trabalho uma análise documental e histórica dos processos de implementação das políticas de saúde no campo do HIV/Aids no Brasil.

Foi a partir dessas referências e deste processo de descobertas e pesquisa, que pude ampliar meu trabalho e me inserir ao campo de pesquisa antropológica na formulação das hipóteses e objetivos deste trabalho.

## **1.2. Etnografia como projeto teórico-metodológico**

Para o desenvolvimento dos objetivos propostos, junto a outros pesquisadores do GRUPESSC que integravam o projeto de pesquisa, me alinhei às questões teórico-metodológicas do campo da Antropologia da Saúde, a partir da produção etnográfica como elemento central ao meu fazer científico, imerso a realidade social da única instituição de saúde do estado que dispensa a PrEP, o Hospital de Doenças Infecto-contagiosas Dr. Clementino Fraga

A partir do que pretendíamos enquanto grupo de pesquisa, ao investigar os métodos de prevenção ao HIV, foi necessário que submetêssemos a pesquisa ao comitê de ética, para então anexá-la à Plataforma Brasil. O parecer favorável ao desenvolvimento da

pesquisa era obrigatório para que pudéssemos entrar em campo e fazer a observação participante no Hospital.

A resposta junto ao comitê de ética demorou para ser emitida, o que atrasou o início da pesquisa dentro da instituição de saúde. Quando foi concedida a resposta, esperamos por mais alguns meses o parecer do hospital, autorizando a entrada.

Diante dessa demora, que é muito comum nas pesquisas em instituições de saúde, me empenhei nas leituras e discussões no campo da Antropologia da Saúde, Ciências Humanas e Sociais da Saúde e da Saúde Coletiva, que utilizam o HIV/Aids como elemento central de análise. Para tal busquei as referências bibliográficas nas plataformas científicas que disponibilizam artigos, livros e revistas, como a Scielo e o Portal de Periódicos da CAPES.

Busquei também trabalhos de pesquisadores, doutorandos, mestrando e graduandos dos principais centros de pesquisa do país que veem pensando o HIV/Aids na contemporaneidade, como os grupos de pesquisa da Fiocruz, do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS-UERJ), a Faculdade de Medicina da USP e produções anteriores do Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura (GRUPESSC) da UFPB no campo do HIV/Aids, como a pesquisa sobre casais sorodiferentes feita por Franch, Perrusi, Araújo e Silva, bem como as discussões de Átila Carvalho sobre o campo das ONG/Aids em João Pessoa.

A Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), que atua como observatório nacional de políticas de Aids, a partir das suas produções e boletins também foi fundamental para o meu trabalho, com base em pesquisadores como Alexandre Grangeiro, Richard Parker, Sônia Corrêa, dentre outros. Também fizeram parte das minhas leituras neste momento autores fundamentais aos pesquisadores no campo da Aids, nacionais e internacionais, como Susan Sontag e Carlos Guilherme do Valle.

As diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde foram importantes para o desenvolvimento deste trabalho. Busquei inserir ao corpo teórico da pesquisa os debates desenvolvidos junto aos boletins epidemiológicos e diversos dados junto aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas disponíveis que tratam das políticas da Prevenção combinada, que envolve a PrEP.

Fiz uma análise documental das atas das reuniões da Comissão de DST, Aids e Hepatites Virais (CNAIDS), do DIAHV (Departamento de ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais) do Ministério da Saúde, que me trouxe dados bastante interessantes sobre o processo de incorporação e implementação da PrEP no Sistema Único de Saúde (SUS), comprometido a uma observação histórica da realidade social, bem como dos passos iniciais da política dentro das instituições de saúde.

Comprometidos com o objetivo de entrevistar os atores-chave as políticas no campo do HIV/Aids na Paraíba, montamos um quadro de pessoas que são fundamentais para o desenvolvimentos dessas ações no estado, a partir da gestão, organizações não-governamentais e profissionais de saúde. Montamos o roteiro de entrevistas semi-estruturadas e dialogamos com diversos segmentos do campo social da Aids na Paraíba. Pela gestão, a Gerente Operacional de ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Saúde do Estado; e no campo do ativismo, membros da ONG Cordel Vida, uma das principais organizações no campo da Aids na Paraíba. As entrevistas foram facilitadas junto a estas pessoas por causa do projeto Prevenção em Rede, que já havia nos colocado em contato com eles – e pela trajetória de pesquisa do Grupessc.

A Gerente Operacional da Secretaria de Saúde do Estado nos recebeu na sede da Secretaria, na Torre, em João Pessoa, e nos concedeu uma entrevista fundamental aos objetivos propostos. Além de conhecermos melhor o serviço e como funcionam as instituições de saúde do Estado, foi lá que pudemos identificar os locais importantes para nos inserirmos, com o intuito de acompanhar o cotidiano da PrEP e, além do mais, tivemos acesso aos formulários de cadastramento de usuários SUS para PrEP.

Os membros da ONG Cordel Vida nos receberam na sede da ONG, que fica no Centro Histórico de João Pessoa. Lá pudemos aproximar os laços junto à organização e debater questões fundamentais sobre as biotecnologias de prevenção à Aids e todas as questões que inquietam o movimento social.

Em ambas as entrevistas nos orientamos por um roteiro de entrevista semi-estruturado, com diversas questões que achávamos pertinentes aos objetivos do projeto. (Anexo I).

Além das entrevistas, participei de eventos na Universidade que discutiam as políticas de prevenção ao HIV, como o I Seminário Estadual de Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, que compôs o calendário do Dezembro Vermelho da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba.

Acompanhei, por fim, duas reuniões da Gerência Operacional de ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Saúde do Estado; uma com ONGs no campo do HIV/Aids na Paraíba, e outra com os 29 municípios prioritários as políticas relacionadas ao HIV/Aids no Estado. Estes municípios recebem verba específica para políticas de Aids. Realizei observação participante e fiz caderno de campo neste período. As reuniões ocorrerão no auditório do CEFOR na sede da Secretaria da Saúde.

### **1.3. Por dentro da instituição de Saúde: Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-contagiosas Dr. Clementino Fraga**

Uma das minhas tarefas no desenvolvimento deste trabalho foi realizar observação participante e produção de caderno de campo dentro do Complexo Hospitalar de Doenças-infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga, em paralelo à entrevista junto com os usuários da PrEP nesta instituição. O Clementino é a única instituição de saúde do Estado que disponibiliza a PrEP, por isso, todos que precisam dela na Paraíba (e estados próximos) se direcionam até lá.

O hospital é referência para o controle, cuidado e prevenção do HIV/Aids. Fica localizado no bairro de Jaguaribe, próximo a diversas outras instituições de Saúde do Estado, inclusive, a poucos metros da sede da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, onde está a sala da Gerência Operacional em ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais do Estado, que controla a agenda programática da PrEP na Paraíba. No hospital são atendidos pacientes com Hanseníase, Pneumonia e Hepatites Virais, para além dos pacientes com HIV. Há dois tipos de setores na instituição, os específicos às patologias e os que atendem a todos os pacientes do hospital.

Próximo à entrada estão os setores que atendem a todos, que são os de assistência social/atendimento psicológico, o laboratório e a farmácia. À esquerda da entrada localiza-se o setor de Pneumonia e Hepatite, e à direita o de Aids. Por último, ao lado do de Aids, o

de Hanseníase (nomeada pelos profissionais de saúde como hans). Cada setor, de acordo com a patologia, tem uma recepção específica. Após o setor da Hans, a entrada é permitida apenas a funcionários ou pesquisadores, nesta parte ficam os pacientes internados, o setor administrativo do hospital e a UTI (Unidade de Terapia Intensiva). No Clementino também está localizado o Ambulatório Trans<sup>13</sup>. Segundo o coordenador do ambulatório, este é o único hospital de referência à Aids que também tem um atendimento especializado a população Trans, o que é importante na perspectiva do gestor, tendo em vista que a população Trans é o grupo de maior vulnerabilidade ao HIV, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018). Nos corredores do Clementino Fraga há uma circulação intensa de pesquisadores e profissionais.

Quando um usuário busca o serviço para adquirir o medicamento pra PrEP (o Truvada®), independentemente de quem ele busque, assim que entra no hospital, é direcionado ao setor de assistência social. Lá, o usuário entra numa lista de espera da PrEP onde aguardará surgir uma vaga para que possa começar o tratamento preventivo.

No último capítulo busco discutir melhor a PrEP a partir do passo a passo dos usuários dentro do serviço, com base na minha imersão em campo durante os aconselhamentos, que ocorrem após a pessoa que tem interesse na PrEP e se enquadre nos requisitos pré-estabelecidos pelos protocolos do Ministério da Saúde ser chamada, via ligação, quando surge uma vaga.

Há uma funcionária no hospital responsável pela PrEP que, de certo modo, torna a política, a nível institucional, bastante personificada em seu nome e função. Caso essa funcionária falte, a responsabilidade pelo aconselhamento é compartilhada com a psicóloga do Clementino Fraga.

O encaminhamento para os testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites Virais obrigatórios a todos que iniciam a tomar o Truvada®, bem como os aconselhamentos, são feitos pela assistente social do hospital.

Todos os dias em que estive lá, ela ficou responsável por preparar os prontuários dos usuários que seriam atendidos no dia pelo médico, que tem uma função bastante objetiva

---

<sup>13</sup> As ações do ambulatório trans não necessariamente são desenvolvidas em conjunto com as ações do Hospital.

assim que chega em conversar com os usuários e realizar o atendimento o mais rápido possível para ficar disponível para outras funções, na parte de internações do hospital.

Em um dos dias em que estive fazendo observação em campo, também notei que a assistente social responsável pela PrEP no Clementino ficava responsável por realizar ligações aos usuários quando havia qualquer problema na instituição, ou na disponibilidade do médico, que atrapalhava o atendimento.

Notei que há certa divisão do trabalho, a partir de diferentes formas de autoridade (CARAPINHEIRO, 1991) para que a política funcione, entre estes dois funcionários. O hospital é uma organização, e como tal, repousa numa certa racionalização das práticas. Ademais, a divisão de tarefas é efeito dos processos de profissionalização dentro do campo da saúde bem como revela o modo como se organizam os diferentes poderes no cotidiano hospitalar. No Clementino Fraga, o médico possui diversas responsabilidades na instituição, não apenas a PrEP, bem como em outras instituições. Para que os atendimentos ocorram, ele precisa que todas as outras etapas deem certo, o que indica que seu tempo é o mais valorizado de todos, que ele ocupa o lugar mais alto na hierarquia do atendimento. É de responsabilidade, portanto, da assistente social receber as pessoas, realizar os aconselhamentos, fazer os testes rápidos para o diagnóstico, e, também, se preocupar com a logística para efetivação dos atendimentos. Ela deixa os protocolos, exames e demais papéis organizados por ordem de atendimento na mesa para que o médico chegue, chame as pessoas, atenda-os, prescreva ou não o medicamento (caso seja primeira vez no serviço) e possa estar disponível para outras funções.

Durante minha imersão em campo, entrevistei seis pessoas ao todo, durante os quatro meses de observação. Irei discutir melhor as entrevistas no Capítulo 3. O número de usuários entrevistados foi prejudicado pela espera das autorizações para entrar na instituição. Durante uma das minhas idas para conseguir a autorização, aconteceu algo bastante curioso como uma das profissionais responsáveis pelo setor que autoriza as pesquisas no hospital. Assim que entrei na sala, a responsável pelo setor perguntou meu curso. Disse que era de Ciências Sociais. Ela me corrigiu: “Serviço social?” Eu disse: “Não. Ciências Sociais” Ela estava levantando da cadeira, e no mesmo ritmo que levantava, foi sentando, e disse: “Ciências sociais?” Esta cena, em meu ponto de vista, foi uma representação do estranhamento por parte dos profissionais de saúde com relação à presença das humanidades nestes espaços, e também da compreensão de que nos serviços

de saúde são feitas apenas pesquisas imersas ao debate das Ciências da Saúde/Ciências Médicas. Como não disse um curso de saúde ou serviço social, que é tolerável, parecia que ela estava me perguntando ao voltar a sentar naquela cadeira: “O que tu faz aqui?”. Passou uns minutos, ela pensou, lembrou de outra estudante, que também faz parte do GRUPESSC, e disse: “ah! você é daquela pesquisa que deu errado, dos documentos! Uma menina veio aqui ontem”. Após este momento ela terminou de organizar alguns papéis, e disse que me levaria ao ambulatório para me apresentar aos funcionários do hospital.

No hospital tive que entrevistar os usuários durante o momento em que eles esperavam para o atendimento. Inicialmente eles faziam o aconselhamento, logo após teste rápido de HIV, Sífilis e Hepatite A e B, e por último eram atendidos pelo médico. Como eles esperavam bastante neste período entre os exames e o atendimento pelo médico, eu utilizava esse período para entrevistá-los.

O espaço do hospital, inicialmente, me provocou um grande estranhamento. Uma curiosidade das instituições de saúde, que percebi em campo, é o modo como os profissionais esperam do pesquisador um jeito específico de fazer pesquisa, principalmente através dos questionários. Me senti bastante à vontade para desenvolver minha pesquisa, fazer minhas anotações e observar o cotidiano do hospital, mas havia em mim, contudo, uma sensação de direcionamento para aplicação de questionários pelos profissionais de saúde. Há, claro, uma relação ao fazer científico do campo biomédico, que está presente nestes espaços de pesquisa.

A PrEP é oferecida numa sala que fica num corredor, entre o setor de Aids e de assistência social/psicologia, onde fica a assistente social responsável pelo aconselhamento, e o médico que prescreve o medicamento (Truvada®). Esta sala foi meu principal espaço de análise no início da pesquisa e o local que me levou aos outros espaços do hospital em que os usuários da PrEP frequentam.

A sala é um espaço pequeno, com janelas enormes. Nela há uma bancada enorme com uma pia no final. Tem uma maca, com lençol hospitalar de papel. Ainda há muitos papéis: protocolos, pastas, encaminhamentos e blocos de anotações. A sala é um espaço muito calmo e silencioso. Fora dela há um fluxo intenso de pessoas.

Importante pontuar que, ao me preocupar, a partir das minhas observações em campo, com essas questões e as percepções ao compromisso programático do Ministério da Saúde à resposta brasileira ao HIV/Aids, realizando um trabalho alinhado as questões teórico-metodológicas da Antropologia da Saúde, busco alinhar-me a uma “(...) *antropologia da saúde que questiona as medidas que sangram e fazem troça do SUS.*” (p.8, FLEISCHER, 2018). Assim como as antropólogas que compuseram a I Reunião da Antropologia da Saúde, busco estar “*declarando [participe a um grupo de] antropólogos implicados, aplicados e comprometidos com a livre circulação pelos corredores, consultórios e UTIs do SUS (...)*” (FLEISCHER, 2018, p.8).

## Capítulo 2. A PrEP COMO DIREITO

A PrEP enquanto política de saúde vem intensificando o debate em torno de diversas questões acerca dos aspectos sociais e políticos no campo do HIV/Aids.<sup>14</sup> Esse debate corrobora o que venho identificando em campo, e busco, a partir dele, discutir neste capítulo o valor simbólico da PrEP, e o que ela representa no atual quadro da resposta brasileira ao HIV/Aids, como instrumento para potencializar o direito à vida. (TERTO JR.; RAXACH, 2018)

A condição de intransmissibilidade do vírus garantido pela PrEP, a partir de diversos estudos laboratoriais que comprovam sua eficácia, a insere no amplo contexto de estratégias para supressão dos níveis epidêmicos do vírus, a partir da meta 90-90-90, que discutirei adiante, e acho importante pensar quais as implicações disto a realidade social, neste caso, em João Pessoa.

Este cenário de intransmissibilidade do HIV possibilita que corpos HIV-vulneráveis ao HIV “OnPrEP”<sup>15</sup> e corpos HIV+ sem possibilidade de infectar outros corpos a partir do tratamento como método preventivo, garantido pela supressão viral<sup>16</sup>, não ampliem os casos de infecção ao HIV no mundo.

Meu objetivo é problematizar essa representação a partir dos dados da pesquisa e a teoria no campo epistemológico das Ciências Humanas e Sociais da Saúde, com foco na ampliação do debate sobre direitos (ABIA, 2018) e modos de repensar a prevenção (ABIA, 2016). Discutirei, inicialmente, como se deu o processo de implementação e incorporação a PrEP ao SUS a partir de documentos oficiais, e posteriormente qual o quadro da política na Paraíba.

### 2.1. A incorporação e implementação da PrEP no Sistema Único de Saúde

---

<sup>14</sup> Dimensões sociais e políticas da prevenção, ABIA. 2016.

<sup>15</sup> Termo popularizado entre aplicativos de relacionamentos e entre a comunidade LGBTQIA+ para pessoas que fazem uso da PrEP, dentro e fora do Brasil.

<sup>16</sup> Situação em que corpos HIV+ ficam “indetectáveis” em exames de carga viral, ou seja, com baixas taxas de HIV no sangue, o que reduz a possibilidade de infecção, mesmo em relações sexuais sem camisinha

Há diversas questões importantes para problematizarmos a partir do processo de implementação da PrEP no SUS, desde sua incorporação à agenda política no campo da saúde preventiva, como sua implantação nas instituições de saúde. Pude identificar isto em minhas análises documentais, no levantamento bibliográfico e, principalmente, a partir da observação em campo dentro do hospital.

Os documentos evidenciam um processo de incorporação e implementação bastante internacionalizado. Pudemos identificar que a PrEP surge no Brasil a partir de discussões em órgãos internacionais, evidenciado pela fala de Erico Antônio Gomes de Arruda, membro da Sociedade Brasileira de Infectologia, durante a 112ª reunião do Departamento da Comissão Nacional de Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde em 2012<sup>17</sup>. Na ata consta que ele

Destacou que, por conta do registro da associação de Tenofovir e Citarabina Truvada pelo FDA (*Food and Drug Administration*, agência do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos), houve muitas demandas de entrevistas e, no dia 23 de julho, através de seu comitê de retrovirologia, a Sociedade Brasileira de Infectologia postou uma nota em sua página informando os passos científicos que levaram o FDA a aprovar o uso do Truvada, na perspectiva de prevenção da transmissão do HIV. Lembrou que os quatro principais estudos e a nota destacam que profilaxia pré-exposicional constitui uma ferramenta para auxiliar a redução da transmissão em populações mais vulneráveis e faz destaque bem definido de outras estratégias mais conhecidas. Relembra que não há a regulamentação no Brasil do uso dessa associação de medicamentos, entende que é um momento oportuno para que se evolua nas discussões, no diálogo da possibilidade da intervenção medicamentosa, na perspectiva da redução da transmissão do HIV no Brasil. (BRASIL, 2012, p.8).

---

<sup>17</sup> Lista de membros da CNAIDS: **Sociedade civil:** RNP+ (Rede Nacional de Pessoas vivendo com HIV/Aids), Representante do Movimento Nacional das Cidadãs PositHIVas, Representante da Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV e Aids, membros das 5 regiões do Brasil, Articulação Nacional de Saúde e Direitos Humanos (ANSDH), Central Única dos Trabalhadores (CUT), Conselho Empresarial Nacional de Prevenção do HIV/Aids (CEN Aids), Conselho Nacional de Igrejas Cristãs no Brasil (CONIC); **Instância governamental:** Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Comissão de Gestão - Representante das Coordenações Estaduais e Municipais de IST, Aids (COGE AIDS), Comissão de Gestão - Representante das Coordenações Estaduais e Municipais de Hepatites Virais (COGE HEPATITES), Ministério da Educação (MEC), Ministério da Defesa, Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos Humanos (SNPDH), Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEPM), Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); **Comunidade Técnica e Científica:** Conselho Federal de Enfermagem, Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Sociedade Brasileira de DST (SBDST), Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT), Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Conselho Federal de Psicologia, Fundação Alfredo da Matta (FUAM), Sociedade Brasileira de Hepatologia (SBH), Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UnAids); **Membros Natos:** Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), Universidade de São Paulo (USP).

Este foi o único momento em que a PrEP foi citada na reunião, e nos apresenta o cenário inicial de discussão a partir da comunidade médico/científica, representada pela Sociedade Brasileira de Infectologia. As políticas de prevenção ao HIV no SUS, portanto, nascem do vasto campo de pesquisa biomédica, que apresenta medidas farmacológicas como instrumento para reduzir as taxas de infecção ao vírus.

Esse processo, que antecede a construção do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da PrEP, que serve como instrumento para o direcionamento da política dentro do SUS, também foi caracterizado por um fortalecimento institucional às políticas de saúde no campo da Aids. Recria-se em 2013 a Frente Parlamentar Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis, que “tem como principais missões pautar projetos sobre DST/aids e apoiar discussões políticas sobre essas doenças” (BRASIL, 2013, p.2).

Importante nos atentarmos aos anos e nos localizarmos historicamente. Este processo se deu ainda no primeiro governo Dilma, poucos anos antes do início da crise institucional, que garantiria a instabilidade governamental, processo marcado pelas jornadas de Junho de 2013.

A PrEP volta a ser discutida pelo Ministério no dia 07 de Maio de 2014, na 118ª Reunião do CNAIDS. Nesta reunião, Juliana Machado Givisiez, Assessora Técnica da Assessoria de Monitoramento e Avaliação/DDAHV (Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, hoje chamado DIAHV - Departamento de vigilância, prevenção e controle das IST, HIV/Aids e Hepatites Virais), pontua que é necessário criar uma “Cooperação com universidades para realização de análise de implantação de PrEP na rede pública de saúde” (BRASIL, 2014).

Aqui fica claro como o campo da pesquisa nas Universidades contribuiu e se inseriu nesse processo. É em 2014, a partir do que vinha sendo alertado pelo representante da Sociedade Brasileira de Infectologia, que o Ministério passa a estudar a PrEP junto às Universidades e seu processo de implementação. Não percebi na análise nenhuma objeção ou discussão feita por membros que compõem a CNAIDS acerca disto. Esse tópico aparece na parte intitulada “Principais ações a serem realizadas até dezembro de 2015”, nos documentos oficiais.

Depois disso, a PrEP volta a ser discutida em 26 de Agosto de 2014 na 119ª Reunião do CNAIDS, desta vez por Fábio Mesquita, então Diretor do DIAHV (na época nomeado DDAHV), que pontuou as recomendações da OMS (Organização Mundial de Saúde), na 20ª Conferência Internacional de AIDS, para implementação da PrEP com foco nas populações-chave. Segundo dados da ata da reunião, esse grupo, na época, eram “homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, pessoas que usam drogas e transexuais”. A justificativa dada para que fossem estes sujeitos o foco, foi a de “que é onde a epidemia se concentra”. (BRASIL, 2014).

É evidente a importância desta conferência no processo de implementação da PrEP. A partir dos documentos desta reunião da CNAIDS pode-se constatar que o mais importante passo dado pelo Governo Federal para efetivação da política surge após a 20ª Conferência Internacional de AIDS.

Pela primeira vez a PrEP tem um destaque no documento de informes do Departamento, com uma sessão separada dos informes sobre “DSTs” (Doenças Sexualmente Transmissíveis, hoje nomeadas ISTs, Infecções Sexualmente Transmissíveis), apesar de haver apenas discussões a cerca da PEP, e não se falar na PrEP na sessão.

Ainda na 119ª reunião da CNAIDS, Cristina Raposo, Consultora Responsável pela Assessoria de Cooperação Internacional, que apresentou um “Sumário da “20ª Conferência Internacional de AIDS” – Melbourne/Austrália” (BRASIL, 2014), segundo dados da ata da reunião, falou que membros do Ministério da Saúde do Brasil estavam presentes na apresentação da OMS intitulada “PrEP as part of Combination HIV Prevention: Using evidence and identifying research gaps” (PrEP como parte da prevenção combinada ao HIV: Usando evidências e identificando lacunas nas pesquisas) (BRASIL, 2014) feita em Melbourne. Interessante como a OMS se apresenta, a partir do que nos informam os documentos, como ator-chave pra implementação da PrEP mundialmente.

A partir disto, ela pontua entre os destaques da conferência a “PrEP para HSH (Homens que fazem sexo com homens)” (BRASIL, 2014) e as novas tecnologias de prevenção ao HIV, dentre elas a PrEP, como “Ecos de Melbourne no Brasil”. (BRASIL, 2014).

## 2.2. A condição neoliberal da Aids e a meta 90-90-90 da Unaid

Inicialmente, para discutir as representações e valor simbólico da PrEP, além das suas implicações ao campo social da Aids, é importante pontuar algumas características de como se dá a resposta brasileira ao HIV/Aids no Brasil, e o arcabouço teórico que sustenta os discursos.

Numa conferência, disponível no YouTube<sup>18</sup>, o filósofo Paul Preciado ao pensar o atual cenário político da Aids, e o modo como ocorre a participação cidadã junto ao Estado, afirma que a Aids é *a primeira doença da condição neoliberal*. Este termo é importante para o que propomos neste estudo, pois Preciado pontua, a partir dele, de modo sintético, como se dá a participação das ONGs nas tomadas de decisão na contemporaneidade. O filósofo parte do pressuposto de que a Aids surge num cenário político mundial de consolidação de uma sociedade do consumo (neoliberal), tendo em vista a influência mundial dos governos Reagan e Teacher, nos Estados Unidos e na Inglaterra, respectivamente, a política internacional.

Essa sociedade neoliberal, que se desenvolve nesse período, constitui, segundo Preciado, um novo modo de se fazer *micropolítica* no século XXI. Em conformidade ao pensamento dele, podemos aferir que certas doenças não têm, de fato, a mesma característica, sendo estas anteriores ao esse cenário político internacional. Se pensarmos, por exemplo, mesmo no campo das Infecções Sexualmente Transmissíveis, a Sífilis, Tuberculose, Hanseníase, Hepatites Virais, HPV, HTLV, e muitas outras, são infecções/patologias que não têm um grupo político sólido que atue junto aos órgãos estatais. Claro que podemos usar o argumento de que a Aids envolve outras categorias sociais de análise, que não podemos deixar de lado, como a questão da sexualidade, conjugalidade, estigma, dentre outras, características estas que nem sempre são compartilhadas com essas outras infecções.

Contudo, o que Preciado nos chama atenção, é o modo como o Estado neoliberal em curso impactou o modo de fazer política, e o modo como os sujeitos se inseriram no debate sobre as políticas de Aids. Não permitiu-se mais que os protocolos clínicos determinassem como iam ser os tratamentos, e as pessoas apenas obedecessem. Como ele pontua, agora se questiona os medicamentos, a transparência nos compostos dos fármacos,

---

<sup>18</sup> Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=P9Bb8PWXG1w&feature=youtu.be>>

e começa o debate por quebra de patentes. O ser social/político contemporâneo, portanto, como produto de uma sociedade de consumo, é o que é responsável pela construção de um campo de resistência farmacológica, que repensa os protocolos clínicos atribuídos ao HIV/Aids.

Esses sujeitos é que constituem o movimento Aids no Brasil hoje, alinhado a um processo de consolidação de direitos no campo democrático, a partir da Constituição de 1988, que possibilitou a inserção dessas pessoas nas decisões ministeriais, por mais que tais atuações estejam comprometidas a partir da crise política/institucional que o país enfrenta, além de um cenário, como aponta Grangeiro (2018), em que a Aids não é “mais (...) um elemento de forte catalisação da mobilização social, como foi em 1990 e 2000.” (GRANGEIRO, 2018, p.14).

Neste contexto, a PrEP, como aponte na introdução deste capítulo, apresenta-se a este campo do HIV/Aids como potencial para redução das taxas de infecção ao HIV no mundo, alinhada a meta 90-90-90 da Unids, que surge como respostas à epidemia e desafio internacional de superação a Aids, a partir da estratégia de tornar 90% das pessoas portadoras do HIV no mundo sabendo sua condição sorológica, 90% destas em tratamento, e 90% das que estão em tratamento, em supressão viral, ou seja, indetectáveis. (Unids, 2015).

Possibilitar que corpos HIV+ sejam indetectáveis, ou seja, cheguem à supressão viral, é garantir o tratamento aos soropositivos como modo de ampliar a expectativa de vida dessas pessoas, proporcionar uma maior qualidade de vida, alterar o modo como se relacionam a partir da garantia da intransmissibilidade a futuros parceiros e é, portanto, um modo de prevenção.

A meta 90-90-90 da Unids possibilita certa alteração ao modo de ser social de corpos historicamente estigmatizados, tidos como sujos e impuros (DOUGLAS, 1976) a partir da negociação nas relações sorodiscordantes na garantia da não-infecção, e junto a PrEP torna possível ao campo da Aids a garantia de intransmissibilidade do vírus, num cenário de aplicação plena das políticas necessárias.

Contudo, alguns apontamentos são necessários, e é preciso evidenciar que, por mais que estas questões estejam postas, nem todos os sujeitos estão passíveis a isto. As

potencialidades desta política também geram distinções ao campo entre os que estão indetectáveis e os que não estão, os que transgridem a norma e os que obedecem, enfim, os que têm uma boa adesão ao tratamento e fármacos, e os que apresentam resistências. Identifiquei isto em campo, e discuto melhor no capítulo 3, a partir dos aconselhamentos que acompanhei.

Durante a entrevista que à Gerente Operacional de ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais do estado nos concedeu, discutimos sobre como os usuários compreendem a não-transmissão do HIV e ela nos falou que, para gestão, “se 90% das pessoas que tem o HIV tomarem a medicação e forem indetectável, a gente consegue cortar esse ciclo de transmissão no Brasil” e, posteriormente, relatou que pacientes HIV+ compreendem a indetectabilidade “quase como uma cura”. A meta, então, representa, ao lado da PrEP, a possibilidade de supressão dos níveis epidêmicos, como podemos identificar na fala acima, e é fundamental ao campo político e usuários.

No entanto, ainda é importante pontuar que a PrEP está permeada a resistências morais, bastante parecidas ao que ocorria com a camisinha nos anos 80, segundo Terto Jr. E Raxach (2018). Estas polêmicas são fundamentais para pensarmos como vem sendo o impacto da PrEP ao tecido social, e como afeta a promoção de direitos.

Há certa preocupação com a ampliação desta política por possibilitar, a partir de uma perspectiva conservadora, comportamentos de risco, em decorrência das práticas sexuais dos usuários da PrEP (TERTO JR.; RAXACH, 2018), ao invés de potencializar a não-infecção apenas. Ou seja, a PrEP iria na verdade possibilitar mais casos de infecção a partir do abandono da camisinha. A isto, os autores alertam para que

a incorporação de inovações no campo da prevenção, assim como do tratamento, deve significar avanços em direção à promoção e garantia da universalidade, equidade e justiça social. Devem ser conquistas cidadãs de forma a reforçar o direito à vida e à saúde, em especial daqueles mais vulneráveis. Não podemos correr o risco de preconceitos e estigmas sobre diversas populações sejam transformados em necropolíticas<sup>19</sup> ou seja, que alguns grupos e setores da sociedade se outorguem o direito de decidir quem pode ter acesso ou não à bens, aos serviços, e à direitos, como à vida e à saúde plena. (TERTO JR.; RAXACH, 2018, p. 7).

---

<sup>19</sup> Mbembe, Achille. *Necropolítica*, seguido de *Sobre el gobierno privado indirecto*. Melusina ed, Barcelona, 2011.

Ou seja, a PrEP além de possibilitar a não-infecção ao HIV, não pode estar desconectada da luta por direitos para que as pessoas tenham autonomia sobre seus corpos e modos de se relacionar afetivo-sexualmente.

No Brasil, há uma ampliação das taxas de prevalência do HIV a pessoas em vulnerabilidade (GRANGEIRO, 2018) e o Ministério da Saúde lançou pesquisas de vigilância que apresentam dados “em torno de 20% em homens que fazem sexo com homens e de 30% e 6% em travestis e mulheres profissionais do sexo, respectivamente.” (GRANGEIRO, 2018, p. 13). Em resposta a isto, há também dados que evidenciam que a maior parte das pessoas em vulnerabilidade tem interesse pelos métodos preventivos, como a PrEP, afirma Grangeiro, (2018) apesar de alertar que “A PrEP, isoladamente, não será suficiente para reverter essa situação (GRANGEIRO, 2018, p.16).

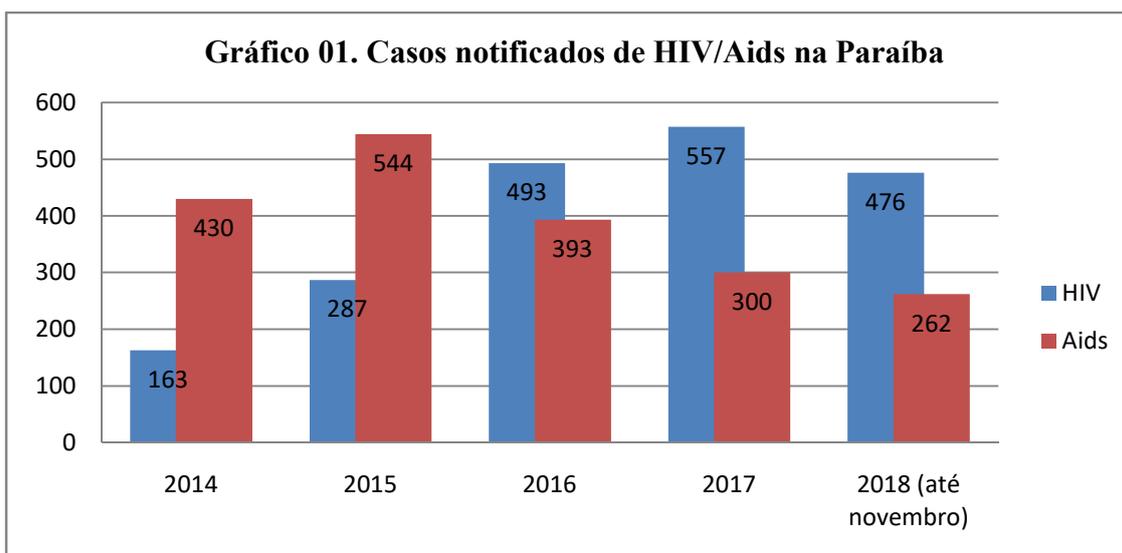
Contudo, o que gostaria de chamar atenção, a partir destes autores e do campo, é como a PrEP também atua como instrumento que potencializa direitos, e permite que sujeitos tenham maior autonomia sobre suas decisões afetivas/sexuais, através desse valor simbólico de luta por direitos, equidade e justiça social.

### **2.3. Resposta biomédica na Paraíba: Biotecnologias nas instituições de saúde do Estado**

Para discutir o discurso oficial (gestores) em torno da PrEP, achei interessante o introduzir a partir do quadro das políticas de controle, cuidado e prevenção ao HIV/Aids na Paraíba. Todos esses dados foram retirados da observação participante que fiz durante a reunião da Secretaria de Saúde do Estado junto as movimentos sociais para discutir as políticas de Aids na Paraíba, concedidos pela Gerência Operacional de ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais do Estado, com recorte temporal até Novembro de 2018.

A reunião ocorreu no auditório do CEFOR na sede da Secretaria de Saúde do Estado no período da manhã a partir das 8h. Estavam presentes na reunião membros da Associação das Prostitutas da Paraíba (APROS), do Fórum ONG/Aids, da ONG Cordel Vida, profissionais do hospital Clementino Fraga, Grupo de Cidadãs Positivas e diversos outros movimentos e profissionais da saúde, que atuam no campo da Aids.

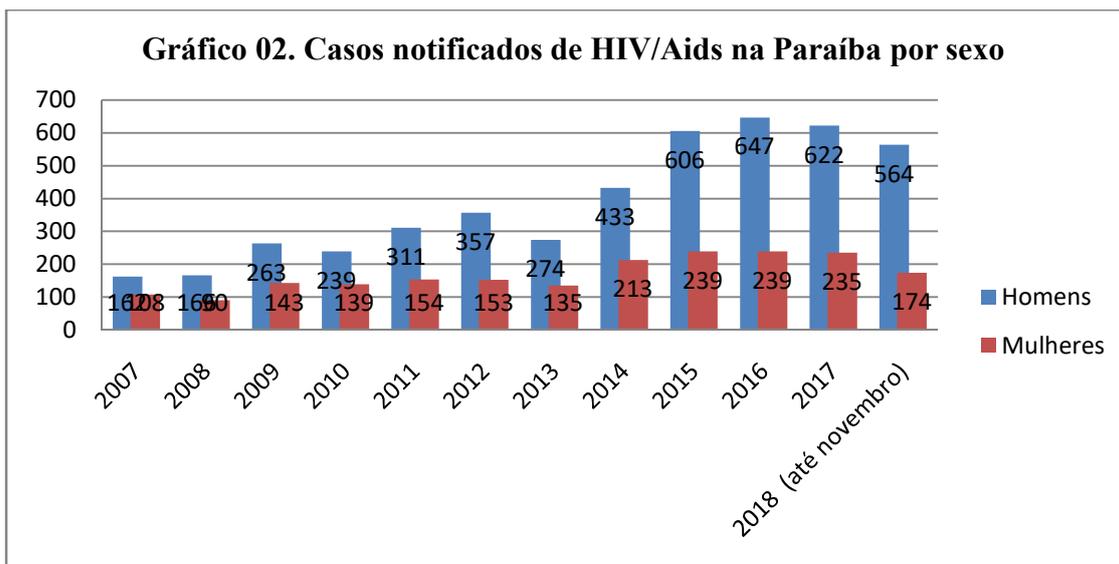
Na apresentação da gestão, com relação ao quadro geral da Aids no Estado, os dados foram apresentados a partir de números e estatísticas que tratam sobre os casos de novas infecções, quadro de vulnerabilidade, óbitos por causa da Aids, casos em gestantes e etc. No geral a fala girava em torno da ampliação das políticas na garantia da redução a vulnerabilidades, a partir da compreensão de que o estado de vulnerabilidade gera riscos a infecção.



FONTE: SinanNET/SES-PB, dados atualizados até 23/11/2018. Sujeitos à alteração<sup>20</sup>

Os casos notificados de HIV/Aids no Estado da Paraíba, segundo os dados, apresentavam uma crescente entre 2007 e 2016, passando de 207 para 886 respectivamente, mas logo após passam por uma redução entre 2016 e 2018, passando de 886 para 738. Destes, os casos de Aids, em relação aos de HIV, apresentam uma leve redução. Em 2014 havia 163 casos de HIV notificados, passando para 476 em 2018; com relação a Aids esses dados passam de 430 em 2014 para 262 em 2018.

<sup>20</sup> Retirados do slide de apresentação da Gerencia Operacional em ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba.



FONTE: SinanNET/SES-PB, dados atualizados até 23/11/2018. Sujeitos à alteração<sup>21</sup>

Identifiquei na análise dos dados que houve uma ampliação da proporção de casos notificados de HIV na Paraíba em homens com relação a mulheres. Em 2007, 60% do total dos casos de infecção ao HIV na Paraíba foram notificados em homens (162 casos de 270), e em 2018 essa porcentagem passou para 76,4% do total, 564 casos dos 738 no geral. O caso em mulheres passou de 108 para 174 entre 2007 e 2018.

Com relação às gestantes, houve uma ampliação dos casos até 2013, de 49 a 133 casos, mas uma redução a partir de 2013, para 50 casos de infecção ao HIV em 2018. A Paraíba registrou entre 2016 e 2018 (até novembro) 0 casos de infecções ou HIV em crianças menores de 5 anos, o que representa nenhum caso de transmissão vertical do HIV no Estado (infecção da mãe para o filho durante a gestação).

Importante pontuar, também, que os casos de HIV em gestantes, e consequentemente as políticas direcionadas ao controle da transmissão vertical ao HIV, são administrados no SAE (Serviço de Atendimento Especializado) materno-infantil do Hospital Universitário Lauro Wanderley, na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que é de responsabilidade do Governo Federal.

Durante minha observação em campo cheguei a acompanhar um aconselhamento a PrEP para uma gestante no Clementino Fraga, mas a assistente social responsável pela

<sup>21</sup> Retirados do slide de apresentação da Gerencia Operacional em ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba.

PrEP me informou que isto é um caso particular, único, que ocorreu devido a problemas no caso desta usuária. Pelo que pude perceber em campo há certa responsabilidade fiscal partilhada aos serviços a nível municipal, estadual e federal, contudo, cabe ao SAE materno-infantil do HU da UFPB o atendimento aos casos de prevenção, controle e cuidado ao HIV em gestantes.

Os discursos sobre as políticas de Aids durante a reunião estavam em torno da defesa da meta 90-90-90, a partir da compreensão de que esta política garante a supressão viral aos corpos HIV+ e possibilita a intransmissibilidade. No slide, inclusive, estava escrito: “Os desafios para o combate ao HIV/Aids na PB está relacionado com o fortalecimento das metas 90-90-90 que intensifica metas de tratamento para o fim da epidemia da aids no país.” (2019).<sup>22</sup>

A Paraíba enfrenta, assim como os demais Estados do país, uma grave crise na distribuição de insumos de prevenção (camisinha masculina/feminina e gel lubrificante). A Gerente Operacional de ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais do Estado alertou que havia bastante dificuldade no diálogo junto ao Governo Federal, e que os estoques estavam se esgotando. Relatou ainda que o desabastecimento prejudicou a distribuição para os municípios.

Durante a reunião foi pautado a ampliação da PrEP para todo o estado da Paraíba, a partir da sua interiorização. O objetivo era descentralizar a disponibilidade do medicamento, que até então estava disponível, apenas, no Hospital Clementino Fraga. Este trabalho seria feito através das instituições de responsabilidade do Governo do estado.

Ao que cabe a PrEP na Paraíba, fazendo um recorte ao quadro geral das políticas em torno da Aids, a Gerente Operacional de ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais tratou da oferta de cursos EAD (Educação à Distância) pela Secretaria do Estado de Saúde da Paraíba (SES-PB) relacionada a questões de sexualidade, gênero e prevenção as ISTs a professores e estudantes da rede estadual de ensino, onde abordaria questões relacionada a PrEP e demais políticas.

A PrEP foi recentemente avaliada pelo Ministério da Saúde na Paraíba e teve boa avaliação com relação a sua incorporação e implementação, a partir do que dizem os

---

<sup>22</sup> Slide de apresentação da Gerencia Operacional em ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba.

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) tanto da PrEP como da Prevenção combinada. Essas informações nos foram concedidas a partir da entrevista junto a Gerente Operacional da SES-PB.

#### 2.4. A PrEP a partir dos atores-chave

Eu acredito que por ser uma tecnologia nova, uma coisa nova, uma oferta nova, as pessoas estão avaliando que é mais fácil estar tomando o remédio e se prevenir do HIV, do que usar camisinha em todas as relações sexuais. A maioria, população gay tá ali os indicadores, tão contraindo HIV, altíssimo, porque não usam, não usam, parecem que tem uma aversão ao látex, não sei o que é que é, se reduz, se baixa, se o pau não sobe, eu não sei o que é que é, que impressionante que a resistência é altíssima do preservativo. Mas quando falta todo mundo me pede, também tem isso. Então, eles avaliam, e por ser uma coisa nova, tomar a medicação e formar essa barreira no organismo pra esse agravo. É mais fácil. Só que quando chegam lá eles tem o banho de realidade, o choque de realidade, vai ter efeito colateral, tem que tomar tudo certinho, tudo no mesmo horário, no mesmo dia, não esquecer, e tem todo o choque de realidade, não é assim, ah uma coisa nova, é uma coisa nova. Se tivesse uma vacina pra HIV as filas seriam quilométricas. Existe vacina pra Hepatite B, ninguém toma, olha a lógica. Mas o HIV é uma coisa grande, se tornou um mostro muito grande, no sentido do medo da doença, as vezes não é medo nem de adquirir, é de ter a doença, que é bem mais profundo. Mas as pessoas não buscam, aí começaram a buscar a PrEP, com uma facilidade, como se fosse uma vacina, uma barreira, com todos os efeitos colaterais que lá na frente tem.

Esta fala, de uma gestora do campo da Aids na Paraíba, é, ao meu ver, fundamental para discutimos as percepções em torno da PrEP e compreender seu valor simbólico.

Como discuti na introdução deste trabalho, a PrEP está imersa em diversas polêmicas e inquietações por parte de todos que fazem parte do campo da Aids. Na fala da gestora, podemos identificar algumas destas questões; desde preocupações com os efeitos colaterais que o medicamento pode ocasionar no corpo, bem como a dificuldade de adesão à camisinha por parte da população prioritária ao uso da PrEP.

Estes apontamentos são importantes porque alertam para as consequências das respostas com base farmacológica na vida dos sujeitos a longo prazo. Por mais que seja fantástico garantir que corpos HIV- criem, como fala a gestora, “uma barreira no organismo” ao vírus, há adesão garantida a PrEP graças às metáforas em torno da Aids (SONTAG, 2007), que criamos (enquanto sociedade) cotidianamente.

Na fala da gestora podemos identificar que, antes de tudo, enquanto profissional, sua preocupação é com a garantia da efetivação da política, a partir do momento que ela entra

na agenda política do Estado. Entretanto, não deixa de falar sobre as controvérsias, como no caso da hepatite, que tem vacina para prevenção e ninguém toma.

Tendo isto em vista, o que gostaria de chamar atenção nesta parte do trabalho é como ao falar de PrEP estamos falando de metáforas em torno da Aids, que não correspondem, necessariamente, com a realidade. Há uma projeção ao que realmente a PrEP é por parte de quem a busca, a partir da garantia da não-transmissão.

Falar de PrEP é compreender, e isto só foi possível graças as entrevistas com os atores-chave, que há uma importância aplicada à política como possibilidade de rompermos ao medo e perigo que a Aids representa. Por isso, ela é importante (na sociedade), porque nos coloca neste suposto status de controle sobre nossas vidas e sobre nossos corpos. Contudo, até que ponto a PrEP é de fato as projeções socialmente construídas sobre ela, e até que ponto o estado de intransmissibilidade representa o fim da epidemia, como figurava no slide durante a reunião da Secretaria de Estado da Saúde (SES-PB). Estar OnPrEP significa, de fato, possuir controle sobre nossa vida?

A partir do momento que decidi por o título deste capítulo como pergunta, tive por objetivo deixar claro que o debate em torno destas questões acerca do estado de intransmissibilidade do HIV está em desenvolvimento. Pesquisadores, gestores, ativistas e órgãos da sociedade civil organizada, imersos ao debate em torno da Aids, vem problematizando tais questões.

Busquei elencar como o discurso se constrói, como a PrEP faz parte deste discurso a partir do seu valor socialmente construído, e questionar até que ponto estamos caminhando para o fim da epidemia, ou nos tornando cada vez mais dependentes de fármacos na construção de alternativas para processos de adoecimento.

### **3. BIOPODER NA ERA DA PREVENÇÃO**

Se no capítulo anterior, tratamos a PrEP pela ótica do direito, neste capítulo meu objetivo é tratar a cerca da PrEP como instrumento de controle e poder sobre a vida dos sujeitos, a partir das minhas percepções em campo. Para tal, me aprofundarei ao modo como funcionam os serviços do hospital a partir dos aconselhamentos, que tive autorização de acompanhar. Trabalharei os dados relativos às entrevistas, mesclando a teoria às apreensões em toda pesquisa.

O que quero chamar atenção neste capítulo é de como a PrEP vem representando ao mundo social da Aids a ampliação do que são os corpos passíveis de intervenção médica/farmacológica, para além dos corpos soropositivos. Mesmo os corpos soronegativos, a depender do estado de vulnerabilidade, estão inclusos ao debate em torno do biológico, seja quando falamos de biopoder, biolegitimidades, biopolíticas, biotecnologias, biocapital, cidadania biológica, dentre outros temas de interesse da Antropologia.

Diversas questões que permeiam o debate antropológico contemporâneo sobre saúde, intervenções biomédicas, medicalização da vida, dentre outros temas, estão presentes nas falas dos entrevistados, e nos auxiliam a compreender como a PrEP, através do Truvada® (medicamento), funciona como principal tecnologia aos anseios de quem busca não se infectar com o HIV.

Há, em meu ponto de vista, um processo de ruptura ao status social dos sujeitos partir do momento em que tornam-se usuários, na garantia ao direito a vida sem o vírus, e a possibilidade de controle do perigo de morrer a partir da infecção. A PrEP é uma tecnologia de poder (FOUCAULT, 2005) e instrumento, que garante o direito a vida sem o vírus. No Brasil, pertence ao Estado o direito sobre a dispensa e disponibilidade da PrEP, ou seja, ocorre uma institucionalização do biopoder (FOUCAULT, 2005) e do direito a viver sem o vírus, como dispositivo de governança sobre os corpos (ACERO, 2011).

#### **3.1. Ponto de partida: sujeitos OnPrEP e a criação da demanda pelo Truvada®**

Com relação a minha observação em campo no Clementino Fraga, realizei seis entrevistas. Entre os entrevistados, quatro eram homens e duas mulheres. Quatro deles tinham entre 30-40 anos. Apenas um abaixo dos 30 (29) e outro acima dos 40 (47), dois deles estavam indo ao serviço pela primeira vez, dois usavam a PrEP há mais de um ano, um deles há um mês e outro há quatro meses.

Pensando nas categorias do Ministério da Saúde que garantem a dispensa de PrEP a sujeitos em vulnerabilidade (relações sorodiscordantes, HSHs, pessoas trans e prostitutas)<sup>23</sup>, as duas mulheres que entrevistei estavam em um relacionamento monogâmico heterossexual sorodiscordante. Todos os quatro homens eram HSH (homens que fazem sexo com homens), um é solteiro, um deles está num relacionamento monogâmico sorodiscordante, e dois deles eram um casal em um relacionamento aberto, ou seja, relacionavam-se sexualmente com outras pessoas. Não entrevistei pessoas trans ou prostitutas.

Inicialmente, acho importante pensar na adesão o medicamento, ou seja, como as pessoas ficaram sabendo e chegaram ao hospital. Apenas um dos entrevistados passou a aderir a PrEP por indicação do companheiro. Os demais, foi através de conselhos de profissionais de saúde, como podemos perceber nas falas:

**João<sup>24</sup>:** A gente começou a fazer PrEP por indicação de uma amiga nossa que trabalha no sistema de saúde. Na verdade, já ouvia falar, desde que lançaram no Brasil, só que a gente não tinha interesse, até então, de usar.

**Ana<sup>25</sup>:** Eu ‘tava’ vindo com ele [companheiro], que eu sou companhia dele. Pra todo canto, pra médico, pra todo canto que eu vou com ele. Aí a menina que eu conheço aqui disse: porque tu não entra na campanha de PrEP, que é bom pra tu.

**Beatriz<sup>26</sup>:** Quando ele [companheiro] descobriu [ser portador do HIV], aí eu vim fazer o exame, no dia seguinte. Aí eu fiz e deu negativo. Aí a psicóloga falou da PrEP, falou que teria como eu tomar um medicamento que me deixaria imune só ao vírus do HIV.

Em todos os casos, as pessoas já conheciam o hospital. Três deles por estarem numa relação sorodiscordante, e o companheiro ser paciente do Clementino, e os outros três porque são próximos de profissionais de saúde. É interessante perceber que são os

---

<sup>23</sup> Estas categorias são acionadas pelo Estado em face à leitura da realidade produzida pela epidemiologia, não necessariamente os sujeitos se entendem dessa forma.

<sup>24</sup> Nome fictício.

<sup>25</sup> Nome fictício.

<sup>26</sup> Nome fictício.

próprios profissionais da área que fazem o recrutamento dos usuários, e isto é bastante revelador sobre os processos de chegada de uma nova tecnologia aos serviços de saúde.

### **3.2. Estigma e produção de diferenças no cotidiano da PrEP**

Dentro do setor de Aids no hospital identifiquei que há diversas formas de demarcar diferenças, características do mundo social da Aids, que posicionam as pessoas em diferentes lugares da realidade (SEFFNER; PARKER, 2016), a partir de categorias nativas. Há uma modificação na terminologia utilizada pelos profissionais de saúde para diferenciar quem vai ao hospital buscar prevenção ou tratamento ao HIV. Quem busca prevenção é chamado de usuário, e quem busca tratamento, paciente. No início, por não saber essa diferença, me referi a um usuário por paciente e fui repreendido pela assistente social, que disse: “Quem faz uso de PrEP é usuário!”. Essa diferença demarca, portanto, corpos HIV+ e HIV- neste espaço, e a fala da assistente social revela como trazer corpos que não estão biologicamente marcados por alguma doença as instituições de saúde é algo fora do comum, um ponto fora da curva no serviço.

Todavia, esses marcadores não pertencem apenas ao hospital, mas fora dele, também. Durante a reunião da Secretaria de Estado da Saúde junto aos representantes dos municípios prioritários ao HIV (29 prefeituras que recebem verba direcionada à políticas da Aids na Paraíba), o coordenador do ambulatório Trans do Clementino Fraga afirmou que os usuários do ambulatório buscam um cartão diferenciado dos pacientes para agendar os atendimentos. De acordo com o coordenador, profissionais do sexo que são atendidas pelo ambulatório questionavam: “E se o meu cliente me vê lá?”. A estas inquietações, ele respondeu: “O que eu estou fazendo aqui? O que você está fazendo aqui? Você me mostra o seu cartão e eu o meu, cartão amarelo pros dois.”

Tanto a categoria nativa da relação paciente x usuário, como as inquietações das trans profissionais do sexo no ambulatório, além da fala do coordenador do ambulatório de que possuir o cartão do hospital é sinônimo de cartão amarelo, em minha análise, são representações do estigma (GOFFMAM, 1963), preconceitos e complexidade da realidade político-cultural (SEFFNER; PARKER, 2016) que perpassam o mundo social da Aids.

### 3.3. “As pessoas brincam de fazer PrEP”: Os processos rituais dentro das instituições

Para discutir os aconselhamentos, busco pensá-los como processos rituais dentro das instituições, compreendendo-os como um “sistema cultural de comunicação simbólica, (...) constituído de sequências ordenadas e padronizadas de palavras e atos, (...) expressos por múltiplos meios.” (PEIRANO, 2003). As pessoas que buscam a PrEP têm um itinerário terapêutico no serviço, ritualizado com protocolos clínicos determinados pelo Ministério da Saúde, que busco evidenciar a partir dos relatos.

Optei por relatar fora da ordem cronológica dos aconselhamentos. Iniciei por Rose<sup>27</sup>, depois Gustavo<sup>28</sup> e terminarei com Lucas<sup>29</sup>, seguindo uma lógica narrativa que construí para introduzir o debate sobre corpo, biopoder e risco. Tudo que está presente nestes relatos das vivências no hospital retirei do meu caderno de campo, produzido durante a pesquisa a partir da observação participante no hospital. Em todos os casos os usuários permitiram a minha presença durante o aconselhamento, após conversarmos sobre a pesquisa e meus objetivos em acompanhar o atendimento.

Em um dos dias que estive no hospital, a assistente social do Clementino, responsável pela PrEP, atendeu Rose. Por ser gestante, me surpreendi com a presença de Rose no Clementino. Achei que mulheres grávidas eram atendidas apenas no SAE Materno-infantil do Hospital Universitário da UFPB, por mais que não fossem soropositivas. Já tinha ouvido falar num seminário na UFPB que a PrEP estava sendo implementada em gestantes, mas não esperava as encontrar em campo, por não estar fazendo campo no HU. Dias depois eu descobri que este caso é excepcional, como já falei no capítulo 2. O Clementino não recebe gestantes para PrEP.

Rose chegou ao Clementino após inúmeras falhas do Posto de Saúde da Família (PSF) próxima a sua residência, que a direcionou para este serviço. Por ser “retorno”, Rose começou a conversar com a assistente social de modo espontâneo, direto, sem dar algumas informações que, naquela situação, apenas eu desconhecia. Não sabia sua sorologia, se estava usando o Truvada® há muito tempo, se estava numa relação sorodiscordante etc.

---

<sup>27</sup> Nome fictício

<sup>28</sup> Nome fictício

<sup>29</sup> Nome fictício

Como não fiz entrevista com Rose, assim como os demais casos do aconselhamento que acompanhei, não me preocupei, no primeiro instante, em possuir estas informações, porque meu objetivo era discutir questões de ordem institucional, relação usuário-serviço, sem me aprofundar nos sujeitos. Este ponto quis abordar a partir das entrevistas. Fui conhecendo Rose e descobrindo seu caminho até aquela sala por meio do que ouvia da conversa e o que ela se sentia confortável a dizer.

Rose, durante a conversa, falou bastante da sua gestação. Disse passar por diversas dificuldades com familiares e em relação ao desconforto à noite. Notei que a assistente social, a partir do relato, reagiu de modo diferente, comparado ao que normalmente ocorria nos aconselhamentos. A profissional de saúde fez bastante perguntas sobre sua vida pessoal, a posição que dorme, perguntas relacionadas ao casamento; relação conjugal, dificuldades com o parceiro, dia-a-dia com familiares etc.

Naquele espaço, como relatei no capítulo 1 ao falar sobre os procedimentos metodológicos e o hospital, há diversos papéis, protocolos e formulários para serem preenchidos e compor o prontuário do usuário. Contudo, naquele momento, foi a primeira vez que vi a conversa sair dos protocolos e regras daquele processo ritual, e ir para o campo da informalidade.

Por mais que no aconselhamento a conversa seja sobre questões íntimas e particulares dos sujeitos (pertence ao privado, não ao público), sempre há um tom de “necessidade do processo”. No sentido de que aquilo ocorre porque é o que nos pede o protocolo médico. É a regra do rito. Com Rose senti que houve, pela primeira vez, uma fuga a regra e as normas protocolares.

Há diversos motivos para este fato, pensando a partir da antropologia. Primeiro que Rose, assim como a assistente social, é mãe, mulher, periférica. Segundo, ela é uma mulher gestante, que naquele momento representa um determinado lugar de gênero e sexualidade heteronormativos – como esposa de um homem e como mãe, atrelando sua procura preventiva ao bom cumprimento de ambas as posições.

Rose relatou que seu marido estava desempregado, eles estavam com problemas financeiros, mas ela tinha acabado de conseguir o Bolsa Família. Recebia ajuda dos familiares e estava conseguindo se manter. Disse está preocupada porque “está vindo uma

criança aí”, mas tinha solicitado a diminuição das contas de água e luz, por ter baixa renda, e tudo daria certo.

Disse ainda que está com muitos problemas na sua relação com o marido, porque ele teve uma recaída nas drogas e está tomando os medicamentos de modo irresponsável. Foi nesse momento da visita que identifiquei que o companheiro de Rose era HIV+, ela está numa relação sorodiscordante e os medicamentos que falou era o coquetel para o HIV. Ela ainda disse que usava camisinha em todas as relações sexuais com ele, mas que tinha perdido o interesse sexual no fim da gravidez.

A assistente social do Clementino, a partir do que ouviu, disse que a atividade sexual induz ao parto e é um bom método para tal. Rose, então, disse que preferia fazer caminhadas, subir e descer escadas, que fazer sexo. O marido era compreensivo, apesar de pedir em diversos momentos que tivessem relação sexual, mas que estava tudo bem. Ainda falou de que demora em achar uma posição confortável para sentar e deitar, mas que com muito esforço consegue.

Logo após, Rose começou a se abrir ainda mais sobre a relação com o companheiro. Disse que já tinha conversado bastante com ele sobre drogas e o próprio infectologista responsável pela PrEP no Clementino o tinha repreendido pela combinação de drogas com os antiretrovirais (coquetel para o tratamento ao HIV).

É interessante como, neste caso, a PrEP se apresenta como instrumento que potencializa o cuidado aos corpos HIV+ numa relação sorodiscordante. A política possibilita que as pessoas HIV- nestas relações sejam parte do processo de tratamento de pessoas soropositivas, influenciando no tratamento a partir da corresponsabilidade assumida entre os parceiros.

Ela comentou que foi necessário a intervenção de parentes para que ele diminuísse o uso de drogas, e disse que “pega muito no pé dele”. Rose relatou que é responsável por pegar os medicamentos do companheiro no hospital, que “se depender dele ele não vem”, e que também (ele) não estava indo as consultas do tratamento com o infectologista. Disse que seu companheiro tinha acabado de perder o emprego e que tudo isso era bastante problemático.

O aconselhamento de Rose perpassa diversas questões e problemáticas que são representações do impacto do HIV no tecido social, e é fundamental para discutimos como/qual veem sendo o papel da mulher HIV- no tratamento de homens HIV+. Pelo que pude perceber a partir da fala de Rose, ela se preocupa mais com o tratamento do companheiro que ele mesmo. Por mais que identifiquemos que a PrEP está imersa a uma lógica do “cuidado de si”, ela também evidencia como em relações heteronormativas, mulheres HIV- estão cada vez mais precisando cuidar do outro para garantir o cuidado de si. A ideia de “corresponsabilidade”, neste caso, vai muito além do uso do Truvada uma vez ao dia, de uma certa “comunhão farmacológica” que pode se extrair da farmacologização do casal. O que Rose nos mostra é que essa corresponsabilidade já está dada, na forma como as relações conjugais heterossexuais sorodiscordantes se organizam,<sup>30</sup> situando a mulher no polo do cuidado do outro – o marido, a prole. O aconselhamento reafirma e legitima esse lugar, mostrando a porosidade da fronteira entre saber técnico e enquadramento moral, que fica especialmente evidenciado nas orientações a respeito da sexualidade.

Já próximo ao fim do atendimento, depois de ela falar bastante sobre essas questões enquanto a assistente social preenchia os formulários, ela perguntou onde Rose pretendia ter a filha. Ela disse que no HU por ter o cartão do SAE Materno-Infantil e ser acompanhada por uma médica de lá. A assistente social disse que se ela tivesse sorte de ir no dia em que esta médica estivesse de plantão seria ótimo, porque “ela é uma mãe”. Interessante como a mãe, enquanto palavra que representa um ser social específico, mulher, ao meu ponto de vista está intimamente associado, dentro dos serviços de saúde, ao cuidado, paciência, respeito durante o parto. É muito simbólico o uso do termo mãe e sua relação ao cuidado.

Além do mais, há certas ambiguidades, que notei a partir da minha observação, presentes no aconselhamento de Rose, interessantes para pensar o serviço. Se há, por um lado, um enquadramento moral nas recomendações do sexo/relação com o companheiro, que evidenciei anteriormente, há, também, cumplicidade no atendimento. É evidente que Rose se sente apoiada no serviço.

---

<sup>30</sup> FRANCH, Mónica, PERRUSI, Artur; ARAÚJO, Fátima; SILVA, Luziana. (orgs.) **Novas abordagens para casais sorodiferentes**. João Pessoa: Grupessc/Editora manufatura, 2011.

Num outro momento, durante minha observação no hospital, acompanhei o aconselhamento de Gustavo, um homem gay, entendido no serviço a partir da categoria epidemiológica HSH – homem que faz sexo com homem. Enquadrar as pessoas que entram no serviço nestas categorias presentes nos protocolos do Ministério como sujeitos em vulnerabilidade é fundamental, pois, é este o mais importante marcador social em volta do campo da Aids. Estas pessoas frequentam o serviço e buscam prevenção (ou mesmo os que precisam do tratamento) por serem quem são. A condição do ser social desses sujeitos os empurra a marginalidade do campo social e os força a precisar de política pública de saúde de controle, prevenção e cuidado a Aids.

A assistente social do Clementino Fraga sentou, pediu para eu ficar numa cadeira e começou a fazer o aconselhamento. Gustavo estava indo pela primeira vez. Ser primeira vez se apresentou na minha pesquisa como uma categoria nativa, presente dentro do Hospital, que diferencia o modo como ocorre o atendimento. Caso alguém seja “primeira vez”, há um protocolo de questionamentos e exames, diferente de quem vai ao serviço a mais tempo. Opõem-se a primeira vez os usuários que são “retorno”.

O aconselhamento para Gustavo, primeira vez, foi: Exames. Ele precisa fazer 3 testes rápidos: Hepatite A e B, HIV e Sífilis. Mais tarde eu descobri que se por acaso o resultado pra teste rápido de HIV der reagente, a PrEP acaba ali, o usuário torna-se paciente (é encaminhado para o infectologista para iniciar o tratamento para HIV). Caso der reagente para Sífilis e Hepatite B, é necessário testes para comprovar a veracidade, e se a pessoa realmente porta o vírus. Caso a pessoa tenha Sífilis, pode ser encaminhado a PrEP, caso o problema seja apenas a sífilis. Mas se a pessoa tiver Hepatite B, não pode ser encaminhado pra PrEP por causa do Tenofovir (um dos componentes do Truvada®, medicamento da PrEP). Este é um exemplo de que apesar da PrEP ser uma política ligada ao HIV, a entrada do usuário ao serviço põe em questão outros marcadores biológicos. Identificamos isto a partir da entrevista com membros da ONG Cordel Vida, e discutirei melhor adiante.

A assistente social do Clementino Fraga me confidenciou que já teve um caso em que um usuário teve o resultado reagente pra Hepatite B, fez o de sangue, não deu nada, voltou a fazer o teste rápido e deu negativo. Logo após continuou o processo pra PrEP, não parou ali. Por isso, no hospital, identifiquei que os rituais de testes e aconselhamentos até a chegada ao médico, que dispensa o medicamento ao paciente, é feito de modo rigoroso.

Gustavo, após o aconselhamento, guardou os papéis necessários para o teste rápido e foi ao laboratório continuar o rito dentro do hospital. Após esta etapa ele deve voltar a sala de espera e aguardar o médico chegar para o atendimento.

Na sala do aconselhamento, apenas eu e a assistente social do hospital, ela me relatou que alguns usuários não atendiam as ligações que ela fazia, e logo após disse: “As pessoas brincam de fazer PrEP”. Há aqui, em meu ponto de vista, uma representação de dupla compreensão à adesão a PrEP pelos profissionais, um dos principais critérios a eficácia da medida preventiva, e uma fissura ao discurso oficial. Por um lado, os gestores e profissionais de saúde tendem a apresentar a política como uma medida eficaz, com poucos abandonos no tratamento, em apresentações a público ou aos usuários. Entretanto, em espaços “privados” do hospital, entre pares, deixam escapar pontos de vista, como a fala da assistente social responsável pela PrEP no Clementino, quando afirmou que “as pessoas brincam de fazer PrEP” ao tratar de supostos usuários que não fazem o uso correto do medicamento, ou abandonam o uso do Truvada®.

Além de ser algo invisibilizado pelos profissionais e revelar que o valor simbólico da PrEP como medida eficaz se sustenta nos discursos, apesar de suas contradições na prática, esta fala me fez enxergar certos aspectos do funcionamento do atendimento e aconselhamento da PrEP no hospital aos usuários que antes não havia identificado. Há certa “despreocupação” com os usuários que “brincam de fazer PrEP”, caso as faltas destes em relação ao que o protocolo exige sejam recorrentes. Nesse sentido, podemos dizer que é exigida certa autonomia do usuário, ou melhor, que é esperada uma responsabilização individual, cuja ausência atua como critério de exclusão.

Enquanto estive na sala, entre os aconselhamentos, diversos funcionários entraram no ambiente para entregar exames. A assistente social sempre segue o procedimento clínico de indicar os exames durante o aconselhamento, os usuários passam a ir para o laboratório do hospital, onde são feitos os exames, que ficam prontos em poucos minutos por serem testes rápidos. Tem um funcionário do hospital que fica responsável pela entrega dos resultados para pessoas responsáveis por dizer a quem o fez se deu reagente ou não.

Numa dessas entregas de exames que acompanhei, a assistente social entregou um resultado reagente pra sífilis e não-reagente pra HIV e hepatites A e B para um usuário do serviço. O processo de anúncio e recepção do resultado, neste momento, foi bastante

interessante para percepções em torno do valor simbólico e das metáforas criadas em torno da Aids (SONTAG, 1970) no imaginário social.

Ao receber o resultado reagente para sífilis, o usuário reagiu de modo calmo. O rapaz (na categoria HSH) não ficou com medo, preocupado, apenas ouviu a assistente social dizendo que podia ser um erro, isso ocorria, e que seria necessário ele fazer um exame mais sério. Ele falou alguns sintomas de adoecimento que podem ter interferido no processo do exame e despreocupou-se, mesmo que houvesse com Sífilis. Com bastante tranquilidade ele saiu da sala pra esperar o médico atendê-lo e encaminhá-lo para exames que confirmem ou não a Sífilis. Embora não seja possível afirmar isso categoricamente, podemos pensar, com base na literatura existente, que a reação dele não seria tão tranquila caso o reagente fosse para o HIV. Obviamente, há dimensões concretas quanto às implicações de se ter sífilis, uma infecção curável, e o HIV, que vai exigir de cuidados a vida toda. Entretanto, o que as pesquisas têm mostrado é que ao receberem diagnóstico positivo para HIV, as pessoas acionam imagens que remetem ao início da epidemia, e pouco têm a ver com o atual estado do conhecimento científico e as possibilidades de vida com HIV.

Voltando ao decorrer do dia, após o aconselhamento de Gustavo, *primeira vez*, chegou Lucas, um *retorno*. Lucas entrou na sala falando sobre alguns exames, que não estavam com ele porque não haviam ficado prontos. Ao ouvir, assistente social do Clementino relatou que o havia encontrado minutos antes no corredor do hospital, e ele a tinha informado que havia feito os exames solicitados. Ela então, assim que ele disse que não estavam prontos, perguntou: “Mas você não disse que tinha feito?”. E ele disse: “Eu menti pra você”.

Por ele ser *retorno*, não *primeira vez*, Lucas devia apresentar alguns resultados de exames ao médico, que o tinha entregado o encaminhamento para esses exames nas consultas anteriores. Os exames que o médico solicita para os retornos, em geral, demoram alguns dias para ficarem prontos no laboratório do Clementino. Lucas é de uma cidade do interior do Rio Grande do Norte e, por esse motivo, quando recebeu os encaminhamentos, dias antes, foi pra casa, e resolveu por conta própria só fazer os exames no laboratório do hospital no dia do retorno (que, no caso, foi o dia em que eu estava fazendo a observação nos aconselhamentos). Ele não sabia que demorariam dias, só descobriu quando realizou a

coleta do sangue no laboratório e foi informado que ainda demorariam alguns dias para chegar o resultado.

O que ficou evidente nesta declaração de Lucas foi o modo como, nas instituições de saúde, há uma expectativa em torno da adesão dos usuários ao itinerário estabelecido pelos protocolos, de certo modo distantes da realidade de cada um. Além do mais, nos revela como a relação usuário-serviço, por vezes, está permeada por dificuldades dos usuários em romper com as determinações médicas. Após todos ficarem cientes do que ocorreu de fato, este usuário precisou remarcar o retorno e deixou o hospital.

O que estas três histórias têm em comum, em meu ponto de vista, e o que gostaria de problematizar a partir delas, é o que elas significam ao serviço, para além das questões que já discuti até aqui. Na mesa, durante os aconselhamentos, há um “livro de ocorrência”. Nele, tudo é anotado, as pessoas tornam-se boas taxas de creatinina, não-reagente a tal infecção, usuário atendido ou não e etc. São corpos biológicos. O ser social, ou seja, pessoas com problemas no relacionamento ou com questões privadas que atrapalham o tratamento, cada vez mais tomando decisões sobre seus processos de cuidado, abrindo mão da rede de solidariedade presente no serviço, só estão presentes nos aconselhamentos. Há uma dissonância entre a vivência subjetiva corporal e a objetivação do corpo que é empreendida pela biomedicina e se traduz em protocolos, taxas etc.

Isto me fez refletir sobre o modo como se dá a relação usuário-serviço e, afinal, como podemos perceber a PrEP como biolítica do Estado na garantia do direito a vida sem o vírus (FOUCAULT, 1999). Por mais que no aconselhamento as histórias venham a toma, ao que importa essas histórias para o itinerário terapêutico da PrEP? Me pareceu que ali as pessoas são organismos que estão ou não infectados, que precisam se encaixar a um protocolo de atendimento determinado pelo Ministério da Saúde pra garantir assim o controle a infecção ao HIV, e possibilitar aos sujeitos seus direitos (neste caso, direito a vida).

Por mais que os profissionais de saúde do Clementino se preocupem cada vez mais, a partir da minha observação, em humanizar o processo de atendimento e cuidado na instituição, o que chamo atenção é pra algo para além desses atores. Há certa necessidade ao processo de atendimento que os cuidados sejam ao biológico, a garantia da intransmissibilidade do HIV. As pessoas são quadrados assinalados nas fixas do protocolo.

Há pouco olho no olho, ali se atende organismos infectados a um vírus, ou que fogem dessa infecção, e suas necessidades de não se infectarem.

É curioso pensar, então, sobre o que é um serviço de saúde, o que é uma instituição de saúde. Há o corpo e há o vírus, e a biomedicina é o campo de análise dessa interação organismo interno X organismo externo. E a partir da aplicação de políticas públicas de saúde, com foco nessas políticas da vida, os objetivos são resolver os problemas de ordem biológica, mas até que ponto há como desassociar do ser social.

Pensando na fala presente no subtítulo que sugeri nesta parte do texto; “As pessoas brincam de fazer PrEP”, até que ponto há na verdade uma expectativa criada pelo serviço de que o usuário cumpra metas e protocolos de modo adequado, com foco aos aspectos biológicos, negando particularidades da realidade social de cada sujeito.

### **3.4. Motivações, risco e a camisinha: A PrEP na lógica do quanto mais, melhor!**

No que tange às motivações dos entrevistados para aderir ao uso da PrEP, em geral, há uma forte relação com o medo de infecção pelo HIV. O que pude perceber é que não há como desassociar uma coisa da outra ao pensar a PrEP (motivações e medo), que se conecta à ideia de risco e perigo de infecção.

Estas questões são bastante similares à resposta da saúde pública tradicional no início da epidemia à Aids, que estabeleceu um cenário de proteção ao outro (o soropositivo) (SEFFNER; PARKER, 2016). Hoje, ao que notei nas entrevistas, a política de prevenção se mantém associada ao lema de “Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar.” (SEFFNER; PARKER, 2016, p.15). É a manutenção das metáforas e mitos em torno do processo de adoecimento (SONTAG, 2007), associada ao risco à infecção.

O medo está presente, principalmente, quando pergunto sobre outros métodos preventivos e se pensam em abandonar a PrEP, como identifiquei nas seguintes falas:

**João:** Não me faz desistir, ao mesmo tempo eu penso realmente em sair do programa, mas ao mesmo tempo fica a questão psicológica, a questão da exposição, de não ter o próprio controle da questão da exposição sexual. Aí é muito complicado, certo. Você chega a um ponto assim, nós dois somos casados, mas, tanto eu como ele ficamos com outras pessoas. E por um certo medo, mesmo utilizando preservativo, a gente sabe que acontece coisa sexual que não

se previne no sexo, na hora da penetração sim, mas o que acontece antes não tem, né. Aí por ter essa exposição, aí você fica pensando em não parar, né. Mas já pensei várias vezes em desistir.

**Ana:** Rapaz, no momento, no meu pensamento, eu queria deixar. Mas enquanto eu tiver com o meu marido, né, eu sempre tenho que 'ta' usando, esse tal de PrEP. Mas depois que eu deixar ele, eu pensei de nunca mais ter ninguém na minha vida. Depois dele eu não quero mais não, a idade também já tá grande. Já vou fazer agora em novembro 48 anos. Aí não pretendo ter mais ninguém na minha vida não. Por causa dele, ensinou tudo na minha vida. Eu num confio mais em ninguém.

**Beatriz:** Aí eu, pronto, 'to' iniciando hoje a PrEP, mas só vamos ter relação sexual sem preservativo quando ele ficar indetectável. Então a gente 'ta' se preparando pra um futuro, entendeu?

No caso do João, o medo está associado às relações sexuais fora do relacionamento, já nos demais, o medo é que a infecção possa ocorrer por estarem numa relação sorodiscordante. Entretanto, nos três casos os relacionamentos são centrais nas decisões preventivas de cada um, por mais que tenham particularidades.

Esses diálogos evidenciam uma lógica interessante acerca dos processos de cuidado, que num primeiro momento aparentam ser intenções individuais, onde cada um busca cuidar-se de si, mas que revela uma lógica de decisões que se voltam ao casal e ao fortalecimento da relação que cada um privilegia em sua vida, central para tomada de decisões. Não é algo (a decisão pela PrEP) estritamente particular a cada um, mas consequência das relações.

Outra coisa bastante citada é o uso (ou falta) do preservativo. Entre os sorodiscordantes que entrevistei, o que me chamou atenção foi a intenção no abandono do preservativo. Ainda nesta fala de Beatriz, acima, ela fala que pretende abandonar o uso do preservativo assim que o parceiro estiver indetectável (referente ao tratamento como prevenção), abrindo mão da camisinha. Havendo, neste caso, dois métodos de prevenção (portador indetectável (Indetectável = intransmissível (I=I)) e HIV- em PrEP), não seria necessária a camisinha.

Sujeitos HIV+ indetectáveis possuem poucas chances de transmitir o HIV, mesmo numa relação sexual sem camisinha, como discuti anteriormente. A indetectabilidade do vírus no exame de carga viral é garantia, também, de melhor qualidade de vida e poucos processos de adoecimento aos corpos HIV+.

Neste caso, há, pela usuária, preferência aos métodos farmacológicos em relação ao uso da camisinha. Seria necessário um estudo aprofundado para compreender a origem destas motivações, mas está presente na fala do usuário.

Outro exemplo foi na entrevista de Ana, que quando perguntei sobre a camisinha, me disse:

**Wertton:** Então tu faz o uso da PrEP e camisinha, apenas?

**Ana:** A camisinha, porque ele não faz o tratamento direito. Aí por isso que médico disse que eu podia ‘ta’ usando. Só quando ele começar a fazer direito que eu paro de usar. E o [inaudível] tiver mais normal, né, mas não ‘ta’ normal. Aí por isso que eu ‘to’ usando.

Neste caso podemos identificar que o abandono da camisinha é tido como possível a usuária, a partir da garantia da não transmissibilidade assegurada pela condição clínica da sorologia do parceiro.

Outro ponto que gostaria de chamar atenção é como a PrEP, junto às demais políticas de prevenção a Aids, está inserida na lógica do “quanto mais, melhor”. Neste sentido, os efeitos indesejados da medicação aparecem, quase que literalmente, como “danos colaterais”. Presentes em forma de experiência ou de receio entre os usuários e os que estão prestes a sê-lo, eles são incorporados a partir de uma lógica da gestão de riscos, privilegiando um mal menor. Mesmo os que ainda não iniciaram o tratamento relatam algumas preocupações, apreensões estas que identificamos a partir das seguintes falas:

**João:** Tanto eu quanto ele, a gente sente bastante cansaço [inaudível] a gente não tinha antes, principalmente nos membros inferiores. Nas articulações e nas musculaturas da perna, na região da panturrilha, que tá muito cansado. A gente fez o teste. A gente suspendeu durante dois, três dias, e quando a gente suspendia parava as dores. Voltava a tomar e aí vinha aquele cansaço. Quando eu comecei a tomar, tive dores de barriga, apesar de não ser um sintoma comum, não sei se foi uma coincidência eu ter uma dor de barriga no período que eu comecei a tomar e associei ao medicamento. (usa há mais de 1 ano).

**Ana:** eu sinto. ‘Tô’ tomando esse remédio ‘to’ sentindo. Agonia, sentindo dor no estômago, vontade de vomitar. Aí sempre falei com (assistente social do Clementino responsável pela PrEP) hoje, aí ela disse, não, você tem que falar com o médico, com esse tal de Fernando, ‘né’ normal não. Porque todos os pacientes que estão se tratando aqui no começo sentem alguma coisa, mas depois para e você ‘ta’ continuando. Eu digo, ‘to’ continuando até agora ‘to’ com aquele mal estar, vontade de vomitar, aquela agonia. Aí ela disse: porque você não faz antes, você toma antes de comer ou toma depois. Eu digo, eu tomei antes de comer. Aí com uma hora eu começo a comer. De noite, eu tomo a noite. Aí começo a comer. Mas sinto mal do mesmo jeito. Aí eu tentei ir comendo, pra depois de uma hora, tomar. Mas ‘ta’ do mesmo jeito. (usa PrEP a 1 mês).

**Beatriz:** Então um resumo da PrEP, a PrEP é muito bom, uma salvação pra quem quer ter relação, 'né'. Aí deixa a gente bem mais aliviada. Eu não sabia que existia a PrEP, mas sabia que existia assim, uma mulher fosse estuprada, uma coisa desse tipo, que teria um tratamento assim pra combater, num determinado tempo. Mas eu não sabia que existia a PrEP, muito bom saber. Meu único medo é esse, é de que é feito o medicamento e se possivelmente, futuramente pode me fazer algum mal. (primeira vez).

Em geral, a PrEP permanece como alternativa fundamental para não infecção desses sujeitos, independentemente desses relatos.

### **3.5. Corpos HIV- e as biotecnologias no complexo contexto do mundo social da Aids**

A partir do que vem sendo problematizado neste trabalho, passando por questões como co-responsabilidade, motivações, riscos, medos, gênero, cuidado, poder, controle, alguns apontamentos ainda são importantes para introduzirmos ao debate, e discutir o biopoder e o controle aos corpos HIV- a partir das políticas de prevenção. Primeiro, é marcante o modo como o hospital Clementino Fraga é caracterizada por transeuntes de certos grupos sociais, em especial a população LGBTTQIA+ (Lésbicas, gays, bissexuais, transsexuais, travestis, queer, assexuais e etc.) tendo em vista os públicos alvos das políticas de prevenção a Aids no país e os casos de novas infecções ao HIV (BRASIL, 2018).

Como já foi apontado, as pessoas pertencem a estes grupos específicos e, de certo modo, estão naquele hospital por serem quem são. A sexualidade dessas pessoas os empurra a estes espaços, a partir de uma estrutura social de exclusão, preconceito e marginalização das suas práticas sexuais, inserida numa lógica de corpos que importam mais que outros, que produz os estados de vulnerabilidade (SEFFNER; PARKER, 2016).

Segundo que, em geral, os dados iniciais que coletamos em campo nos apresentam uma realidade social das políticas de prevenção à Aids permeada por valorizações as medidas de prevenção, em especial a PrEP, por mais que as polêmicas estejam presentes nas falas dos profissionais de saúde, gestores, membros das ONGs e usuários, como identifiquei anteriormente. De maneira geral, as percepções em torno da PrEP estão inseridas em um contexto de esperança e confiança em políticas que garantam a não-transmissibilidade do HIV, que revela a confiança na ciência por parte destes atores, e evidencia o que já venho debatendo sobre o direito à vida sem o vírus.

Representantes do movimento social, inclusive, alertam para a importância da política em trazer as pessoas às instituições de saúde, como podemos identificar na seguinte fala de um dos membros do Cordel Vida.

**MEMBRO DO CORDEL VIDA:** (...) Até hoje (um dos membros do Cordel) parece que as vezes ainda briga com a história de PrEP, que eu indico, eu indico sim. Pra você ter ideia, o [cita um servidor público, que atua no campo do HIV/Aids] ele é taxativamente contra a PrEP, ele é extremamente taxativo contra a PrEP. Eu acho que 'ta' faltando nele é falta de reflexão, falta de entendimento do protocolo PrEP, que na verdade não é usar medicamento, eu não vou tomar remédio pra prevenir AIDS, eu vou fazer um protocolo, um protocolo de prevenção extremamente sério. O protocolo PrEP ... o PEP é bestinha, você vai lá pegou o medicamento, passou por uma consulta às vezes bem feita, às vezes extremamente mal feita, levou medicamento, fez um teste antes, um teste depois, beleza. PrEP não, PrEP é uma coisa extremamente séria, com formulários imensos para se preencher, uma discussão sobre a utilização, sobre prevenção, sai com preservativo, sai com gel lubrificante, sai conversando sobre isso, volta pro médico com um mês, três meses, três meses, três meses, só quem pega é você que é usuário).

As políticas de prevenção se apresentam como fundamentais para garantir controle e estabilidade aos novos casos de infecção ao HIV no Brasil, mas não apenas como medida farmacológica, também como instrumento que traz pessoas até as instituições de saúde, o que corrobora com a ideia de medicalização da prevenção. A PrEP, junto às demais biotecnologias de prevenção, vão ocupando um espaço no mundo social da Aids como principais medidas de controle à epidemia após três décadas de convivência com a epidemia.

Cabe também apontar que o campo nos apresentou como o estigma e preconceito se moldam junto à realidade social da Aids. Por mais que não se expressem da mesma forma, a implementação dessas biotecnologias está imersa em algumas problemáticas. O preconceito se apresenta a partir da fuga ao vírus pelas usuárias, que não querem se tornar pacientes, bem como pelos discursos de ordem moral que permeiam o campo através do controle as práticas sexuais dos sujeitos em vulnerabilidade, como apresentei no Capítulo 2.

O complexo contexto social, político e econômico que interfere nos fenômenos que constituem o que conhecemos como Aids (SEFFNER; PARKER, 2016) ainda está baseado em distanciamento dos corpos HIV- em relação aos HIV+, como nos revela a fala das trans profissionais do sexo usuárias do Ambulatório Trans no Clementino Fraga que apresentei anteriormente, por mais que sejam grupos em estado de vulnerabilidade, inseridos numa realidade que as assimila à epidemia (SEFFNER; PARKER, 2016).

A partir da etnografia como método ao meu fazer antropológico, além das percepções a partir da observação participante e entrevistas, mesclando essas questões as teorias aqui apresentadas, levando em consideração Peirano ao afirmar que “(...) é na sensibilidade para o confronto ou o diálogo entre teorias acadêmicas e nativas que está o potencial de riqueza da antropologia” (PEIRANO, 1995, p.46), o que percebo como problemática e inquietação à antropologia, utilizando a PrEP como objeto de análise, portanto, são tensões e contradições no tecido social (PIEL, 1989 apud CAMARGO JR., 2003) entre discurso médico/científico apropriado pelos atores-chaves às políticas, e realidade social da Aids na contemporaneidade. Minha intenção foi debater um pouco estas contradições e apresentar como a PrEP pode gerar diversos debates, em especial em torno do direito à vida, questões que cada vez mais veem sendo de interesse aos antropólogos no campo da Saúde e denunciadas pelos movimentos sociais.

#### 4. CONCLUSÕES

A ideia central deste trabalho foi compreender o processo de implantação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV no Sistema Único de Saúde na cidade de João Pessoa a partir das reflexões suscitadas em campo e nas entrevistas junto aos atores-chave, e possibilitar uma perspectiva crítica a este processo a partir do valor simbólico da PrEP e o que ela representa na vida das pessoas, como garantia do direito a vida sem o vírus.

A PrEP se destaca como modo de prevenção ao HIV para pessoas HIV- com relação a todas as outras políticas que compõem a mandala da prevenção, e em João Pessoa já está com um lista de espera com mais de 200 pessoas. O atendimento é feito duas vezes por semana por um único médico junto ao Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga.

Ao que cabe à implementação da PrEP no SUS, primeiro, é importante apontar que para incorporação desta política o Ministério da Saúde seguiu diretrizes internacionais e se ancorou no discurso no campo médico/científico, fruto de pesquisas no âmbito internacional na área biomédica. Pude constatar que durante a incorporação da PrEP o campo da Aids encontrava-se bastante internacionalizado, como sempre foi, e alinhado ao debate das instituições como a Unaid e OMS (Organização Mundial da Saúde), o que proporcionou a implementação da PrEP em diversos estados do país.

Contudo, o que vem ocorrendo atualmente é uma ampliação a crise institucional, onde as políticas de prevenção estão em risco. No momento em que o HIV/Aids perde visibilidade, o SUS se encontra sob ataque e certos atores políticos se posicionam publicamente quanto a uma possível isenção do Estado em relação à prevenção do HIV/Aids, que seria uma questão puramente individual. Desde o manifesto “O que nos tira o sono” é possível perceber um afastamento e tensão crescentes entre representantes da sociedade civil e o Estado, que têm como resultado uma perda da participação do movimento no cenário político.

A questão para os movimentos – e também para a academia, o que está refletida neste trabalho – é até que ponto as tecnologias de base medicamentosa terminam reafirmando o poder de certos agentes (laboratórios em larga escala, gestores e médicos no contexto local) em detrimento de atores e estratégias que protagonizaram a luta contra a epidemia

em outros momentos. Não se trata de demonizar umas tecnologias em relação a outras, mas de dar relevância ao tipo de governo que elas ensejam – prevenção como esforço coletivo baseado na solidariedade ou como esforço individual baseado no cuidado de si. Além do mais, o que o trabalho insinua também é que novas responsabilidades são ensejadas em torno a essa forma de prevenção, que não se volta tanto, nos casos investigados, a uma política individual de precaução contra o outro, mas à construção de relações de casais. A PrEP, nesse sentido, torna-se na prática uma tecnologia afetiva e moral.

Concluo também que a partir da implementação da PrEP é importante compreendê-la a partir de duas perspectivas. Primeiro o valor simbólico ao qual ela se apresenta em campo, a partir da condição de intransmissibilidade do HIV, na representação da luta por direitos e autonomia dos sujeitos em suas relações afetivas/sexuais.

Identifiquei, também, que há uma ampliação da esfera da biopolítica no campo da Aids a partir do direito a vida sem o vírus, que torna corpos HIV-, para além dos soropositivos, passíveis a intervenção biomédica. A PrEP está imersa numa lógica de controle as práticas sexuais de quem se apropria dela, onde quanto mais estratégias de defesa ao vírus, melhor, numa fuga a tudo que a Aids representa ao campo simbólico/cultural dos sujeitos.

## 5. REFERÊNCIAS

ABIA, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Boletim ABIA Truvada® Livre! 2016.

ABIA, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Dimensões sociais e políticas da prevenção, 2018.

ACERO, L. **Pesquisas e terapias com células-tronco: governança, visões sociais e o debate no Brasil**. Rio de Janeiro: e-papers. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atas e outros documentos CNAIDS. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/cnaids-comissoes-e-comites/atas-e-outrosdocumentos-cnaids>>. [entre 2012 e 2016].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia PréExposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. **Biomedicina, saber & Ciência: Uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec. 2003.

CARAPINHEIRO, Graça. Poder médico e poder administrativo no cotidiano hospitalar. **Revista crítica de Ciências Sociais**. n.33, p. 83-91, 1991.

CORRÊA, Sônia. A resposta brasileira ao HIV e à Aids em tempos tormentosos e incertos. In: Mito VS Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. Rio de Janeiro: ABIA, 2016.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. São Paulo: Editora perspectiva, 1976.

FLEISCHER, Soraya. Introdução. In. CASTRO, Rosana; ENGEL, Cintia; MARTINS, Raysa (Orgs.). **Antropologias, saúde e contextos de crise**. Brasília: Sobrescrita, 2018. 198 p.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FRANCH, Mónica; LONGHI, Márcia; NEVES, Ednalva. Novos cenários, velhas questões: aids e cidadania no Brasil. In. FRANCH, Mónica; ANDRADE, Maristela; AMORIM, Lara (Orgs.). **Antropologia em novos campos de atuação: debates e tensões**. João Pessoa: Mídia Gráfica e Editora, 2015. 322p.

GOFFMAN, Ervinig. **Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 1963.

GRANGEIRO, Alexandre. A promessa da PrEP. É possível superar a insuficiência da resposta brasileira a afirmar novos valores de protagonismo e liberdade sexual? In: Truvada Livre! Rio de Janeiro: ABIA, 2016.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. O trabalho do antropólogo: Olhar, Ouvir, Escrever. **Revista de Antropologia** – Universidade de São Paulo, São Paulo, n.1, v.39, p. 13-37, 1996.

PARKER, Richard. (Orgs). **Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zagar Ed.: ABIA, 1997.

PEIRANO, Marisa. “A favor da etnografia”. In: **A favor da etnografia**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1995.

PEIRANO, Marisa. **Etnografia não é método**. Horizontes Antropológicos, v.20, n.42, 2014.

PEIRANO, Marisa. **Rituais ontem e hoje**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à AIDS. In: Mito VS Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. Rio de Janeiro: ABIA, 2016.

SONTAG, Susan. Doença **como metáfora, AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das letras, 2007.

TERTO JR., Veriano; RAXACH, J. C. Preconceitos e estigmas no caminho para uma prevenção combinada. In: Truvada Livre! Rio de Janeiro: ABIA, 2016.

UNAIDS, Programa conjunto das nações unidas sobre HIV/AIDS. 90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia da AIDS, 2015.

## 6. ANEXOS

### ANEXO I

#### ROTEIRO DE ENTREVISTAS

##### Roteiro 1 – Gestores

1. Dados gerais: nome, idade, formação.
2. Qual é o cargo que você ocupa? Desde quando? Quais são suas atribuições?
3. Há quanto tempo você trabalha com HIV/Aids? Que outras experiências você teve nesse campo?
4. Você conhece a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV?
5. Como foi que você foi informado/a sobre essa tecnologia? Recebeu algum tipo de capacitação? Quando e quem fez? Como você avalia essa informação?
6. Qual a sua compreensão sobre a PrEP, em relação às outras tecnologias de prevenção à transmissão do HIV?
7. Como o Estado/município se organizou/está se organizando para a oferta dessa tecnologia de prevenção?
8. A PrEP está/vai estar presente em quais pontos do Estado?
9. Há perspectiva para direcioná-la a outras cidades? Se sim, quais? Se não, por quê?
10. Como você enxerga a implementação da PrEP no SUS?
11. Como você compreende o direcionamento da política as populações-chave?
12. Como vai funcionar o monitoramento da PrEP?
13. Qual está sendo a recepção dos profissionais em relação à PrEP? É possível identificar apoios e resistências?
14. Houve envolvimento do movimento social nesse processo? Qual é a percepção dos ativistas?
15. De que forma tem ocorrido/vai ocorrer a divulgação da PrEP entre os possíveis usuários?
16. Qual deve ser o procedimento das equipes de saúde em relação à PEP (prescrição, acompanhamento, aconselhamento)?
17. Quais são os critérios de inclusão e exclusão? O que a gestão recomenda quando há demanda fora desses critérios?
18. Como tem sido a adesão à PrEP por parte dos usuários?

19. Quais são as dificuldades previstas na implementação da PrEP no Estado/município?
20. Você avalia que a PrEP vai contribuir para a ampliação ou mudança da percepção de risco das pessoas?
21. Quais as perspectivas no campo da prevenção ao HIV para os próximos anos?
22. Teria alguma outra informação que considere relevante para nosso estudo?

## **Roteiro 2 – Ativistas**

1. Dados gerais: nome, idade, formação.
2. Qual é o trabalho que você desenvolve no campo do HIV/Aids? Desde quando? Quais são suas atribuições? Qual é o objetivo/missão de sua instituição?
3. Há quanto tempo você trabalha com HIV/Aids? Que outras experiências você teve nesse campo?
4. Você conhece a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV?
5. Como foi que você foi informado/a sobre essa tecnologia? Recebeu algum tipo de capacitação? Quando e quem fez? Como você avalia essa informação?
6. Conhece os demais métodos preventivos que compõem a prevenção combinada?
7. Já esteve, enquanto profissional, atendendo/aconselhando pessoas a se apropriarem de algum destes métodos preventivos ao HIV? Quais e qual a recepção das pessoas em relação a eles?
8. Diante os métodos preventivos já disponíveis, como você percebe a implementação de mais um método, a PrEP?
9. Alguma pessoa já veio atrás de você, enquanto profissional, para buscar informações com relação a PrEP? E na instituição que você atua? É feita alguma divulgação sobre isso?
10. Como você compreende o direcionamento da política as populações-chave?
11. Qual o procedimento para as pessoas que buscam a PrEP no SUS? Em qual lugar devem procurar?
12. Na sua opinião, como está ocorrendo a implantação da PEP em João Pessoa?
13. Qual tem sido o papel do movimento social nesse processo? Qual é a percepção do ativismo em relação à PrEP – adesões e resistências?
14. Você avalia que a PrEP vai contribuir para a ampliação ou mudança da percepção de risco das pessoas?

15. Quais as perspectivas no campo da prevenção ao HIV para os próximos anos?
16. Teria alguma outra informação que considere relevante para nosso estudo?

### **Roteiro 3 – Profissionais de saúde**

1. Dados gerais: nome, idade, formação.
  2. Qual é sua especialidade? Há quanto tempo você trabalha com HIV/Aids? Desde quando você trabalha neste serviço? Quais são suas atribuições na atualidade?
  3. Você conhece a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV?
  4. Como foi que você foi informado/a sobre essa tecnologia? Recebeu algum tipo de capacitação? Quando e quem fez? Como você avalia essa informação?
  5. Qual a sua compreensão sobre a PrEP, em relação às outras tecnologias de prevenção à transmissão do HIV?
  6. Como você enxerga esta distribuição da PrEP no SUS?
  7. Como é a demanda por PrEP neste serviço? Quantas pessoas já procuraram PrEP?
  8. Qual o procedimento para as pessoas que buscam a PrEP?
  9. Caso as pessoas não estejam aptas para o uso dos comprimidos, há aconselhamento a outros métodos de prevenção ao vírus? Quais?
  10. Há pessoas que não fazem parte do grupo das populações-chave que buscam a PrEP? Qual o procedimento nesses casos?
  11. Há alguma estratégia de busca de usuários para a PrEP?
  12. Quais são as dificuldades que você antecipa para a implementação da PrEP no cotidiano do serviço?
1. Você avalia que a PrEP tem contribuído/está contribuindo para a ampliação ou mudança da percepção de risco das pessoas?
  2. Quais as perspectivas no campo da prevenção ao HIV para os próximos anos?
  3. Teria alguma outra informação que considere relevante para nosso estudo?

### **Roteiro 4 – Usuários de PrEP**

1. Dados gerais: nome, idade, formação, ocupação.

2. Orientação sexual e situação conjugal (casado/a, com namorado/a, sem namorado/a, outros)
3. Já conhecia a PrEP? Como você ficou sabendo da PrEP? O que você sabe sobre a PrEP?
4. O que motivou você a começar a usar a PrEP?
5. Em geral, você faz uso de alguma medida de prevenção em relação às IST/HIV? Quais são as dificuldades desses outros métodos?
6. Já usou PEP? Quantas vezes? Como foi a experiência?
7. Como foi o acesso ao serviço – informação, atendimento, acesso à medicação?
8. (Se já estiver usando a medicação) Como funciona a PrEP no cotidiano? Remédios usados, esquema de uso etc. Onde pega o remédio? Onde guarda? Como está sendo o uso? Algum efeito no corpo? Como está sendo o acompanhamento? O uso de PrEP mudou alguma coisa em sua vida – relação com parceiro/a, estilo de vida etc.?
9. Tem algum receio em relação ao uso da PrEP (eficácia, efeitos colaterais etc.)?
10. Por quanto tempo você acha que vai seguir usando a PrEP?
11. Teria alguma outra informação/experiência que quisesse partilhar conosco?