



ARTIGO

O perfil dos usuários da PrEP no Brasil:

Um estudo exploratório do Painel PrEP de 2018 a 2023

Mayllon Lyggon de Sousa Oliveira, *Universidade Federal de Goiás*

Suely Henrique Aquino Gomes, *Universidade Federal de Goiás*

Deyvisson Pereira da Costa, *Universidade Federal do Mato Grosso*

RESUMO. Este trabalho se propõe a traçar o perfil dos usuários da Profilaxia Pré-Exposição a partir dos dados disponíveis no Painel PrEP, de 2018 a 2023. A coleta dos dados foi realizada nos meses de fevereiro e abril de 2023. O painel tem como objetivo divulgar informações sobre a dispensação e o uso da PrEP no Brasil. A PrEP é um composto de tenofovir e entricitabina utilizada para como prevenção ao hiv, a ingestão diária do comprimido reduz em 96% o risco de infecção. Distribuída gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde na versão oral de uso diário, a profilaxia é uma possibilidade de controle da epidemia concentrada de hiv e o aumento no número de novas infecções. A partir de 2022, considerando o atual cenário da epidemia no Brasil, os jovens e adolescentes passam a ser considerados uma população prioritária. Atualmente, o acesso à tecnologia preventiva está restrito à uma população de gays e outros HSH (82,8%), branca/amarela (56,2%), com mais de 12 anos de escolaridade (76,9%), entre 25 e 39 anos (65,7%%) residentes em médios e grandes centros urbanos.

PALAVRAS-CHAVE: Profilaxia Pré-Exposição; Prevenção ao hiv; hiv



Introdução

A profilaxia pré-exposição ao hiv¹ (PrEP) é um coquetel antirretroviral composto de Tenofovir e Entricitabina, ministrado em doses diárias para prevenção de infecções por hiv. Sua eficácia tem sido de até 96% (ANDERSON et al., 2011). A adoção desta abordagem como política pública de saúde tem dado resultados satisfatórios na prevenção de novos casos de infecções². O Protocolo de Diretrizes Clínicas e Terapêuticas da PrEP (PCDT) criado pelo Ministério da Saúde, alia a PrEP a um conjunto de outras ferramentas de prevenção, no contexto da prevenção combinada (BRASIL, 2022).

No Brasil, a PrEP é distribuída gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2017. O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, mantém online o Painel PrEP, um espaço em que são disponibilizadas informações dos usuários da PrEP atualmente.

Na última década, o número anual de notificações de infecções por hiv aumentou no Brasil: os casos registrados passaram de 13.719 em 2011 para 40.880 em 2021³ (BRASIL, 2022). Desde 2016 a UNICEF vem apontando para uma forte e preocupante tendência de juvenilização do hiv. Em 2021, as notificações de novos casos de hiv entre a população de 15 a 29 anos de idade representaram 44,1% do total de infectados. Além disso, “entre 2011 e 2021, um total de 52.513 jovens com HIV, de 15 a 24 anos, de ambos os sexos, evoluíram para aids” (BRASIL, 2022, p. 9).

A epidemia é particularmente concentrada em populações-chave, como profissionais do sexo e sua clientela, gays e homens que fazem sexo com outros homens, pessoas que usam drogas injetáveis e pessoas trans (e suas parcerias sexuais) que, em 2021, contabilizaram 70% das infecções por HIV mundialmente (UNAIDS, 2023)

¹ Castilho (1997 apud PELUCIO; MISKOLCI, 2009) indica que nomes de doenças são substantivos comuns e por isso devem ser grafados em minúsculas. O uso de maiúsculas também recria, ou no mínimo ilustram, o pânico sexual em torno da palavra e da doença (PELUCIO; MISKOLCI, 2009). Deste ponto, utilizaremos a palavra em minúsculas. No caso de citações respeitamos a grafia utilizada pelo/a autor/autora.

² A Austrália, por exemplo, observou redução em 10% no número de novas infecções (GRULICH et al., 2021) e a Inglaterra vê nela um meio para zerar, até 2030, as infecções por HIV (O'HALLORAN, 2019).

³ Utilizamos os dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2022 atualizado em 31 de janeiro de 2023. No boletim, os dados de 2022 são aqueles notificados no Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde) até 30/06/2022. Considerando que esses dados não abarcam o ano completo, optamos pela utilização dos dados consolidados de 2021.



Concomitante ao aumento de casos entre jovens, constata-se que o programa brasileiro de combate ao hiv, que já foi referência mundial (PARKER; GALVÃO; BESSA, 1999; GALVÃO, 2000; SCHEFFER, 2012), vem, desde 2010, sofrendo um desmonte gradativo por parte do Governo do Federal. A desmobilização dos recursos dirigidos para a manutenção do programa dificulta em muito a condução e controle da epidemia no país (CARNEIRO, 2012). Essa situação se torna mais preocupante quando se observa nas principais instâncias de decisão do país “a crescente resistência ao debate sobre gênero e sexualidade nas escolas e a suspensão de ações de prevenção às IST/ Aids para jovens, LGBTQIA+ e prostitutas.” (FONSECA, NASCIMENTO, MONTEIRO, 2023, p. 51).

O acesso ao programa da PrEP não é universalizado. Em 2018, o PCDT estabelecia como grupos prioritários para profilaxia: homens que fazem sexo com outros homens (HSH), pessoas trans, profissionais do sexo e parcerias sorodiscordantes para o hiv (BRASIL, 2018); em 2022 um novo PCDT foi editado e publicado, agora considerando a PrEP “para pessoas a partir de 15 anos, com peso corporal igual ou superior a 35 kg, sexualmente ativas e que apresentem contextos de risco aumentado de aquisição da infecção pelo HIV” e que mantivesse as práticas de risco aumentado mencionadas anteriormente (BRASIL, 2022, p. 24).

Mesmo que o documento oficial se proponha a uma universalização da ferramenta preventiva, não houve, ainda, um esforço nacional para que o acesso, via Sistema Único de Saúde, seja democrático. A ausência desse esforço na implementação da PrEP tem gerado desigualdades, com acesso aquém às pessoas que poderiam se beneficiar da estratégia (SANTOS, GRANJEIRO, COUTO, 2022; PIMENTA et al, 2022). Isso inclui populações-chave como HSH, pessoas trans e profissionais do sexo, que, muitas vezes, enfrentam barreiras sociais e estruturais no acesso à saúde (ROCON; RODRIGUES; ZAMBONI; PEDRINI, 2016).

Diante dessas factualidades, o objetivo deste artigo é traçar o perfil de quem está efetivamente tendo acesso à profilaxia via SUS. Embora a PrEP seja uma estratégia promissora para reduzir a transmissão do hiv, sua implantação ainda enfrenta desafios significativos em muitos países, incluindo o Brasil. Compreender o perfil dos usuários da PrEP é, portanto, essencial para avaliar a eficácia da estratégia e garantir que ela atenda às necessidades das populações historicamente mais vulneráveis e, conseqüentemente, mais afetadas pela epidemia de hiv. Entende-se que o estudo do perfil dos usuários é fundamental para informar políticas e intervenções de saúde pública eficazes para prevenir a transmissão do hiv.



O perfil dos usuários é traçado com base nos dados disponíveis Painel PrEP, de 2018 a 2022. Esse painel é aqui acionado por ser um espaço “de monitoramento da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)”, sendo elaborado pelo Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis “com o intuito de divulgar informações sobre a dispensação e o uso da PrEP no Brasil” (BRASIL, 2023). A coleta de dados para esse trabalho foi feita entre fevereiro e abril de 2023.

No encaixe do objetivo estabelecido neste artigo, considera-se pertinente apresentar discussões, embasadas em pesquisa bibliográfica, sobre as formas de governamento foucaultianas (2008b, 2008c, 1999) e; a cidadania biológica (ROSE; NOVAS, 2003; PETRYNA, 2003). Isso se faz necessário à medida que a cidadania se constitui na ligação entre os indivíduos, seus governos e as racionalidades de governo que lhes rege, isto é, a maneira como são conduzidas as suas condutas. Em seguida, levanta-se a conjuntura histórica do hiv e aids no Brasil (PERLONGHER, 1987) e o contexto no qual a epidemia de outrora marca as sexualidades e determina novas dinâmicas de ação e prevenção para os corpos, principalmente os não heteronormativos, que se configuram como o dispositivo da aids (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009).

O que se considera ao fim é que a distribuição da PrEP no Brasil é uma possibilidade para garanti a da cidadania biológica. Contudo, esta ainda é muito incipiente seja pela ausência de unidades dispensadoras em boa parte dos municípios do país, seja pela falta de informações em torno da profilaxia que ainda é distribuída, majoritariamente, para gays e homens que fazem sexo com outros homens, brancos e com 12 anos ou mais de escolaridade. Segundo dados do painel, a profilaxia é pouco acessada por mulheres trans e travestis, públicos historicamente vulneráveis à infecção de hiv.

Do governo dos outros

Foucault (2015, p. 27) demonstra que, até a Revolução Industrial, as sociedades ocidentais eram governadas por uma racionalidade de governo soberano. O soberano exercia seu poder sobre a vida através da possibilidade de determinar a morte. Esse poder era visível e dependia de ser exibido, sustentado por uma economia que mantinha a polarização entre súditos e soberanos, caracterizando-se como uma sociedade soberana.



A demanda por um Estado democrático, a luta pela aquisição e manutenção de propriedades, a busca por liberdade, a premissa da igualdade entre os homens e o direito à vida levaram ao colapso do sistema soberano, que conferia ao rei o poder sobre a morte dos súditos. Em seu lugar, surgiram as cartas de direitos, posteriormente incorporadas às bases jurídicas da cidadania.

Essa nova formação histórica, conhecida como sociedade disciplinar, implica em uma mudança precisa no exercício do poder (SIBILIA, 2015). O poder deixa de ser uma negação para se tornar produtivo. Configura-se como uma situação estratégica que "não é dado, trocado ou retomado, mas é exercido e só existe em ação" (FOUCAULT, 2010, p. 15). Instituições de confinamento, como escolas, fábricas, quartéis e hospitais, são estabelecidas, assim como a ergonomia das cidades, que distribui e organiza no tempo e espaço. Além disso, surgem tecnologias para medir, gerenciar e controlar os corpos (FOUCAULT, 2008b). As fábricas, em particular, desempenham um papel fundamental na domesticação dos corpos ao impor horários, cargas de trabalho e posições ocupadas, funcionando essencialmente como instituições de sequestro (FOUCAULT, 2008b).

Posteriormente, na sociedade do controle (DELEUZE, 1992), a politização passa a se manifestar na população e nas instituições. A ciência começa a atuar sobre a vida e a construir conhecimento sobre o corpo do indivíduo e da sociedade. Os Estados utilizam uma economia de controle para regular e fazer a população funcionar de acordo com um padrão ideal. A regulação abrange questões como natalidade, mortalidade, doenças, ergonomia dos bairros com distribuição e coleta de resíduos, esgoto e disposição dos mortos, bem como controle do tempo, espaços e formas de transporte e circulação dos corpos. Esse processo de racionalização atua tanto na garantia de direitos (por meio do direito e da polícia), como na saúde (por meio da biomedicina) e na compreensão da população (por meio das ciências humanas e sociais) (FOUCAULT, 2008c, 1999).

A sociedade do controle opera com base na lógica da biopolítica, em que a população deve regular-se por si própria. Cabe ao Estado produzir e garantir as liberdades, bem como garantir o bem-estar da população. São estabelecidas estratégias para controlar a população na dinâmica entre segurança/liberdade e economia/política, ou seja, "o Estado constrói protocolos, diretrizes e políticas para direcionar a vida dos indivíduos" (COSTA; GONÇALVES, 2019, p. 6).



O controle funciona da seguinte maneira: primeiro, adiciona um aumento do perigo na vida dos indivíduos, com a política do medo representada em campanhas de prevenção, higienização, controle e alerta de doenças e epidemias, baseadas na lógica do risco (CASTIEL, GUILAM, FERREIRA, 2010); em seguida, o princípio de rentabilidade e eficiência, em que os indivíduos incorporam (e cobram) melhorias constantes em suas performances em todas as áreas, desde o trabalho até a família (FOUCAULT, 2008c); por fim, a própria gestão das liberdades, uma vez que é necessário que o Estado (e os indivíduos) se autorregulem e garantam sua manutenção mínima (FOUCAULT, 1999).

Simultaneamente, observa-se a emergência de uma conjuntura político-social de globalização do planeta. As fronteiras territoriais tornam-se marcadores simbólicos, o capital passa a ser regulado por ferramentas baseadas em tecnologias eletrônicas e nucleares, o avanço da mídia, da ciência, da tecnologia e da internet gera demandas que transcendem os direitos e devem ser asseguradas em nível global.

Nessa configuração, "o controle da sociedade [...] não ocorre pela consciência ou ideologia, mas começa no corpo, no biológico, no somático" (FOUCAULT, 1979, p. 80), de modo que "cada um se submete voluntariamente a uma ascese, seguindo um preceito científico estético" (PELBART, 2013, p. 23), geralmente disponível para comercialização.

A medicina ocupa um espaço ampliado e intensificado na sociedade, consolidando-se como um dispositivo de produção de subjetividades e regimes de verdade que alimentam a razão política na formulação de tecnologias específicas de governança. Isso ocorre porque "no horizonte biopolítico que caracteriza a modernidade, o médico e o cientista movem-se nessa terra de ninguém, onde antes apenas o soberano podia entrar" (AGAMBEN, 2007, p. 146), e suas produções de verdade colocam o indivíduo somático no centro do plano político.

A cidadania biológica

Considerando essa nova paisagem social, Nikolas Rose e Carlos Novas (2003) expandem a noção de cidadania ao apontarem que a biologia e a medicina se tornaram um ponto central na definição das pessoas e por isso influenciam a própria noção de cidadania. Segundo eles, é preciso considerar como as características biológicas (e até genômicas)



podem ser utilizadas para segregar pessoas no acesso à saúde e/ou aos serviços médicos e tecnologias de tratamento.

A cidadania biológica, na perspectiva dos autores, é baseada nas características biológicas dos indivíduos, como o genoma, a composição química do corpo, as doenças e as deficiências. Ela também deve se ocupar dos direitos à saúde e do acesso das pessoas aos serviços médicos e tecnologias de prevenção e tratamento (ROSE; NOVAS, 2003).

Adriana Petryna (2003) propõe uma conceituação de cidadania biológica que relaciona a sociedade, a tecnologia e a biologia. Para ela, a tecnologia médica e a ciência interferem na percepção sobre cidadania, ao mesmo tempo que a noção de cidadania influencia a pesquisa médica. A partir do caso de Chernobyl, ela aponta a necessidade de uma mudança do conceito de cidadania – agora não mais pensando apenas os direitos civis, sociais e políticos – mas relacionando também às questões biológicas, uma vez que as características biológicas atuam como um marcador na existência dessas pessoas, considerando conjuntamente os direitos nesta ordem. O que implicaria em uma perspectiva diferente de cidadania e que deve ser constantemente modificado e repensado em decorrência das mudanças tecnológicas e científicas (PETRYNA, 2003).

Segundo Nikolas Rose (2013), a cidadania biológica precisa envolver o reconhecimento do direito à vida, à saúde, ao bem-estar e à proteção com os riscos à saúde. Seria preciso pensar os corpos na nova paisagem social e tecnológica, na qual as possibilidades de intervenção médico científica nas configurações corporais e biológicas estão sendo (e/ou podem ser) usadas para governar e controlar populações. O autor aponta ainda que a cidadania biológica molda as nossas identidades, bem como as relações sociais e as formas de governo.

A cidadania biológica por outro lado, segundo Petryna (2003), aponta para a responsabilização dos sujeitos pela própria saúde e pela dos demais. Nesta lógica, cada cidadão é corresponsável pelas medidas de monitoramento do ambiente, bem como a vigilância de sintomas e alterações corporais. Ao mesmo tempo, os cidadãos também devem ser informados e se informarem sobre os riscos a que expuseram, a que estão expostos ou a que ainda se exporão.

Rose e Novas (2003) sinalizam ainda que é por meio da cidadania que as autoridades e instituições do Estado vão criar e empregar políticas, dentre outros instrumentos e estratégias, para a promoção da saúde da população. Disso decorre, segundo os autores, os critérios que definirão



as pessoas que podem participar na elaboração e beneficiárias de questões políticas nacionais. No caso deste trabalho, uma política de prevenção ao hiv, como é o caso da PrEP.

Governar pós-aids

A aids é um marco para as sexualidades contemporâneas. Atravessados pelos discursos produzidos a partir da infecção, viu-se, no fim do século XX, uma vasta gama de novas condutas sociais instadas a partir dela. Em decorrência do discurso médico, midiático e religioso, o sentido da aids foi produzido como “peste gay” e “peste rosa”. A “crise da aids” que se instala no período tem, como menciona Nestor Perlongher, “um cheirinho de restauração. Chegou-se longe demais, paga-se agora a culpa pelos excessos libidinosos” (PERLONGHER, 1987, p. 52).

No Brasil, um show de horrores é produzido pelos jornais de grande circulação, a morte e situações degradantes dos pacientes são espetacularizadas em tons sensacionalistas pela mídia (PERLONGHER, 1987). Instaura-se um pânico sexual que moraliza qualquer prática não heteronormativa e reprodutiva (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009).

As poucas informações das formas de infecção, dos danos causados pela doença; a ausência de tratamento ou cura eficientes; as infecções em indivíduos gays; o discurso médico, midiático e evangélico-cristão, ligam a aids, em um primeiro momento, aos gays (PERLONGHER, 1987). Nesse contexto, as relações de poder em jogo criam o sujeito gay pecaminoso (e agora sujo e doente), além de o estabelecer como sujeito prioritário para as políticas de prevenção e cuidado ao hiv e à aids.

Larissa Pelúcio e Richard Miskolci (2009) veem a aids como um dispositivo, uma vez que se cria em torno dela

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos (FOUCAULT, 2000, p. 244).

A aids como um dispositivo organiza os sujeitos cujas práticas devem ser reduzidas a um número passível de gestão, controladas e



mediadas por ferramentas preventivas e pela implementação de estratégias governamentais que as regulem e disciplinem, de forma a mantê-las funcionando segundo um padrão ótimo. Nesta racionalidade de governo não interessa que se controle os casos individuais, mas as crises que esses casos acumulados podem representar. A crise é o momento de convocação do Estado para que ele atue em defesa da sociedade (FOUCAULT, 1999).

Nesse ponto, as estratégias de prevenção ao hiv partem, segundo Pelúcio e Miskolci (2009, p. 142), de uma premissa de normalização que se concretiza na imposição de uma “teleologia heterossexista que aponta para uma compreensão futura da vida como monogâmica, reprodutiva, familiar, em suma, privada e sob controle”. Com efeito, as políticas de prevenção ao hiv e aids, materializam uma higienização de ações das classes populares, que sempre foram foco das campanhas sanitárias do país (MISKOLCI, 2005).

Em vista disso, as formas de prevenção caracterizam-se basicamente pelas estratégias de controle e normalização dos comportamentos e, por isso, as infecções são injustificáveis e provas da irresponsabilidade social (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009). Muito disso ainda permanece presente nas estratégias de prevenção, uma vez que “o pânico sexual que forjou o dispositivo da aids com o protagonismo do discurso preventivo começou a arrefecer com a invenção do tratamento por meio do coquetel”. A partir de então, “as políticas de prevenção – mesmo que não intencionais – vivem o paradoxo de se tornarem expressão de reinvestimento no pânico sexual originário” (PELUCIO; MISKOLCI, 2009, p. 151).

Há de se reconhecer que muito se avançou no cuidado e prevenção de hiv e aids no Brasil. Hoje o país dispõe de uma série de estratégias preventivas, que variam desde a distribuição de preservativos até aconselhamento a casais sorodiscordantes, a PrEP e a PEP, seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde para populações vulneráveis e tratamento como forma de prevenção (TCFP). Embora todas essas estratégias sejam subsidiadas e mantidas gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde, um avanço expressivo considerando que essa não é a realidade em muitos países, Richard Parker (2018) aponta que pós-2000 o país tem sofrido e falhado no combate ao hiv e aids.

Para ele, o aumento no número de infecções tem crescido em decorrência, sobretudo, de um modelo importado que se baseia



principalmente na perspectiva biomédica de testar e tratar e de tratamento como prevenção, bem como a cessão às pressões provenientes das forças conservadoras, que censuraram as campanhas de prevenção para grupos vulnerabilizados, o que ele considera uma mudança de paradigma preventivo que abandona os princípios éticos e políticos dos direitos humanos presentes nas campanhas de prevenção dos anos 90 (PARKER, 2018).

Isso torna-se ainda mais evidente quando os dados da Unids apontam que de 2010 a 2018 o número de novas infecções no Brasil aumentou 21%, enquanto no mundo registrou-se uma queda de 16%. Não obstante, na América Latina – considerando países como Argentina, Venezuela, Cuba, Colômbia, Guatemala, México e Peru – entre 2005 e 2016, 41% do total de novas infecções aconteceram no Brasil (KERR *et al.*, 2018).

Os dados apontados por Kerr *et al* (2018), sobre infecções entre HSH são preocupantes, uma vez que indicam que o número de jovens de 15 a 19 anos infectados mais que triplicou no período estudado (2008-2018), passando de 2,4 para 6,7 casos a cada 100 mil habitantes. No mesmo período, a taxa de infecção de jovens entre 20 e 24 anos dobrou de 15,9 para 33,1 a cada 100 mil habitantes. Os dados ainda revelam que, dentre os participantes do estudo que residem na cidade de São Paulo, 1 em cada 4 homens que fazem sexo homem convivem com o vírus (KERR *et al*, 2018).

Esses números decorrem do sucateamento e ausência de políticas públicas efetivas para o combate da infecção, conforme mencionado anteriormente por Richard Parker (2018), mas também indicam a necessidade de novos paradigmas de prevenção. Em reportagem da Cláudia Colucci (2020) para o Jornal Folha de S. Paulo, Mario Scheffer aponta que,

aquela história de falar ‘use camisinha e faça o teste’, não funciona mais. São novos modos de vida, de espaços de sociabilidade e de acordos de identidade. Antes havia uma adesão maior a recomendações comunitárias. Agora faz parte das novas gerações uma individualização das normas (SCHEFFER *apud* COLLUCCI 2020, n.p).

Essa conjuntura pode apontar para a profilaxia como uma possibilidade de tratamento aliada à prevenção, bem como uma biomedicalização do processo preventivo e da resposta ao hiv (AGLLETON;



PARKER, 2015). Nesse sentido, já temos algumas evidências de que a PrEP pode ser eficiente no que se refere a evitar novas infecções (ANDERSON, 2011; ZUCCHI, 2018). A Inglaterra conseguiu excelentes resultados com a adoção da estratégia de prevenção combinada, na qual a PrEP pode atuar. Aquele país conseguiu reduzir em 71% os casos de novas infecções, com previsão de zerar as transmissões de hiv até 2030 (O'HALLORAN et al., 2019).

Não há dúvidas de que protocolo da PrEP é uma estratégia possível para o contingenciamento de novas infecções que pode resultar no controle da epidemia concentradas⁴ entre gays, homens que fazem sexo com homens e trabalhadores do sexo. No entanto, seu funcionamento indica situações que podem e devem ser questionadas à luz da cidadania, uma vez que: ela funciona como uma estratégia preventiva que propicia a liberdade de escolha dos sujeitos ao ampliar as ferramentas de prevenção, contudo pode estimular o abandono do preservativo (único método capaz de prevenir outras ISTs, uma vez que a PrEP previne apenas o hiv); ela carece da intervenção ativa do Estado para possibilitar que os sujeitos – sobretudo os economicamente vulneráveis - tenham acesso à medicação de forma gratuita e contínua.

Neste caso, é preciso reconhecer a dimensão do corpo e da biologia como fatores que condicionam o acesso aos direitos civis e políticos. É também importante destacar a racionalidade de governo (governamentalidade) em que a PrEP e a cidadania biológica se inserem. A PrEP é uma daquelas políticas próprias da governamentalidade já que busca a) regular o comportamento e o estilo de vida, principalmente dos grupos prioritários atendidos pelo programa, b) prevenir e controlar a infecção pelo hiv através do uso de medicamentos antirretrovirais. O acesso à PrEP, no entanto, decorre de condicionantes como disponibilidade dos medicamentos, o acesso aos serviços de saúde e a capacidade dos indivíduos de aderir ao tratamento. A garantia do acesso à saúde e às políticas públicas de prevenção ao hiv, como a PrEP, se torna, portanto, um elemento crucial para a garantia da cidadania plena, que reconhece a importância da dimensão biológica na construção da vida social e política.

A governamentalidade (gouvernementalité) - junção das palavras “gouvernement” (governo) e “mentalité” (mentalidade e racionalidade)

⁴ Uma epidemia concentrada é caracterizada pela prevalência na taxa de detecção superior à 5% em determinado grupo e menor que 1% na população geral (UNAIDS, 2007).



(FOUCAULT, 2008c) - é, então, uma forma de poder que não se exerce apenas através da coerção e da repressão, mas que se inscreve nas relações de saber e de controle dos corpos e das populações. “O corpo do indivíduo se converte em um dos objetivos principais da intervenção do Estado” (FOUCAULT, 2010, p. 171). E ele o faz à medida que reduz a vida humana “ao seu mínimo biológico, à sua nudez última, à vida sem forma, ao mero fato da vida, à vida nua” (PELBART, 2013, p. 26). O Estado moderno é, assim, uma máquina que produz e administra a vida, buscando regulá-la e controlá-la de forma minuciosa. No contexto da saúde pública, a governamentalidade se expressa através das políticas de prevenção e controle de doenças, que buscam regular o comportamento e o estilo de vida das populações.

O perfil de acesso à PrEP e a cidadania biológica

Como mencionado, a aids marca a forma como as pessoas se relacionam, sobretudo os indivíduos gays. A partir dela se instaura uma lógica de risco em que toda e qualquer relação é, até hoje, atravessada por um eminente risco de infecção (CASTIEL, GUILAM, FERREIRA, 2010). O governo brasileiro usou o preservativo como única possibilidade de prevenção (BRISIGHELLI NETO, 2009) e ferramenta de liberdade – pois possibilitava enfim que as pessoas se relacionassem sexualmente.

Desde então, toda e qualquer prática sexual deve ser intermediada pelo látex. O discurso frequente “sexo seguro” e “use camisinha” dá status de controle à epidemia ao mesmo tempo que responsabiliza qualquer sujeito que dela escape e tenha práticas “inseguras”. Isentando a si próprio, o Estado transfere ao indivíduo a responsabilidade pela sua liberdade e, em alguns casos, vai pós anos 2000 falhar no tratamento disponível. De forma que, principalmente entre certos grupos da população, como os gays e outros HSH, há uma epidemia concentrada (UNAIDS, 2007).

É inegável o que a camisinha pode fazer no contingenciamento das infecções de hiv, contudo há uma lacuna uma vez que os números de infecções no Brasil continua entre determinados grupos e parte considerável da população não usa a camisinha com frequência (BRISIGHELLI NETO, 2009; DOURADO, 2015; PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2021). O problema está em torná-la a única opção de intervenção e prevenção às doenças sexualmente transmitidas, sobretudo porque, “a demanda social em prol do acesso universal aos medicamentos



antirretrovirais e o respeito às diferentes subjetividades e sexualidades nas políticas de saúde legitimaram-se como direitos do cidadão frente aos governos e no âmbito global” (BASTOS, VENTURA, 2017, n.p).

Os direitos sexuais, nesse contexto, fazem parte de um conjunto de direitos humanos, uma vez que, segundo a OMS, a sexualidade ocupa um papel central na vida dos indivíduos. Segundo a organização, eles envolvem as questões relacionadas ao prazer, bem como as formas pelas quais os sujeitos se relacionam socialmente (WHO, 2015).

Nesse contexto, a PrEP atua principalmente na conjuntura de garantir que os sujeitos tenham acesso ao prazer, a partir da modificação dos paradigmas de prevenção e dos contextos de infecção do hiv e ao garantir que os sujeitos tenham possibilidade de escolha ante as estratégias preventivas, considerando seus contextos de vulnerabilidades e estratégias de cuidados de si e do outro (OLIVEIRA, 2022). A profilaxia, portanto, é justificada, exatamente porque outras estratégias em uso não conseguem barrar o crescimento e/ou manutenção de novos casos em populações onde a epidemia é concentrada (UNAIDS, 2007). Bastos e Ventura (2017, n.p) ainda indicam que “a reclamação à tecnologia [a PrEP] é a reclamação ao direito ao sexo sem medo”, cuja reivindicação vem ao encontro das buscas pelos direitos sexuais que acontece na ONU desde 1990.

É fruto desse processo também a luta por uma cidadania biológica, como uma variação possível a partir da qual os sujeitos tenham garantidos um conjunto de direitos que possibilitem o bem-estar social por meio de estratégias e ações médicas, científicas e legais, considerando em todos os casos os riscos e as responsabilidades correspondentes (BASTOS; VENTURA, 2017).

No Brasil, a PrEP começa a ser distribuída em 2018, no SUS. Inicialmente ela estava disponível apenas para os grupos considerados prioritários (homens que fazem sexo com outros homens, transexuais, profissionais do sexo, casais sorodiscordantes), recorrentes em práticas associadas a um maior risco de infecção: repetidas relações sexuais insertivas sem o uso de preservativos, relações sexuais com parcerias eventuais frequentes, quantidade e diversidade de parcerias sexuais, histórico de infecções sexuais transmissíveis, busca repetida por profilaxia pós-exposição (PEP) e contextos em que haja troca de sexo por algum valor direta ou indiretamente (BRASIL, 2017).



A partir de 2022, com a publicação do novo PCDT, a PrEP passa a ser considerada como uma ferramenta preventiva “para pessoas a partir de 15 anos, com peso corporal igual ou superior a 35 kg, sexualmente ativas e que apresentem contextos de risco aumentado de aquisição da infecção pelo HIV” (BRASIL, 2022, p. 22), isso porque, no atual cenário da pandemia no país, “os jovens são considerados uma das populações prioritárias para o HIV, com um aumento importante da incidência da infecção no grupo de adolescentes, principalmente aqueles pertencentes às populações-chave” (BRASIL, 2022, p. 13). Desde então,

[A PrEP] também deve ser considerada para outras pessoas sem infecção pelo HIV que cumpram critérios para o uso da profilaxia, conforme suas práticas sexuais, número de parcerias, uso irregular de preservativos e qualquer outro contexto específico associado a um maior risco de infecção [...] e que demonstrem interesse e motivação em relação ao uso do medicamento (BRASIL, 2022, p. 23)

A PrEP é distribuída aliada a um contexto de prevenção combinada que, além da distribuição da profilaxia, considera: a testagem frequente para hiv, profilaxia pós-exposição, uso habitual e correto de preservativos, diagnóstico e tratamento de outras ISTs (em média a cada três meses), redução de danos, imunizações, gerenciamento de risco e vulnerabilidades, supressão de replicação por uso de retrovirais, imunizações, prevenção da transmissão vertical (de mães para filho) do hiv, sífilis e Hepatite B (BRASIL, 2017; 2022).

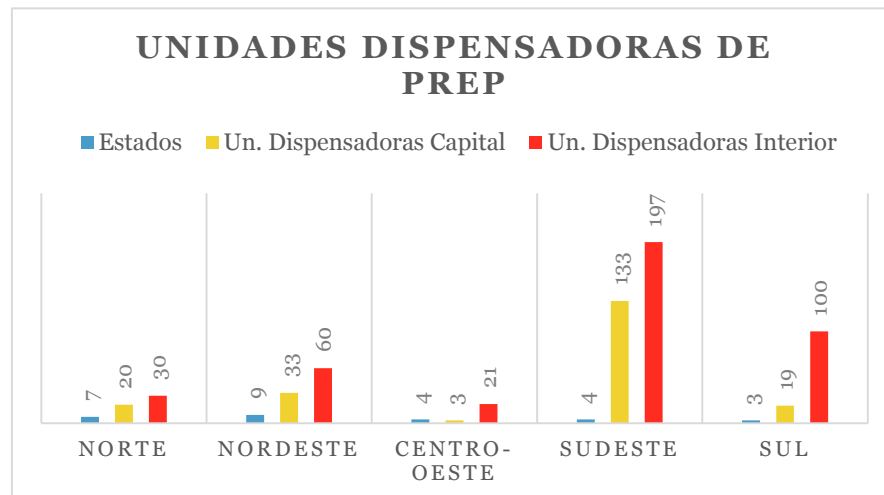
Segundo dados do painel PrEP, desde a implementação em 2018, o número de usuários cadastrados no programa PrEP tem aumentado significativamente. Em 2018, o programa tinha 8.166 usuários. Em 2019, o número de usuários saltou para mais de 12.479. Em 2020 aumentou para 12.933. Em 2021 um total de 23.045 usuários tiveram acesso à profilaxia. Por fim, em 2022, 36.273 acessaram a PrEP pelo menos uma vez durante os últimos 12 meses. Um aumento de 345% em 5 anos (BRASIL, 2023).

Mesmo tendo crescido consideravelmente desde a implementação, a PrEP ainda alcança apenas uma pequena parcela da população e geograficamente muito determinada. A maior concentração de Unidades de Dispensação (pontos de saúde onde houve a distribuição da PrEP pelo menos uma vez em 12 meses) está no Sudeste, sobretudo no estado de São Paulo. A geografia das unidades de dispensação da PrEP é em grandes



centros urbanos e aparentemente desconsidera as taxas de detecção de novas infecções por mil habitantes.

Gráfico 1: Centros de Atenção com distribuição de PrEP por Região⁵



Fonte: Da autoria da pesquisa, 2023

Em 2023, quando somados, os quatro estados do sudeste concentram 359 do total de 608 unidades dispensadoras. Em se tratando do número total de usuários em PrEP 59.471, no momento da coleta de dados, na região norte estão os estados com os menores números de usuários ativos: 98 no Acre, 122 no Tocantins, 131 no Amapá, 154 em Roraima e 163 em Rondônia (BRASIL, 2023). Ao passo que os 5 estados com um maior número de usuários são: São Paulo (21.154), Rio de Janeiro (6.227), Santa Catarina (3.527), Minas Gerais (2.710) e Paraná (2.661) (BRASIL, 2023).

Além de uma questão pura e simplesmente geográfica em um país continental como o Brasil, a diferença também pode ser explicada pela ausência de campanhas de comunicação voltadas para conscientização e existência do uso da PrEP. São Paulo, o estado com o maior número de usuários, possui campanhas próprias geridas pelo governo do estado que,

⁵ Os dados são coletados a partir do Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, mantidos no Painel PrEP. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/acesso_a_informacao/servicos-de-saude. Acesso e coleta de dados em 19 de março de 2023. Para organização dos dados, no DF não se considera unidades na capital e unidades no interior, dado que o painel não faz essa separação.



dentre outras coisas, instala unidades móveis em pontos específicos da cidade⁶.

É preciso ressaltar também que entre os 10 estados com maior taxa de detecção de hiv por 100 mil habitantes, 5 são da região Norte, 2 do Sul, 3 do Nordeste, a saber: Amapá, Pará, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Roraima, Rondônia, Rio Grande do Norte, Maranhão, Alagoas e Amapá, respectivamente. Além das determinações da PrEP previstas no PCDT, a geografia do SUS também determina o acesso ou não à profilaxia (BRASIL, 2022). Sua disponibilidade depende de fatores políticos e econômicos locais que ultrapassam o que está preconizado no protocolo. Isso sem entrar no mérito que esse acesso pode ser facilitado ou dificultado com base nas crenças dos profissionais de saúde como apontam os estudos de Batista (2017) e Cerqueira (2019).

O perfil dos usuários da PrEP

Entre os usuários atuais do programa, há uma predominância de gays e outros HSH (82,8%), homens heterossexuais cis (5,6%), mulheres cis (5,5%), mulheres trans (3,5%), homens trans (1,8%), pessoas não-binárias e travestis representam 0,7% (BRASIL, 2023). A política pública ainda está em estágio inicial, porém já atinge um de seus públicos prioritários, que são os gays e homens que fazem sexo com outros homens. Isso é resultado de dois processos, a biomedicalização da resposta à AIDS (AGLLETON; PARKER, 2015) e a neoliberalização da prevenção (SEFFNER; PARKER, 2016). Nesse contexto, a importância é mais voltada para a tecnologia preventiva do que para a consideração de outros contextos de vulnerabilidade. Parece que a PrEP, tanto pelo protocolo de recomendação quanto pela forma como é acessada nas Unidades Dispensadoras, é direcionada apenas para uma população masculina.

A falta de comunicação oficial do governo sobre a tecnologia preventiva e suas formas de acesso faz com que a informação sobre sua disponibilidade circule principalmente em espaços de sociabilidade, como as redes sociais, no caso dos homens gays (SANTOS; GRANJEIRO; COUTO, 2022; KUDRATI; HAYASHI; TAGGART, 2021; WALSH-BUHI;

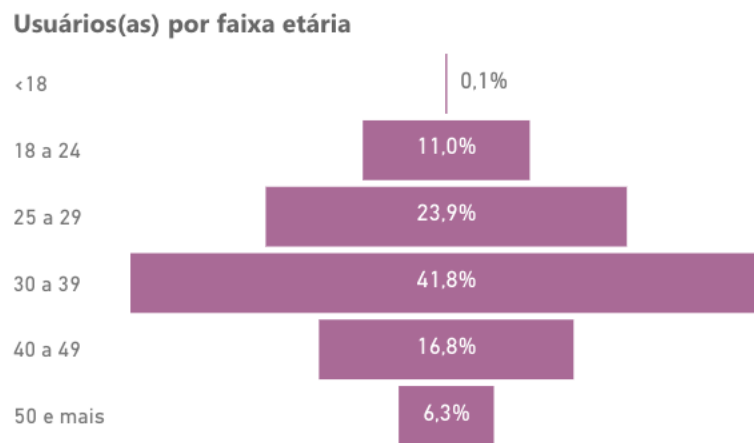
⁶ Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/orgaos-governamentais/secretaria-da-saude/sp-amplia-oferta-de-prep-para-pessoas-com-acompanhamento-medico-na-rede-privada/>. Acesso em 18 de abril de 2023.



HOUGHTON; LANGE; HOCKENSMITH; FERRAND; MARTINEZ, 2021).

Há também uma aparente barreira para que a população jovem (de 15 a 29 anos) acesse a tecnologia preventiva. Embora essa faixa etária represente 44,1% do número de novos casos notificados (BRASIL, 2022), atualmente apenas 35% das pessoas em PrEP pertencem a esse grupo. O maior número de usuários concentra-se na faixa etária de 30 a 39 anos, como mostrado no Gráfico 1.

Gráfico 1: Usuários por faixa etária



Fonte: Painel PrEP, dados de 30 de abril de 2023.

Paradoxalmente, o Estado disponibiliza a PrEP gratuitamente, mas ao mesmo tempo invisibiliza sua existência. No PCDT de 2018, a política pública era direcionada para populações-chave, excluindo mulheres cis (exceto aquelas que trabalham com sexo). Somente em 2022, com a publicação de um novo plano, a tecnologia preventiva tornou-se disponível para qualquer pessoa acima de 45 kg. Até a publicação do novo protocolo, a disponibilidade para mulheres estava ligada apenas àquelas que fossem profissionais do sexo.

De acordo com os dados do Painel PrEP, o número de mulheres cis em PrEP era de 547 em 2018, 1.154 em 2019, 1.498 em 2020, 2.086 em 2021, 2.883 em 2022 e atualmente 3.315. Proporcionalmente, essa população representa apenas 3,8%, 5,1%, 5,1%, 4,9%, 5% e 5,5%, respectivamente. Entre janeiro de 2022 e janeiro de 2023, 15% delas relataram trocar sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou



serviços. Nesse mesmo período, o número de mulheres trans adeptas à PrEP foi de 1.938 e 22% delas relataram ser trabalhadoras sexuais. De 2018 a 2022, elas representam em média apenas 2,8% da população total em PrEP (BRASIL, 2023).

Outro ponto a ser destacado é que a maioria dos usuários de PrEP possui mais de 12 anos de escolaridade (72%), o que pode ser resultado da ausência de campanhas de comunicação em veículos de grande alcance por parte do governo federal para atingir o público-alvo do programa que não possui educação formal.

Além disso, em relação à raça/cor, entre gays e homens que fazem sexo com outros homens (58,05%), homens trans (53,85%) e pessoas não-binárias (53,69%), a maioria é branca ou amarela. Nos outros segmentos da população, mulheres cis (56,69%), homens heterossexuais cis (52,76%), mulheres trans (50,76%) e travestis (62,75%), predomina a raça/cor negra.

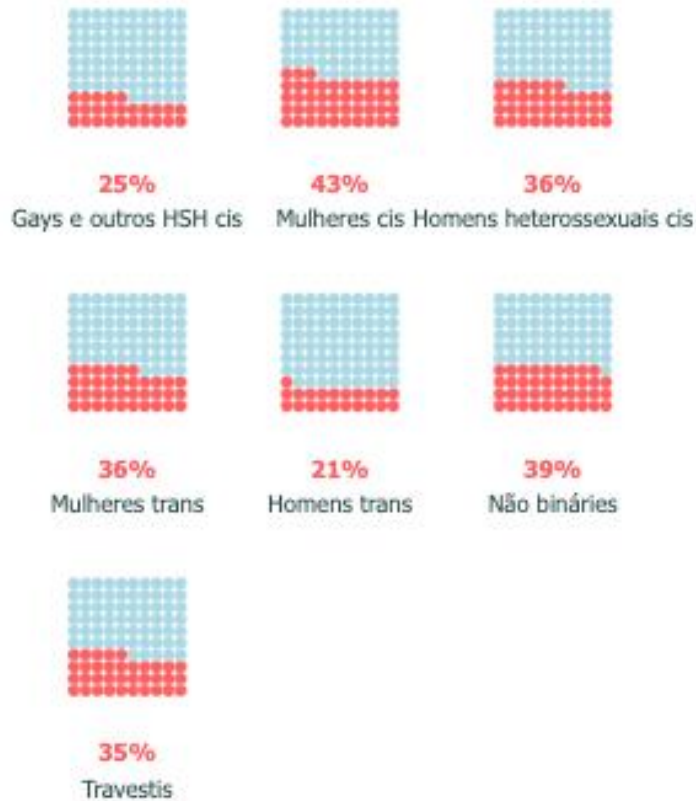
Fica evidente o desequilíbrio em termos de gênero e raça/cor no acesso/adesão ao programa de prevenção. Isso é preocupante e relevante, principalmente se considerarmos que, no Brasil, a população negra é mais suscetível à infecção, de acordo com o estudo proposto por Naila Santos (2016), que identificou que a chance de um homem negro ter AIDS é 5% maior do que um homem branco, e no caso das mulheres negras, a incidência é até 40% maior. Devem ser tomadas medidas para garantir os direitos sexuais mínimos dessa parcela da população brasileira.

Os dados do Painel PrEP, expressos no Gráfico 2, também mostram o número de pessoas que interromperam o uso. Entre 2018 e 2022, as taxas gerais de descontinuidade foram de 18%, 28%, 25%, 25% e 28%, respectivamente. As mulheres cis apresentam a maior percentagem de descontinuidade (43%), enquanto os homens trans (21%) e os gays e outros HSH são os que menos desistem do tratamento preventivo (25%). Nos demais grupos, as taxas de desistência variam de 33% a 37% (Gráfico 2). Atualmente, 22.353 usuários estão descontinuados, ou seja, não receberam a profilaxia nos últimos 12 meses (BRASIL, 2023).

Gráfico 2: Percentual de descontinuidade entre as populações



% de descontinuidade entre as populações



Fonte: Painel PrEP, dados de 30 de abril de 2023.

Mesmo que as taxas de descontinuidade variem, em média, em 25% dos usuários abandonam o programa todos os anos. Os dados do Painel não apontam as motivações que levam à descontinuidade do uso da profilaxia. Esse apagão impede de perceber quando, por exemplo, o uso foi descontinuado em decorrência de mudança de profissão (no caso das profissionais do sexo), ou da constituição de relacionamentos monogâmicos (nos quais os brasileiros historicamente abrem mão das ferramentas preventivas).

Não há também no painel registro dos usuários que estão em relacionamentos sorodiferentes (em que um vive com hiv e outro não), população chave anteriormente determinada como prioritária no PDCT de 2018, ter mais informações sobre a adesão desse grupo é uma forma de vislumbrar caminhos onde prevenção e tratamento podem andar juntos.



Assim, ainda falta nesses contextos de distribuição e de acesso à medicação no Brasil uma perspectiva de descentralizar e multiplicar as formas de distribuição. Não obstante, é necessário também que a população tome conhecimento dessas possibilidades de prevenção e, assim, possam ter acesso à essas tecnologias.

Por fim, a medicalização da prevenção expõe um conjunto neoliberal de prevenção do hiv. Torna-se necessário considerar, além da ferramenta preventiva em si, formas de redução das vulnerabilidades sociais que ocasionam o aumento no número de novas de infecções. Nesse ponto, a comunicação é uma aliada importante para garantir a publicização da ferramenta, seus usos e formas de acesso.

A distribuição da PrEP no Brasil ainda é limitada a determinados grupos. Até 2022, a distribuição seletiva pelo Estado para grupos prioritários, aparentava ser também uma estratégia indireta de controlar suas condutas e práticas sexuais, além de contingenciar essa população. Ainda estamos longe de alcançar uma distribuição eficiente da PrEP que impacte significativamente a redução no número de novas infecções, diferentemente de países como Austrália e Inglaterra. A associação da PrEP a certas "populações de maior risco" é uma justificativa econômica baseada nos custos da profilaxia, o que acaba estigmatizando esses grupos (OLIVEIRA, 2022).

Considerações de percurso

O percurso até o momento indica que os direitos que asseguram a cidadania são historicamente construídos e, portanto, estão inseridos nas dinâmicas próprias de cada período. Ao longo da história da humanidade, as demandas por direitos são diferentes e cumulativas. Os direitos civis, políticos e sociais já são garantidos em certa medida, porém, devem ser constantemente monitorados para que sejam preservados, inclusive aqueles que já estão positivados em leis, evidenciando a necessidade contínua de lutar pelos direitos que sustentam a cidadania.

Reivindicar uma cidadania biológica é ter a garantia do Estado de condições de saúde e cuidados que vão além das dinâmicas comuns, como os direitos civis. No entanto, no caso da PrEP, isso ainda está inserido em um contexto no qual os direitos sexuais devem ser respeitados e assegurados.



No nosso caso, a governamentalidade é fortemente influenciada pela biomedicalização dos corpos, através do dispositivo da aids. A medicina, como campo de conhecimento, aliada ao mercado, é responsável por criar condições e disponibilizar produtos tecnocientíficos de prevenção ao risco, que transformam os corpos. Esses corpos, seguindo uma lógica neoliberal, são incentivados a adotar ferramentas de prevenção ao risco, ao mesmo tempo em que são responsabilizados por utilizá-las, como é o caso da PrEP.

Esse movimento é ainda mais intensificado no surgimento de novas formas de prevenção e tratamento. Isso ocorre porque esses medicamentos e abordagens profiláticas alteram a experiência e o medo causado pelo vírus. Agora, com taxas de mortalidade reduzidas em comparação com o auge da epidemia, a morte deixa de ser uma preocupação constante. Os investimentos passam a se concentrar na prevenção, principalmente voltada para os grupos que ainda apresentam altas taxas de infecção.

Atualmente, a distribuição da tecnologia, mesmo para populações consideradas prioritárias, ainda é incipiente. O estigma associado à aids parece até mesmo influenciar as formas de prevenção. Além disso, a falta de informações adequadas e a ausência de pontos de distribuição descentralizados dificultam ainda mais o acesso.

No Brasil, o perfil de acesso à PrEP pelo SUS é predominantemente composto por usuários gays e homens que fazem sexo com outros homens (82,8%). Além disso, há uma pequena proporção de homens heterossexuais cis (5,6%), mulheres cis (5,5%), mulheres trans (3,5%), homens trans (1,8%), pessoas não-binárias e travestis (0,7%). A maioria dos usuários possui mais de 12 anos de escolaridade e a faixa etária com maior adesão situa-se entre 30 e 39 anos.

Há uma aparente barreira no acesso à PrEP por parte da população jovem (15 a 29 anos), que representa uma parcela significativa dos novos casos de infecção pelo hiv. A disponibilidade da PrEP para mulheres também foi limitada anteriormente, restringindo-se apenas às profissionais do sexo, e o acesso para mulheres em geral foi oficializado apenas no PCDT de 2022. As mulheres cis ainda representam uma pequena proporção dos usuários da PrEP, e as mulheres trans também apresentam uma adesão limitada, com uma parte significativa delas sendo trabalhadoras sexuais.



Em relação à raça/cor, a maioria dos usuários gays, homens trans e não-binários é branca ou amarela, enquanto nos outros segmentos da população (mulheres cis, homens heterossexuais cis, mulheres trans e travestis), a raça/cor predominante é negra. Os dados revelam um desequilíbrio em termos de gênero e raça/cor no acesso e adesão à PrEP, o que é preocupante, especialmente considerando que a população negra apresenta maior suscetibilidade à infecção pelo hiv no Brasil.

As taxas de interrupção do uso da PrEP variam entre os grupos, mas, em média, cerca de 25% dos usuários abandonam o programa anualmente. Não há informações disponíveis sobre as motivações para a descontinuidade, mas é importante investigar fatores como mudança de ocupação e relacionamentos monogâmicos, que podem influenciar a adesão. Além disso, o painel de dados não registra informações sobre usuários em relacionamentos sorodiferentes (um parceiro com hiv e outro sem), que foram considerados prioritários no protocolo de 2018. É necessário obter mais conhecimento sobre a adesão desse grupo para aprimorar a integração da prevenção e do tratamento do hiv.

O acompanhamento do contexto de distribuição da tecnologia preventiva já apresenta resultados positivos em todo o mundo, como no caso da Inglaterra. No entanto, no Brasil, o caso talvez seja mais complexo e permeado pelas relações estabelecidas entre os indivíduos e o sistema de saúde que os atende. Essas relações, como mencionado por Parker (2018), baseiam-se principalmente em uma abordagem biomédica, em contraste com a perspectiva de respeito aos direitos humanos que nos tornou referência no cuidado com o HIV e a aids até os anos 2000.

O hiv e a aids ainda deixam suas marcas estigmatizantes. Mesmo após quatro décadas desde o surgimento da epidemia, ainda carregamos o estigma criado pela mídia e pelo discurso cristão, que associam a infecção a práticas não heteronormativas.

Os números de novas infecções, conforme relatados nos boletins epidemiológicos, demonstram que ainda temos um longo caminho a percorrer para controlar a epidemia que ameaça o horizonte, especialmente entre os jovens e as populações mais afetadas pela epidemia. Nesse sentido, é necessário considerar e viabilizar que os indivíduos tenham a liberdade de escolher as formas de prevenção que melhor se adequem às suas circunstâncias de desejos e cuidados, sem desconsiderar a função do Estado de fornecer condições mínimas de



informação e educação sobre essas possibilidades, além de garantir o acesso efetivo e eficiente às formas de prevenção.



Referências

AGGLETON, P.; PARKER, R. Moving beyond biomedicalization in the HIV response: implications for community involvement and community leadership among men who have sex with men and transgender people. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 8, p. 1552-1558, 2015.

ANDERSON P. L., *et al.* Pharmacological considerations for tenofovir and emtricitabine to prevent HIV infection. **J Antimicrob Chemother**, v. 66, p. 240-250, 2011

BATISTA, A. T. **Prevenir ou remediar?** Atitudes dos profissionais de saúde frente à profilaxia pré-exposição ao HIV/AIDS. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Centro de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

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. **Painel PrEP**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/prep-profilaxia-pre-exposicao/painel-prep>. Acesso em: 30 de abril de 2023.

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 Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-risco>. Acesso em: 15 fev. 2021.

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 Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf. Acesso em: 30 de abril de 2023.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. HIV/Aids – 2019. **Boletim Epidemiológico**, dez. 2019. Número Especial. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019>. Acesso em: 30 de abril de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. HIV/Aids – 2022. **Boletim Epidemiológico**, dez. 2022. Número Especial. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids>. Acesso em: 30 de abril de 2023.

BRISIGHELLI NETO, A. *et al.* Revisão sobre a eficácia do preservativo em relação à proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e gestação. **Diagnóstico Tratamento**. v. 14, n. 13, p. 123-125, 2009.

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

CERQUEIRA, Natalia Barros. **Atitudes e conhecimento dos médicos infectologistas sobre profilaxia pré-exposição do HIV**. 2019. 82 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2021/04/NataliaBarrosCerqueira.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2023.

COLLUCCI, Claudia. **Em SP, 1 a cada 4 homens que transam com homens tem HIV, revela estudo**. 2018. Jornal Folha de S. Paulo. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2018/06/em-sp-1-a-cada-4-homens-que-transam-com-homens-tem-hiv-revela-estudo.shtml>. Acesso em: 15 abr. 2023.

COSTA, A. H. C; GONÇALVES, T. R. Globalização farmacêutica e cidadania biológica: notas sobre a implementação da profilaxia pós-exposição no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública (Online)**; 37(1): e00041420, 2021. Disponível em:



<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1153669>. Acesso em: 1 fev. 2023.

DELEUZE, G. **Conversações**: 1972-1990. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992, p. 219-226.

DOURADO, I. *et al.* Revisitando o uso do preservativo no Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, n. 1, p. 63-88, 2015.

FIMYAR, Olena. Governamentalidade como Ferramenta Conceitual na Pesquisa de Políticas Educacionais. **Educação e realidade**, v 34(2): 35-56 mai/ago 2009. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/rer/v34n02/v34n02a04.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2023.

FONSECA, Vanessa do Nascimento; NASCIMENTO, Marcos; MONTEIRO, Simone. Aids e prevenção: um olhar retrospectivo sobre projetos sociais com jovens no Rio de Janeiro. **Saúde em Debate** [online]. v. 46, n. spe7, pp. 48-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E703>. Acesso em 15 mar 2023.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008a.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade 1: A vontade de saber**. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008c.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2008b.

KERR, *et al.* HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. **Medicine**. N. 97, v. S1, 2018



KUDRATI, Sakina Z.; HAYASHI, Kamden; TAGGART, Tamara. Social Media & PrEP: a systematic review of social media campaigns to increase prep awareness & uptake among young black and latinx msm and women. **Aids And Behavior**, [S.L.], v. 25, n. 12, p. 4225-4234, 3 maio 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33939035/>. Acesso em: 10 mar. 2023.

O'HALLORAN, C. *et al.* **HIV in the United Kingdom: Towards Zero HIV transmissions by 2030**. Londres: PHE publications, 2019.

OLIVEIRA, Mayllon Lyggon de Sousa. **Prevenção em controvérsias: as disputas em torno da prep no youtube**. 2022. 244 f. Tese (Doutorado em Comunicação) – Programa de Pós-Graduação em Comunicação, Faculdade de Informação e Comunicação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2022.

PARKER, Richard. **Richard Parker faz críticas às formas atuais de controle do HIV e propõe um olhar diferente para controle da epidemia de aids**. 2018. Agência AIDS. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/richard-parker-faz-criticas-as-formas-atuais-de-controle-do-hiv-e-propoe-um-olhar-diferente-para-controle-da-epidemia-de-aids/>. Acesso em: 10 Não é um mês válido! 2023.

PELÚCIO, L.; MISKOLCI, R.. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. *In: Sexualidad, Salud y Sociedad*, n. 1, p. 125-157, 2009.

Pesquisa nacional de saúde: 2019. ciclos de vida. Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

PIMENTA, Maria Cristina; BERMODEZ, Ximena Pamela; GODOI, Alcinda Maria Machado; MAKUD, Ivia; BENEDETTI, Marcos; KAUSS, Bruno; TORRES, Thiago Silva; HOAGLAND, Brenda; PEREIRA, Gerson Fernando Mendes; GRINSZTEJN, Beatriz. Barreiras e facilitadores do acesso de populações vulneráveis à PrEP no Brasil: estudo improp stakeholders. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 38, n. 1, p. 1-12, jan. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00290620>. Disponível em:



<https://www.scielo.br/j/csp/a/pzRvbkKhGRFjh4PHmkk4qqx/?lang=pt>.
Acesso em: 20 fev. 2023.

PERLONGHER, N. **O Que é Aids**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

ROCON, Pablo Cardozo; RODRIGUES, Alexsandro; ZAMBONI, Jésio; PEDRINI, Mateus Dias. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 21, n. 8, p. 2517-2526, ago. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015>.

ROSE, N. **A política da própria vida**: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013.

ROSE, N.; NOVAS, C. Biological Citizenship. *In*: Ong, A.; Collier, S. (eds.). **Blackwell Companion to Global Anthropology**. Oxford: Blackwell, 2003.

SANTOS, Lorrúan Alves dos; GRANGEIRO, Alexandre; COUTO, Marcia Thereza. A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) entre homens que fazem sexo com homens: comunicação, engajamento e redes sociais de pares. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 10, p. 3923-3937, out. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320222710.06542022>.

SANTOS, N. J. S. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. **Saúde Soc**, v. 25, n. 3, p. 602-618, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/B8LmxH9RGg3mbSm34SGSBDD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 1 março de 2023.

SEFFNER, F.; PARKER, R. **A neoliberalização da prevenção do hiv e a resposta brasileira à Aids**. *In*: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (org.). **Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. Rio de Janeiro: ABIA, 2016.

SIBILIA, P. **O homem pós-orgânico**: a alquimia dos corpos e das almas à luz das tecnologias digitais. Rio de Janeiro: Contraponto, 2015.

UNAIDS. **Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access**. Geneva: UNAIDS, 2007. Disponível em:



https://data.unaids.org/pub/manual/2007/20070306_prevention_guidelines_towards_universal_access_en.pdf. Acesso em 30 de abril de 2023.

UNAIDS. **Estatísticas**. 2023. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 10 mar. 2023.

WALSH-BUHI, Eric; HOUGHTON, Rebecca Fagen; LANGE, Claire; HOCKENSMITH, Ryli; FERRAND, John; MARTINEZ, Lourdes. Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Information on Instagram: content analysis. **Jmir Public Health And Surveillance**, [S.L.], v. 7, n. 7, p. 0-0, 27 jul. 2021. JMIR Publications Inc.. <http://dx.doi.org/10.2196/23876>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8367150/>. Acesso em: 01 fev. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sexual Health, Human Rights and the law. **WHO Library Cataloguing in Publication Data**, Geneva, Suíça, 2015.

ZUCCHI, E. M. Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Vol. 34, N^o 7, p. 1-16, 2018



The profile of PrEP users in Brazil: An exploratory study of the PrEP Panel from 2018 to 2022

ABSTRACT: This study aims to profile users of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) based on the available data from the PrEP Panel between 2018 and 2022. Data collection was conducted in February and April 2023. The panel's purpose is to disseminate information about the dispensation and use of PrEP in Brazil. PrEP is a combination of tenofovir and emtricitabine used for HIV prevention, and daily intake of the pill reduces the risk of infection by 96%. Provided free of charge by the SUS in the oral daily use form, this prophylaxis offers a means of controlling the concentrated HIV epidemic and reducing the number of new infections. Starting from 2022, considering the current epidemic scenario in Brazil, young people and adolescents are considered a priority population. Currently, access to preventive technology is restricted to a population of gay and other men who have sex with men (82.8%), individuals of white or asian descent (56.24%), with more than 12 years of education (76.96%), aged between 25 and 39 (65.7%), residing in medium and large urban centers.

KEYWORDS: Pre-Exposure Prophylaxis; HIV prevention; HIV.

Mayllon Lyggon de Sousa Oliveira

Doutor e Mestre em Comunicação pela Faculdade de Comunicação e Informação da Universidade Federal de Goiás. Graduado em Comunicação Social - Habilitação em Publicidade e Propaganda pela Faculdade Araguaia.

E-mail: mayllon.lyggon@gmail.com

Suely Henrique Aquino GOMES

Professora titular aposentada da Universidade Federal de Goiás. Doutorado em Ciências da Informação pela Universidade de Brasília (1999); mestrado em Automação de Biblioteca - University College London (1991) e graduação em Biblioteconomia pela Universidade de Brasília (1987), Professora do quadro permanente do Programa de Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) em Comunicação, Cidadania e Cultura (PPGCOM/FIC), atuando nas linhas de pesquisas Mídia e cultura e Mídia e Informação. Líder do grupo de pesquisa Olhares - Corpo, subjetividade, ciência.

E-mail: suelyhenriquegomes@gmail.com

Deyvisson Pereira da COSTA



Doutor em Comunicação (UFMG/2014), mestre em Comunicação (UFG/2009), especialista em Comunicação e Saúde (Fiocruz/2006) e bacharel em Comunicação Social com habilitação em Jornalismo (UFJF/2005). Docente na UFMT, Campus Araguaia (2009), lidera o grupo de pesquisa Limiar - Estudos de Linguagem e Mídia (2010), integra o Núcleo Libertas de Estudos, Pesquisa e Extensão em Práticas de Liberdade (2020) e atua como docente permanente no Programa de Pós-Graduação em Estudos de Cultura Contemporânea (ECCO/UFMT) na linha de pesquisa Epistemes Contemporâneas (2021).

E-mail: deyvissoucosta@yahoo.com.br

Recebido em: 22/05/2023

Aprovado em: 01/06/2024