

PREVENÇÃO EM DISPUTA: PREP, BIOPODER E DESIGUALDADES NA POLÍTICA DE HIV NO BRASIL

RESUMO

Analisamos criticamente a centralidade biomédica da PrEP na prevenção ao HIV no Brasil, destacando efeitos de normalização da sexualidade, produção de subjetividades e desigualdades de acesso. Trata-se de estudo qualitativo, exploratório, baseado em uma pesquisa bibliográfica e análise documental dos PCDTs de 2017, 2022 e 2025, do Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2024 e dos dados de 2018 a 2024 do Painel PrEP. Argumentamos que a PrEP opera como tecnologia clínica de proteção e processo de subjetivação: rotinas de testagem, consultas e gestão de dados tornam-se condições para dispensação contínua. Enquanto dispositivo biopolítico articulado a racionalidades tecnocráticas, neoliberalismo e tecnociência, sua disponibilização no SUS combina critérios normativos e protocolos tecnificados, produzindo exclusões que reforçam desigualdades de raça, classe, gênero e território. Concluimos que a PrEP expande a oferta ao mesmo tempo em que subjetiva e seleciona; propomos reorientar a política com políticas estruturais, comunicação, cuidado longitudinal, interseccionalidade, vulnerabilidade e justiça social.

Palavras-chave: HIV. Profilaxia Pré-Exposição. Desigualdades de Saúde. Comportamento Sexual.

ABSTRACT

We critically examine the biomedical centrality of PrEP in HIV prevention in Brazil, highlighting its effects on the normalization of sexuality, the production of subjectivities, and persistent inequalities in access. This qualitative, exploratory study draws on a literature review and documentary analysis of the PrEP Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines (PCDTs) from 2017, 2022, and 2025, the 2024 HIV/AIDS Epidemiological Bulletin, and PrEP Panel data from 2018–2024. We argue that PrEP operates both as a clinical technology of protection and as a process of subjectivation: routines of testing, clinical follow-up, and data management become conditions for ongoing dispensing. As a biopolitical device articulated with technocratic rationalities, neoliberalism, and technoscience, its implementation within Brazil's Unified Health System (SUS) combines normative criteria and standardized protocols, producing exclusions that reinforce inequalities of race, class, gender, and territory. We conclude

Mayllon Lyggon de Sousa Oliveira

Pós-doutorando no Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação e Saúde no Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fiocruz. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4836-2222>. E-mail: mayllon.lyggon@gmail.com

Katia Lerner

Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz. Mestre em Comunicação e Cultura UFRJ, doutorado em Antropologia IFCS/UFRJ. Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde da Fiocruz. Cientista Nota 10 da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) e Bolsista de Produtividade do CNPq PQ2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3655-9677>. E-mail: katia.lerner@fiocruz.br

that PrEP expands supply while simultaneously subjectivating and selecting; we propose reorienting policy through structural measures, communication, longitudinal care, intersectionality, vulnerability, and social justice.

Keywords: HIV. Pre-Exposure Prophylaxis. Health Inequalities. Sexual Behavior

Introdução¹

Este artigo analisa criticamente a centralidade biomédica da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) como tecnologia política de prevenção ao HIV no Brasil, interrogando seus efeitos na normalização das sexualidades, na produção de subjetividades e na ampliação ou não do acesso ao cuidado. A PrEP foi incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) em 2017 e disponibilizada em 2018, seguindo as diretrizes internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS), como parte da chamada Prevenção Combinada (PC). Indicada inicialmente para populações consideradas prioritárias — gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans e profissionais do sexo e parcerias sorodiferentes —, a PrEP materializa um novo paradigma na resposta ao HIV: desloca a ênfase do comportamento para o risco calculável, da prevenção coletiva para a gestão individual. Este trabalho se pergunta: de que modo a centralidade biomédica da PrEP normaliza o sexo, produzindo novos regimes de assujeitamento e formas ambivalentes de autonomia no campo da saúde pública brasileira?

Nesse contexto, no Sistema Único de Saúde, o SUS, a PrEP opera simultaneamente como tecnologia de proteção e mecanismo de normalização: amplia a oferta, mas subjetiva e seleciona quem acessa e permanece, reproduzindo desigualdades de raça, classe, gênero e território. Deste modo, a universalização da PrEP requer reorientação estrutural da política para além do fármaco: comunicação territorializada, cuidado longitudinal na Atenção Primária à Saúde (APS), metas equitativas e justiça social.

Apesar dos avanços biomédicos, o HIV e a AIDS continuam a representar um desafio significativo para a saúde pública, especialmente em contextos de vulnerabilidade. Em 2023, cerca de 39,9 milhões de pessoas viviam com HIV, com 1,3 milhão de novos casos e 630 mil mortes relacionadas à aids (Unaid, 2025). No Brasil, os dados do último Boletim Epidemiológico, de 2024, indicam um aumento de 4% nos novos diagnósticos em relação ao ano anterior, totalizando 46.495 notificações. A concentração de casos entre jovens de 20 a 34 anos, sobretudo entre os de 20 a 24 anos, reforça a tendência de juvenilização da epidemia, acentuada por desigualdades estruturais de raça, gênero e território (Brasil, 2024a).

A PrEP surge, nesse cenário, como símbolo de uma aceleração biomédica que promete o “fim da aids”, mas que frequentemente desconsidera os determinantes sociais da infecção. Ao mesmo tempo em que representa um avanço técnico, a PrEP

¹ Alguns trechos, integrais ou em suas concepções gerais, fazem parte da tese “Prevenção em controvérsias: as disputas em torno da PrEP no Youtube” defendida pelo primeiro autor no âmbito do PPGCOM da Universidade Federal de Goiás.

também se insere em um contexto de retração das políticas estruturais, fortalecimento de racionalidades neoliberais e moralização das campanhas de prevenção. A resposta à AIDS no Brasil, historicamente marcada pelo protagonismo da sociedade civil e pela defesa dos direitos humanos, passa a ser progressivamente capturada pelas lógicas do triunfalismo biomédico (Nguyen et al., 2011), isto é, aposta em formas de cuidado e prevenção baseadas quase exclusivamente em estudos clínicos randomizados desconsiderando os direitos humanos (Aggleton, Parker, 2015).

Além disso, *é preciso considerar* que a PrEP, sobretudo na dimensão da TelePrEP, é um dos pontos sobre os quais incidem o processo de digitalização e algoritmização da saúde no Brasil que opera transformando “todas as dimensões do processo saúde-doença em dados digitais”, que alimentam reconhecimentos de padrões e decisões automatizadas, um processo de “automação algorítmica do saber-poder da medicina” (Modolo; Carvalho; Dias, 2023, p. 10). A TelePrEP foi utilizada como medida emergencial pelos pacientes da Fiocruz em 2020 e depois incorporada pelo PCDT de 2025, mas sua implementação – que pretende aumentar a capilaridade da PrEP – depende da ação dos governos estaduais e municipais (Hoagland et al, 2020; Santos *et al*, 2024; Brasil, 2025).

Do ponto de vista analítico, a PrEP transforma-se em dispositivo biopolítico que articula tecnologias de segurança, estratégias de normalização e racionalidades tecnocráticas. Sua implementação não pode ser dissociada das formas de governamentalidade que operam sobre os corpos e populações, conforme teorizadas por Foucault (2008), Clarke *et al.* (2003) e Agamben (2007). Ao regular condutas sexuais por meio de critérios de elegibilidade, regimes terapêuticos e gramáticas de risco, a PrEP redefine os contornos do cuidado, da prevenção, da própria sexualidade e estabelece um regime de subjetivação, ou seja, uma “individuação, particular ou coletiva, que caracteriza um acontecimento, uma dimensão específica sem a qual não se poderia ultrapassar o saber nem resistir ao poder” (Deleuze, 1974, p. 123-124).

O artigo é um estudo qualitativo, exploratório, com análise documental dos PCDT-PrEP 2017/2022/2025 (os únicos lançados até então) e dos dados 2018–2024² do Painel PrEP, além de pesquisa bibliográfica (Gil, 2002). Extraímos elegibilidade, adesão e seguimento e cotejamos com padrões de oferta/uso.

Os PCDTs estabelecem critérios de diagnóstico, tratamento e seguimento, orientando a prática no SUS com base em evidências e avaliação da CONITEC, conforme a Lei 12.401/2011. Eles condensam normas oficiais que organizam a oferta da profilaxia no SUS, incluindo, a partir de 2025, a TelePrEP e integração na APS. Dirigidos a prescritores(as) e gestores, especifica quem pode prescrever e como operacionalizar o cuidado – mesmo que, uma vez que estão públicos, sejam acessados pela população e movimentos sociais. Em termos de conteúdo, eles reúnem: (i) definição de públicos e critérios de indicação (Brasil, 2017); (ii) calendário e exames de seguimento clínico-laboratorial (Brasil, 2022; 2025); e (iii) instituem o uso da PrEP sob demanda (2+1+1),

² O Painel PrEP é uma base de dados dinâmica atualizada mensalmente. Neste estudo, foram utilizados os dados consolidados (2018-2024) disponíveis em formato .csv, que reúnem informações sobre dispensações, descontinuações, unidades de dispensação e perfil demográfico dos usuários, organizadas em níveis nacional e local. Os dados foram extraídos, tratados e analisados no Excel.

a TelePrEP, o uso de autoteste no seguimento e o intervalo entre consultas de até 120 dias (Brasil, 2025).

Na prática, os documentos padronizam triagem, prescrição e monitoramento, convertendo o cuidado em rotinas mensuráveis e auditáveis. Além disso, ao classificar populações e comportamentos por “risco”, definir scripts temporais de uso (diária e 2+1+1) e instituir vigilância periódica por consultas e exames, instituem normas sobre as sexualidades uma vez que enquadram e ritmam o sexo como objeto de gestão preventiva e de interesse do Estado.

O método de análise mobiliza as categorias de “risco”, “populações-chave” e “adesão” para compreender como esses documentos institucionais produzem sujeitos, condutas e formas de governabilidade no campo da saúde pública. O referencial teórico articula contribuições de Foucault sobre governamentalidade e normalização (2008, 2010), Clarke *et al.* (2003) sobre biomedicalização, Parker (2011), Thomann (2018), Preciado (2014) e Agamben (2007), entre outros.

A estrutura desenvolvida ao longo do artigo se organiza em quatro eixos interligados. No primeiro eixo, traçamos o panorama epidemiológico da aids e discutimos sua transformação histórica a partir das “ondas da aids” (Calazans, Parker e Terto Jr., 2022), evidenciando as tensões entre o otimismo biomédico e os retrocessos nas políticas públicas. No segundo, examinamos a relação entre biopoder, Estado e biomedicalização da vida, mostrando como a PrEP se insere em uma lógica de governo que desloca a prevenção do coletivo para o indivíduo. No terceiro eixo, realizamos uma análise comparativa dos PCDTs da PrEP, evidenciando como esses documentos regulam condutas, definem as populações alvo de proteção e tecnicizam os itinerários do cuidado. Por fim, no quarto eixo, discutimos como a PrEP atua na produção de desigualdades e formas de subjetivação, ora reforçando exclusões históricas, ora catalisando estratégias micropolíticas de resistência.

Ao longo do texto, buscamos demonstrar que a universalização da PrEP não depende apenas de sua oferta formal, mas da transformação das racionalidades que a sustentam. Pensar a prevenção além do fármaco é, portanto, um gesto ético-político: exige o reconhecimento das diferenças, o enfrentamento das desigualdades e a recusa da redução da vida ao seu mínimo biológico, bem como a consideração de fatores socioestruturais que são determinantes para o acesso e adesão à tecnologia preventiva.

HIV e AIDS: uma urgência que persiste entre promessas de fim e produção de espera

Em 2023, 39,9 milhões viviam com HIV e 1,3 milhão de novos casos foram registrados no mundo (Unaid, 2024). No Brasil, em 2023, foram notificados 46.495 novos casos de HIV, 4% a mais que em 2022, que se concentraram em sua maioria entre pessoas de 20-34 anos (Brasil, 2024). A epidemia continua a atingir, de forma desproporcional, pessoas negras: 49,7% das notificações ocorreram em pessoas

pardas e 13,5% em pessoas pretas. Em relação às práticas sexuais, 53,6% das infecções ocorreram entre homens que fazem sexo com homens (HSH) (Brasil, 2024). Ainda que a epidemiologia e a biomedicina forneçam dados e tecnologias fundamentais para o enfrentamento da epidemia, é insuficiente compreendê-la apenas por esses parâmetros. Como apontaram Moraes e Carrara (1985), a AIDS é também um problema social e cultural, um campo atravessado por discursos, práticas de estigmatização e políticas de controle.

As estratégias globais de resposta à epidemia têm oscilado entre o investimento em tecnologias biomédicas e os apelos por justiça social. A meta 95-95-95 proposta pela Unaid — 95% das pessoas com HIV diagnosticadas, 95% dessas em tratamento e 95% com carga viral indetectável até 2030 — é apresentada como um marco promissor. Contudo, fatores estruturais como pobreza, discriminação, violência e precariedade dos serviços de saúde colocam em xeque a viabilidade dessa promessa, especialmente em países como o Brasil, onde os retrocessos nas políticas públicas de saúde têm sido significativos (Unaid, 2024).

Historicamente, a AIDS tem sido atravessada por narrativas de medo, moralização e estigma. A esse respeito, Calazans, Parker e Terto Jr. (2022) propõem uma leitura da história da AIDS a partir de “ondas” sucessivas: a primeira, marcada pela crise e resistência (1981–1991); a segunda, pela construção de uma resposta global e luta por acesso aos antirretrovirais (1991–2001); a terceira, pela rebiomedicalização e institucionalização da resposta ao HIV (2001–2011), bem como pelo esvaziamento do movimento social afetando os investimentos para as ONGs, parte importante no tratamento e cuidado de HIV e AIDS; a quarta, pelo discurso do “fim da aids” (2011–2020); e a quinta, iniciada em 2020, tensionada pela pandemia de Covid-19 e pela retração global dos investimentos, especialmente nos países do Sul Global. Essa última fase marca não apenas a fragilidade das promessas de erradicação, mas também um retrocesso político no campo da prevenção e do cuidado. É também na quinta onda que a PrEP aparece como expressão máxima do “triumfalismo biomédico”, isto é, da prevenção baseada em modelos biomédicos que ignoram fatores socioestruturais e comportamentais previstos na PC. Como forma de ação contrária a esse movimento, é necessário apoiar e situar os resultados dos estudos clínicos randomizados em um contexto de redução das infecções, dos baixos investimentos em prevenção e da busca por soluções que desconsideram direitos fundamentais (Nguyen *et al.*, 2011).

A ascensão conservadora da extrema direita no Brasil integra um movimento internacional (Alexander, 2019) e favoreceu a eleição de Bolsonaro, intensificando o desmonte de políticas voltadas a populações vulnerabilizadas. Em 2019, a resposta ao HIV/aids já se mostrava fragilizada e foi reordenada institucionalmente: o antigo Departamento de IST, HIV/aids e Hepatites Virais tornou-se subseção do Departamento de Doenças Crônicas e IST, com efeitos simbólicos e financeiros, da invisibilização da aids no organograma à restrição de kits e ao enfraquecimento da comunicação, incluindo apagamento de populações trans e HSH em campanhas (Nicolav, 2019; Agostini *et al.*, 2019). No mesmo período, o orçamento para campanhas de prevenção encolheu

de R\$ 14,8 milhões (2019) para R\$ 3,9 milhões (2020), acentuando a fragilização da política (Scheffer, 2022).

A Covid-19 amplificou a fragilidade já instalada: reconfigurou prevenção e cuidado em HIV/aids, gerou descontinuidade de serviços, barreiras à testagem, ao seguimento e à PrEP, e até o vencimento de contrato de exames (Paiva *et al.*, 2024); os indicadores refletiram o impacto com queda de 22,4% nos diagnósticos e aumento de 6,9% dos óbitos por aids por diagnóstico tardio (Andrade *et al.*, 2023), em um contexto em que “a aids perdeu a sua prioridade” (Calazans; Parker; Terto Junior, 2022, p. 213). Em 2021, a desorganização assistencial persistiu e a desinformação presidencial agravou o ambiente, com nova queda nos diagnósticos (-9,8%) e alta dos óbitos (13,9%), chegando a picos estaduais >87% (Paiva *et al.*, 2024; Andrade *et al.*, 2023). Em 2022, Andrade e colegas (2023) apontaram a necessidade de retomar ações programática, incluindo PrEP, e recompor serviços. Em 2025, a pausa da assistência externa dos EUA (PEPFAR/USAID) levou ao alerta da OMS para risco de desabastecimento de antirretrovirais em oito países e quedas imediatas em testagem e tratamento; no Brasil, projetos cofinanciados foram atingidos, como a suspensão e posterior retomada parcial do “A Hora é Agora” em Porto Alegre (WHO, 2025; AIDS MAP, 2025; Peixoto, 2025; Foster, 2025; Prefeitura de Porto Alegre, 2025). Em síntese, o desmonte internacional aprofunda o desmonte local, acelerando descontinuidades e estoques críticos sobre uma rede já fragilizada (Paiva *et al.*, 2024).

Esse quadro torna evidente que o enfrentamento do HIV e da AIDS extrapola o domínio puramente técnico da saúde pública e da epidemiologia: trata-se de uma questão profundamente política, ética e social, um marcador das vidas consideradas descartáveis. Em outras palavras, a resposta biomédica, embora indispensável, não esgota o problema; ao contrário, revela como o controle, a eficiência e a mensuração se articulam a interesses de mercado, à moral sexual e à gestão neoliberal da vida. A partir dessa constatação, abre-se o terreno para uma análise crítica mais ampla, capaz de situar o HIV e a AIDS no cruzamento entre ciência, política e moralidade.

É nesse cenário de promessas científicas, políticas regressivas e disputas sobre o valor das vidas que se insere o debate sobre biopolítica, Estado e biomedicalização da vida. A seguir, analisamos como esses três eixos estruturam a resposta contemporânea à epidemia e contribuem para compreender os novos dispositivos de regulação da sexualidade, entre eles, a própria PrEP.

Tecnopolíticas da Prevenção

As formas de exercício do poder, segundo Michel Foucault (2008), se reconfiguram historicamente em técnicas e tecnologias distintas (soberania, disciplina e governo) que operam simultaneamente sobre os corpos e sobre as populações. Nesse contexto, a biopolítica emerge, a partir do século XVIII, como uma racionalidade governamental cujo alvo não é mais o indivíduo isolado, mas a vida em escala populacional, regulada

por meio de mecanismos estatísticos e dispositivos de segurança. A partir de “A vontade de saber” (2015), Foucault desloca o foco da disciplina corporal para a gestão da vida, estabelecendo o que chama de “estatização do biológico” — um processo em que a vida passa a ser mensurada, prevista e administrada.

Quatro categorias operatórias — caso, risco, perigo e crise — organizam essa mentalidade de governo (Foucault, 2008) que se aplica também à saúde. Na resposta à epidemia de HIV e AIDS, essas categorias se concretizam em estratégias como a PrEP, que articula risco e prevenção de forma calculada, com base em identidades, comportamentos e exposições consideradas de “alto risco”. A profilaxia torna-se, assim, um vetor privilegiado da biopolítica: ao mesmo tempo que protege, classifica e normaliza.

É no aprofundamento contemporâneo dessa lógica que emerge um novo paradigma: o da biomedicalização da prevenção. Clarke *et al.* (2003) mostram que não se trata apenas da extensão da medicalização, mas de sua reconfiguração por meio de tecnologias biomoleculares, genômicas e digitais que transformam tanto o corpo quanto os modos de viver. A PrEP se insere nesse contexto ao transformar o risco em uma condição permanente e o tratamento em um gesto preventivo: ela medicaliza o “ainda não doente” e inscreve o cuidado em uma economia da antecipação.

Essa transformação produz um ideal de corpo saudável, cuja manutenção exige vigilância constante e adesão a protocolos cada vez mais personalizados. Como observam Zorzanelli e Cruz (2018), a medicina passa a operar como elo entre o poder disciplinar e o de regulamentação, produzindo sujeitos que devem responsabilizar-se por sua própria normalidade. A sexualidade, nesse cenário, torna-se um ponto estratégico: ao mesmo tempo individual e populacional, ela é objeto de interdições, prescrições e monitoramento - um terreno biopolítico por excelência.

A lógica da prevenção baseada na PrEP evidencia essa reconfiguração. Não se trata mais apenas de evitar o contágio, mas de transformar a gestão do risco em um modo de vida: tomar o comprimido, realizar exames periódicos, monitorar exposições e aderir a regimes médicos se tornam práticas ordinárias de subjetivação. Nessa configuração, “o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera pela consciência ou ideologia, mas começa no corpo, no biológico, no somático” (Foucault, 1979, p. 80), de maneira tal que “cada um se submete voluntariamente a uma ascese, seguindo um preceito científico estético” (Pelbart, 2013, p. 23). O cuidado torna-se terapêutico, mas também normativo; protetivo, mas também classificatório. O risco, neste caso, é tanto biomédico quanto moral.

Essa dinâmica se intensifica na medida em que ciência e tecnologia se fundem estruturalmente no que Lesteime (2011) chama de tecnociência. Desde a Segunda Guerra Mundial, especialmente, ciência e indústria passam a operar sob os mesmos imperativos: eficiência, produtividade, aplicabilidade. A biologia, a farmacologia e a medicina tornam-se indissociáveis de interesses econômicos e militares, consolidando um modelo no qual a ciência é convocada a dar respostas imediatas a problemas populacionais (Schwartzman, 1989), inclusive a epidemias como o HIV.

Nesse arranjo, a vida é reduzida a seu mínimo biológico: força de trabalho, perfil estatístico, dado circulável. Agamben (2007), ao propor a noção de “vida nua”, retoma a distinção entre *zoé* e *bíos*³, mostrando como a política moderna captura o corpo biológico como objeto de regulação — não mais para qualificá-lo, mas para controlá-lo. A PrEP, nesse sentido, funciona como operador de fronteira: ela demarca quem deve ser protegido e sob que condições, com base em estatísticas, perfis e modelos de adesão.

Isso posto, a prevenção se torna ferramenta biopolítica por excelência: ao mesmo tempo que oferece proteção, também ordena, filtra e hierarquiza. A “vida nua” a que Agamben se refere, aquela que vive, mas não importa politicamente, encontra na profilaxia uma ambivalência: a PrEP pode funcionar tanto como um escudo quanto como um filtro, incluindo uns e excluindo outros, não por critérios morais explícitos, mas por racionalidades técnicas e médicas.

Essa redução da vida ao que ela tem de último (o corpo, o risco, a função) encontra eco também no sexo, que deixa de ser uma prática plural para tornar-se zona de gestão e classificação. Como argumenta Preciado (2014), o corpo contemporâneo é reduzido a zonas erógenas administráveis; como lembra Butler (2019), apenas algumas vidas sexuais são dignas de reconhecimento e luto. A PrEP, ao redefinir o sexo “seguro”, participa desse regime, transformando o prazer em um território tecnicamente controlável.

A forma de vida que emerge desse arranjo é marcada por controvérsias (Oliveira, 2022). Se, por um lado, a PrEP normaliza condutas e impõe rotinas, por outro, ela abre possibilidades de reinvenção: sujeitos que aderem ao cuidado biomédico também o ressignificam como exercício de prazer, pertencimento e dissidência. A PrEP, portanto, é tecnologia de normalização, mas também espaço de disputa.

Foucault (2008) nos lembra que os dispositivos de segurança não apenas governam, mas também produzem sujeitos que se governam, o que, portanto, podem subverter, negociar, resistir. A prevenção, nesse sentido, não é apenas imposição, mas campo de tensão entre o controle e o desejo, entre a normalização e a invenção. A PrEP é simultaneamente um dispositivo de regulação e catalisadora de formas de vida que escapam à norma.

Dispositivo da AIDS: entre o medo e o desejo

A AIDS não se configura apenas como uma doença, mas como um dispositivo, nos termos de Michel Foucault (1995, p. 244), um “conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas”. É nessa rede entre o dito e o não dito que se articulam os elementos que passaram a regular os corpos e os desejos no contexto da epidemia.

³ Para Agamben (2007), *zoé* - a vida qualificada, elevada, espiritual; *bíos* - a vida restrita ao biológico, à existência mundana.

Até os anos 1960, a sexualidade era regulada por um forte código moral autoritário (Weeks, 2010), estruturado pelo dispositivo da sexualidade. As décadas de 1970 e 1980 testemunharam avanços políticos conquistados por movimentos sociais, como o feminismo e o movimento gay, resultando, por exemplo, na retirada da homossexualidade da lista de doenças mentais pela Associação Psiquiátrica Americana em 1973 (Pelúcio; Miskolci, 2009). Essa abertura política e cultural possibilitou a emergência de novos modos de vida, de sociabilidade e de exercício do prazer, especialmente nas grandes metrópoles.

Perlongher (1987) observa que, com a formação dos guetos gays, instala-se a sensação de uma integração na “normalidade ampliada”, marcada por espaços de liberdade sexual e práticas corporais dissidentes: bares, saunas, *darkrooms*, *glory holes*, bem como um novo regime de visibilidade dos desejos. Essa nova configuração permitiu não apenas “falar do sexo”, mas também instituir novas formas de experimentar e confessar a sexualidade. “Antes os anormais estavam fora: fora da família e fora do consultório. Agora já pode entrar e receber conselhos” (Perlongher, 1987, p. 74).

É nesse refluxo da revolução sexual que se instala o dispositivo da AIDS — não apenas como resposta sanitária a uma epidemia, mas como reorganização moral da sexualidade. A doença torna-se ponto de articulação entre discursos médicos, religiosos, legais e midiáticos. Como afirmam Pelúcio e Miskolci (2009), a epidemia da AIDS reforça a patologização das dissidências, reatualizando o imaginário do desvio como perigo coletivo. O dispositivo opera, portanto, como tecnologia de subjetivação, reconfigurando os sentidos do risco, da norma e da identidade, criando sujeitos cujas práticas sexuais são atravessadas pelas moralidades, levando ao medo.

O discurso da prevenção, centrado inicialmente na camisinha, funciona não só como uma orientação técnica, mas como um marcador moral, isto é, a expressão de uma “etiqueta sexual” (Weeks, 1995, p. 147, tradução nossa) moralizante. O preservativo adquire, então, um papel disciplinador no dispositivo da AIDS: seu uso é moralmente exigido, e sua recusa implica irresponsabilidade, risco e desvio. A sexualidade, nesse contexto, é mantida sob vigilância contínua, articulando saber médico, racionalidade estatística e apelos à responsabilidade individual. Essa racionalidade produz sujeitos preventivos, gestores de sua própria exposição, portadores de um dever moral de cuidar de si como forma de proteger os outros (Pelúcio; Miskolci, 2009).

A introdução da PrEP transforma essa lógica preventiva baseada apenas na camisinha, sem dissolvê-la. Em um primeiro momento, ela é incorporada ao dispositivo da AIDS como ferramenta biomédica de gestão do risco, deslocando a camisinha como símbolo exclusivo de possibilidade preventiva. No entanto, a possibilidade do sexo sem preservativo passa a ser atravessada pela não recomendação ou não prescrição da tecnologia por profissionais de saúde, informada por crenças e atitudes desses profissionais (Batista, 2017; Cerqueira, 2019; Lamônica *et al.*, 2023; Antonini *et al.*, 2023). Na lógica do dispositivo da AIDS, o estigma relacionado ao HIV afeta os usuários da PrEP ou pessoas que estão interessadas nela, o que impacta tanto a busca por serviços quanto a adesão (Pena *et al.*, 2023; Avelino *et al.*, 2024; Duarte, *et al.*, 2024). Além do estigma, há também processos de transfobia e homofobia relatados principalmente no

caso de adolescentes e jovens homens que fazem sexo homens e adolescentes homens trans (Urbano *et al*, 2024). Destaca-se que todos esses estudos representam cenários locais e/ou centros de atendimento. Não existem dados nacionais que mostrem essas práticas em um cenário global e, naturalmente, em um país continental como o Brasil, elas podem ser diferentes em diversas esferas; observa-se, também, a invisibilização na mídia jornalística nacional (Costa, 2019); e nas campanhas governamentais (2016–2019), que a reduziram a uma lógica biomédica, tecnicista e individualizante (Mora; Nelvo; Monteiro, 2022), além de comunicação fragmentada e atravessada por resistências morais, com baixa visibilidade pública e pouca atenção aos contextos socioculturais das populações-chave (Mora; Monteiro, 2025).

Essa controvérsia revela que, mesmo diante de novas tecnologias, o dispositivo da AIDS segue operando por meio da repatologização das práticas sexuais, principalmente as homossexuais, mas, em menor grau, também as heterossexuais. Como mostram Pelúcio e Miskolci (2009), mesmo com o avanço biomédico, a prevenção continua funcionando como um campo de disputa entre normas morais e práticas de liberdade. A camisinha é exaltada como prática responsável; a PrEP, como artifício que ameaça a moral preventiva. O sexo sem camisinha, mesmo quando as pessoas fazem uso de outras práticas preventivas, é lido como desvio, uma ameaça simbólica, mais do que sanitária. Esse deslocamento revela como a governamentalidade da prevenção opera por epidemias de significado e regimes de respeitabilidade sexual, reatualizando estigmas sob roupagens tecnocientíficas.

No entanto, a PrEP também reconfigura os limites do dispositivo: ela amplia as possibilidades de exercício do desejo, permitindo formas de prazer que não se subordinam ao medo e à culpa. Essa reconfiguração não é total, nem isenta de controle, mas abre espaços de negociação. A PrEP produz sujeitos, demandas e disputas, e inaugura formas de vida marcadas pela adesão biomédica, mas também pela possibilidade de reinvenção do sexo seguro, da autonomia afetiva e da construção de comunidades de cuidado que escapam à institucionalidade (Oliveira, 2022).

A forma de vida que emerge da tecnologia preventiva é controversa: ao mesmo tempo normalizadora e subversiva. Como nos lembra Foucault (2008), os dispositivos não apenas impõem condutas, mas também produzem resistências. A PrEP é, assim, parte do dispositivo da AIDS, mas também sua dobra crítica: reinscreve o risco em outra gramática de cuidado, prazer e sensação de segurança e reposiciona as pessoas em relação às escolhas dos modos de se proteger do HIV com base nos seus contextos de vida.

A PrEP e um “museu de grandes novidades”

A eficácia da PrEP, desde que haja adesão mínima, foi comprovada a partir de vários ensaios clínicos randomizados, realizados em diversas populações, que embasaram a recomendação da profilaxia em 2015 e reforçada como possível solução

para redução dos novos casos de HIV em 2022 (WHO, 2025, 2022). Essa diretriz marca o início de uma trajetória global de aceleração biomédica na prevenção ao HIV, na qual os avanços tecnológicos muitas vezes superam nossa capacidade de refletir criticamente sobre seus efeitos políticos, subjetivos e socioestruturais.

Com base nessas evidências, o Brasil tornou-se, em 2017, o primeiro país da América Latina e Caribe a incorporar a PrEP no sistema público de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) (Murphy *et al.*, 2023). voltada inicialmente a populações-chave como HSH, pessoas trans, profissionais do sexo e parcerias sorodiferentes. Nesse momento, a adesão era um dos principais desafios para a efetividade da estratégia, uma vez que a eficácia da PrEP, segundo os dados disponíveis, dependia da ingestão diária da medicação. Esse modelo impunha um duplo deslocamento de responsabilidade para o indivíduo: primeiro, era necessário saber da existência da PrEP; depois, engajar-se cotidianamente em seu uso — configurando uma responsabilização neoliberal da prevenção. Nesse contexto cada pessoa é informada, racional, capaz e responsável por escolher a melhor forma de prevenção e suas formas de administração, eximindo do Estado a responsabilidade por questões sociais e estruturais presentes na sociedade (Adam, 2005, 2006; Seffner, Parker, 2016; Aggleton; Parker, 2015).

Em 25 de maio de 2017, o Ministério da Saúde oficializou a incorporação da PrEP; em dezembro do mesmo ano, publicou-se o primeiro Protocolo de Diretrizes Clínicas e Terapêuticas (PCDT), que formalizou e normatizou sua implementação como política pública no SUS, a partir de critérios de diagnóstico, posologia, controle clínico e acompanhamento terapêutico (Brasil, 2017). Inicialmente restrito a 7 mil kits mensais em 12 cidades, o protocolo priorizava populações-chave e estabelecia um itinerário terapêutico com retornos a cada três meses, testagens regulares e aconselhamento em PC (Brasil, 2017). Mesmo reconhecendo a importância da PC, o foco do documento ainda recaía sobre aspectos biomédicos e comportamentais, com pouca articulação com os determinantes sociais do HIV. O protocolo evidenciava um modelo de saúde centrado na elegibilidade individual e na regulação clínica, reforçando um entendimento tecnocrático da prevenção.

Em 2020, os estudos de fase 3 HPTN 083/084 demonstraram que o cabotegravir injetável de longa duração, administrado bimestralmente, era 79% mais eficaz do que a PrEP oral diária — sobretudo por não depender da adesão cotidiana à medicação. Em 2021, os primeiros dados nacionais reforçavam a efetividade do modelo: 43.843 pessoas haviam recebido PrEP ao menos uma vez, sendo que 75% seguiam em uso até dezembro, com redução de 24,5% nas infecções entre populações-chave (Silva *et al.*, 2024; Brasil, 2022). Esses dados, no entanto, devem ser interpretados à luz de uma crítica fundamental: à medida que a tecnologia se torna mais eficiente, também se intensifica a lógica da prevenção delegada ao fármaco, invisibilizando outras formas de cuidado e obscurecendo desigualdades no acesso.

Em 2022, foi lançado o segundo PCDT da PrEP. Com base em dados epidemiológicos que indicavam o aumento das infecções entre jovens de 15 a 29 anos, o documento ampliou o acesso à profilaxia para qualquer pessoa sexualmente ativa a partir de 15 anos e com peso acima de 35 kg, desde que inserida em contextos de risco

aumentado. Essa ampliação reflete uma mudança de paradigma: da elegibilidade por grupo populacional para a autorreflexão sobre o risco. Ao mesmo tempo, atualiza a lógica da responsabilização, transferindo ao indivíduo o dever de avaliar sua exposição e buscar a profilaxia por conta própria. A atualização também incluiu a dose de ataque no primeiro dia e manteve o modelo de uso contínuo.

No ano seguinte, em 2023, a Nota Técnica nº 8/2023 oficializou a PrEP sob demanda, restrita a práticas sexuais anais e a um recorte específico de identidade de gênero. Baseada no modelo 2+1+1 do estudo IPERGAY, a estratégia foi saudada como alternativa flexível para pessoas com baixa frequência sexual. Contudo, a exigência de planejamento e compreensão precisa da posologia reforça as desigualdades cognitivas e estruturais no acesso, criando uma ilusão de escolha onde, muitas vezes, há apenas exclusão disfarçada de racionalidade técnica.

Ainda em 2024, o lenacapavir (LEN) desponta como um marco na história da prevenção biomédica: trata-se da primeira injeção de ação ultraprolongada (semestral ou anual) com eficácia de até 100% nos estudos PURPOSE 1 e 2, realizados com mais de 8.500 participantes em contextos de alta incidência de HIV (Goswami; Veeramachaneni; Masurkar, 2025). Reconhecido como o “*Avanço Científico do Ano*” pela revista Science (2024), o fármaco representa o ápice da racionalidade tecnocientífica: prevenção contínua, independente da adesão diária, baseada na inibição do capsídeo viral. No entanto, esse avanço expõe as assimetrias da inovação biomédica. Produzido pela Gilead Sciences e com custo estimado de US\$ 42.250 por paciente/ano, o medicamento está fora do alcance de países de renda média como o Brasil, excluído dos acordos internacionais de licenciamento para genéricos (Garcia, 2025).

Embora cerca de 120 países de baixa renda tenham acesso a versões genéricas por valores entre US\$ 100 e 200 anuais, o Brasil permanece no limbo regulatório, dependente de negociações com a farmacêutica ou de uma política ativa de licenciamento compulsório. Assim, o LEN materializa, de forma contundente, os limites da promessa de universalização: enquanto simboliza o ideal técnico da prevenção farmacológica, permanece inacessível para as populações-chave que mais necessitam. Mais do que um avanço, torna-se um artefato de exclusão, reafirmando a crítica de que a prevenção, sob o regime da tecnociência, opera também como dispositivo de desigualdade.

A TelePrEP, conforme os PCDT, organiza o seguimento remoto por fluxos clínicos padronizados e preserva a atenção presencial quando necessário (Brasil, 2025a; Brasil, 2024). Em serviço de grande porte no Rio de Janeiro, a telemedicina reduziu o tempo de permanência e assegurou a continuidade da PrEP com prescrição digital e autotestes de HIV durante a pandemia (Hoagland *et al.*, 2020). Em estudo qualitativo multicêntrico, usuários relataram maior conveniência, autonomia e redução de estigma (Santos *et al.*, 2025). No mesmo estudo, profissionais apontaram riscos de perda de vínculo e subdiagnóstico de IST e defenderam protocolos e capacitação para manter a qualidade assistencial (Santos *et al.*, 2025).

A implementação da TelePrEP depende de condições materiais de conectividade e letramento digital (NIC.br, 2025). Há ainda variação na capacidade de gestão local, com efeitos na organização do cuidado (SANTOS *et al.*, 2025). Embora 83% dos domicílios

tenham internet e 84% da população utilize a rede, o acesso é majoritariamente móvel (60%), com custo e qualidade desiguais (57% utilizam planos pré-pagos) e baixos índices de “conectividade significativa”⁴ (34% nos níveis econômicos mais baixos e 22% nos mais altos), especialmente em áreas rurais e entre grupos de menor renda e escolaridade (NIC.br, 2025). Essas limitações afetam etapas centrais do modelo, como videochamadas, uso de plataformas, envio de exames e renovação de receitas (NIC.br, 2025).

A normatização da TelePrEP amplia o acesso formal e autoriza o uso de modalidades remotas no SUS (Brasil, 2025a; Brasil, 2024). A continuidade do cuidado pode ser sustentada por teleatendimento com prescrição digital e autotestes (Hoagland *et al.*, 2020). A efetividade, contudo, permanece condicionada por assimetrias digitais (NIC.br, 2025) e por capacidades organizacionais locais (Santos *et al.*, 2025). Sem contrapesos de equidade, há risco de reproduzir perfis já privilegiados e de padronizar práticas que fragilizam dimensões do vínculo clínico (Santos *et al.*, 2025).

É nesse ponto que os PCDTs se tornam fundamentais: eles não apenas operacionalizam a oferta da PrEP no SUS, mas traduzem, em linguagem normativa, as racionalidades políticas e clínicas que orientam a governança da prevenção. À luz dessa chave analítica, passamos dos enunciados normativos aos padrões documentados de prevenção: o comparativo dos PCDT-PrEP (2017/2022/2025) permite ver como risco, elegibilidade e adesão produzem condutas, estratificam o acesso e moldam os sentidos da prevenção, os itinerários terapêuticos e as práticas de normalização que emergem no campo do HIV ao longo do tempo.

A normalização como dispositivo de poder: os PCDTs e a produção de condutas na política da PrEP

A PrEP, enquanto política pública ancorada na biomedicina, se insere no que Michel Foucault (2008) define, no contexto da sociedade biopolítica, como técnica de normalização. Nesse regime, os mecanismos de poder não operam apenas pela imposição de leis fixas ou normas disciplinares, mas sobretudo pela administração do normal, isto é, pela produção de condutas aceitáveis a partir da média estatística dos comportamentos populacionais. Como destaca o autor, “nas disciplinas o normal funciona como norma, o que significa que é uma prescrição; na segurança, o normal é a média, é aquilo que resulta de um estado dado da população” (Foucault, 2008, p. 64). O dispositivo de segurança atua, portanto, não para suprimir o risco, mas para regulá-lo, promovendo ajustes constantes a partir da observação dos fenômenos que acontecem na população real.

A linguagem normalizadora dos PCDTs da PrEP materializa essa lógica, ao articular risco, elegibilidade e adesão instituindo o normal e a média, na medida em

⁴ Conectividade significativa designa um acesso que vai além de estar conectado, envolvendo qualidade da conexão, custo, tipo de dispositivo, frequência de uso e habilidades digitais, permitindo uso efetivo das tecnologias (NIC.br, 2025).

que o objetivo não é que todas as pessoas utilizem a profilaxia, mas que a população mais vulnerável à infecção a utilize.

No PCDT de 2017, a elegibilidade à PrEP estava estritamente vinculada a práticas sexuais específicas, como sexo anal ou vaginal sem preservativo, histórico de IST ou uso repetido de PEP, e a identidades historicamente associadas à vulnerabilidade ao HIV, como homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans, profissionais do sexo e parcerias sorodiferentes (Brasil, 2017). Assim, a profilaxia se organizava a partir de uma lógica de exceção: o acesso dependia da inscrição do risco no corpo do sujeito, por meio da confissão clínica da identidade e das práticas sexuais. Nesse regime, declarar o desvio era condição para a proteção. O cuidado tornava-se privilégio de quem se reconhecia e era reconhecido como fora da norma populacional da sexualidade segura e heterossexual. A normalização se impunha, portanto, pela delimitação da fronteira entre os corpos passíveis ou não de serem protegidos, reatualizando a noção de “populações sob maior risco” que repatologiza sujeitos de sexualidades dissidentes (Pelúcio; Miskolci, 2009).

A atualização de 2022 reconfigura o dispositivo da prevenção, substituindo a lógica da puramente baseada na confissão pela da gestão de si. A elegibilidade passa a incluir adolescentes a partir de 15 anos, e os critérios deixam de se referir exclusivamente à identidade, incorporando “contextos de risco” e enfatizando o gerenciamento individual da exposição (Brasil, 2022). A passagem de identidades a contextos amplia formalmente o público, mas mantém rotinas e competências programáticas como pré-condições de acesso. A figura do sujeito confessor cede lugar ao sujeito gestor, que deve demonstrar motivação, capacidade de adesão e compreensão sobre a profilaxia. A linguagem do protocolo convoca o indivíduo a internalizar a lógica da vigilância: ele torna-se simultaneamente o gerente e o fiscal de si mesmo. A normalização opera, assim, como técnica de subjetivação e forma de atuação do Estado sobre corpos e práticas, produzindo sujeitos compatíveis com o modelo de prevenção fundado na disciplina clínica e no cálculo racional da proteção. O Estado, aqui, “atua uma matriz de individualização ‘sobre’ a qual cada um tem construída a sua subjetividade, vive sua vida e pratica suas ações” (Veiga-Neto, 2003, p. 145).

No PCDT de 2025, esse processo se intensifica. O texto substitui o apelo à identidade por uma gramática biomolecular: a elegibilidade é associada a “vulnerabilidades acrescidas”, calculadas a partir de dados epidemiológicos, prevalências locais e projeções populacionais, conforme determina o PCDT (Brasil, 2025). A gramática biomolecular/estatística desloca a decisão para probabilidades populacionais, reforçando a clínica como instância de triagem e seleção. Embora o processo de confissão das “práticas de risco” permaneça tanto nas instâncias da consulta presencial quanto nas da TelePrEP, o documento introduz dimensão fundada na estimativa: o processo biopolítico passa a operar pela estatística, administrando a população segundo probabilidades e futuros projetados. A prevenção deixa de agir apenas sobre o risco confessado para incidir sobre o risco calculado. Assim, o controle biopolítico é atualizado sob a forma de um gerenciamento técnico, em que a padronização e o cálculo substituem progressivamente a dimensão relacional do cuidado (Brasil, 2025).

A clínica opera como instância de decisão amparada por modelos e estimativas sobre quem deve ser protegido. O sujeito é convertido em cifra: uma estimativa epidemiológica que define quantas pessoas precisam usar PrEP para mitigar a epidemia em “populações-chave”, transformando vidas em números disponíveis no Painel PrEP e nos Boletins Epidemiológicos.

Desde a consolidação da vigilância epidemiológica, o Estado gere populações por meio da coleta e do cálculo de dados: traço constitutivo da biopolítica. O que se intensifica no contexto da saúde digital é o processo de dataficação e quantificação do cuidado, que precede e sustenta iniciativas como a TelePrEP (Modolo; Carvalho; Dias, 2023). No plano macro, a Estratégia de Saúde Digital (ESD 2020–2028) e a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) reconfiguram a infraestrutura informacional do SUS, conectando sistemas e atores para garantir a continuidade do cuidado e a governança do fluxo assistencial (Brasil, 2020). Sobre esse circuito de dados, algoritmos de aprendizado de máquina e de aprendizagem profunda reconhecem padrões epidemiológicos e clínicos, alimentando modelos preditivos e sistemas de apoio à decisão que orientam a priorização, os encaminhamentos e a gestão de riscos (NIC.br; Cetic.br, 2024; Modolo; Carvalho; Dias, 2023). Em termos foucaultianos, trata-se da automação da biopolítica e do biopoder em um “encontro estrutural e estruturante da biopolítica e do biopoder na transformação digital da saúde” (Modolo; Carvalho; Dias, 2023). Nesse regime, a normalização assume forma abstrata e tecnicizada: os corpos desaparecem sob perfis estatísticos, e a política de cuidado se converte em engenharia populacional.

A regulação da temporalidade dos corpos, por meio do calendário de exames e consultas, também opera como instrumento de normalização. Desde o primeiro protocolo, há exigências de retornos regulares, testagens periódicas para HIV, sífilis e hepatites, além do acompanhamento da função renal, todos registrados em questionários que compõem bancos de dados do SUS e quantificam a relação sistema de saúde-paciente-prevenção. Em 2025, o intervalo entre consultas é ampliado, mas a exigência de controle permanece, com novas formas de monitoramento como autotestes ou teleatendimento.

A adesão ao protocolo é, portanto, também uma adesão à normalidade. Ela se mede não apenas pela ingestão correta dos comprimidos, mas pela incorporação de uma rotina preventiva — resultado de uma prática de subjetivação que se exerce sobre os corpos. Por outro lado, essa mesma regularidade coloca uma questão: as consultas inserem as pessoas “em PrEP” no SUS, criando a possibilidade de acesso a outros serviços disponíveis. À medida que esse espaço presencial diminui ou desaparece, como ocorre na TelePrEP, reduzem-se também as oportunidades de contato e cuidado ampliado. Esse efeito é especialmente grave para pessoas trans, travestis e negras, cujos acessos aos serviços de saúde já são historicamente negados.

Embora os PCDTs descrevam de forma clara e abrangente as estratégias de PC, a operacionalização e a difusão dessas ações são remetidas às instâncias subnacionais do SUS, ficando a popularização e a distribuição cotidianas sob responsabilidade de estados e municípios (Brasil, 2017; Brasil, 2022; Brasil, 2025). Nessa arquitetura de

gestão, os documentos clínicos mantêm a PrEP como eixo normativo de acesso e seguimento, enquanto a implementação ampliada da prevenção combinada depende da capacidade organizativa e das prioridades locais das redes de atenção, inclusive quando orientam modalidades como TelePrEP, ações extramuros e distribuição territorializada (Brasil, 2022; Brasil, 2025).

Dessa forma, a política da PrEP organiza-se como dispositivo de normalização que desloca o cuidado para o terreno da média e da probabilidade: elegibilidade, exames seriados, calendários de retorno e métricas de adesão compõem uma gramática que prescreve condutas e produz perfis prováveis de usuários. O itinerário normativo descrito pelos PCDTs — da ênfase em identidades e “práticas de risco” (2017), à gestão individualizada de “contextos de risco” (2022), e à linguagem de “vulnerabilidades acrescidas” ancorada em estimativas populacionais (2025) — converte o sujeito em unidade calculável e a prevenção em engenharia populacional (Brasil, 2017; Brasil, 2022; Brasil, 2025). Nesse arranjo, a clínica e as plataformas digitais do SUS operam como máquinas de triagem: fazem ver e governar o risco por meio de séries, tabelas e painéis, ao mesmo tempo em que estabilizam expectativas de quem deve aderir, como aderir e sob quais rotinas.

Essa arquitetura não apenas amplia o acesso no texto das normas; ela desenha um mapa social do acesso. Ao combinar critérios clínicos, rotinas de monitoramento e capacidades de oferta territorial, o dispositivo recorta aqueles que mais facilmente se ajustam às exigências (quem domina a linguagem da prevenção, consegue cumprir agendas e circula nos circuitos de cuidado) e exclui por fricção quem encontra barreiras informacionais, morais, socioeconômicas ou geográficas. É esse encontro entre normalização e desigualdade que se torna visível quando passamos dos enunciados aos dados de implementação.

Quem acessa, quem é deixado para trás: a PrEP e a reprodução das desigualdades

A análise dos PCDTs da PrEP evidencia que essa política de prevenção está profundamente enraizada em lógicas de normalização e racionalidades tecnocráticas. Contudo, para compreender os efeitos concretos dessa normatividade sobre os sujeitos, é fundamental observar não apenas o que os documentos prescrevem, mas quem de fato acessa a profilaxia no Brasil. Essa análise empírica permite explicitar limites materiais — nem todos têm acesso à política e busca-se uma curva biopolítica de normalidade ‘aceitável’ – de uma política que, embora formulada sob a promessa de universalidade, reproduz desigualdades históricas de raça, classe, gênero e território.

O Painel PrEP, plataforma do Ministério da Saúde que sistematiza dados de dispensação, revela uma distribuição profundamente desigual. Entre 2018 e 2023, período anterior à ampliação da PrEP como política universal no PCDT de 2022, a maior parte dos usuários da PrEP eram homens cisgêneros, brancos, com elevado nível

de escolaridade e residentes em grandes centros urbanos. Esses dados apontam para uma assimetria estrutural entre o discurso inclusivo da política pública e a realidade de seu acesso, revelando um paradoxo central: os grupos mais vulneráveis à infecção pelo HIV continuam sendo os menos contemplados pela estratégia biomédica de prevenção.

Dessa forma, a profilaxia passa a operar não como ferramenta de equidade, mas como marcador de privilégio: acessível preferencialmente àqueles com maior capital social, cognitivo e econômico. Essa lógica é o que Gaspar, Salway e Grace (2022) identificam como uma “moralidade da adesão”, na qual apenas os sujeitos considerados “bons candidatos” à PrEP (isto é, aqueles com maior probabilidade de adesão e estabilidade) são reconhecidos como merecedores de proteção, enquanto populações em situação de vulnerabilidade são descartadas sob o argumento de que não responderiam adequadamente à intervenção.

O marco de 2022, com a reformulação do PCDT, que amplia o acesso à PrEP para qualquer pessoa com mais de 15 anos e prioriza os jovens, representa uma inflexão na política. Entretanto, os dados revelam que essa ampliação formal não foi suficiente para alterar significativamente o perfil sociodemográfico dos usuários, nos últimos três anos. Antes de 2022, os dados indicavam que: 83,56% dos usuários eram gays e outros HSHs; 7,6% mulheres cis, 4,52% homens heterossexuais; 2,92% mulheres trans, 1,2% homens trans, 0,44% travestis e 0,14% pessoas não binárias. Em termos de escolaridade, 73,8% tinham mais de 12 anos de estudo; quanto à cor, 56,6% eram brancos, 30,8% pardos e 12,2% pretos. A maioria tinha entre 30 e 39 anos (45,16%), seguidos por 22,46% entre 40 e 49 anos, 17,78% entre 25 e 29 anos, 8,96% com 50 anos ou mais e apenas 5,6% entre 18 e 24 anos (Painel PrEP, 2025).

Após a ampliação da política, entre 2023 e 2024, observa-se um crescimento expressivo no número de pessoas em uso da PrEP – de 50.755 em 2022 para 122.501 em 2024. No entanto, o perfil dos usuários manteve-se relativamente estável: 77,55% seguem sendo gays e outros HSHs, 8,45% mulheres heterossexuais cis, 8,25% homens heterossexuais cis, 3,25% mulheres trans, 1,75% homens trans, 0,3% travestis e 0,45% pessoas não binárias; 68% têm mais de 12 anos de escolaridade; A distribuição racial é: 53,5% brancos/amarelos, 32,2% pardos e 13,5% pretos. Quanto à idade, 0,25% têm 18 anos ou menos, 12,2% entre 18 e 24 anos, 23,05% entre 25 e 29, 40,5% entre 30 e 39, 17,1% entre 40 e 49, e 6,9% com 50 anos ou mais (Painel PrEP, 2025).

As pessoas trans (homens e mulheres), ainda que reconhecidas como população-chave nos PCDTs, representaram em média apenas 5% dos usuários de PrEP entre 2018 e 2024. Isso expõe um hiato entre a elegibilidade formal e o acesso real à tecnologia, especialmente diante da alta prevalência de HIV nessa população e dos múltiplos fatores de vulnerabilidade: transfobia institucional, precariedade habitacional, racismo e barreiras nos serviços de saúde.

O recorte racial também evidencia a reprodução de desigualdades. Enquanto brancos são 53,5% das pessoas em PrEP, pessoas negras (pretas e pardas) somam 46,5%, número inferior à sua representação nas infecções por HIV. Segundo o Boletim

Epidemiológico de 2024, 63,2% dos casos notificados em 2023 ocorreram em pessoas negras, sendo 49,7% pardas e 13,5% pretas (Brasil, 2025).

Assim como apontado por Gaspar, Salway e Grace (2022) em nível internacional, no Brasil a política de PrEP tem favorecido os grupos historicamente privilegiados no acesso aos serviços de saúde, sobretudo homens brancos, gays ou HSH, de classe média e residentes em regiões metropolitanas — especialmente no Sudeste. Embora mulheres cis negras representem uma das populações mais vulnerabilizadas ao HIV, elas permanecem amplamente sub-representadas entre as usuárias da PrEP. Essa subutilização não decorre de suposta ‘baixa demanda’, mas de barreiras estruturais persistentes, como racismo institucional, sexismo, ausência de políticas de engajamento culturalmente sensíveis, e desigualdade no acesso a serviços de saúde qualificados (Magno, 2025).

Além do acesso inicial, os dados de descontinuidade indicam que populações com menor estabilidade material e social (como jovens negros, pessoas trans e mulheres cis em situação de vulnerabilidade) enfrentam obstáculos persistentes à permanência na profilaxia, entre eles: estigma, falta de acolhimento e ausência de percepção de risco, muitas vezes derivada de estratégias de comunicação biomédica descontextualizadas (Brasil, 2024b).

Reconfigurar a lógica de implementação da PrEP exige reconhecer o marco de 2022 não como ponto de chegada, mas como um desafio à altura da promessa de universalidade, princípio do SUS. Isso implica abandonar a centralidade da adesão individual e das métricas tecnocráticas, para construir políticas ancoradas na interseccionalidade, na justiça social e no cuidado situado.

A partir do PCDT de 2022, a proposta era a expansão e universalização da PrEP. Contudo, mesmo com maior oferta formal, o perfil de usuários permanece concentrado e as barreiras socioestruturais (locais de acesso, racismo e transfobia estruturais, comunicação eficaz) continuam sendo fatores que estratificam o acesso e a permanência, sobretudo entre populações negras, trans, periféricas e rurais. A ampliação quantitativa não eliminou o viés distributivo.

Assim, a partir das críticas à centralidade biomédica da PrEP e da proposta ético-política da vulnerabilidade formulada por Ayres (2003), um caminho possível para sua universalização passa por reconfigurar a lógica de implementação da profilaxia — hoje centrada na adesão individual e na tecnocracia clínica — em direção a práticas coletivas, interseccionais e contextualmente situadas de cuidado e prevenção.

Para isso, é necessário abandonar a suposição de que o acesso à PrEP depende apenas da “autonomia” e da “informação” do indivíduo e, em vez disso, incorporar na política pública as três dimensões da vulnerabilidade: individual, social e programática. No plano individual, é fundamental reconhecer os marcadores de desigualdade que moldam o risco e a prevenção: raça, gênero, classe, identidade de gênero e orientação sexual não são apenas características demográficas, mas operadores de exclusão. A PrEP, portanto, não deve ser ofertada apenas a quem já se percebe em risco, mas ampliada ativamente a quem historicamente tem sido excluído dos serviços de saúde por racismo institucional, transfobia, violência estrutural e desigualdade territorial.

No plano social, a universalização da PrEP requer redes comunitárias fortes, no marco da prevenção combinada, com pedagogias de cuidado enraizadas nos territórios e ações educativas culturalmente situadas. Por ‘ações educativas’ entendemos processos de PC em três planos interdependentes: (a) estrutural, com enfrentamento do estigma e da discriminação, garantia de acesso, acolhimento e proteção social; (b) comportamental, envolvendo literacia sexual e em saúde, negociação de práticas e acordos, apoio entre pares e aconselhamento e comunicação governamental efetiva, de grande alcance e que represente a população alvo; e (c) biomédico, que inclui PrEP (diária e sob demanda), PEP, testagem regular e articulação com o cuidado clínico. Nessa perspectiva, ‘universalização da PrEP’ significa oferta universal como direito e integração não hierárquica dessa tecnologia ao conjunto de estratégias, evitando seu emprego como eixo único de normalização do sexo e de gestão do risco.

No plano programático, a estrutura do SUS precisa ser adaptada para garantir não apenas o acesso formal à PrEP, mas também sua permanência entre populações vulnerabilizadas. Mesmo com a ampliação da distribuição na Atenção Primária a partir do PCDT de 2025, o acesso permanece concentrado em HSHs, brancos, com maior escolaridade e entre 30 e 39 anos. Isso requer capacitar profissionais de saúde para o atendimento de pessoas de sexualidade dissidente, ampliar ações extramuros e pontos alternativos de oferta, e fortalecer estratégias de comunicação que cheguem a públicos jovens e a territórios fora dos grandes centros urbanos.

Em síntese, superar o “triumfalismo biomédico” requer tratar a PrEP não como panaceia, mas como uma entre várias ferramentas de um projeto de prevenção ancorado em justiça social, direito à saúde e reconhecimento das diferenças. A verdadeira universalização implica acesso e permanência com equidade no marco da prevenção combinada, reconhecendo que nossas análises se situam no plano das prescrições e métricas que moldam modos de vida e práticas sexuais. Isso demanda recompor o ecossistema de cuidado: formação continuada de equipes (da recepção à prescrição), arranjos extramuros e pontos descentralizados de acesso, co-criação comunicacional com pares e coletivos, e integração da PrEP (diária/sob demanda) com testagem, PEP e redução de danos, sem hierarquias a priori. Do contrário, a política corre o risco de gerir o risco pela média e conservar as desigualdades pela exceção.

Considerações finais

A profilaxia pré-exposição (PrEP), ainda que consagrada como uma inovação biomédica de alta eficácia na prevenção ao HIV, revela dimensões que ultrapassam o campo estritamente clínico. Mais do que um avanço terapêutico, ela se constitui como um dispositivo de normalização do sexo e de subjetivação de condutas, reafirmando o poder da racionalidade tecnocientífica na governança da saúde sexual. A centralidade biomédica da prevenção manifesta-se não apenas na eficácia farmacológica, mas na forma como reconfigura os modos de vida, convertendo o risco em objeto de gestão

individual, o corpo em alvo de monitoramento contínuo e a sexualidade, especialmente as dissidentes, em território de controle moral e técnico.

Essa condição se expressa nas sucessivas atualizações dos PCDTs, na lógica de adesão meritocrática e nos dispositivos de triagem algorítmica que, ao invés de democratizarem o acesso, o filtram por critérios de elegibilidade cada vez mais abstratos e opacos. Como evidenciado ao longo do trabalho, essa medicalização da prevenção não é neutra, é atravessada por disputas de saber-poder, por desigualdades estruturais e por moralidades que classificam e hierarquizam práticas sexuais.

O LEN, última grande promessa da farmacologia preventiva, é um exemplo contundente dessa racionalidade: enquanto símbolo de uma suposta superação das barreiras da adesão, permanece inacessível à maioria dos países de renda média, como o Brasil, revelando que a inovação biomédica também pode operar como dispositivo de exclusão, decorrente de patentes e altos custos. Da mesma forma, a TelePrEP, embora amplie o acesso formal à profilaxia, pode precarizar vínculos clínicos e acentuar a padronização do cuidado; ademais, ao delegar implementação a estados e municípios, produz assimetrias técnicas, simbólicas e na execução, sobretudo considerando a crescente onda conservadora de governadores, prefeitos e vereadores em todo o país.

O discurso da liberdade sexual tem efeito desestigmatizante, mas seus resultados esbarram em mecanismos de acesso: os fluxos prescritos pelos PCDTs (elegibilidade, exames, seguimento, modalidades remotas), as competências informacionais e as condições socioespaciais (organização local da oferta, capilaridade de pontos de acesso, políticas subnacionais). A liberdade que se anuncia é mediada: possível, porém condicionada por arranjos clínicos, comunicacionais e estruturais que definem quem acessa, como e em que condições permanece em cuidado.

Ao longo do artigo, evidenciamos a interpelação dos usuários à posição de “sujeito preventivo” (responsável, aderente, automonitorado), visível em protocolos, diretrizes e métricas públicas. Esse processo é subjetivante à medida que convoca ao autogoverno e normaliza o sexo segundo dispositivos institucionais. Não descrevemos experiências vividas — limite assumido desta pesquisa —; circunscrevemos a análise ao plano enunciativo e normativo.

Sem negar a eficácia da PrEP, problematizamos seus efeitos simbólicos, políticos e subjetivos. A Prevenção Combinada, concebida para articular dimensões biomédicas, estruturais e comportamentais, vem sendo esvaziada por uma prevenção tecnocêntrica, verticalizada e capturada por racionalidades individualizantes traços de uma gestão neoliberal da vida.

Reimaginar a prevenção requer reposicionar a PrEP em um ecossistema ampliado de cuidado que articule escuta, acolhimento, justiça social e reconhecimento das diferenças. É necessário incorporar a perspectiva da vulnerabilidade, como formulada por Ayres (2022), que compreende o risco não como escolha individual, mas como produto de contextos intersubjetivos, sociais e programáticos. Recolocar no centro do debate as experiências, afetos e vozes das populações-chave, especialmente aquelas historicamente silenciadas ou estigmatizadas, é fundamental para reverter a lógica da vida nua e afirmar o direito a uma vida vivível, plena e politicamente reconhecida. Ao

condicionar a proteção à observância de rotinas clínicas e informacionais, a política da PrEP subjetiva e seleciona. Quem cumpre permanece protegido; quem não cumpre é excluído por fricção do circuito preventivo — efeito de um dispositivo que governa pela média e regula a sexualidade por racionalidades tecnocientíficas.

Perspectivas futuras de pesquisa devem considerar os efeitos subjetivos e socioestruturais das novas tecnologias de PrEP, como o LEN e a TelePrEP, articulando suas promessas técnicas às formas de recepção, resistência e ressignificação por parte das populações usuárias. Também é urgente investigar o papel das tecnologias digitais e dos algoritmos nos regimes contemporâneos de cuidado e vigilância, bem como os atravessamentos interseccionais de raça, gênero, classe e território na experiência concreta da prevenção. Por fim, há espaço para aprofundar a compreensão sobre os usos táticos e micropolíticos da PrEP, explorando como sujeitos historicamente vulnerabilizados reconfiguram o cuidado como prática de resistência e afirmação de existência.

Referências

ANTONINI, M. et al. Barriers to Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) use for HIV: an integrative review. **Revista Brasileira De Enfermagem**, v. 76, n. 3, 1 jan. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0963>.

AVELINO, V. et al. Uso da profilaxia pré-exposição ao HIV por gays e homens que fazem sexo com homens. **Escola Anna Nery**, v. 28, 1 jan. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2024-0093pt>.

ALEXANDER, J. C. Frontlash/Backlash: The Crisis of Solidarity and the Threat to Civil Institutions. **Contemporary Sociology: A Journal of Reviews**, v. 48, n. 1, p. 5–11, jan. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1177/0094306118815497>.

AYRES, J. R. Vulnerabilidade, Cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe7, p. 196–206, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E714>.

BATISTA, A. T. Prevenir ou remediar? Atitudes dos profissionais de saúde frente à profilaxia pré-exposição ao HIV/AIDS. 2017. 127 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Centro de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

BRASIL. **Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 dez. 2011. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7646.htm. Acesso em: 1 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 abr. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm. Acesso em: 1 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONITEC. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT (página institucional)**. Publicado em: 30 maio 2023; atualizado em: 22 set. 2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas>. Acesso em: 1 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 21, de 25 de maio de 2017. Torna pública a decisão de incorporar o tenofovir associado a entricitabina (TDF/FTC 300/200mg) como profilaxia pré-exposição (PrEP) para populações sob maior risco de adquirir o vírus da imunodeficiência humana (HIV), no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1: Ministério da Saúde, Brasília, n. 101, p. 73, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2017/prto021_29_05_2017.html. Acesso em: 1 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SCTIE/MS nº 27, de 12 de junho de 2015**. Aprova o Fluxo de trabalho para elaboração e atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas no âmbito da CONITEC. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/legislacao/portaria27de2015_fluxotrabalho_elaboracaoeatuizacaoopcdt.pdf/view. Acesso em: 1 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Relatório de monitoramento de profilaxias pré e pós-exposição ao HIV 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2024/relatorio-de-profilaxias-prep-e-pep-2022.pdf/view>. Acesso em: 30 de maio de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim **Epidemiológico HIV/Aids 2024**. Dez de 2021. https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf/view. Acesso em: 1 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Nota Técnica

nº 8/2023-CGAHV/DCCI/SVS/MS: dispõe sobre recomendações e atualizações acerca do uso da profilaxia pré-exposição de risco à infecção pelo HIV (PrEP) oral, incluindo a modalidade “sob demanda”. Brasília, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-8_2023-cgahv_-dcci_svs_ms.pdf/view. Acesso em: 1 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. HIV/Aids – 2024. **Boletim Epidemiológico**, dez. 2024a. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf/view. Acesso em 25 de mai de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Departamento de Informática do SUS. Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf. Acesso em: 1 de outubro de 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 156, n. 95, p. 2, 20 maio 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9795.htm. Acesso em: 1 jun. 2025.

CALAZANS, G. J.; PARKER, R.; TERTO JUNIOR, V. Refazendo a prevenção ao HIV na 5ª década da epidemia: lições da história social da Aids. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 207–222, 20 mar. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E715>

CANCIAN, N. Ministério da Saúde retira do ar cartilha voltada para saúde do homem trans. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 4 jan. 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/01/ministerio-da-saude-retira-do-ar-cartilha-voltada-para-saude-do-homens-trans.shtml>. Acesso em: 1 jun. 2025.

CANCIAN, N. Política de prevenção a HIV não pode ofender as famílias, afirma novo ministro. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 31 dez. 2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/12/politica-de-prevencao-a-hiv-nao-pode-ofender-as-familias-afirma-novo-ministro.shtml>. Acesso em: 1 jun. 2025.

CARDOSO, Felipe Lopes Leite. **A construção do Estado de Bem-Estar Social no pós-guerra: o Plano Beveridge e a experiência britânica**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Relações Internacionais) – Universidade

Federal do Piauí, Teresina, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufpi.br/xmlui/handle/123456789/5522>. Acesso em: 3 jun. 2025.

CERQUEIRA, N. B. Atitudes e conhecimento dos médicos infectologistas sobre profilaxia pré-exposição do HIV. 2019. Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

CLARKE, A. E. et al. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. **American Sociological Review**, vol. 68, no. 2, 2003, p. 161-194. DOI: <https://doi.org/10.2307/1519765>.

COHEN, J. The long shot. **Science**, 14 dez. 2024. Disponível em: <https://www.science.org/content/article/breakthrough-2024>. Acesso em: 1 jul. 2025.

COSTA, S. L. M. Risco, biomedicalização e AIDS: cobertura jornalística sobre métodos biomédicos de prevenção ao HIV. 2019. 281 f. Tese (Doutorado em Informação, Comunicação em Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

DELEUZE, G. **Lógica do sentido**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

DUARTE, F. M.; BRASIL, S.; LIMA, M. VIDAL, J. S; Magno, L.; DOURADO I, et al. Risk and pleasure in the era of pharmacologically safe. *Rev. Saúde Publica*. 2024;58 Supl1:7s. DOI: <https://doi.org/10.11606/s15188787.2024058005962>

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

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. Sobre a história da sexualidade. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder** (pp. 243-276). Rio de Janeiro: Graal, 1995.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1995.

FOUCAULT, M. **Segurança, território e população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GARCIA, R. **HIV: os avanços da PrEP, o tratamento capaz de evitar a infecção (e como está a ideia de usar em grande escala no Brasil)**. O Globo, 28 de mar. 2025. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2025/03/28/hiv-os-avancos-da-prep-o-tratamento-capaz-de-evitar-a-infeccao-e-como-esta-a-ideia-de-usar-em-grande-escala-no-brasil.ghtml>. Acesso em: 1 jun. 2025.

GASPAR, M.; SALWAY, T.; GRACE, D. Ambivalence and the biopolitics of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) implementation. **Social Theory & Health**, 14 jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1057/s41285-020-00154-w>

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002

GOSWAMI, S.; VEERAMACHANENI, S.; MASURKAR, P. P. Lenacapavir for HIV PrEP: Narrative Review of Clinical Trials and Implications for Patient Access. **Current Treatment Options in Infectious Diseases**, v. 17, n. 1, 9 jan. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40506-024-00281-2>.

HOAGLAND, B. et al. Telemedicine as a tool for PrEP delivery during the COVID-19 pandemic in a large HIV prevention service in Rio de Janeiro-Brazil. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 24, n. 4, p. 360-364, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.05.004>.

INTERVOZES; CONAQ; MMTR/NE. Territórios Livres, Tecnologias Livres: mapeamento sobre Internet, TIC's e justiça socioambiental junto às comunidades rurais e quilombolas do Nordeste brasileiro. Dez. 2022. (Relatório de pesquisa).

LAMÔNICA, J. DE S. et al. Unwillingness to prescribe PrEP by health care professionals of specialized HIV/AIDS services in Northeastern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, p. e00121322, 27 mar. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN121322>.

LESTEIME, D. Ciencia y biopoder: del discurso científico a la instrumentalización biopolítica del saber. **Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia**, v. 11, n. 22, p. 47-55, 2011. DOI: <https://doi.org/10.18270/rcfc.v11i22.1708>.

MAGNO, L. A eliminação do HIV/aids depende de estratégias de prevenção e tratamento que enfrentem as iniquidades em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, n. 7, 1 jan. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT106825>.

MORA, Claudia; NELVO, Romário; MONTEIRO, Simone. Peças de comunicação governamentais sobre as profilaxias pré (PrEP) e pós-exposição (PEP) ao HIV (2016-2019): análise de seus conteúdos e circulação entre gays, mulheres trans/travestis e trabalhadoras sexuais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 31, n. 4, e210855pt, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210855pt>.

MORAES, C.; CARRARA, S. Um mal de folhetim. **Comunicações ISER**, ano 4, n. 17, 1985.

MODOLO, L.; CARVALHO, S.; DIAS, T. Questões da saúde digital para o SUS: a “saúde móvel” e a automação algorítmica do saber-poder da medicina. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 32, n. 3, e220245pt, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN121322>.

MURPHY, L. et al. PrEP policy implementation gaps and opportunities in Latin America and the Caribbean: a scoping review. *Therapeutic Advances in Infectious Disease*, [S. l.], vol. 10, p. 1-14, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1177/20499361231164030>.

NATIONAL CENTER FOR HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. Pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV prevention: Fact sheet. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2014. Disponível em: https://www.natap.org/2015/HIV/PrEP_fact_sheet_final.pdf. Acesso em: 30 maio 2025.

NIC.br; Cetic.br (org.). **Inteligência Artificial na Saúde: potencialidades, riscos e perspectivas para o Brasil**. Cadernos NIC.br – Estudos Setoriais. São Paulo: NIC.br/CGI.br, 2024.

NICOLAV, V. **Cortes na saúde colocam em risco políticas de combate à Aids no Brasil**. Brasil de Fato, São Paulo, 30 nov. 2019. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/11/30/cortes-na-saude-colocam-em-risco-politicas-decombate-a-aids-no-brasil/>. Acesso em: 25 de mai. 2025.

NGUYEN, Vinh-Kim. **The Republic of Therapy: Triage and Sovereignty in West Africa’s Time of AIDS**. Durham: Duke University Press, 2010.

NGUYEN, V. K. et al. Remedicalizing an epidemic: from HIV treatment as prevention to HIV treatment is prevention. *AIDS*, v. 25, n. 3, p. 291-93, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3283402c3e>.

NÚCLEO DE INFORMAÇÃO E COORDENAÇÃO DO PONTO BR (NIC.br). Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros: TIC Domicílios 2024. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2025. Disponível em: <https://cetic.br>. Acesso em: 24 set. 2025.

PAINEL PrEP. Disponível em: <<https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/painel-de-monitoramento/painel-prep>>. Acesso em: 30 mai. 2025.

PAIVA, T. S. et al. Implicações do governo Bolsonaro à prevenção e ao tratamento do HIV/aids. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 40, n. 10, 1 jan. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN097921>.

PARKER, R. [PrEP América do Sul]. Conferência com Richard Parker - HIV/AIDS, saúde global e lutas pela justiça sanitária. Youtube, 5 de nov. de 2024. 123min10s. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=tKzXhR_e5cI. Acesso em: 30 mai. 2025.

PEIXOTO, R. **OMS alerta que suspensão de recursos dos EUA a programa de aids pode causar ameaça global**. G1, 29 jan. 2025. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/noticia/2025/01/29/oms-alerta-que-suspensao-de-recursos-dos-eua-a-programa-de-aids-pode-causar-ameaca-global.ghtml>. Acesso em: 1 jun. 2025.

PELBART, P. **O avesso do niilismo**: cartografias do esgotamento. São Paulo: Edições N-1, 2013.

PENA, É. D. et al. When prevention is the best remedy: HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) among adolescents gays and transgender women in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. suppl 1, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN097921>.

Revolutionary HIV prevention drug named Science's 2024 Breakthrough of the Year. Science, 12 dez. 2024. Disponível em: <https://www.science.org/content/article/breakthrough-2024>. Acesso em: 1 jul. 2025.

SANTOS, L. A. D. et al. Agreements and Disagreements Between Professionals and Users About the Experience of a Telehealth Service for HIV Pre-Exposure Prophylaxis (TelePrEP): Qualitative Interview Study. *Journal of Medical Internet Research*, v. 27, e67445, 2025. DOI: <https://doi.org/10.2196/67445>.

SCHEFFER, Mário. Governo Bolsonaro promove 'apagão' em campanhas de prevenção à aids; investimento em 2021 cai a menos de 1% do aplicado 20 anos atrás. O Estado de S. Paulo, São Paulo, 24 fev. 2022. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/politica/politica-e-saude/governo-bolsonaro-exclui-populacoes-vulneraveis-da-prevencao-a-aids-investimento-em-campanhas-em-2021-cai-a-06/>. Acesso em: 1 jun. 2025

SILVA, R. M. da; FERREIRA, M. P.; CUNHA, A. R. da; SANTOS, A. F. dos; OLIVEIRA, M. L. de. Incorporação da PrEP no Brasil segundo a Teoria Fundamentada em Dados. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 34, e3410, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434010pt>.

SULLIVAN, P. S. et al. Excess HIV Infections and Costs Associated With Reductions in HIV Prevention Services in the US. **JAMA Network Open**, v. 8, n. 9, p. e2531341-e2531341, 11 set. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.31341>.

UNAIDS. Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. A UNAIDS

Discussion Paper. Geneva, 2007. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevention_paper_en_o.pdf. Acesso em: 1 jun. 2025.

UNAIDS. **Estatísticas 2023**. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em 25 de mai de 2025.

UNAIDS. **Índice de Estigma e Discriminação 2025: pessoas vivendo com HIV no Brasil**. Brasília: UNAIDS Brasil, 2025. Disponível em: <https://unaids.org.br/2025/05/indice-de-estigma-e-discriminacao-2025>. Acesso em: 1 jun. 2025.

UNAIDS. **UNAIDS Data 2024**. Geneva: UNAIDS, 2024. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/UNAIDS-data>. Acesso em: 1 jun. 2025.

URBANO, Ayra Zaine Rodrigues; FERRAZ, Dulce; RAYMUNDO, Yzabelle de Lima; ZUCCHI, Eliana Miura. Percepções e práticas de profissionais de saúde na oferta da profilaxia pré-exposição sexual ao HIV para adolescentes e jovens trans e homens que fazem sexo com homens. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 58, supl. 1, p. 108, 2024. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005589>.

VEIGA-NETO, A. **Foucault & a educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

WEEKS, J. **Invented moralities**. New York: Columbia University Press, 1995.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface**, vol. 22, no. 66, p. 721-31, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>