

# A construção social da prevenção biomédica do HIV

## The Social Construction of Biomedical Prevention of HIV

**Richard Parker<sup>a,b,c</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0003-3796-0198>

E-mail: [rparker@abiids.org.br](mailto:rparker@abiids.org.br); [rgp11@cumc.columbia.edu](mailto:rgp11@cumc.columbia.edu)

**Carla Rocha Pereira<sup>d</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0003-4692-0665>

E-mail: [carlaperei@gmail.com](mailto:carlaperei@gmail.com)

<sup>a</sup> Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>b</sup> Sexuality Policy Watch (SPW), Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>c</sup> Columbia University, Departamento de Ciências Sociomédicas, Nova York, NY, EUA.

<sup>d</sup> Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Rio de Janeiro, Brasil.

### Resumo

O artigo analisa as maneiras pelas quais as estratégias biomédicas de prevenção do HIV têm sido socialmente construídas na produção do conhecimento científico, nos debates sobre as políticas de HIV e no desenho e implementação de programas de saúde pública. Examina as mudanças de diferentes perspectivas nas pesquisas e na prática de saúde pública relacionadas à prevenção do HIV, como essas mudanças são historicamente moldadas e os interesses políticos e econômicos complexos e muitas vezes contraditórios que elas articulam. Situa tanto a invenção de novas tecnologias (testagem rápida e o uso das Profilaxias Pré-Exposição e Pós-Exposição ao HIV) quanto a redescoberta de tecnologias antigas (Circuncisão Masculina Médica Voluntária e o preservativo) no marco da história das respostas à pandemia. Ademais, explora os modos pelos quais a vontade de saber e a vontade de poder se entrelaçam nas ficções aparentemente necessárias que têm sido produzidas na e através da resposta ao HIV (e da saúde global de forma mais ampla). A análise destaca como tais narrativas iluminam o funcionamento da indústria global da saúde, as contradições não resolvidas na governança global da saúde e seu complicado engajamento com as políticas contemporâneas da sexualidade.

**Palavras-chave:** HIV; AIDS; Biomedicalização; Prevenção; Tecnologias.

### Correspondência

Richard Parker

E-mail: [rparker@abiids.org.br](mailto:rparker@abiids.org.br)

Avenida Presidente Vargas 446, 13º andar, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 20071-907

## Abstract

This article analyzes the ways in which biomedical HIV prevention strategies have been socially constructed in the production of scientific knowledge, in debates on HIV policies, and in the design and implementation of public health programs. It examines different perspectives, shifts in public health research and practice related to HIV prevention, how these shifts are historically shaped, and the complex and often contradictory political and economic interests they articulate. It places both the invention of new technologies (rapid testing and the use of Pre-Exposure and Post-Exposure Prophylaxis to HIV) and the rediscovery of old technologies (Voluntary Medical Male Circumcision and condoms) within the framework of the history of responses to the pandemic. It further explores the ways in which the will to know and the will to power intertwine in the seemingly necessary fictions that have been produced in and through the HIV response (and global health more broadly). The analysis highlights how such narratives illuminate the workings of the global health industry, the unresolved contradictions in global health governance, and its complicated engagement with contemporary sexuality politics.

**Keywords:** HIV; AIDS; Biomedicalization; Prevention; Technologies.

## Introdução

Este artigo tem por objetivo examinar a genealogia das estratégias na prevenção do HIV ao longo de quase cinco décadas da resposta global diante da pandemia da AIDS, com atenção especial para as abordagens biomédicas que dominaram a resposta diante da pandemia durante o final dos anos 2000 e ao longo dos anos 2010. Pretende analisar a construção social da “prevenção biomédica” como um processo de “agenciamento”: uma construção relacional composta por componentes heterogêneos e emergentes, organizados em conjunto para determinados fins estratégicos, feita em espaço e tempo particulares (Savage, 2022). Por fim, tenta investigar como esse processo foi construído a partir dos resultados de pesquisas clínicas e comportamentais sobre diversas técnicas e tecnologias, novas e antigas, para desenvolver inovações nas abordagens preventivas, destacando interesses econômicos, políticos e sociais que se articularam na construção dessa nova modalidade de prevenção.

É importante destacar, desde o começo, que a abordagem genealógica que vamos utilizar neste texto se posiciona dentro de uma perspectiva que costuma ser descrita com uma “história do presente” (Foucault, 1977; Garland, 2014; Knauff, 2017). Muito inspirado no trabalho de Michel Foucault e de outros pensadores semelhantes, esta abordagem, tal como tem sido desenvolvida pela antropologia e pela sociologia, busca identificar um problema atual (no nosso caso, a “prevenção biomédica”, uma categoria tida quase como hegemônica na prevenção do HIV na atualidade) e procura problematizá-lo, examinando criticamente para melhor compreendê-lo no que o constitui, como foi desenvolvido na prática e quais são as consequências disso. É uma perspectiva que procura ligar o presente ao passado não como seu resultado inevitável, mas como o produto de contingente mudanças nas relações de poder e nas ideias por meio das quais tais relações são concebidas (The Editors, 2011). Talvez o mais importante para este texto seja um modo de investigação que busca questionar os processos sociais que fazem as categorias do debate contemporâneo parecerem inevitáveis, naturais ou culturalmente necessárias (Garland, 2014; Marinković; Major, 2020; The Editors, 2011).

Nesse sentido, no decorrer do texto, tentamos entender a prevenção biomédica da transmissão do HIV não como é normalmente compreendida pela biomedicina - como uma “solução” - mas, pelo contrário, como um problema contemporâneo. Analisamos como esta abordagem para a prevenção do HIV foi construída e articulada por especialistas, especialmente cientistas biomédicos e comportamentais, mas também gestores dos sistemas de saúde pública (talvez mais importante e problemática) e representantes da indústria farmacêutica internacional. Examinamos como esta abordagem, produzida por especialistas, foi gradualmente substituída por outras estratégias e perspectivas sobre a prevenção do HIV - especialmente as abordagens que tinham surgido mais cedo na história da pandemia nas próprias comunidades e populações mais afetadas pelo HIV e pela AIDS - como, supostamente, a maneira mais eficaz de prevenir a infecção e o adoecimento. Nosso objetivo é examinar a genealogia desse processo, do que ele é composto, e como e por que, às vezes, desempodera as próprias pessoas que supostamente se destina a ajudar. Ao longo desse caminho, tentamos analisar criticamente as maneiras pelas quais a categoria da prevenção biomédica se entrelaça não somente com a economia política do capitalismo globalizado contemporâneo (Corrêa; Petchesky; Parker, 2008), mas também com o biopoder no sentido clássico foucaultiano de uma forma de governar os corpos e as populações (Foucault, 1976), como também a necropolítica de Mbembe (2016) em que o poder social e político é capaz de determinar quem pode viver e quem precisa morrer nas sociedades contemporâneas.

### **Mudança de estratégia na prevenção de HIV**

Como ponto de partida para a compreensão do significado do conceito de prevenção biomédica que domina o campo da prevenção do HIV no presente, seria importante reconhecer o quão diferente ele é de outras abordagens de prevenção que o precederam - bem como a história de omissões que caracterizaram as primeiras respostas à pandemia. Os primeiros casos de AIDS afetaram, principalmente, os membros de comunidades e de grupos populacionais altamente marginalizados durante os primeiros anos de crise

da pandemia, além do estigma e da discriminação contra aqueles percebidos em risco de infecção. Isso significou que quase nenhum programa formal fosse desenvolvido para a prevenção do HIV, sendo que as comunidades mais afetadas precisaram se defender sozinhas do vírus. Elas fizeram isso com grande criatividade e persistência no início e meados da década de 1980, inventando abordagens como “sexo seguro” e “redução de danos” como estratégias de prevenção do HIV baseadas na comunidade - abordagens que permanecem até hoje, quase 50 anos depois, como uma das ressonâncias mais eficazes à pandemia que já foram desenvolvidas (apesar de sua pouco profissionalização) (Calazans; Parker; Terto Júnior, 2022).

Foi somente depois que essa resposta baseada na comunidade surgiu que os governos e os sistemas de saúde pública finalmente, de forma tardia, começaram a agir, especialmente em meados da década de 1980. Nas duas décadas seguintes, do final da década de 1980 até a década de 1990 e início dos anos 2000, uma série de novas abordagens foram utilizadas na prevenção da infecção pelo HIV. Pelo menos três diferentes perspectivas dominaram o campo da prevenção ao longo desse período e que buscaram aproveitar as lições da prevenção comunitária, mas, ao mesmo tempo, sistematizaram melhor as suas metodologias (Parker, 2000, 2001). A primeira abordagem, presente desde meados da década de 1980, focalizou-se nos “comportamentos que criaram o risco de infecção”, como nas maneiras em que a saúde pública podia intervir para mudar comportamentos de risco de indivíduos e grupos. Com base, principalmente, em modelos teóricos da psicologia social, essa abordagem buscou desenvolver mudanças no comportamento individual que resultariam em uma redução mensurável nas taxas de infecção do vírus no nível da população - especialmente por parte do que era percebido como “grupos de risco” (Parker, 2000, 2001).

No final da década de 1980, uma segunda abordagem importante para a prevenção do HIV começou a surgir e que colocava maior ênfase nos “contextos e significados sociais e culturais” (Parker, 2000, 2001). Essa abordagem ressaltou a importância de prestar atenção aos detalhes das culturas sexuais e de uso de drogas, concentrando-se na importância das identidades sociais e comunitárias na formação

das práticas sexuais e de uso de drogas (Aggleton, 1996; Connell et al., 1993). Destaca-se a importância dos programas de prevenção baseados na comunidade – desenvolvidos não apenas *para*, mas especialmente *pelos* comunidades afetadas. Há uma ênfase especial no processo de transformação das normas e valores da comunidade não em resposta às instruções de especialistas externos, mas como parte de um processo interno de reflexão e mobilização da comunidade a fim de promover práticas mais seguras (Connell et al., 1993; Dowsett, 1993; Parker, 2000, 2001).

Em meados da década de 1990, as abordagens comportamentais e culturais começaram a ser questionadas por não abordarem o que começou a ser descrito como “fatores estruturais e ambientais” (Sweat; Dennison, 1995). Esse novo foco baseou-se mais fortemente na ciência política e econômica, destacando a importância da vulnerabilidade social (Mann; Tarantola; Netter, 1993) e da violência estrutural (Farmer; Connors; Simmons, 1996; Parker, 2000). Enfatizou-se o papel de questões como desenvolvimento econômico, trabalho, moradia, migração e movimento populacional, bem como as desigualdades estruturais e sociais, como pobreza, poder de gênero, racismo e discriminação étnica, estigma e opressão sexual, como determinantes-chave de risco e vulnerabilidade (Parker; Camargo, 2000; Parker; Easton; Klein, 2000).

No entanto, talvez precisamente por causa da ênfase na ampliação que parecia quase explodir em todo o mundo após a Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS) sobre HIV/AIDS, em junho de 2001, a ênfase em abordagens estruturais para a prevenção do HIV teria uma vida relativamente curta. De fato, a prevenção do HIV de qualquer tipo ficaria temporariamente em segundo plano em relação ao desafio urgente de ampliar a resposta global à pandemia expandindo o acesso ao tratamento, apesar do alto custo das terapias antirretrovirais existentes – um custo que tornou o acesso ao tratamento fora do alcance da grande maioria dos países de baixa e até média renda.

Ampliar o acesso ao tratamento seria o foco dominante dos próximos cinco anos da resposta global à AIDS. Essa foi a principal justificativa para a criação de uma série de novas e importantes Iniciativas de Saúde Global (*Global Health*

*Initiatives* – GHIs), como o Fundo Global para AIDS, Tuberculose e Malária (Fundo Global), cuja criação foi anunciada no encerramento da UNGASS e que começou a funcionar em 2002. No ano seguinte, 2003, foi criado o Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio da AIDS (PEPFAR), a maior iniciativa de HIV já criada (Parker, 2024). Juntamente com o já existente Programa Multinacional de AIDS do Banco Mundial e iniciativas filantrópicas privadas recém-iniciadas focadas no tratamento do HIV por parte de agências, como a Fundação Bill e Melinda Gates (*Bill & Melinda Gates Foundation* – BMGF) e a Iniciativa de Acesso à Saúde da Fundação Clinton, essas novas GHIs focadas no acesso ao tratamento tenderam a eclipsar a prevenção como uma grande preocupação no início e meados dos anos 2000. Também criou uma mobilização significativa de setores-chave, como a comunidade de pesquisa científica biomédica, administradores e agências de saúde pública e, talvez, acima de tudo, a indústria farmacêutica global, como parceiros (interessados) nas empresas/empreendimentos em expansão.

Mas esse contexto voltado para a ampliação do acesso ao tratamento também foi importante para estimular uma preocupação renovada com a inovação em relação à prevenção. Ao longo da década de 1990, uma das tensões mais significativas nos debates globais sobre a política de AIDS se concentrou na “prevenção *versus* tratamento” justamente porque os principais atores institucionais (incluindo a OMS, mas especialmente agências de desenvolvimento, como o Banco Mundial e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional – USAID) defenderam a prevenção primária como muito mais “econômica” quando comparada com a despesa significativa de fornecer tratamento a todos os que precisavam (Parker, 2000).

O sucesso da defesa do acesso ao tratamento no final da década de 1990, defendendo o acesso como uma questão de direitos humanos e justiça social, em última análise, endossada até mesmo pelo Banco Mundial e pelo *establishment* internacional de desenvolvimento, não significou que a preocupação com a relação custo-benefício tivesse desaparecido. Em uma “era de acesso expandido ao tratamento”, a ênfase na prevenção como mais econômica do que o tratamento permaneceu como uma consideração

importante. Isso ficou evidente, em 2002, com a criação de uma nova iniciativa por parte do BMGF em conjunto com a *Kaiser Family Foundation*, o *Global HIV Prevention Working Group*, que, ao longo dos anos 2000, emitiria uma série de relatórios e desenvolveria uma série de atividades de *advocacy* destinadas a revitalizar o campo da prevenção de acordo com as novas realidades da resposta global à pandemia (*Global HIV Prevention Working Group*, 2002, 2004).

Ao longo da década seguinte, como parte de um intenso diálogo com outros atores globais (agências-chave como UNAIDS, Fundo Global, PEPFAR etc., mas também a comunidade científica internacional, a indústria farmacêutica e até, ocasionalmente, a sociedade civil, as organizações comunitárias e o movimento ativista global da AIDS), novos conceitos como “prevenção abrangente” (esp. PEPFAR) e “prevenção combinada” (esp. UNAIDS) seriam gradualmente articuladas e refinadas para tentar repensar e repriorizar a prevenção não apenas em relação ao HIV, mas também no campo da saúde global no século XXI.

Ao longo dos anos 2000, com a ampliação do acesso ao tratamento mais consolidada, a preocupação com questões de prevenção começou a voltar à discussão e ao debate e a nova abordagem da “prevenção biomédica” (de uma forma bem ampla) começou a dominar debates no campo. Essa ênfase biomédica na prevenção talvez não seja muito surpreendente, pois é precisamente o ponto de convergência para a coalizão de financiadores, cientistas biomédicos, administradores de saúde pública e desenvolvimento de representantes da indústria farmacêutica que se formaram por meio do processo de administração da ampliação do tratamento do HIV desde o início dos anos 2000. Foi nesse ponto de interseção que novas ideias sobre a prevenção biomédica puderam se desenvolver. Isso veio à tona mais claramente durante a XVI Conferência Internacional de AIDS em Toronto, onde o que foi descrito como “euforia sobre intervenções biomédicas para prevenir o HIV [...]”

deu início à Conferência Internacional de AIDS de 2006” (Imrie et al., 2007, p. 10). Mas o conteúdo real dessa categoria de prevenção biomédica, de como ela seria conceituada e de como seria implementada, certamente não era totalmente claro – ainda estava sendo elaborada e isso continuaria a ser o caso por algum tempo.

A seção seguinte deste artigo examina o processo de invenção da prevenção biomédica do HIV em maiores detalhes. Embora o foco esteja nas formas como esse processo tomou forma internacionalmente, também examina as maneiras pelas quais essa construção global foi adaptada e incorporada à resposta à AIDS, especificamente no Brasil. Como o Brasil tem sido um líder na resposta ao HIV e à AIDS, a interface entre a articulação transnacional e nacional dessa nova abordagem de prevenção oferece *insights* importantes tanto sobre os atores quanto sobre os processos envolvidos na construção da prevenção biomédica, tanto global quanto localmente.

## Inventando a prevenção biomédica

### Desenvolvendo novas tecnologias e produtos

No que tange à história da pandemia de HIV/AIDS, parte é focada na história da sua evolução biomédica. Ela é contada desde o surgimento do primeiro tratamento da AIDS, o AZT (Zidovudina), em 1987, passando pela terapia antirretroviral combinada (TARV) em 1996. Entre as últimas três décadas houve o surgimento de novas tecnologias e produtos de prevenção do HIV no âmbito da biomedicalização da pandemia, conjugadas com antigas abordagens. Entre elas, há o preservativo interno (popularmente chamado de camisinha feminina), os géis microbicidas, as Profilaxias Pré e Pós-Exposição (PrEP e PEP), o “Testar e Tratar” e o Tratamento como Prevenção (TcP) como novas tecnologias no âmbito do HIV. Entre as velhas técnicas e abordagens encontram-se a Circuncisão Masculina Médica Voluntária (CMMV) e o preservativo externo (camisinha masculina), que já existiam e passaram a

1 A comunidade gay já tinha conhecimento do uso de uma espécie de preservativo na Segunda Guerra Mundial para prevenir ISTs entre os soldados.

2 Apesar da ideia das vacinas para HIV serem pensadas desde a década de 1980, central para qualquer conceito da prevenção biomédica, não houve progressos significativos para o seu desenvolvimento em função de diversas dificuldades (ex. reservatórios do vírus no corpo) e, por isso, elas não estão incluídas de forma central no conceito atual de prevenção biomédica do HIV.

ser utilizadas como uma forma de prevenção do HIV nas primeiras décadas da pandemia, sobretudo pela comunidade que estava se infectando com o vírus<sup>1</sup>. Foi somente nos anos 2000 que as antigas tecnologias fizeram parte da proposta da prevenção combinada<sup>2</sup>.

A TARV (combinação de diversos antirretrovirais - ARVs) trouxe a possibilidade de qualidade de vida após diagnóstico de HIV para as pessoas infectadas e adoecidas por AIDS, considerada um avanço no tratamento e que passou por um contínuo progresso nas décadas posteriores, como, por exemplo, o desenvolvimento de ARVs com diminuição dos efeitos colaterais e número reduzido de doses, “cercando” o vírus para impedir a sua replicação (resultando na ideia da PrEP). Foi no início dos anos 2000 que a noção de “prevenção combinada” começou a ser criada, sobretudo pelo *Global HIV Prevention Working Group* e pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), no começo sem muita clareza conceitual, mas que ganhou força entre os anos de 2007 e 2008 e foi consolidada a partir de publicações de 2010 em diante (Hankins; De Zaluondo, 2010; *Global HIV Prevention Working Group*, 2002, 2004; UNAIDS, 2004, 2007a, 2007b, 2010, 2015).

O uso de ARVs para a prevenção do HIV teve início com a PEP, que em 1998 começou a ser utilizada para exposição ocupacional do vírus (sobretudo para trabalhadores da área da saúde) ou mesmo em casos de violência sexual a partir dos anos 2000 (Körner; Hendry; Kippax, 2005). Em 2005 a OMS, em conjunto com a Organização Mundial do Trabalho, fez uma consulta a especialistas da área em torno da PEP ocupacional ou não ocupacional, desenvolvendo um documento com protocolos. Entretanto, a PEP para relações sexuais consensuais foi mencionada como de interesse internacional, mas sem o desenvolvimento de um protocolo específico (WHO; ILO, 2007). Em outros países, como Austrália e Estados Unidos, desde o final da década de 1990 e começo dos anos 2000 que a “PEP sexual” já estava sendo utilizada entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em conjunto com outras estratégias de prevenção do HIV, como, por exemplo, o uso do preservativo, o conhecimento sorológico do parceiro, além da autopercepção de comportamento de risco (Körner; Hendry; Kippax, 2005; Maksud; Fernandes; Filgueiras, 2015). No Brasil, a “PEP sexual” foi

implementada como uma política, em 2010, para pessoas que tiveram relações sexuais desprotegidas, tendo como princípio a sua procura em serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) em até 72 horas após possível exposição ao HIV, com uso de ARVs por 28 dias seguidos (Maksud; Fernandes; Filgueiras, 2015).

No mesmo período, houve também estudos em torno de géis microbicidas, vaginais e retais, para a prevenção do HIV. Essa ideia surgiu na década de 1980, com resistência de pesquisadores da área acerca dos efeitos das desigualdades de poder e gênero, mas desde os anos 2000 há pesquisas clínicas sobre a eficácia dessa tecnologia para a prevenção do vírus, sobretudo que estivesse sob o domínio das mulheres cisgêneras heterossexuais com dificuldade de negociar o uso do preservativo externo com seus parceiros (ideia semelhante à dos espermicidas). Apesar da facilidade da adesão para aquelas com parceiros sem expectativa de fidelidade e que conseguissem privacidade em momentos que estavam esperando ter relações sexuais, foram identificados nas pesquisas clínicas alguns problemas para sua aceitabilidade pelos homens (Greene et al., 2018). Aquelas com parceiros fixos tinham uma diminuição da percepção de risco, como o receio da desaprovação do parceiro, dificultando a sua adesão e indicando a dependência de fatores contextuais e relacionados a eles, influenciando no uso ou não dos géis microbicidas durante as relações sexuais (Greene et al., 2018; Mweemba et al., 2017).

Ideia análoga foi pensada para o preservativo interno, criado como forma de prevenção do HIV, das outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e da gravidez na década de 1990 (chegando ao país em 1997). No Brasil, houve um estudo de implementação do preservativo interno entre os anos de 1998 e 1999 em parceria da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) com o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap) em algumas cidades brasileiras, com ótima receptividade (Berquó; Barbosa; Kalckman, 1999). Apesar deste e outros estudos, o preservativo interno só começou a ser distribuído no SUS em 2012, após mais de uma década do primeiro estudo de implementação e do “Plano de Feminização da Epidemia de HIV/AIDS e das outras DSTs”, de 2007, que colocou essa estratégia como importante para garantir a

saúde e a ampliação da autonomia da sexualidade e da reprodução das mulheres brasileiras (Barbosa; Robinson; Parker, 2011).

Já o Tratamento como Prevenção (TcP), anunciado pela “Comissão Federal Suíça para os Problemas Relacionados com a AIDS” em 2008, comprovado pelo ensaio clínico randomizado HPTN 052 em 2012, foi implementado no Brasil a partir do “Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção por HIV em adultos”, publicado pelo governo em 2013 e que preconizou o início imediato da TARV após o diagnóstico de HIV, independente do estado clínico da pessoa infectada com o vírus (Maksud; Fernandes; Filgueiras, 2015; Monteiro et al., 2019). Compreendemos que o “Testar e Tratar”, vinculado ao TcP por alguns autores (Maksud; Fernandes; Filgueiras, 2015), é uma estratégia promovida um pouco antes por médicos e pelo SUS para estimular a testagem do HIV, sobretudo para que as pessoas infectadas pelo vírus possam iniciar a TARV o mais rápido possível (intervenção precoce para melhorar os resultados clínicos).

Essa conjuntura fez com que o avanço da biomedicalização da epidemia do HIV trouxesse o risco da prescrição médica das tecnologias sem trazer para o debate o movimento social de HIV/AIDS, cooptando parte da estrutura comunitária para a prevenção biomédica. Isso foi visto claramente na ampliação da testagem rápida no Brasil, cujas organizações não governamentais (ONGs), seja de AIDS ou LGBTQIAPN+, virassem centros de referência<sup>3</sup> para as pessoas com receio de realizarem o teste de HIV nos serviços de saúde (seja na Atenção Básica ou nos Centros de Testagem Anônimas - CTAs) ou em laboratórios particulares, como no acesso ao autoteste (fluído oral e pulsão digital), entre outros (Monteiro et al., 2019).

A chegada da testagem rápida de triagem foi de suma importância para a implementação das novas biotecnologias de prevenção do HIV, como o TcP, o “Testar e Tratar” e, mais tarde, a PrEP oral (diária ou sob demanda), sendo incorporadas dentro da prevenção combinada no SUS.

Por fim, a PrEP oral, com estudos iniciados em 2007 no mundo (incluindo o Brasil), foi uma nova aposta para a prevenção biomédica do HIV, com o uso de ARVs para as populações mais vulneráveis e com implementação no SUS no final de 2017 e início de 2018, após uma longa promessa dos formadores de políticas (Zucchi et al., 2018). A dose diária do Truvada® (tenofovir + entricitabina) foi preconizada, a princípio, para gays/MSM, mulheres trans/travestis, trabalhadores(as) sexuais e casais sorodiferentes, havendo uma ampliação da sua implementação desde 2019. Foi a partir da Nota Técnica nº 8/2023 que a PrEP sob demanda<sup>4</sup> foi oficialmente executada no país, utilizada para pessoas que tenham menos de duas relações sexuais por semana (Brasil, 2023).

A PrEP é considerada como uma estratégia importante para a prevenção combinada, podendo dar autonomia de escolha a indivíduos em vulnerabilidade ao HIV que possuem dificuldade de negociar o preservativo, como os que estão em situação de violência ou trabalho sexual (Zucchi et al., 2018; Castro et al., 2024), mas entendemos que o acesso se dá para as pessoas informadas e que possuem entendimento sobre a profilaxia. A PrEP injetável vem sendo pesquisada, desde 2016, como alternativa ao comprimido diário através do ARV cabotegravir de ação prolongada (CAB LA), mas tal tecnologia ainda não está disponível no SUS. Ao mesmo tempo, em 2024, a farmacêutica Gilead revelou que a injeção semestral do ARV lenacapavir comprovou 96% de eficácia, mas o Brasil foi excluído dos acordos de licença voluntária porque o país foi considerado de “renda média alta”.

Apesar de a PrEP ser considerada importante para um possível “fim da AIDS”, há desigualdade de acesso à profilaxia no mundo. Os países ricos continuam a financiar os ensaios clínicos e a deterem as patentes das tecnologias de prevenção do HIV enquanto resta aos países de baixa e média renda receberem as pesquisas clínicas, mas ficando de fora dos acordos para baratear tais tecnologias e que garantiriam o acesso (Bernays et al., 2021).

3 Projetos específicos para a ampliação do teste rápido no Brasil, como o “Viva Melhor Sabendo”, financiaram a testagem nas ONGs.

4 Composta por: 2 comprimidos de 2 a 24 horas antes da relação sexual + 1 comprimido 24 horas após a primeira dose + 1 comprimido 24 horas após a segunda dose.

## Redescobrimos velhas tecnologias e técnicas como novas formas de prevenção biomédica

O mundo viu uma revolução no tratamento e prevenção do HIV a partir dos ARVs, mas antigas técnicas já conhecidas começaram a ser pensadas para combater a infecção do vírus e que consideramos importantes na história da prevenção. Um exemplo é o preservativo externo, utilizado para a prevenção de outras ISTs e para evitar a gravidez, foi o método recomendado no começo na pandemia de HIV/AIDS em uma época em que se não conhecia as formas de infecção do vírus e não havia medicamentos para tratar as pessoas que estavam com AIDS - e no começo da pandemia foi promovido não por médicos ou profissionais da saúde pública, mas por membros da então comunidade LGBT na época, principalmente como parte das abordagens comunitárias de prevenção e promoção do sexo mais seguro.

Nos anos 2000 também foram desenvolvidas algumas pesquisas para a prevenção do HIV sem o uso de ARVs, vista na CMMV. O UNAIDS (2007a) havia indicado em uma publicação que a circuncisão masculina seria uma estratégia de prevenção baseada em evidência mais eficaz, desde a descoberta do AZT na transmissão vertical, para evitar a infecção do HIV, corroborado pela OMS no mesmo ano. Apesar do seu emprego em homens heterossexuais<sup>5</sup> na África Subsaariana (principalmente em programas do PEPFAR pelo baixo custo em países de baixa renda e com a epidemia generalizada), a CMMV para a prevenção do HIV no Reino Unido e nos EUA foi mais reconhecida, mas as taxas desse tipo de procedimento eram mais baixas. Ainda que a noção da CMMV tenha sido pensada como uma possibilidade na pandemia do HIV desde 1986, somente nos anos 2000 que diversas pesquisas comprovaram a sua eficácia em muitas populações e seus resultados positivos publicados, mas não sendo tão eficaz em populações mais vulneráveis à infecção do HIV, sobretudo quando utilizada em detrimento às respostas comportamentais, sociais e culturais do HIV (Bell, 2015).

O desenvolvimento de novas tecnologias, produtos e medicamentos utilizados na prevenção biomédica do HIV e das ISTs, como a utilização de antigas técnicas pensadas para a prevenção do vírus, seguiu ao longo das duas últimas décadas da pandemia de HIV/AIDS (Quadro 1).

### Criando o conceito de “prevenção combinada”

Pode-se dizer que no começo dos anos 2000 a “prevenção combinada” começou a ser construída, trazendo a ideia da utilização de todas as estratégias disponíveis para um “efeito máximo” de proteção contra o HIV (*Global HIV Prevention Working Group*, 2004; Hankins; De Zalduondo, 2010). Pelo menos desde as discussões da UNGASS (em 2001, que destacaram a expansão da resposta à AIDS), grupos como o *Global HIV Prevention Working Group*, da BMGF, do movimento global pelo o acesso ao tratamento e, um pouco mais tarde, o PEPFAR, começaram a se inspirar no reconhecimento de que o uso de abordagens biomédicas, comportamentais e estruturais em alguns países, como Brasil, Uganda e Tailândia, que haviam obtido um declínio na incidência do HIV (Ferraz, 2016; Hankins; De Zalduondo, 2010; UNAIDS, 2010).

O UNAIDS (2004) definiu a prevenção combinada como estratégias de indivíduos que possuem informações sobre formas de prevenção do HIV e que podem escolhê-las em cada momento de suas vidas, seja para a redução de risco da infecção para si e/ou para os outros (mas com limitações para mulheres e meninas). Foi formulado um “ABC” da prevenção combinada e de cunho moralista e conservador, sendo: A = Abstinência (atrasar ou não ter relações sexuais); B = *Be faithful* (Seja fiel) (reduzindo as parcerias sexuais); C = uso correto e consistente de Camisinhas. Entendemos que essa primeira definição da prevenção combinada do UNAIDS foi desenvolvida de forma superficial, sobretudo pela disputa de narrativas sobre um novo modelo de prevenção do HIV a ser seguido no mundo (mencionado na primeira parte do artigo) e que promoveu a ampliação da prevenção biomédica da

<sup>5</sup> Criticada por pesquisadores e ativistas que argumentam que os homens que fizeram a CMMV podem se sentir protegidos e, portanto, acharem desnecessário o uso do preservativo externo, criando risco de infecção para as suas parceiras pela não proteção de 100% da CMMV, como a não proteção das ISTs.

**Quadro 1 – Tecnologias, dispositivos e medicamentos para a prevenção sexual (HIV/ISTs) e reprodutiva de homens e mulheres ao longo dos anos.**

| Tecnologias de prevenção                                                                                                                                          | Introdução/utilização                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Preservativos internos e externos.                                                                                                                                | No começo da epidemia de AIDS os preservativos externos, até então utilizados para a prevenção de ISTs e gravidez, começam a ser pensados também como forma de combater o HIV. Já os preservativos internos chegaram ao Brasil em 1997, com pesquisas de implementação em 1998 e 1999, mas só foi disponibilizado no SUS em 2012.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| DIU, diafragma, capuz cervical, esponja contraceptiva, espermicida e anticoncepcionais (comprimidos, injeções, adesivos, implantes subdérmicos e anéis vaginais). | Diversas tecnologias e métodos, sejam intrauterinos ou não, para a prevenção da gravidez de mulheres cisgêneras. Nos anos 2000 houve o desenvolvimento de uma variedade de anticoncepcionais, como os adesivos (2002), implantes subdérmicos (2001) e anéis vaginais (2001) – este último com estudos para a prevenção do HIV e herpes (2013).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Vacinação contra infecções virais, como hepatite A e B, papilomavírus humano (HPV), vírus herpes simples tipo 1 e 2 e Mpox (Monkeypox).                           | A vacina da hepatite B começou a ser utilizada, no mundo, na década de 1980 (sobretudo nos EUA). No começo da década seguinte, em 1991, países da Europa iniciaram a imunização da hepatite A. Já a vacina do HPV foi introduzida na Austrália em 2006 e começou a ser recomendada pela OMS em 2009. Desde 1989 o SUS fornece a vacina da hepatite B (três doses) para pessoas com qualquer idade, mas a vacina da hepatite A está disponível somente para crianças menores de 5 anos. Já a vacina do HPV é ofertada no Brasil, desde 2014, para crianças de 9 anos até adolescentes com menos de 15 anos. As vacinas dos herpes simples (1 e 2) ainda estão em fase de ensaio clínico. Por fim, a vacina da Mpox foi introduzida em 2022 no mundo e começou a ser aplicada no SUS em 2023, mas para populações específicas. Destaca-se que as vacinas disponíveis no SUS também estão disponíveis na rede privada de laboratórios. |
| Tratamento antirretroviral (TARV).                                                                                                                                | O AZT foi aprovado nos EUA em 1987 e em 1995 novas classes de antirretrovirais surgiram no mundo. Em 1996 a Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (HAART) foi anunciada na 11ª Conferência Internacional de AIDS, realizada em Vancouver, Canadá, como uma forma efetiva de tratamento para HIV/AIDS. No Brasil, a Lei No 9.313/1996 garantiu o tratamento antirretroviral gratuito para as pessoas vivendo com HIV/AIDS no SUS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Géis microbicidas – vaginais e retais.                                                                                                                            | Pensado para a prevenção do HIV desde a década de 1980, somente na década de 1990 que começaram os ensaios clínicos randomizados. Contudo, até hoje não há géis microbicidas de grande eficácia para a prevenção do HIV.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Circuncisão Masculina Médica Voluntária (CMMV).                                                                                                                   | Não utilizada para a prevenção do HIV no Brasil, sendo uma política introduzida, principalmente, em países africanos (homens heterossexuais) nos anos 2000.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Tratamento como Prevenção (TcP).                                                                                                                                  | Início da TARV para pessoas recém-diagnosticadas ocorrendo em 2013 no Brasil, conjugada com a ampliação da testagem do HIV no SUS. Em 2014, o UNAIDS publicou diretrizes para acabar com a pandemia de HIV/AIDS no mundo até 2030, através da meta 90-90-90 (testar 90% da população com HIV, que 90% dos casos positivos estejam em tratamento e manter 90% das PVHA em tratamento com carga viral indetectável. O TcP foi reforçado com a estratégia “Testar e Tratar”. Por outro lado, sua importância para o enfrentamento do estigma e a discriminação ficou evidente na campanha ativista do I = I (Indetectável = Intransmissível).                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Prevenção Combinada.                                                                                                                                              | Originalmente conceituada pelo UNAIDS em 2004 e posteriormente aprimorada e disseminada a partir de 2010, seu enfoque tem por princípio abordar a prevenção do HIV a partir de diversos componentes, ou intervenções, sejam estruturais, comportamentais e biomédicos. Foi introduzida no Brasil pelo Ministério da Saúde em 2013.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| Tecnologias de prevenção                                                                       | Introdução/utilização                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Supressão medicamentosa de infecções virais sexualmente transmissíveis.                        | Recentemente o uso da DoxiPEP (uso do antibiótico doxiciclina) para a prevenção de algumas ISTs, como sífilis, clamídia e gonorreia, demonstrou ser eficaz em alguns estudos no mundo. Nos EUA, a DoxiPEP começou a ser empregada e pode ser recomendada em consultas com infectologistas. No Brasil, ela ainda não está disponível no SUS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Profilaxia Pós-Exposição para HIV (PEP) com medicamentos antirretrovirais.                     | No final da década de 1990 a PEP foi recomendada para acidentes ocupacionais (materiais perfurocortantes) e para usuários de drogas intravenosas. No começo dos anos 2000 inicia a sua utilização em casos de violência sexual (a PEP nas relações sexuais começa ser discutida e recomendada ao longo desta década). No Brasil, do final da década de 1990 até o final dos anos 2000, a PEP era restrita apenas para pessoas que sofreram agressão sexual ou nos casos de acidente ocupacional. A partir de 2010, a PEP começa a ser disponibilizada no SUS para pessoas que tiveram relações sexuais consensuais desprotegidas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Profilaxia Pré-Exposição para HIV (PrEP) com medicamentos antirretrovirais (oral e injetável). | Pesquisas de PrEP foram desenvolvidas no mundo nas últimas décadas, iniciando-se em 2007 e com a sua primeira implementação em 2012 nos EUA. No Brasil, pesquisas em torno da PrEP datam de 2007 a 2014 (2015-2017 – pesquisas de implementação no SUS). A PrEP oral foi introduzida nos serviços de saúde a partir de 2017/2018 em apenas algumas cidades-chave, depois ampliada para o território nacional (com dificuldade de acesso em algumas cidades). O estudo mundial HPTN 083, realizado também em algumas cidades no Brasil, comprovou a eficácia de 73% da PrEP injetável com o ARV cabotegravir de ação prolongada – CAB LA – mas ainda não está disponível no SUS (preconizada pela OMS em 2022). Em 2024 a injeção semestral do ARV lenacapavir comprovou 96% de eficácia, mas o Brasil foi excluído do acordo da farmacêutica Gilead para o acesso ao medicamento afirmando que o país é considerado de “renda média alta”. |
| Vacinação contra HIV (improvável em um futuro próximo).                                        | Pesquisas ao redor do mundo indicaram a não comprovação da eficácia das vacinas desenvolvidas para a prevenção do HIV em ensaios clínicos randomizados, como, por exemplo, a vacina da Janssen (testes realizados em 9 países, inclusive o Brasil – interrompido em 2023). Contudo, ainda há pesquisas em andamento para o desenvolvimento de uma vacina eficaz para o HIV.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

Fonte: Elaborado pelos autores.

pandemia. A ideia principal da prevenção combinada era “poupar dinheiro” que seria investido no tratamento das pessoas infectadas com HIV/AIDS *versus* os direitos humanos ao acesso ao tratamento. Destaca-se que a introdução da prevenção “ABC” partiu do PEPFAR após sua criação, em 2003, no governo Bush e dentro do debate de duas frentes: (1) do campo da educação sexual americano, de cunho religioso e conservador, que defendia a abstinência sexual; (2) do campo científico da saúde pública, que defendia a educação sexual “compreensiva” ou abrangente. Já o UNAIDS, em seu documento de 2004, além de mencionar a *comprehensive prevention* também adota a *combination prevention*, por isso a confusão no primeiro conceito da

prevenção combinada, abarcando uma espécie de combinação de métodos.

O ano de 2005 foi importante para a execução da prevenção combinada como política à nível global, criando estratégias simultâneas combinadas com ações programáticas, abordagens biomédicas e comportamentais, como a promoção da igualdade de gênero e proteção dos direitos humanos (UNAIDS, 2005). Tal política foi endossada por outras publicações nos anos seguintes. A primeira foi o documento de revisão da Declaração de Compromissos da UNGASS, em 2006, cujos países signatários se comprometeram a intensificar e ampliar os esforços de prevenção do HIV considerando as circunstâncias locais e questões

éticas, além da superação das barreiras estruturais (UNGASS, 2006). No ano seguinte, o UNAIDS publicou as diretrizes práticas a serem seguidas, reforçando as propostas inseridas no documento de revisão da UNGASS, além de indicar as estratégias de prevenção ao HIV baseadas em evidências e com adaptação para as realidades locais, como o respeito aos direitos humanos e atendendo às necessidades das pessoas em maior vulnerabilidade à exposição ao vírus (UNAIDS, 2007b).

Entre os anos de 2008 e 2009, a prevenção biomédica ganha força na pandemia de HIV. O UNAIDS (2010) indicou que a prevenção biomédica do HIV compreendia: (1) as estratégias de intervenção biomédica para reduzir a exposição, a transmissão e/ou a infecção a partir do fornecimento de preservativos internos e externos, do tratamento medicamentoso (incluindo a redução de danos) e da circuncisão masculina; (2) a profilaxia biomédica, incluindo os ARVs em serviços de saúde (prevenção da transmissão vertical do HIV, PEP etc.), os serviços de ISTs apropriados e acessíveis, uso de antirretrovirais para a prevenção, segurança do sangue, precauções em ambientes de assistência médica, entre outros. Neste momento o UNAIDS muda o discurso, indicando que o que está sendo combinado não são os métodos de prevenção (ex. camisinha, PEP etc.), mas são as combinações de abordagens: comportamental, estrutural e biomédica (Hankins; De Zaluondo, 2010). Já a orientação técnica sobre prevenção combinada do PEPFAR, de 2011, focou nas estratégias para as populações mais vulnerabilizadas e discriminadas, particularmente os HSH, em países de baixa e média renda.

Em 2015, o UNAIDS havia lançado um *Fast Tracking Combination Prevention* sobre a redução da infecção do HIV até 2020 (menos de 500 mil até o ano indicado) (UNAIDS, 2015). O documento ressaltava a importância da prevenção combinada, defendendo ser uma das formas mais abrangente para a prevenção do HIV a partir de seis estágios. Contudo, ele falha em não citar as mudanças estruturais necessárias para que essa meta pudesse ser alcançada. Embora o documento reconheça a

importância e necessidade do forte empoderamento comunitário, como as sinergias entre a saúde estrutural e o desenvolvimento, continuou a separar a abordagem da prevenção combinada de seu elemento central: os direitos humanos (Hankins; De Zaluondo, 2010; UNIADS, 2015). Em anos mais recentes, o UNAIDS continua promovendo a prevenção combinada junto com atores importantes da cena global de AIDS, como a *Global HIV Prevention Coalition*<sup>6</sup>, podendo ser visto na Figura 1.

No Brasil, o governo demorou para discutir a prevenção combinada e partiu da sociedade civil esse debate, sendo a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) e o Grupo de Incentivo à Vida (GIV) os primeiros a lançarem uma cartilha sobre o tema em 2011 (ABIA; GIV, 2011). Mas o foco da prevenção do HIV no país a partir de 2010 era, e ainda é, biomédico e a prevenção combinada começou a ser discutida pelo governo mais seriamente a partir de 2013, mas de forma restritiva e sem abordar as vulnerabilidades estruturantes do HIV, negligenciado na primeira versão da “Mandala da Prevenção”. Isso rompeu com a tradicional abordagem nos direitos humanos da resposta brasileira da AIDS (Ferraz, 2016).

Apesar de a concepção atual da prevenção combinada trazer esforços no resgate das dimensões estruturais e comportamentais para além da abordagem biomédica, falta o reconhecimento das dimensões comunitárias e culturais que foram importantes no começo da pandemia de HIV/AIDS (ex. sexo seguro, educação comunitária etc.), como a construção conjunta do conhecimento e não apenas o reconhecimento do saber de pesquisadores, gestores e profissionais de saúde, ou seja, de especialistas da área (Calazans; Parker; Terto Júnior, 2022).

### **Economia política, biopolítica, necropolítica e a construção social da prevenção biomédica**

Ao chamar a atenção para esses diversos componentes da categoria de “prevenção biomédica” e suas histórias igualmente diversas, nosso objetivo não é questionar a importância inegável que

6 Criada pelo UNAIDS em 2017, tem o intuito de revitalizar a prevenção do HIV, garantindo maior investimento para programas de prevenção e mapeando caminhos possíveis para atingir as metas globais.

**Décadas de 1980/1990**

- 1981**: Descoberta de uma nova epidemia
- Começo da década de 1980**: Uso do preservativo externo, já existente, para a prevenção do HIV
- 1985**: Testagem do HIV
- 1987**: Criação do AZT; Testes com a primeira vacina de HIV
- 1993**: Criação do preservativo interno
- 1995**: Novas classes de ARVs
- 1996**: Início da HAART - Vancouver; Incorporação no SUS
- 1997/1998/1999**: Chegada do preservativo interno ao Brasil e primeiras pesquisas de implementação
- 1998**: "PEP sexual" e para injeção de drogas - Austrália
- 1998/1999**: PEP ocupacional para trabalhadores da saúde

**Década de 2000**

- 2000/2001**: CDC indicando a PEP ocupacional em países industrializados; PEP nos casos de violência sexual
- 2002**: "PEP sexual" em São Francisco - EUA
- Ano longo da década**: Ensaios clínicos - CMMV; Ensaios clínicos - géis microbicidas
- 2005**: Consulta PEP ocupacional e não ocupacional - OMS/OIT
- 2007**: Início pesquisas PrEP oral - mundo (incluindo o Brasil); Início pesquisas I = I - mundo; Validação da eficácia da CMMV pela OMS
- 2008**: Indicação do TcP - nota da Comissão Federal Suíça para HIV/AIDS
- 2008**: Início Projeto "Quero Fazer" - testagem do HIV no Brasil

**Década de 2010**

- 2000**: Fundação Billie Melinda Gates
- 2001**: Fundação Clínica
- 2001**: UNGASS
- 2002**: Criação da *Global HIV Prevention Working Group* e início do debate sobre novas formas de prevenção do HIV
- 2002**: Criação do Fundo Global
- 2003**: Criação PEPFAR
- 2004**: Concórdância da Prevenção Combinada - UNAIDS
- 2005**: Prevenção Combinada como política global
- 2006**: Revisão Declaração UNGASS
- 2006**: XVI Conferência Internacional de AIDS - Toronto
- 2007**: Distúrbios psíquicos - UNAIDS
- 2007**: IAS - Austrália
- 2009**: Reconhecimento da Prevenção Combinada - UNAIDS
- 2009/2009**: Modelos de Prevenção Combinada - Modos de Transmissão (MoT)

**Anos 2020 a 2024**

- 2010**: Nova publicação do UNAIDS sobre Prevenção Combinada
- 2010**: "PEP sexual" no SUS
- 2010**: Ensaio clínico DoxiPEP
- 2011**: Prevenção Combinada - sociedade civil brasileira
- 2011/2012**: Afirmações científicas sobre uma possível geração "livre da AIDS"
- 2011**: Orientações técnicas Prevenção Combinada - PEPFAR
- 2012**: Pesquisa HPTN 052 comprovando o TcP ("Testar e Tratar")
- 2012**: Distribuição preservativo interno SUS
- 2013**: TcP - Ministério da Saúde
- 2013**: Ampliação da testagem do HIV e da dinâmica do "Testar e Tratar" no Brasil
- 2013**: Prevenção Combinada - Ministério da Saúde; Primeira Mandala da Prevenção sem abordar fatores estruturais da vulnerabilidade ao HIV
- 2014**: Edital Projeto "Viva Melhor Sabendo" - testagem do HIV; Fim Projeto "Quero Fazer"; Fim pesquisas PrEP oral no Brasil
- 2014**: Meta 90-90-90 UNAIDS - uso do TcP para o seu alcance
- 2014**: *GAP Report* UNAIDS - aumento do HIV em "grupos-chaves" no país versus uma epidemia "estabilizada" no Boletim Epidemiológico
- 2015**: 47 ONGs contempladas para realizar a testagem do HIV - Projeto "Viva Melhor Sabendo"
- 2015**: Pesquisas de incorporação da PrEP oral no Brasil
- 2015**: *Risk Tracking* UNAIDS - reforço da importância da Prevenção Combinada para a redução do HIV até 2020
- 2016**: Fim pesquisas I = I; Pesquisa HPTN para PrEP injetável - cabotegravir
- 2016**: Declaração Política da ONU - "Fim da AIDS" até 2030; *Prevention Gap Report* - UNAIDS; Aceleração da Resposta para Acabar com a epidemia de AIDS até 2030 - UNAIDS
- 2017-2018**: Implementação da PrEP oral no Brasil
- 2017**: *HIV Prevention in the Spotlight* - UNAIDS; "Prevenção Combinada do HIV" - UNAIDS
- 2018**: Validação da eficácia da DoxiPEP
- 2018**: Ampliação da PrEP oral no Brasil
- 2018**: Folheto "Prevenção Combinada do HIV" - UNAIDS; Nota explicativa "Indetectável = Intransmissível" - UNAIDS

**Anos 2020 a 2024**

- 2020**: Covid-19 modificando o acesso às tecnologias de prevenção (como a PrEP)
- 2020**: Financiamento mundial da saúde para as vacinas da Covid-19, dificultando ainda mais o financiamento para HIV/AIDS
- 2020/2021**: Reorganização dos serviços de HIV/ISTIs - Covid-19
- 2021**: "Cartilha de saúde LGBTQIT+ com tópico sobre Prevenção Combinada - TDDXS e UNAIDS
- 2022**: DoxiPEP para pessoas em PrEP - São Francisco (EUA)
- 2022**: *Global AIDS Monitoring 2023* - UNAIDS; *Policy Priorities* - UNAIDS; Prevenção do HIV 2025 Roteiro - UNAIDS e GPC
- 2022/2023**: PrEP oral sob demanda no SUS
- 2023**: Fracasso da vacina da Janssen para o HIV; Vacina da Mpxox SUS; Incorporação do conceito I = I - Ministério da Saúde
- 2023**: Livro "Manejo de contingência: estratégias para o autocuidado e a prevenção combinada do HIV/AIDS" - UNAIDS e UNESCO; *The path that ends AIDS* - UNAIDS
- 2024**: Comprovação da injeção semestral do ARV lenacapavir (PrEP injetável); Nota de Informação - Oportunidade do UNAIDS sobre a Resposta ao Mpxox
- 2024**: *HIV Prevention: From Crisis to Opportunity* - GPC e UNAIDS; Nota de Informação - Oportunidade do enfrentamento da epidemia para populações específicas

**Abstract**

essa categoria tem no mundo contemporâneo da prevenção do HIV. Pelo contrário, reconhecemos e valorizamos importância de várias opções para diversas necessidades (Gavigan et al., 2015). Mas, ao mesmo tempo, pensamos que é importante questionar – de pensar criticamente – sobre sua ontologia e sobre as perspectivas epistemológicas utilizadas na sua construção. Precisamente porque o termo “biomédico” evoca noções de natureza, a categoria de “prevenção biomédica” é facilmente interpretada para sugerir um tipo de “naturalidade” – e, portanto, um tipo de inevitabilidade – que um exame mais atento e crítico rapidamente coloca em questão. Assim, abrange aspectos e processos importantes que achamos que precisam ser interrogados.

Longe de ser um fenômeno natural ou necessário, argumenta-se que a prevenção biomédica constitui um constructo eminentemente social. Queremos enfatizar a notável diversidade dos elementos ou componentes que foram reunidos nesta categoria supostamente unificada: preservativos (de aplicação externa e interna), medicamentos antirretrovirais (usados após e antes da infecção), abstinência, circuncisão e assim por diante. De fato, à primeira vista, é tentador caracterizar a categoria de prevenção biomédica como uma espécie de “bricolagem” – uma espécie de “repertório heterogêneo” de elementos que foram reunidos da mesma forma que Lévi-Strauss sugeriu que o pensamento mítico envolve a reutilização de materiais disponíveis para criar novas soluções para problemas sociais novos e emergentes (Lévi-Strauss, 1962). E, de fato, há um sentido em que a noção de prevenção biomédica produz uma espécie de fé mítica na capacidade da biomedicina (e seus operadores) de resolver todos os nossos problemas mais graves na resposta ao HIV/AIDS.

Mas, à medida que interrogamos a categoria com mais cuidado ao longo do tempo, também nos convencemos de que a noção de bricolagem tende a encobrir aspectos importantes – especialmente aqueles relacionados ao poder e à economia política – dos processos que foram reunidos na noção de prevenção biomédica. Por isso, sugerimos a noção de “agenciamento”, originalmente associada ao trabalho de Deleuze e Guattari (1980), e desenvolvida em uma literatura crescente descrita

como “teoria do agenciamento” (Savage, 2022), ou de *assemblages* em inglês (ver, por exemplo, Ong e Collier, 2005). Enfatizando uma compreensão do mundo social como um conjunto de configurações complexas, caracterizadas precisamente por sua heterogeneidade e em constante movimento, ao invés de uma ontologia fixa, o agenciamento tem a vantagem de colocar em primeiro plano questões de poder e economia política, destacando arranjos em constante mudança que reúnem (embora de forma mutável) configurações em movimento contínuo em vez de uma estrutura conceitual definida. Sugere um tipo de “maquinário” capaz de produzir relações sociais dos mais diversos tipos: relações desejantes, desiguais, de poder e de saber, de submissão e de dominação, de lucro e de risco (Deleuze; Guattari, 1980).

Conceituar a prevenção biomédica sob essa perspectiva pode elucidar diversas dimensões que uma compreensão estática e naturalista tende a ocultar. Tal abordagem permite colocar em primeiro plano o óbvio (mas estranhamente oculto em muitas discussões) interesse financeiro da indústria farmacêutica e seus investimentos no desenvolvimento de PEP e PrEP – bem como os fluxos financeiros que devem ser entendidos para dar sentido ao papel das instituições acadêmicas e pesquisadores, biomédicos e comportamentais, que conduzem os estudos laboratoriais e os ensaios clínicos necessários para garantir eventuais margens de lucro da indústria. Ao mesmo tempo, auxilia a destacar a interface entre o poder político-econômico com as estruturas de biopoder (Foucault, 1976) que estabelecem a autoridade dos médicos e dos gestores da saúde pública encarregados de determinar quem merecerá o acesso a tais tecnologias. De diferentes formas, distintas modalidades de prevenção biomédica transformaram pessoas saudáveis em pacientes e em alguns casos, estenderam a tutela aos profissionais biomédicos (beneficiando o lucro da indústria farmacêutica ao longo de um tempo razoável). Mas se as teias do poder econômico e do biopoder ficam mais claras, isto também pode ser dito sobre as estruturas do necropoder (Mbembe, 2016) e que são exercidas na determinação de quem será excluído (por diversas razões) do acesso aos métodos da prevenção biomédica. Quando, em um momento específico, as políticas públicas

são alteradas, o financiamento é drasticamente reduzido e os programas e os serviços de saúde pública são extintos (conforme o atual momento de transformação do apoio à resposta global de HIV/AIDS promovido pelo governo de Donald Trump nos EUA).

Também nos ajuda a entender melhor como os debates políticos de longa data na saúde global, como as posições contrastantes de custo-efetividade *versus* direitos humanos e justiça sanitária, que dominaram os debates sobre a priorização da prevenção primária em oposição ao acesso ao tratamento antirretroviral na política de HIV durante a década de 1990 (Parker, 2000, 2023), foram reproduzidos nas décadas de 2000 e 2010 na promoção da CMMV em ambientes de baixa renda e alta prevalência, como os países da África Subsaariana, em vez de priorizar o acesso à PrEP para populações vulneráveis em países de renda média e alta. Ou, nesse caso, pode nos ajudar a desvendar os fatores subjacentes a debates aparentemente irracionais sobre decisões de licenciamento e preços por parte dos produtores farmacêuticos em relação a diferentes nações do Norte e do Sul (como no caso recente de aplicações de PrEP de ação prolongada, como lenacapavir injetável). Talvez o mais impressionante seja que pode nos ajudar a analisar melhor as razões pelas quais, e por que, as estratégias de prevenção, como o uso da camisinha masculina (ou preservativo masculino externo), que foram adotados no início da década de 1980 por muitos membros de comunidades gays que enfrentavam o impacto da AIDS mesmo antes do isolamento do HIV, deveriam ter sido depois reapropriadas por médicos no final dos anos 2000 como um método de prevenção biomédica - efetivamente negando a validade das abordagens de prevenção baseadas na comunidade, em face da valorização somente da experiência médica (e dos especialistas científicos).

## Considerações finais

Embora a análise dessas estranhas justaposições e mudanças nas relações de poder pudesse ser estendida muito mais se o espaço permitisse, apenas os poucos exemplos oferecidos neste artigo sobre o maquinário social e econômico que o agenciamento da prevenção biomédica produz também podem

nos ajudar a focar no que vemos como talvez a maior limitação da máquina de prevenção biomédica até o momento: as maneiras extremas pelas quais foi colocado o poder e a autoridade quase inteiramente nas mãos dos chamados (e normalmente autodefinidos) “especialistas” (em inglês, língua mãe da maioria deles, os *experts*) em vez das comunidades mais afetadas pela pandemia. Para onde quer que olhemos, a produção social da prevenção biomédica - e suas muitas variantes, como a “prevenção abrangente” (*comprehensive prevention*), a “prevenção combinada” (*combination prevention*) e assim por diante - tem enfatizado as definições delineadas por grupos interdisciplinares de especialistas na elaboração de abordagens de cima para baixo para a educação (bem como estratégias de mobilização social e política - vivemos em um mundo onde as empresas farmacêuticas transnacionais e suas fundações filantrópicas financiam ONGs para desenvolver programas de “treinamento” para “ativistas comunitários”), com pouca ou nenhuma ênfase na pedagogia (ou alfabetização) em tratamento (Heywood, 2009) e muito menos na pedagogia da prevenção (Gavigan, 2015; Parker et al., 2016). Não importa quantos “conselhos consultivos comunitários” esses especialistas possam apontar na tentativa de suavizar essa realidade, talvez o aspecto mais problemático de todo o conjunto de prevenção biomédica seja precisamente o fato de que, desde o início, ele construiu aqueles percebidos de estar teoricamente em risco ou vulnerável como “objetos”, e não como “sujeitos” da experiência que produz. Isso de forma alguma nega sua importância potencial ou os avanços muito reais em tecnologias inovadoras que produziu, mas produz uma espécie de calcanhar de Aquiles que a naturalização da categoria prevenção biomédica consistentemente encobriu e procurou negar.

## Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (ABIA); GRUPO DE INCENTIVO À VIDA. *Prevenção combinada: barreiras ao HIV*. Rio de Janeiro: ABIA, Grupo de Incentivo à Vida, 2011. Disponível em: <https://abiaids.org.br/prevencao-combinada-barreiras-ao-hiv/27434>. Acesso em: 14 nov. 2024.

- AGGLETON, P. Global priorities for HIV/AIDS intervention research. *International journal of STD & AIDS*, v. 7, n. suppl 2, p. 13-16, 1996.
- BARBOSA, R. M.; ROBINSON, H.; PARKER, R. (Orgs.). *Preservativo feminino*: das políticas globais à realidade brasileira. Brasília: UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas, 2011.
- BELL, K. HIV prevention: Making male circumcision the 'right' tool for the job. *Global Public Health*, v. 10, n. 5-6, p. 552-572, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1080/17441692.2014.903428>
- BERQUÓ, E.; BARBOSA, R. M.; KALCKMAN S. O uso do método: Estudo revela a aceitabilidade do condom feminino. *Boletim ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 14-15, out./dez. 1999.
- BERNAYS, S. et al. Remaking HIV Prevention: The Promise of TasP, U=U and PrEP. In: BERNAYS, S.; BOURNE, A.; KIPPAX, S.; AGGLETON, P.; PARKER, R. (Eds.). *Remaking HIV Prevention in the 21st Century The Promise of TasP, U=U and PrEP*. Switzerland: Springer, 2021, p. 1-17.
- BRASIL. Nota Técnica Nº 8/2023. 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". *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 jan. 2023.
- CALAZANS, G. J.; PARKER, R.; TERTO JÚNIOR, V. Refazendo a prevenção ao HIV na 5ª década da epidemia: lições da história social da Aids. *Saúde Debate*, Rio De Janeiro, v. 46, n. especial 7, p. 207-222, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E715>
- CASTRO, C. G. et al. Incorporação da PrEP no Brasil segundo a Teoria Fundamentada em Dados. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 34, e34010, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-733120243401opt>
- CONNELL, R. W. et al. *Sustaining safe sex*: Gay communities respond to AIDS. London: Routledge, 1993.
- CORRÊA, S.; PETCHESKY, R.; PARKER, R. *Sexuality, health and human rights*. London; New York: Routledge, 2008.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mille plateaux*. Paris: Les éditions de minuit, 1980.
- DOWSETT, G. W. Sustaining safe sex: sexual practices, HIV and social context. *AIDS*, London, v. 7, n. suppl. 1, p. S257-262, 1993.
- FARMER, P.; CONNOR, M.; SIMMONS, J. (Orgs.). *Women, poverty and AIDS*: Sex, drugs and structural violence. Monroe: Common Courage Press, 1996.
- FERRAZ, D. A. S. Prevenção Combinada baseada nos Direitos Humanos: por uma ampliação dos significados e da ação no Brasil. *Boletim ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids*, Rio de Janeiro, n. 61, p. 9-12, 01 dez. 2016. Disponível em: <https://abiaids.org.br/boletim-abia-61/29629>. Acesso em: 28 nov. 2024.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade I*: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1976.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*: nascimento da prisão. Rio de Janeiro: Graal, 1977.
- GARLAND, D. O que significa escrever uma 'História do Presente'? A abordagem Genealogica de Foucault explicada. *Revista Justiça e Sistema Criminal*, v. 6, n. 10, p. 73-96, 2014.
- GAVIGAN, K. et al. *Pedagogia da Prevenção*: Reinventando a prevenção do HIV no século XXI. Perspectiva Política. Rio de Janeiro: Observatório Global/Observatório Nacional de Políticas de AIDS; ABIA, 2015. Disponível em: <https://abiaids.org.br/pedagogia-da-prevencao/28753>. Acesso em: 08 dez. 2024.
- GLOBAL HIV PREVENTION WORKING GROUP. *Global mobilization for HIV prevention*: a blueprint for action. Global HIV Prevention Working Group, 2002.
- GLOBAL HIV PREVENTION WORKING GROUP. *HIV prevention in the era of expanded treatment access*. Global HIV Prevention Working Group, 2004.

- GREENE, E. et al. Acceptability and adherence of a candidate microbicide gel among high-risk women in Africa and India. *Global Public Health*, v. 13, n. 7, p. 931-943, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1080/13691051003728599>
- HANKINS, C. A.; DE ZALDUONDO, B. O. Combination prevention: A deeper understanding of effective HIV prevention. *AIDS*, v. 24, n. suppl. 4, p. S70-S80, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000390709.04255.fd>
- HEYWOOD, M. South Africa's treatment action campaign: combining law and social mobilization to realize the right to health. *Journal of Human Rights Practice*, v. 1, n. 1, p. 14-36, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1093/jhuman/hun006>
- IMRIE, J. et al. Biomedical HIV prevention—and social science. *The Lancet*, v. 370, n. 9581, p. 10-11, 2007. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61026-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61026-5)
- KNAUFT, B. M. What is genealogy?: An anthropological/philosophical reconsideration. *Genealogy*, v. 1, n. 5, p. 1-16, 2017. DOI: <https://doi.org/10.3390/genealogy1010005>
- KÖRNER, H.; HENDRY, O.; KIPPAX, S. Negotiating risk and social relations in the context of post-exposure prophylaxis for HIV: Narratives of gay men. *Health, Risk & Society*, v. 7, n. 4, p. 349-360, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1080/13698570500390218>
- LÉVI-STRAUSS, C. *La pensée sauvage*. Paris: Plon, 1962.
- MAKSUD, I; FERNANDES, N; FILGUEIRAS, S. Tecnologias de Prevenção do HIV e desafios para os serviços de saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 18, n. suppl. 1, p.104-119, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050008>
- MANN, J. M.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. (Orgs.). *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; ABIA; IMS-UERJ, 1993.
- MARINKOVIĆ, D.; MAJOR, S. COVID-19 and the genealogies of biopolitics: a pandemic history of the present. *Sociologija*, v. 62, n. 4, p. 486-502, 2020. DOI: <https://doi.org/10.2298/SOC2004486M>
- MBEMBE, A. Necropolítica. *Arte & Ensaios*, v. 32, p. 122-151, 2016.
- MONTEIRO, S. S. et al. Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 5, p. 1793-1807, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.16512017>
- MWEEMBA, O. et al. The influence of social constructs of hegemonic masculinity and sexual behaviour on acceptability of vaginal microbicides in Zambia. *Global Public Health*, v. 13, n. 7, p. 931-943, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1080/17441692.2017.1337800>
- ONG, A.; COLLIER, S. J. (Orgs.). *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Oxford: John Wiley & Sons, 2005.
- PARKER, R. *Na contramão da AIDS: Sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA; Editora 34, 2000.
- PARKER, R. Evolution in HIV/AIDS prevention, interventions and strategies. *Interamerican Journal of Psychology*, Austin, v. 35, n. 2, p. 155-165, 2001.
- PARKER, R. On the Genealogy of the Global Health Justice Movement. *Global Public Health*, v. 18, n. 1, 2288686, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2288686>
- PARKER, R. Epidemias de significação e políticas de saúde global: Do fim da AIDS ao fim da ampliação da resposta global da AIDS. *Global Public Health*, v. 19, n. 1, 2386920, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1080/17441692.2024.2386920>
- PARKER, R. G.; CAMARGO, K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. suppl. 1, p. S89-102, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000700008>
- PARKER, R. G.; EASTON, D.; KLEIN, C. H. Structural barriers and facilitators in HIV prevention: a review of international research. *AIDS*, London, v. 14, n. suppl. 1, p. S22-S32, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1097/00002030-200006001-00004>

PARKER, R. G. *et al.* Prevention literacy: community-based advocacy for access and ownership of the HIV prevention toolkit. *Journal of the International AIDS Society*, v. 19, n. 1, 21092, 2016. DOI: <https://doi.org/10.7448/IAS.19.1.21092>

PEPFAR. *Technical Guidance on Combination HIV Prevention*. Washington, DC: The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief, 2011.

SAVAGE, G. C. O que é agenciamento de políticas? *Práxis Educativa*, v. 17, p. 1-21, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5212/PraxEduc.v17.20018.022>

SWEAT, M. D.; DENISON, J. A. Reducing HIV incidence in developing countries with structural and environmental interventions. *AIDS*, London, v. 9, n. suppl. A, p. S251-S257, 1995.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2004.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. *Intensifying HIV prevention: UNAIDS policy position paper*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2005. Disponível em: [https://www.unaids.org/en/resources/documents/2005/20051205\\_jc1165-intensif\\_hiv-newstyle\\_en.pdf](https://www.unaids.org/en/resources/documents/2005/20051205_jc1165-intensif_hiv-newstyle_en.pdf). Acesso em: 16 nov. 2024.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. *Male circumcision: Africa's unprecedented opportunity*. Geneva: World Health Organization; 2007a.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. *Practical guidelines for intensifying HIV prevention*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2007b.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. *Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections*. A UNAIDS Discussion Paper. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2010. Disponível em: [https://www.unaids.org/en/resources/documents/2010/20101006\\_JC2007\\_Combination\\_Prevention\\_paper](https://www.unaids.org/en/resources/documents/2010/20101006_JC2007_Combination_Prevention_paper). Acesso em: 17 nov. 2024.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. *Fast Tracking Combination Prevention: Towards Reducing new HIV Infections to Fewer Than 500 000 by 2020*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2015. Disponível em: [https://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/20151019\\_JC2766\\_Fast\\_tracking\\_combination\\_prevention](https://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/20151019_JC2766_Fast_tracking_combination_prevention). Acesso em: 17 nov. 2024.

UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY SPECIAL SESSION. *Declaration of commitment on HIV/AIDS: five years later*. New York: United Nations, 2006. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/573159?v=pdf>. Acesso em: 17 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO). *Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection: joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection*. Geneva: World Health Organization; International Labour Organization, 2007. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241596374>. Acesso em: 18 nov. 2024.

ZUCCHI, E. M. et al. 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. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00206617, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00206617>

THE EDITORS. Introducing history of the present. *History of the Present*, v. 1, n. 1, p. 1-4, 2011.

---

### Contribuição dos autores

Richard Parker: contribuiu com a conceptualização, a elaboração, a escrita e a revisão crítica do artigo. Carla Rocha Pereira: contribuiu com a escrita, o desenvolvimento do quadro e da figura, o levantamento de documentos técnicos, como da revisão do manuscrito.

### Declaração de Disponibilidade de Dados

Os dados de pesquisa estão disponíveis no corpo do documento.

Editores: Ivia Maksud, Mauro Brigeiro

Recebido: 14/1/2025

Reapresentado: 01/04/2025

Aprovado: 20/4/2025