

Truvada: Uma possível cartografia sobre a sexualização de um medicamento. Como ao A, B, C se pode adicionar o D.

Augusto Claudio Andrés Obando Cid¹
Héctor Luis Baz Reyes²

Resumo: O artigo aborda a epidemia mundial de HIV/AIDS e as estratégias de prevenção relacionadas. Descreve-se o paradigma tradicional de prevenção conhecido como as “três A, B, C”, que inclui: a) abstinência (*Abstinence*), b) parceiro(a) sexual exclusivo(a) (*Between*), e c) preservativo (*Condom*). A esse modelo, recentemente foi adicionada a “D”, referindo-se ao uso de medicamentos (*Drugs*). O objetivo principal do trabalho é descrever e refletir sobre uma possível cartografia crítica em torno do medicamento TRUVADA®, utilizado como profilaxia pré-exposição (PrEP) na prevenção do HIV, e analisar a controvérsia gerada pelo seu uso no âmbito social. Metodologicamente, a pesquisa baseia-se em uma revisão de fontes secundárias, incluindo estudos acadêmicos e autores relevantes no tema. A partir dessa revisão, desenvolveu-se uma cartografia crítica que explora o surgimento, o uso e a interação social em torno do TRUVADA®, bem como os atores sociais envolvidos nesse processo até 2014, considerado o momento cronológico mais relevante em relação ao uso do TRUVADA® como PrEP. Entre os principais achados, destaca-se que o uso do TRUVADA® transformou as ecologias sexuais, ao modificar as dinâmicas e práticas associadas à sexualidade. No entanto, essa transformação também gerou novos processos de discriminação e sorofobia, particularmente em relação às pessoas que utilizam esse medicamento. Esses processos evidenciam tensões e debates éticos em torno da medicalização da sexualidade. Conclui-se que o TRUVADA® representa não apenas um avanço biomédico na prevenção do HIV, mas também um fenômeno sociocultural que redefine as relações entre sexualidade, saúde e medicamentos. Esse cenário implica uma medicalização da sexualidade, ao mesmo tempo que transforma o medicamento em um elemento central nas práticas sexuais contemporâneas, com implicações tanto positivas quanto problemáticas em termos de equidade e estigmatização.

Palavras-chave: HIV/AIDS. TRUVADA®. PrEP. Corpo. Sexualidade.

¹ Matró. Magíster en Ciencias Sociales Aplicadas, Doctor en Procesos Sociales y Políticos en América Latina – Universidad de Artes y Ciencias Sociales (UARCIS). Doctor en Ciencias Sociales (U. de Chile), Universidad de La Frontera: Temuco, Araucanía, CL. / augusto.obando@ufrontera.cl

² Licenciado em Letras Espanhol/Português, Pedagogia e História. Mestre em Ciências Sociais (UARCIS) e Mestre em Linguística Aplicada, Universidade de Taubaté (UNITAU). Doutorando em Educação (UNICAMP), Professor do Instituto Federal de São Paulo / baz.hector@ifsp.edu.br

A epidemia global do Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), desde seu surgimento, tem levantado importantes questionamentos sobre sua transmissão e prevenção. Além disso, gerou profundas transformações na compreensão do corpo, da sexualidade e de suas práticas, ao mesmo tempo em que desafiou o conhecimento médico, os direitos das pessoas afetadas e o papel dos sistemas de saúde em particular, bem como a responsabilidade dos Estados-nação em um sentido mais amplo. Passadas mais de quatro décadas desde o início dessa epidemia, torna-se fundamental refletir sobre os discursos associados às estratégias de prevenção do HIV, especialmente em relação ao surgimento de uma ferramenta que, embora conhecida por seu papel no tratamento, representa uma novidade no campo da prevenção: o uso de medicamentos antirretrovirais.

Nesse contexto, o presente texto propõe uma reflexão teórica e crítica sobre o HIV/AIDS, com foco específico na Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), destacando o caso do TRUVADA®. O objetivo principal é descrever e analisar criticamente as dinâmicas associadas a esse medicamento, desenvolvendo uma possível cartografia de seu uso, ao mesmo tempo em que se exploram as controvérsias surgidas em torno de sua incorporação no espaço social como uma ferramenta preventiva contra o HIV.

Longe de se limitar a expor os benefícios e justificar a inclusão do TRUVADA® nos sistemas de saúde como medida preventiva, esta análise busca problematizar as tensões relacionadas ao seu uso, acesso e às interpretações que diferentes atores sociais construíram em torno de sua introdução. Nesse sentido, examina-se como essa nova estratégia de prevenção transforma o paradigma das A, B, C na prevenção do HIV/AIDS, acrescentando uma D que redefine as práticas, os discursos e as políticas nesse campo.

As práticas sexuais mediadas em seu próprio alfabeto

A prevenção do HIV baseia-se nos três grandes pilares de acordo com a via de transmissão dessa doença (ONUSIDA, 2025a), sendo a primeira delas a via sanguínea, a segunda a via vertical, que implica a transmissão da mãe para o filho durante a gravidez, parto e pós-parto, e a terceira a via sexual.

O primeiro pilar baseia-se na prevenção da transmissão por via sanguínea, que começou quando foi detectada uma das 4H da AIDS, segundo Rossi e Paiva (2002), que foi o aparecimento de hemofílicos com essa doença, que adquiriram o vírus por meio de transfusões. Portanto, a primeira ação a nível de todos os sistemas de saúde no mundo foi submeter a toda a sangue que seria transfundido a triagem e diagnóstico à procura do HIV.

No entanto, apesar da estratégia anterior dentro da transmissão sanguínea que tem sido eficaz, surge a outra H que está relacionada a essa transmissão, a qual é representada pelos heroínômanos ou viciados em drogas endovenosas, onde as estratégias de prevenção do HIV neles são mais complexas do que apenas triagem e análise do sangue antes de transfundi-lo, pois requer analisar o fenômeno das drogas endovenosas.

É também necessário questionar as práticas e os discursos que muitos sistemas de saúde preferem abertamente ignorar, inclusive nos países desenvolvidos, onde essa é a principal forma de transmissão do HIV. Isso impõe aos indivíduos dependentes de drogas injetáveis estigmas duplos e triplos (ONUSIDA, 2001), frequentemente os classificando como desperdícios sociais, passíveis de serem descartados dentro dessa lógica de Necropolítica que menciona Mbembe (2011, p. 57), que intersecciona classe, raça, sexo e gênero na construção social e cultural da AIDS.

O segundo pilar é a prevenção da transmissão por via vertical, que foi o segundo a ser implementado após a descoberta dos medicamentos antirretrovirais, para evitar a transmissão da mãe para o filho, durante a gravidez, o parto e a amamentação.

Não é menos importante o fato de que, assim que surgiram os medicamentos para o tratamento, foram buscadas múltiplas formas de implantar o mais rapidamente possível a possibilidade de tratar gestantes para evitar que nascessem crianças vivendo com HIV, e evitar a progressão para a fase de AIDS.

Considerando-se o anterior, instaura-se uma lógica biopolítica que segundo Foucault (2005) com o objetivo de gerar um corpo e uma população, onde o discurso defendido é sobre o “futuro de toda nação”, como menciona Lee Edelman (2014, p. 21). A promessa da heterossexualidade obrigatória, que coloca a criança como portadora de todas as esperanças, diante da teleologia do progresso que se instala no discurso da modernidade e atravessa de ponta a ponta o senso comum da sociedade, e com isso o discurso de que se deve velar pelas crianças acima de todas as coisas, como uma necessidade imperiosa e quase obsessiva, onde, mais do que sujeitos, elas são apenas objetos do futurismo reprodutivo heterossexual e onde todo o resto carece de valor.

Ao que foi dito anteriormente, deve-se destacar as abismáticas diferenças entre os países desenvolvidos e os em vias de desenvolvimento, onde muitas crianças nascem com HIV, mas não chegam a desenvolver a fase de AIDS, pois suas condições de vida as fazem morrer por doenças transmissíveis de maior letalidade em seus contextos sociais e culturais; o que demonstra, ao que parece, que a proteção das crianças não é mais do que um discurso ou uma ideologia que se levanta como prática de exclusão das crianças e dos meninos e meninas com existências materiais reais no planeta.

O terceiro pilar da prevenção foca na transmissão do HIV por via sexual, que se baseia na prevenção e transformação relacionadas às práticas sexuais implementadas pelos sujeitos, com isso se apresenta o conceito do paradigma da prevenção da aquisição do HIV, segundo ONUSIDA (2025b). Isto se deve principalmente ao fato de que as duas formas de prevenção anteriormente expostas não exigem ações diretas sobre os comportamentos das pessoas e têm se mostrado altamente eficazes em todo o mundo. A via sexual representa a principal forma de transmissão nos países em

desenvolvimento, correspondendo a cerca de 90% das aquisições em nível mundial, segundo dados epidemiológicos.

A prevenção neste caso é estruturada de acordo com as três primeiras letras do alfabeto, como uma espécie de enunciado, em termos foucaultianos, que coloca o poder de cada letra acima da outra. Vários países membros do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS participaram da disposição, ignorando as recomendações baseadas na evidência científica e epidemiológica, ao centralizarem o paradigma em ABC, embora este último apoie mais o CBA, que são:

Abstinence (ABSTINÊNCIA): refere-se a não ter nenhuma prática sexual e evitá-la de qualquer forma. Do exposto, deve-se destacar que essa estratégia de prevenção baseada na abstinência é mediada, por um lado, pela média de idade de início da atividade sexual na população e, por outro, por como os corpos masculinos e femininos são sexualizados, assim como sua posterior sexualização. Aparentemente, aqueles que são sexualizados como homens e heterossexuais são os sujeitos menos propensos a serem alvo de vigilância pelo dispositivo de sexualidade enunciado por Foucault (2005), possuindo uma espécie de imunidade no plano sexual, sendo-lhes permitido exercer sua sexualidade e todas as práticas associadas a ela, por estarem no topo da estrutura de poder que constrói os corpos e as sexualidades.

Por outro lado, a evidência empírica aponta que a abstinência não é uma estratégia eficaz em sociedades ocidentais, onde a sexualização dos corpos e sua generização tornam o início da atividade sexual um rito de passagem necessário na construção da subjetividade, sendo raro encontrar sujeitos que não tenham tido práticas sexuais penetrativas e não penetrativas.

Between, (PARCEIRO SEXUAL EXCLUSIVO): essa estratégia exige duas premissas a priori: a primeira é a confiança no outro integrante da parceria, e a segunda é que nenhum dos dois viva com HIV, o que entra em conflito com a primeira premissa, ainda mais quando se considera o conceito de pares sexualizados como heterossexuais, onde as mulheres, como construção de gênero, sempre devem ser fiéis, enquanto o

homem, em sua construção de gênero, não assume essa fidelidade, mas tem a infidelidade como necessária, até inquestionável. Por outro lado, os dados empíricos mostram que os homens possuem, em média, mais parceiras sexuais do que as mulheres, como afirma Movilh (2017).

É necessário pontuar que os vínculos entre as pessoas são algo flexíveis para serem considerados a priori como um casal sexual exclusivo; no entanto, essa categoria superou outra conhecida como “casal único”, segundo *The Well Project* (2024), já que, conforme apontado pela evidência, nesta construção generificada e sexualizada dos sujeitos, estes constroem imaginários, práticas e representações muito dissimilares entre si, das quais se deve considerar uma “parceria única”, sejam esses sujeitos generificados como homens ou mulheres, ou sexualizados como heterossexuais, bissexuais ou homossexuais.

A transição da categoria “parceiro único” para “casal sexual exclusivo” não melhorou o cenário de aquisição do HIV, já que transformar a categoria não transforma os discursos e as práticas materiais que os sujeitos implementam no exercício de sua sexualidade e em suas práticas sexuais.

Condom (PRESERVATIVO): essa estratégia tem uma historicidade que remonta a vários séculos antes como tecnologia sexual, além de décadas como método de prevenção da gravidez, que passou por uma reconfiguração à luz do surgimento da AIDS, transformando-se na principal estratégia de prevenção da transmissão do HIV e de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), sendo considerada, de acordo com as evidências científicas e epidemiológicas, a base fundamental da prevenção pela via sexual.

No entanto, em torno desse objeto se articula não apenas sua sexualização e gênero, mas também sua construção de classe, uma vez que seu uso é mais comum entre homens de nível socioeconômico alto. Portanto, em alguns contextos, seu uso é mediado pelo acesso, que pode ser determinado pelo nível de informação, conhecimento sobre sua utilização ou pela possibilidade de comprá-lo.

O exposto anteriormente é o paradigma dominante em termos de prevenção do HIV por via sexual; porém, já na década de 1990, com a massificação do uso de medicamentos antirretrovirais, começam a surgir discursos e práticas relacionadas ao uso desses medicamentos como uma nova estratégia de prevenção do HIV, conhecida como D, nos países desenvolvidos (Europa e América do Norte), pois eles tinham acesso ao tratamento antirretroviral (TAR) muito antes dos países do sul global.

Quando se deseja adicionar o D ao ABC:

Drugs (DROGAS/PrEP): A prevenção baseada nessa estratégia não surge propriamente em relação às práticas sexuais, mas sim como formas de evitar a soroconversão em pessoas saudáveis expostas ao vírus em situações que atentam contra sua autonomia, como ocorre em acidentes com objetos perfurocortantes e em casos de violência sexual.

Contudo, rapidamente, o uso de medicamentos antirretrovirais se consolidou não apenas nessas situações, mas principalmente entre casais sorodiscordantes, para proteger o membro da relação que não vive com HIV. Em segundo plano, essa estratégia passou a ser utilizada em práticas sexuais desprotegidas para evitar o uso do preservativo, em busca de uma relação sexual “mais natural”, chamada de *Raw Sex* (“sexo cru”), anterior ao surgimento do HIV/AIDS, conforme Dean (2015, p. 265).

Rastrear a genealogia dessa estratégia é algo complexo; entretanto, é possível mapear os atores e processos que convergiram para a controvérsia sobre seu uso atualmente, em uma espécie de farmacologização da sexualidade ou sexualização do fármaco. No que se refere ao primeiro processo, argumenta-se que a sexualidade sempre esteve sujeita à intervenção da tecnologia farmacológica. De certa forma, isso se confirma, já que todo o dispositivo da sexualidade se estrutura a partir do diagnóstico e tratamento desta como uma patologia.

Atualmente, a sexualidade e seu exercício são intervencionados farmacologicamente, desta vez no sentido de otimização, buscando melhorar o desempenho nas práticas sexuais. Assim, toda sexualidade é tecnologia, conforme Preciado (2002, p. 118). De acordo com o autor, práticas sexuais são aquelas realizadas com e sobre o corpo, possuindo uma historicidade diversa. Incluem tanto práticas sexuais não penetrativas, cuja variedade excede o escopo deste texto, quanto práticas sexuais penetrativas, nas quais o órgão que penetra pode ser a língua, o pênis ou outro órgão.

Entre essas práticas encontram-se: a) práticas penetrativas orais, envolvendo a boca com o pênis, a vagina ou o ânus, classificadas como felação, cunilíngua e anilíngua, respectivamente; b) penetração vaginal; e c) penetração anal. A esta última se soma, mais recentemente, o *fisting* (penetração anal com o punho). Assim, toda prática sexual, conforme exposto, é uma relação tecnológica entre órgãos, sejam eles genitais ou não.

A sexualização do fármaco é outro processo dentro dessa cartografia. Aqui, os medicamentos, além de sua materialidade química, são carregados com formas específicas de desejo no exercício da sexualidade ou nas práticas sexuais. Exemplo disso é o preservativo de látex, as hormonas anticoncepcionais e, hoje, o SILDENAFIL®, princípio ativo do VIAGRA®.

Dessa forma, não é surpreendente que, em meio a um processo tecnológico de farmacologização da sexualidade, ocorra o inverso: a sexualização do fármaco. No caso do exercício da sexualidade em geral, e do HIV em particular, é necessária a presença de um objeto tecnológico – uma molécula ativa – para prevenir a aquisição do vírus. Antes, esse papel era desempenhado pelo látex, em suas diversas formas, cujo ápice foi o preservativo. Hoje, esse papel é da profilaxia pré-exposição (PrEP), na qual um composto químico pode evitar a aquisição do HIV.

O (PrEP) possibilita o retorno ao suposto “exercício natural” ou “estado natural” das práticas sexuais, anteriores à epidemia da AIDS, que seria o sexo sem preservativo

ou, como popularmente dito, sexo “no pelo”. Dean (2015) denomina isso de *Raw Sex* ou “sexo cru”, mas ressalta que tal conceito não existe de fato. Para ele, o que ocorre é uma tecnologização do sexo, que se torna mais uma prática sexual.

Temporalidades farmacológicas no enfrentamento e tratamento do HIV

“Eu sou o Estado; eu sou a Molécula”
Paul. B. Preciado - Testo Yonki

A medicalização ou farmacologização no caso do HIV/AIDS, segundo Mc Manus & Mercado-Reyes (2016), deve considerar quatro processos: a) A medicalização é um processo complexo, no qual intervêm diversos atores, desde as moléculas ativas do medicamento até o Estado e o Mercado, como entidades reguladoras; b) A medicalização não é um processo linear, mas intersecta diversos vínculos dentro e fora do campo biomédico; c) O HIV possui uma dinâmica de medicalização altamente mutável, que vai desde a segregação dos afetados até a quimioprofilaxia; d) A medicalização possui contornos indefinidos, de modo que seu exercício, discursos e práticas não são facilmente detectáveis.

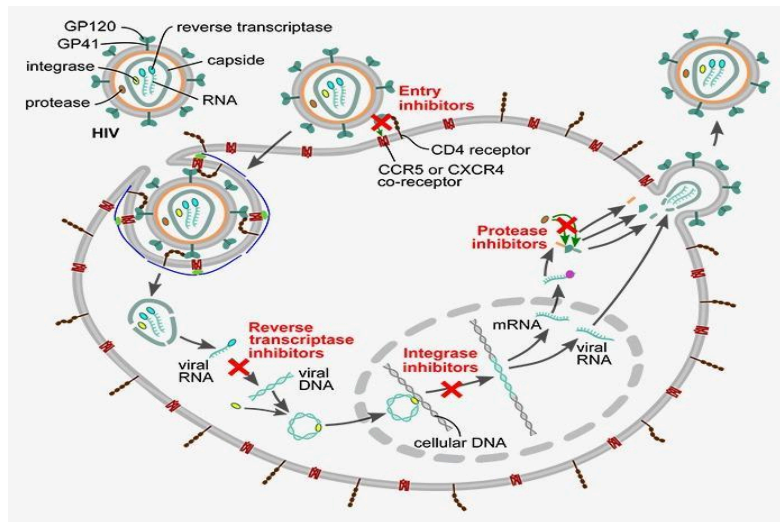
A Tabela 1 descreve a cronologia do surgimento do HIV/AIDS e os principais tratamentos aprovados pela Administração de Alimentos e Medicamentos (FDA, sigla em inglês de *Food and Drugs Administration*, dos Estados Unidos). Esses tratamentos delineiam os principais protocolos de enfrentamento internacional contra o HIV/AIDS e são descritos até a temporalidade de 2014, para os fins deste trabalho.

Tabela 1. Cronologia da emergência do HIV/AIDS e dos tratamentos contra o HIV.

1981	Surge uma estranha doença que compromete o sistema imunológico dos jovens em San Francisco.
1987	Aparece o primeiro tratamento para esta doença, nomeada como Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), este medicamento é a azidotimidina (AZT, ZDV), aprovado pela FDA em 19 de março de 1987, que posteriormente se tornará a primeira linha de tratamento contra o vírus, conhecida como Inibidores da Transcriptase Reversa Análoga aos Nucleósidos (ITIN) .
1995	Surge a segunda linha de tratamento contra o VIH, conhecida como Inibidor da Protease (IP) .
1998	Surge a terceira linha de tratamento, conhecida como Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos aos Nucleósidos (ITINN)
2001	Fumarato de disoproxilo de tenofovir (tenofovir DF, TDF) (26 de outubro de 2001 aprovado pela FDA)
2003	Emtricitabina (FTC) (2 de julho de 2003 aprovado por FDA)
2005	Surge os últimos inibidores da protease.
2007	Surge os Inibidores da Integrase. Surge os Inibidores da Entrada.
2011	Surge os últimos Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos aos Nucleósidos (ITINN) .
2014	Surge os últimos inibidores da integrase. Surge a última linha de tratamento com os Intensificadores Farmacocinéticos.

Fonte: Elaboração Própria a partir de
https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2005/21752s002lbl.pdf

Figura 1. Locais de ação dos tratamentos contra o HIV.



Fonte: Thomas Splettstoesser www.scistyle.com/HIV-drug-classes.svg

Conforme observado na imagem (ver Figura 1), a ação dos medicamentos contra o HIV ocorre em diferentes pontos do linfócito TCD4 quando este é exposto à infecção pelo vírus. Alguns medicamentos são inibidores da entrada do vírus na célula; outros são inibidores da transcriptase reversa, que impedem a replicação do RNA viral. Existem também os inibidores da integrase, que evitam que o material genético viral se una ao material genético da célula; e, por fim, os inibidores da protease, que bloqueiam a produção das estruturas fundamentais do vírus ao sair da célula.

TRUVADA³®: de preservativo químico à governamentalidade da quimioprofilaxia

TRUVADA® (FDA, 2005) é uma combinação de medicamentos para o HIV; no entanto, não é a única combinação existente para pessoas que vivem com HIV (PVHIV) e recebem tratamento antirretroviral. O ponto relevante aqui é destacar que

³ Sobre TRUVADA® (site em inglês): <http://www.truvada.com>

TRUVADA® se constitui como a medicação principal utilizada por indivíduos que mantêm relações sexuais desprotegidas para prevenir a aquisição do HIV, sendo amplamente concebido como PrEP (Profilaxia Pré-Exposição).

Consequentemente, é importante entender por que este medicamento consegue, diferentemente de outras combinações possíveis, se posicionar como o PrEP de escolha. Em outras palavras, é crucial compreender como ele articula práticas de farmacologização e tecnologização química da sexualidade na era imunológica (marcada pelo HIV/AIDS e pelos antirretrovirais). Trata-se, de certo modo, de uma superação das tecnologias previamente empregadas no corpo para permitir práticas sexuais. Isso é relevante porque as principais combinações de medicamentos profiláticos pré-exposição eram tradicionalmente baseadas no uso de zidovudina, utilizada em casos como acidentes com perfurocortantes, prevenção da transmissão vertical e agressões sexuais.

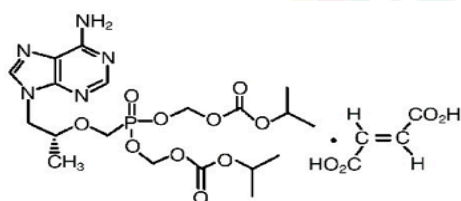
É essencial levantar a ideia de uma superação ou sobreposição dentro da biomedicina em relação às abordagens para doenças transmissíveis. O primeiro exemplo disso foi o descobrimento dos microrganismos, que marcou o fim da era miasmática e o início da era microbiológica com Pasteur e o desenvolvimento de antibióticos. Posteriormente, essa era foi superada (ou complementada) pela era imunológica, inaugurada com Robert Gallo e Luc Montagnier, cientistas que descobriram o agente causador da AIDS. Essa era trouxe o surgimento da AIDS, a identificação do HIV e o desenvolvimento dos antirretrovirais.

Seguindo essa lógica, pode-se pensar na existência, hoje, de uma espécie de era neurológica, onde predominam patologias como depressão, estresse e Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), entre outras. Nessa era, o agente causal das doenças não é mais identificável, mas a farmacologização dessas condições é amplamente praticada. Essa perspectiva amplia as ideias de Conrad (2005, 2007) sobre a medicalização da vida e reformula as premissas de Rose (2012). Conforme apontado por Foucault (2005), desde o século XVII, a vida no Ocidente sempre foi medicalizada;

porém, atualmente, há tecnologias baseadas em arsenais farmacológicos, como aponta Abraham (2010), capazes de governar e gerir não apenas populações ou corpos, mas também subjetividades e o *self*.

As imagens apresentadas (ver Figura 2, Figura 3 e Figura 4) ilustram a estrutura química dos princípios ativos do medicamento TRUVADA®, bem como a apresentação comercial do fármaco, sob a responsabilidade do laboratório GILEAD, criador da combinação aprovada pela FDA em 2004 (ver Tabela 2). Trata-se de uma associação entre EMTRIVA® e VIREAD®. O medicamento está indicado, em combinação com outros agentes antirretrovirais (como inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa ou inibidores de protease), para o tratamento da infecção por HIV-1 em adultos.

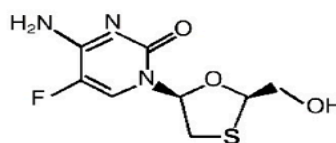
Figura 2. Estrutura molecular do Tenofovir.



Fonte: Vademecum, em:

<http://mx.prvademecum.com/producto.php?producto=10487>

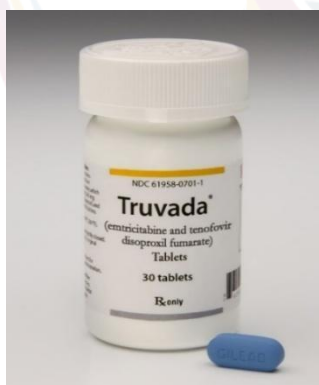
Figura 3. Estrutura molecular da Emtricitabina.



Fonte: Vademecum, em:

<http://mx.prvademecum.com/producto.php?producto=10487>

Figura 4: imagem comercial de TRUVADA®



Fonte: Laboratórios GILEAD

O medicamento TRUVADA® (ver Figura 4) tornou-se a profilaxia pré-exposição (PrEP) mais importante, para não dizer a única, em comparação com outras combinações de medicamentos antirretrovirais.

Tabela 2. Cronologia da Combinação de Medicamentos contra o HIV.

Esta classe de medicamentos contém dois ou mais medicamentos contra o VIH de uma ou mais classes.	Medicamentos em Combinação	Nome Comercial	Data de Aprovação pela FDA
	lamivudina e zidovudina (3TC / ZDV)	Combivir	27 de setembro de 1997
	lopinavir e ritonavir (lopinavir reforçado com ritonavir, LPV/r, LPV / RTV)	Kaletra	15 de setembro de 2000
	abacavir, lamivudina e zidovudina (sulfato de abacavir / lamivudina / zidovudina, ABC / 3TC / ZDV)	Trizivir	14 de novembro de 2000
	abacavir e lamivudina (sulfato de abacavir / lamivudina, ABC / 3TC)	Epzicom	2 de agosto de 2004
	emtricitabina e fumarato de disoproxilo de tenofovir (emtricitabina / tenofovir, FTC / TDF)	Truvada	2 de agosto de 2004
	efavirenz, emtricitabina e fumarato de disoproxilo de tenofovir (efavirenz / emtricitabina / tenofovir, efavirenz / emtricitabina / tenofovir DF, EFV / FTC / TDF)	Atripla	12 de julho de 2006
	emtricitabina, rilpivirina e fumarato de disoproxilo de tenofovir (emtricitabina / cloridrato de rilpivirina / fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina / rilpivirina / tenofovir, FTC / RPV / TDF)	Complera	10 de agosto de 2011

elvitegravir, cobicistat, emtricitabina e fumarato de disoproxilo de tenofovir (QUAD, EVG / COBI / FTC / TDF)	Stribild	27 de agosto de 2012
abacavir, dolutegravir e lamivudina (sulfato de abacavir / dolutegravir sódico / lamivudina, ABC / DTG / 3TC)	Triumeq	22 de agosto de 2014
atazanavir e cobicistat (sulfato de atazanavir / cobicistat, ATV / COBI)	Evotaz	29 de janeiro de 2015
darunavir e cobicistat (etanolato de darunavir / cobicistat, DRV / COBI)	Prezcobix	29 de janeiro de 2015
elvitegravir, cobicistat, emtricitabina e fumarato de alafenamida de tenofovir (elvitegravir / cobicistat / emtricitabina / alafenamida de tenofovir, EVG / COBI / FTC / TAF)	Genvoya	5 de novembro de 2015
emtricitabina / rilpivirina / alafenamida de tenofovir (emtricitabina / cloridrato de rilpivirina / alafenamida de tenofovir, emtricitabina / cloridrato de rilpivirina / fumarato de alafenamida de tenofovir, emtricitabina / cloridrato de rilpivirina / TFV alafenamida, emtricitabina / rilpivirina / TFV alafenamida, emtricitabina / rilpivirina / fumarato de alafenamida de tenofovir, FTC / RPV / TAF)	Odefsey	1 de março de 2016
emtricitabina e fumarato de alafenamida de tenofovir (emtricitabina / tenofovir AF, emtricitabina / alafenamida de tenofovir, FTC / TAF)	Descovy	4 de abril de 2016

Fonte: Elaboração própria a partir de https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2005/21752s002lbl.pdf

A GILEAD é uma empresa farmacêutica que, se não fosse pelo fato de ter se recusado a promover o TRUVADA® para PrEP, seria considerada parte das grandes empresas farmacêuticas, dado que o TRUVADA® é um de seus produtos farmacêuticos de grande sucesso, conforme Dean (2015, p. 228). Somente no primeiro ano, o

TRUVADA® (cujo custo mensal é de 1200 dólares, onde não há genérico) gerou lucros de três bilhões de dólares. Estima-se que um milhão de norte-americanos poderiam se tornar consumidores do TRUVADA®, conforme Preciado (2015).

Segundo o laboratório GILEAD, foram realizados 2 ensaios clínicos para testar a eficácia do TRUVADA® como PrEP:

[**No primeiro**] Todos os sujeitos receberam testes mensais de HIV-1, aconselhamento sobre redução de riscos, preservativos e manejo de infecções sexualmente transmissíveis. Dos 2499 inscritos, 1251 receberam TRUVADA e 1248 receberam placebo. [...] A idade média dos sujeitos foi de 27 anos, 5% eram asiáticos, 9% negros, 18% brancos e 72% hispânicos/latinos. Os sujeitos foram acompanhados por 4237 anos-pessoa. [**O resultado do ensaio é que houve uma**] redução de 42% no risco de aquisição de HIV-1 em comparação com o placebo.

[**No segundo**] Todos os sujeitos receberam testes mensais de HIV-1, avaliação da aderência, avaliação do comportamento sexual e avaliações de segurança. As mulheres também foram examinadas mensalmente para gravidez. As mulheres que engravidaram durante o ensaio tiveram o tratamento interrompido durante a gravidez e durante a amamentação.

Os sujeitos foram acompanhados por 7827 anos-pessoa. Os sujeitos não infectados eram predominantemente homens (61-64% entre os grupos de medicamentos do estudo) e tinham uma idade média de 33-34 anos. [**O resultado do ensaio conclui que houve uma**] redução de 75% no risco de aquisição de HIV-1 em comparação com o placebo (Baeten, 2012, [Grifos e tradução nossa]).

Com base no exposto, a posição do TRUVADA® se deve ao discurso estabelecido pela evidência científica dentro da biomedicina, baseado na infraestrutura do ensaio clínico, como um projeto de pesquisa que proporciona o mais alto nível de evidência, e com isso gera uma certa ficção de verdade.

Após essa articulação entre os discursos de veridicção, gerados pela evidência científica da biomedicina e a intervenção farmacologizada da sexualidade em prol de uma modificação da ecologia sexual; emerge como alvo dessa farmacologização os corpos generizados e sexualizados como homens homossexuais passivos, os quais são o receptáculo anal da penetração e da ejaculação, situação que já foi analisada por Bersani (1995) em relação à sua “culpabilidade” em torno da transmissão e propagação da epidemia de HIV/AIDS. Contudo, esse sujeito se transforma no centro da gestão da

quimioprofilaxia, uma espécie de objeto da governamentalidade gerada pelo fármaco, e cujo objetivo é transformá-lo em consumidor e cliente, como mencionam Fox e Ward (2008).

Outro fenômeno que se destaca em relação a essa governamentalidade da quimioprofilaxia como uma possível farmacopornificação da vida é o entrecruzamento da cultura *Bareback* com a homonormatividade, entendida como homossexualidade de estado, evidente na publicação do *British Medical Journal* de Belluz (2014) e na publicação de *Sexualities* por Davis (2015); onde no primeiro descreve o seguinte relato:

Cada noite antes de ir para a cama, Patrick Buzzell vai até a sua cozinha e engole um pequeno comprimido azul que alivia suas preocupações sobre o HIV. Por mais de um ano, o corretor imobiliário de 36 anos, residente em Boston, tem usado uma combinação de antirretrovirais (marca Truvada) para a profilaxia pré-exposição, ou PrEP. O comprimido de tenofovir / emtricitabina foi inicialmente aprovado pela Administração de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos para tratar pacientes HIV positivos em 2004 e foi licenciado em 2012 para uso entre pacientes sexualmente ativos e soronegativos como Buzzell. “Meu marido é HIV positivo”, disse ele ao BMJ. A PrEP afastou o HIV para longe o suficiente para que possamos continuar com nossas vidas todos os dias. Agora falamos mais sobre a conta do telefone do que sobre seu estado ou como isso me afeta. (Belluz, 2014, p. 348 [tradução nossa]).

Mesmo que o artigo de Belluz (2014) procure abordar todas as facetas em relação ao uso do PrEP de forma geral e do TRUVADA® em particular, fica evidente que, aparentemente, certas práticas sexuais homossexuais são moldadas pelo fármaco. Isso vai desde a normalização do casal homossexual como uma homonormatividade, até a estigmatização dos usuários do PrEP, vistos como indivíduos que não cuidam de si mesmos, com uma vida sexual descontrolada e que se expõem ao risco de contrair HIV e ISTs.

O aspecto relevante aqui é como um medicamento media toda a ecologia sexual e promove uma identidade e subjetividade, constituindo uma forma de governamentalidade. Mais do que avaliar se a droga é eficaz ou não na prevenção da transmissão do HIV, o essencial é observar como ela articula práticas e discursos sobre a

sexualização e a generificação das práticas sexuais, construindo e fabricando tais práticas.

Por outro lado, Davis (2015), ao reler *Intimidade Ilimitada: Reflexões sobre a Subcultura do Barebacking*, argumenta que o PrEP é uma nova forma de reconfiguração da comunidade *bareback*. No entanto, essa prática, que foi altamente estigmatizada dentro da comunidade gay por propor formas de sociabilidade moralmente questionáveis, mas que eram vinculativas, envolvia tanto o *bug chaser* (caçador de vírus [tradução livre]) quanto o *gift giver* (doador de presente [tradução livre]) como parte dessa sociabilidade.

Suas práticas, de forma corrosiva e paroxística, se opunham às políticas de reconhecimento e integração das famílias gays e lésbicas de perfil liberal. Contudo, no contexto da gestão dos corpos pelo PrEP, essas lógicas são anuladas em um tipo de higienização das práticas sexuais e eliminação do risco potencial de aquisição do HIV. Isso contradiz a lógica do *bareback*, transformando-o pela farmacologização, o que mantém a homonormatividade. Agora, qualquer indivíduo pode praticar *bareback*, gerando uma mudança que reforça a homossexualidade de Estado, como o estabelece Davis (2015).

Também é importante destacar que, diante da crise da AIDS, organizações da sociedade civil, como a *AIDS Coalition to Unleash Power* (Coalizão para Libertar o Poder da AIDS [tradução nossa] - *ACT-UP*) nos Estados Unidos, exerceram enorme pressão sobre o governo, o que resultou no surgimento dos primeiros tratamentos farmacológicos contra o HIV. No entanto, o acesso universal ao Tratamento Antirretroviral (TARV) levou a uma transformação dos horizontes políticos dessas organizações e, além disso, estabeleceu uma gestão biomédica sobre os corpos gays.

Com o surgimento do PrEP, ocorre uma nova forma de remedicalização do sujeito homossexual. Agora, esse processo configura um tecido que articula subjetividade, corpo, identidade e população em regimes coerentes, como uma forma dessa governamentalidade fármaco-pornográfica proposta por Preciado, em que:

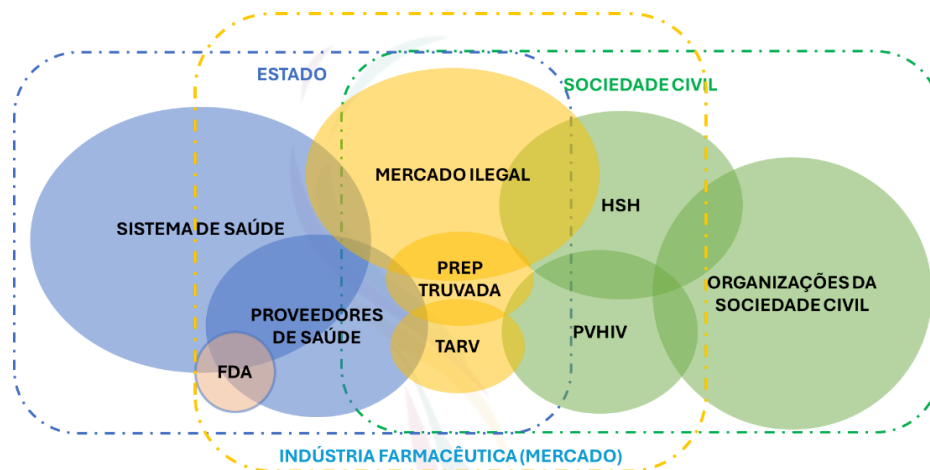
Tanto a pílula quanto o Truvada são evidências da transição desde meados do século passado de uma sexualidade controlada por dispositivos disciplinares “duros” e externos (arquiteturas segregadas e de confinamento, cintos de castidade, preservativos etc.) para uma sexualidade mediada por dispositivos farmacopornográficos: novas tecnologias “leves”, biomoleculares e digitais. A sexualidade contemporânea é construída por moléculas comercializadas pela indústria farmacêutica e por um conjunto de representações imateriais que circulam nas redes sociais e na mídia. (Preciado, 2015 [tradução nossa]).

A sexualidade contemporânea é inseparável das tecnologias que a produzem e regulam. A transição destacada por Preciado (2015) revela não apenas mudanças nos dispositivos de controle, mas também na forma como os corpos, os desejos e as práticas sexuais se tornam objetos de consumo e gestão.

Aplanando o social - cartografar os fluxos fármaco-sociais

A controvérsia que o PrEP e o TRUVADA® suscitam parece não se encerrar em termos de seu acesso nos sistemas de saúde, já que o uso do medicamento e sua sexualização não se limitam a esse espaço. Isso ocorre porque, como ferramenta adicional de prevenção ao HIV, o medicamento desfaz as fronteiras entre a ciência, as tecnologias e a sexualidade humana, conforme Brisson & Nguyen (2017). É, portanto, relevante descrever os atores que tecem suas relações em torno do PrEP. (Ver Figura 5.)

Figura 5: mapeamento dos Fluxos Fármaco-sociais na Controvérsia sobre o PrEP e o TRUVADA®.



Fonte: elaboração própria para este artigo.

Administração de Drogas e Alimentos (FDA) / Organização Mundial da Saúde (OMS) / Centro de Controle de Doenças (CDC)

A controvérsia surge ao abrir a discussão no espaço social sobre o PrEP, pois surgem atores como a FDA, que inicialmente aprova o TRUVADA® como tratamento antirretroviral, mas posteriormente orienta seu uso possível como PrEP em 2012, com base nas evidências científicas disponíveis. A mesma recomendação também é feita pela OMS. Por outro lado, o CDC sugeriu que, em grupos de risco para contrair o HIV, o uso do TRUVADA® seja recomendado.

Uso por parte de pessoas vivendo com HIV (PVVIH)

As Pessoas Vivendo com HIV (PVVIH) são os principais agentes no fenômeno do uso do PrEP, pois, segundo a OMS, existem 10 milhões de usuários de Terapia Antirretroviral (TARV), o que reduz as mortes por HIV (principal objetivo da OMS em

relação à epidemia do HIV/AIDS); mas, de forma conjunta, gera-se a diminuição da transmissão por meio do uso de TARV, o que leva a inferir que as PVVIH utilizam sua condição de usuários de TARV para manter práticas sexuais sem proteção.

Dean (2015) é mais incisivo sobre isso e aponta que, dentro da comunidade gay, mesmo que seja codificado como imoral ter relações sexuais sem proteção (sem preservativo), isso não implica que tais práticas não aconteçam e, portanto, o *bareback*, que antes pertencia a uma comunidade minoritária, primeiramente graças ao TARV e posteriormente ao PrEP, abre uma controvérsia entre as perspectivas da biomedicina que gerencia a sexualidade dos indivíduos, por um lado, e no exercício da sexualidade e das práticas sexuais dos indivíduos que desafiam essa gestão, por outro.

É relevante também destacar a gestão dos corpos das PVVIH, onde as problemáticas giram em torno da adesão ao tratamento, dos efeitos dos tratamentos nos corpos, mas, acima de tudo, da construção da subjetividade gerada pelos tratamentos e, por fim, o estigma que essas pessoas enfrentam, denominado sorofobia, como aponta Bernini (2016).

Uso por parte de população vulnerável à aquisição - Homens que têm sexo com homens (HSH)

É necessário esclarecer que, dentro do discurso preventivo e com o objetivo de eliminar a linguagem pejorativa e discriminatória, foi proposta uma eliminação gradual de certas categorias problemáticas relacionadas à sexualidade e seu exercício. Por isso, o conceito de “grupo de risco” foi substituído por “grupos vulneráveis”, e a categoria “homossexual” foi abandonada em favor de “homens que têm sexo com homens” (HSH), segundo os estudos de *The Well Project* (2024).

O PrEP em geral e o TRUVADA® em particular podem ser considerados uma nova forma de prevenção do HIV, a D que segue o alfabeto do paradigma preventivo; no entanto, também podem ser entendidos como uma nova medicalização do “grupo de

risco”. Por outro lado, são esses indivíduos HSH, as organizações de gays e outros grupos da sociedade civil que solicitam e pressionam o Estado pelo acesso a este medicamento, com o objetivo de diminuir a aquisição e transmissão do HIV ou para retornar a práticas sexuais sem proteção, evitando o uso do preservativo, como na era pré-AIDS.

Segundo Dean (2015) e David (2015), não se deve esquecer os processos de estigmatização sobre os usuários de TRUVADA®, sendo chamados de *Truvada Whores* devido à sua suposta classificação como predadores sexuais e a suposição de que o exercício da sexualidade entre HSH é unicamente penetrativo anal. De acordo com Preciado (2015), isso termina instituindo regimes de normalização para as práticas sexuais.

Estados Unidos e Reino Unido: pioneiros no uso de TARV e PrEP como estratégias de proteção contra o HIV.

O PrEP é considerado um avanço na chamada luta contra o HIV/AIDS, sendo transformado em uma oportunidade de avanço em relação à promoção superando as barreiras de gênero e orientação sexual, segundo Calabrese & Undrhill (2015). No entanto, as recomendações do CDC foram explícitas ao afirmar que o TRUVADA® é para os grupos de risco, para evitar adquirir HIV, como aponta Belluz (2014) e não deve ser visto como uma panaceia ou como um chamado para desincentivar o uso do preservativo.

Outra controvérsia em torno do PrEP, e especificamente com o TRUVADA®, surge do lado da economia da saúde, em relação à Custo-Efetividade, Adesão e Custo, segundo Casabona (2017), portanto, seu uso parece ser restrito a uma focalização personalizada, uma vez que seu uso correto eleva a efetividade para mais de 75%. A adesão exige que seja consumido diariamente, como qualquer TARV. Em relação ao

custo, no final de 2017, as licenças para este medicamento foram liberadas, o que permitirá a redução do custo atual.

Realidade latino-americana (Brasil – México)

Mc Manus e Mercado-Reyes (2016) apontam que, no contexto latino-americano, existem controvérsias semelhantes em torno do PrEP e do TRUVADA® às que ocorreram nos contextos norte-americano e inglês, mas que na América Latina os sistemas de saúde e de fornecimento de medicamentos contra o HIV não possuem as mesmas características dos contextos previamente descritos. Portanto, ao problema se adiciona o componente econômico.

Por outro lado, o exercício da sexualidade na América Latina difere dos contextos anteriores, sendo a principal via de transmissão e aquisição do vírus o sexo, tanto para heterossexuais quanto para a população HSH, onde o uso do preservativo é pouco frequente. Isso torna o uso do medicamento e a adesão a ele altamente problemáticos, segundo ONUSIDA (2025b).

No entanto, apesar das dificuldades mencionadas, Mc Manus & Mercado-Reyes (2016), consideram que, independentemente dessas problemáticas, tanto no México quanto no Brasil, está sendo estudada a possibilidade de incluir o PrEP como parte das ofertas de saúde para populações de risco de adquirir HIV.

Situação chilena (infectologistas vs. sociedade civil)

A situação chilena sobre a presente controvérsia enfrenta infectologistas (prestadores de saúde) e a sociedade civil, mas também envolve a evidência biomédica e as recomendações da FDA, do CDC, e os próprios protocolos do Ministério da Saúde Chileno (MINSAL). Em primeiro lugar, os infectologistas afirmam que o TRUVADA® não gerará prevenção, mas sim um aumento da aquisição do HIV e das ISTs, além de

desincentivar o uso do preservativo de forma alarmante. Também acreditam que isso diminuirá a alerta social em torno da aquisição do HIV/AIDS.

Em segundo lugar, veem como pouco provável a entrega desse medicamento, dado os altos custos que já geram os TARVs para a população de PVVIH, oferecidos pela Lei de Garantias Explícitas em Saúde (GES). Isso, mesmo que seja focado em grupos específicos, não sendo considerado como objetivo principal na resposta ao HIV/AIDS.

Em terceiro lugar, o MINSAL não utiliza o TRUVADA® em seus protocolos de PrEP em caso de acidentes com materiais perfurocortantes, agressão sexual ou para enfrentar a transmissão vertical. Em vez disso, utiliza esquemas com maior evidência, como os baseados em Zidovudina (AZT), fazendo com que o TRUVADA® seja deslocado de outros usos terapêuticos.

A sociedade civil, agrupada em organizações gays como o MOVILH, tem defendido a necessidade de implementar o uso do PrEP e do TRUVADA®, dado a efetividade apresentada em outros contextos, ignorando as características epidemiológicas do HIV no Chile e o estado das demais letras do paradigma da prevenção na via sexual, onde a abstinência e a exclusividade sexual não são aplicadas de forma consistente, segundo os dados do MINSAL e a baixa adesão ao uso do preservativo pela população chilena.

Tudo o que foi anteriormente descrito tem se transformado desde o ano de 2018 até o presente, o que pode ser devido a dois processos sinérgicos opostos. O primeiro é a pressão exercida pelas organizações da sociedade civil para o acesso ao TRUVADA®, e o segundo é a esmagadora evidência científica que tem apoiado o uso do TRUVADA® a nível internacional como profilaxia pré-exposição, o que levou o Ministério da Saúde, de forma gradual, a distribuí-lo. No entanto, com um controle excessivo do acesso, sendo destinados apenas a sujeitos com alto risco de aquisição, o que infelizmente continua a colocar outros sujeitos em situação de estigmatização pelo seu uso, como

peessoas trans e pessoas que exercem o comércio sexual, além de casais sorodiscordantes.

A modo de conclusão ou quando as moléculas e o mercado se interceptam nos corpos

Este texto explorou a controvérsia em torno do PrEP e, especificamente, do uso do TRUVADA®. No entanto, essa controvérsia está longe de ser resolvida. Em muitos aspectos, o TRUVADA® se torna uma caixa preta, pois sua combinação de emtricitabina e tenofovir não difere significativamente de outras terapias antirretrovirais (TARV).

No entanto, sua posição como medicamento preferido para pessoas que não vivem com HIV parece estar fundamentada em sua suposta inocuidade e no respaldo de instituições como a FDA, o CDC e a OMS. Apesar disso, outros medicamentos, como a zidovudina, também são utilizados como PrEP em contextos específicos, como exposições por feridas cortopunzantes, agressões sexuais e protocolos para prevenir a transmissão vertical do HIV.

A complexidade do processo de sexualização do TRUVADA® é tão pronunciada que se torna difícil discernir se ele se origina nas interações moleculares do medicamento com os corpos que o consomem ou se, ao contrário, é uma construção impulsionada pelo mercado, pelas farmacêuticas e pelos sistemas de saúde. Esse processo levou a uma dupla mediação: uma sexualização e uma geração do medicamento e, simultaneamente, uma farmacologização da sexualidade e do gênero das pessoas que o utilizam. Tal fenômeno levanta questões sobre os limites entre as necessidades biomédicas e as dinâmicas socioculturais que cercam o medicamento.

Além disso, a controvérsia em torno do TRUVADA® revela como os medicamentos não operam apenas no campo médico, mas também no biopolítico. A sexualidade continua a funcionar como um dispositivo de controle biopolítico, onde se

intersectam subjetividades, corpos, identidades e populações. Nesse contexto, a gestão da saúde transcende as fronteiras do Estado-nação, sendo influenciada por mercados globais nos quais a economia farmacêutica determina não apenas o acesso, mas também as narrativas associadas aos medicamentos.

Finalmente, é indispensável refletir sobre o impacto que essas dinâmicas têm nas políticas de saúde pública e nas estratégias de prevenção do HIV. O caso do TRUVADA® convida a considerar como as decisões científicas, econômicas e políticas se entrelaçam para moldar não apenas os comportamentos individuais, mas também os imaginários coletivos em torno da saúde sexual. Esses processos devem ser analisados de uma perspectiva crítica para garantir que as intervenções biomédicas não perpetuem desigualdades ou estigmas, mas promovam uma prevenção inclusiva e equitativa.

Em definitiva, a discussão sobre o TRUVADA® e o PrEP ilustra como os medicamentos transcendem sua natureza química para se tornar atores sociais, cuja influência abrange desde o nível molecular até as estruturas globais, reconfigurando as relações entre ciência, saúde e mercado. Esse fenômeno exige uma análise interdisciplinar que permita abordar tanto as possibilidades quanto as limitações dessas inovações biomédicas.

Referências

- ABRAHAM, J. *Pharmaceuticalization of Society in context: theoretical, empirical and health dimension*. **Sociology**, 2010. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0038038510369368>
- BAETEN, J.M.; DONNELL, D.; NDASE, P., *et al.* *Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women*. **N Engl J Med.**, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22784037/> Acesso em: 27 jan. 2025.
- BELLUZ, J. *The truvada wars*. **BMJ: British Medical Journal**, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.g3811>
- BERNINI, L. **Queer Apocalypses: Elements of Antisocial Theory**. Springer, 2016.
- BERSANI, L. **Is the rectum a grave?** Trad. de Ricardo Llamas *¿Es el recto una tumba? Construyendo Sidentidades. Estudios desde el corazón de una pandemia*, 1987 [1995].

- BRISSON, J. & NGUYEN, V. K. *Science, technology, power and sex: PrEP and HIV-positive gay men in Paris*. **Culture, Health & Sexuality**, 2017. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/26787806> Acesso em: 28 jan. 2025.
- CALABRESE, S. K. & UNDERHILL, K. *How stigma surrounding the use of HIV preexposure prophylaxis undermines prevention and pleasure: a call to destigmatize “truvada whores”*. **American journal of public health**, 2015. DOI: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2015.302816>
- CASABONA, J. *Profilaxis pre-exposición del VIH: que el árbol no impida ver el bosque*. **Atención Primaria**, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.005>
- CONRAD, P. *The medicalization of society: On the transformation of human condition into treatable disorders*. Baltimore: The Jon Hopkins University Press, 2007.
- CONRAD, P. *The shifting engines of medicalization*. **Journal of Health and Social Behavior**, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15869117/> Com acesso em: 28 de jan. 2024.
- DAVIS, O. *A special issue of Sexualities: Bareback sex and queer theory across three national contexts (France, UK, USA)*. **Sexualities**, 2015. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1363460715569144>
- DEAN, T. *Mediated intimacies: Raw sex, Truvada, and the biopolitics of chemoprophylaxis*. **Sexualities**, 2015. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1363460715569137>
- EDELMAN, L. *No al Futuro: Teoría Queer y Pulsión de Muerte*, España: Editorial EGALES, 2014.
- FDA – Food and Drug Administration. *Truvada (emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato)*, 2005. Disponível em: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2005/21752s002lbl.pdf. Acesso em: 28 jan. 2025.
- FOUCAULT, M. *Historia de la sexualidad*. Tomo 1, *La voluntad de saber*. Siglo XXI, 2005.
- FOX, N. & WARD, K. *Pharma in the bedroom...and the kitchen...The pharmaceuticalization of daily life*. **Sociology of Health & Illness**, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01114.x>
- MBEMBE, A. *Necropolítica: seguido de Sobre el gobierno privado indirecto*. E. F. Archambault (Ed.) Melusina, 2011.
- MOVILH. *La sexualidad de los chilenos*. GfK October 6, 2017. Disponível em: https://www.movilh.cl/wp-content/uploads/2017/11/la_sexualidad_de_los_chilenos_2017.pdf Acesso em: 26 jan. 2025.
- MCMANUS, F. & MERCADO-REYES, A. *Constructing publics, preventing diseases and medicalizing bodies: HIV, AIDS, and its visual cultures*. **Sexualidad, Salud y Sociedad**. Rio de Janeiro, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.04.a>
- ONUSIDA. *Los consumidores de drogas intravenosas e o VIH/SIDA*. 2001. Disponível em:

https://data.unaids.org/pub/brochurepamphlet/2001/20010912_injecting_drug_users_hiv_es.pdf. Acesso em: 28 jan. 2025.

ONUSIDA. Prevenção do VIH 2025a. Roteiro. Disponível em:

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevention-2025-roadmap_pt.pdf

Acesso em: 26 jan. 2025.

ONUSIDA. *Hoja informativa: Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*, 2025b. Disponível em: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet> Acesso em: 26 jan. 2025.

PRECIADO, P. B. *Condomes químicos, Parole de Queer*, 2015. Disponível em:

<http://paroledequeer.blogspot.cl/2015/06/condones-quimicos-paul-b-preciado.html>

extraído de: <https://elestadomental.com/especiales/cambiar-de-voz/condones-quimicos>

Acesso em: 20 de maio de 2024.

PRECIADO, P. B. *Manifiesto contrasexual. Prácticas subversivas de identidad sexual*. Madrid: Opera Prima, 2002.

ROSE, N. *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPe: Editorial Universitaria, 2012.

ROSSI, L.; Paiva, N.; BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec); Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Guia de prevenção das DST/Aids e cidadania para homossexuais. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2002. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manHSH202.pdf> Acesso em: 28 jan. 2025.

THE WELL PROJECT. *Por qué importa el lenguaje: enfrentarse al estigma del VIH con nuestras propias palabras*, 2024. Disponível em:

<https://www.thewellproject.org/hiv-information/por-que-importa-el-lenguaje-enfrentarse-al-estigma-del-vih-con-nuestras-propias#El%20lenguaje%20preferido%20sobre%20el%20VIH> Acesso em: 26 jan. 2025.

Truvada
A Possible Mapping of the Sexualization of a Medication How A, B, C Can Be
Supplemented with D

Abstract: The article addresses the global HIV/AIDS epidemic and related prevention strategies. It describes the traditional prevention paradigm known as the "three A, B, C," which includes: a) abstinence, b) exclusive sexual partner, and c) condom. Recently, a "D" has been added to this model, referring to the use of drugs. The main objective of the paper is to describe and reflect on a possible critical mapping around the drug TRUVADA®, used as pre-exposure prophylaxis (PrEP) in HIV prevention, and to analyze the controversy generated by its use in the social realm. Methodologically, the research is based on a review of secondary sources, including academic studies and relevant authors on the subject. From this review, a critical mapping was developed that explores the emergence, use, and social interaction surrounding TRUVADA®, as well as the social actors involved in this process up to 2014, considered the most relevant chronological moment in relation to TRUVADA® as PrEP. Among the main findings, it is highlighted that the use of TRUVADA® transformed sexual ecologies by modifying dynamics and practices associated with sexuality. However, this transformation also generated new processes of discrimination and serophobia, particularly concerning people who use this medication. These processes reveal ethical tensions and debates surrounding the medicalization of sexuality. It is concluded that TRUVADA® represents not only a biomedical advancement in HIV prevention but also a sociocultural phenomenon that redefines the relationships between sexuality, health, and medications. This scenario implies the medicalization of sexuality while also turning the medication into a central element in contemporary sexual practices, with both positive and problematic implications in terms of equity and stigmatization.

Keywords: HIV/AIDS. TRUVADA®. PrEP. Body. Sexuality.

Recebido: 17/06 /2024

Aceito: 09/02/2025