

O HIV ENTRE TEMPOS: Problematizando as políticas de prevenção

Matheus Magno dos Santos Fim¹
Universidade Federal do Espírito Santo

Rafael da Silva Machado²
Prefeitura Municipal de Vitória, Espírito Santo

Alexsandro Rodrigues³
Universidade Federal do Espírito Santo

Resumo

Este ensaio busca retomar as quatro décadas que se passaram desde o começo da epidemia do HIV até o presente, com problematizações disparadas através da arte, da ficção, de histórias de vida e da aproximação com literaturas críticas sobre o campo da saúde. Neste texto, buscamos visibilizar o caráter diverso da epidemia, marcada pelo medo, pelo estigma e pela morte, mas também pela produção de vida, de movimentos sociais e da construção de políticas públicas. Aqui o tempo é noção estruturante, não-linear e descontínua, que faz denúncias à necropolítica e funciona como um analisador de esperanças e desejo de futuros. Como noção utilizada comumente para a experiência da aids e do HIV, o tempo comparece em perguntas que, em meio às políticas de ampliação do acesso à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), às terapias antirretrovirais e à noção de Prevenção Combinada, seguem problematizando as possibilidades de existência e contando histórias sobre a vida e o corpo. Neste sentido, buscamos olhar criticamente para esses “avanços” tecnológicos, ainda que capturados pela noção neoliberal de escolha individual, e suas possibilidades de expansão da vida.

Palavras-chave

HIV; Aids; Prevenção Combinada; Profilaxia Pré-Exposição.

¹ Doutor em Psicologia Institucional. magno_fim@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7986-3444>

² Médico especialista em Medicina de Comunidade. smachadorafael@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-2909-1153>

³ Doutor em Educação. xela_alex@bol.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5998-4978>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença *Creative Commons* Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos, desde que a obra original seja devidamente citada.

Puxando fios de conversa entre arte, narrativas e necropolíticas

É começo da década de 1990, numa galeria de arte qualquer em uma grande cidade nos Estados Unidos. No canto de uma sala estão duas obras do artista cubano Félix González-Torres: uma pilha de balas, embaladas em papel colorido, disponíveis para o público. A pilha vai ficando menor com o vai e vem das pessoas que, por vezes hesitantes, pegam um doce para si. Logo à direita, um pouco acima na parede, estão pendurados dois relógios idênticos, colocados lado a lado e encostados, com a diferença de alguns minutos que se amplia ao longo do dia. No dia seguinte, a galeria é novamente aberta, os relógios são sincronizados e as balas são repostas. Ao longo do dia, as obras seguem em movimento no encontro com o público.

As duas obras citadas acima nos provocam a pensar o tempo não como uma instância abstrata, linear e em função do progresso. Pelo contrário, rompem com a lógica construída na modernidade colonial do presente em função de um futuro promissor (Lugones, 2014), denunciando que a possibilidade de projetar, desejar e imaginar futuros não é possível para todas(os) (Leccardi, 2005), mas dependente de condições que sustentam a vida (Butler, 2018) e das necropolíticas que atravessam os corpos (Mbembe, 2017). O tempo é experiência produzida em meio às forças políticas, econômicas e sociais, situada e contingenciada pelos diferentes modos de viver.

Nas obras de Félix, o tempo é materializado e manipulado em materiais simples, cotidianos e carregados de sentidos possíveis. Seu trabalho se deu como esforço de produzir vida em meio às disputas discursivas (Foucault, 2010) em torno da questão da aids, atravessadas pelo moralismo cristão, pela LGBTfobia e pelas metáforas bélicas (Sontag, 2007) que constituem o racismo de Estado (Foucault, 2010).

A primeira obra “Sem título (Retrato de Ross em L.A.)” produzida em 1991, ano de morte de Ross Laycock (companheiro de Félix) devido às complicações da aids, busca recontar a dita história natural daqueles(as) que experienciaram a doença, definindo até o fim inevitável. A pilha de balas que se reduz ao longo do dia é uma referência ao emagrecimento com a proximidade da morte, sendo o peso uma unidade de medida para o tempo restante de vida de uma pessoa vivendo com aids.

Figura 1: Sem título (Retrato de Ross em L.A.)

Fonte: The Felix Gonzalez-Torres Foundation

Félix, assim como seu companheiro, morreu de complicações da aids em 1996. Já a instalação "Sem título (Amantes perfeitos)", de 1990, visibiliza a noção fatalista do HIV e o cotidiano de mortes vivenciadas pela população LGBTIAPN+. Os relógios, que começam iguais e se dessincronizam, operam como metáfora visual para o tempo limitado pela aids, visibilizando o desencontro entre aqueles(as) que invariavelmente morrerão e aqueles(as) que, a princípio, permanecerão vivos(as).

Figura 2: Sem título (Amantes perfeitos)

Fonte: The Felix Gonzalez-Torres Foundation

Nessas obras, assim como nos trabalhos de artistas brasileiros da década de 1980 e 1990, como Caio Fernando Abreu, Leonilson e Herbert Daniel, nos encontramos com o saudosismo de um passado de uma suposta revolução sexual que foi rompido pelo medo provocado pelos adoecimentos, mortes e estigma diante

da epidemia da aids, declarada pela Organização Mundial da Saúde em 1983 (Valle, 2022). Mais de quatro décadas depois, ainda vivendo na epidemia do HIV, seguimos inspirados pelo trabalho de Félix González-Torres e provocados a pensar o tempo como noção que atravessa a experiência da aids e do HIV (Jardim, 2019), em meio às políticas de ampliação do acesso à Profilaxia Pré-exposição (PrEP), às recentes terapias antirretrovirais e a prática da Prevenção Combinada.

Essas transformações em torno da questão da aids e do HIV não se resumem às narrativas de evolução científica e descobertas dentro de laboratórios. Como afirmado por Jardim (2019), “A aids é uma doença que acontece no tempo” (p. 9), mas em qual(is) tempo(s)? Por uma perspectiva foucaultiana, visamos desmontar a pretensão de contar uma história única e uma verdade absoluta acerca dos acontecimentos (Oliveira, 2008). Afirmamos as descontinuidades em torno da epidemia do HIV, processo este marcado pelo estigma e pela morte, mas também pela produção de vida, de movimentos sociais e da construção de políticas públicas.

De frente a tudo isso que nos afeta como modos de subjetivação, pois somos feitos de tempos no tempo, consideramos com Ailton Krenak (2020) que contar histórias é um modo político de adiar o fim do mundo. Neste tempo-intensidade, tempo feito de tempo, fazendo corpo e arquivo, o que não nos faltam são histórias, disse me disse, maledicências, preconceitos, imagens e textos que, diante da produção de medo, nos fizeram acreditar que nossos futuros estavam interditados. Tudo isso, tecido junto, fios de complexidade, declarando o fim de nosso mundo, objetiva “fazer a gente desistir dos nossos próprios sonhos” (Krenak, 2020, p. 20).

Muito rapidamente, porque entendemos que não poderia ser diferente, arregaçamos as mangas, quebramos portas de armários, estabelecemos alianças a favor da vida e seguimos na produção de conhecimento. E é por isso que seguimos provocados com a aposta política de Krenak, que também é nossa, de sempre poder contar mais uma história. E, com nossas histórias, com Félix González-Torres, Foucault e muitos outros, vidas feitas no tempo e desejosas de mais tempo, sobre o HIV, seguem tendo muito a dizer. E é dizendo e escrevendo que o presente faz cócegas num tempo vivido entre a redemocratização, a saída do armário e o medo do corpo.

Se o tempo importa para se pensar a expansão da vida a ser vivida com dignidade, nos importa também pensar nas condições, como nos diria Judith Butler

(2018) que sustentam uma vida:

Não podemos falar sobre um corpo sem saber o que sustenta esse corpo, e qual pode ser a sua relação com esse apoio – ou falta de apoio. (...) humanos e outras criaturas dependem do apoio da infraestrutura, de maneira que isso expõe uma vulnerabilidade específica que temos quando ficamos sem apoio, quando as condições de infraestrutura começam a se decompor, ou quando nos encontramos radicalmente sem apoio em condições de precariedade (Butler, 2018, p. 72).

A vulnerabilidade é o que nos une neste ensaio. Somos todos, ontologicamente vulneráveis em torno das questões da vida. A precariedade, ao contrário, é produção humana, condição criada, fruto de decisões, de escolhas e dos jogos de forças (Foucault, 2010). E deste lugar precário, como vidas dissidentes diante do sistema sexo-gênero normativo, que nos colocamos em políticas de narração. Atentos às tramas discursivas, Marcio Caetano, Claudio Nascimento e Alexsandro Rodrigues, (2018) afirmam os modos de narrar e fazer saber sobre o HIV como uma epidemia discursiva, constituída pela “proliferação desencontrada de enunciados sobre a doença, ocorrida, sobretudo, nos anos 1980” (p. 283).

Numa política de narração as histórias são nossas, sem proprietários. Nesta direção, tomando a política de narração por experiência, é que seguimos contando histórias. A cena que se segue abaixo, foi vivida por um dos autores deste ensaio. Mas, poderia seguir um fluxo de invenção. Na invenção seguimos sem necessidade de autoria e assinatura. Localizamos esta experiência na metade da década de 1990:

“Entre idas e vindas lá estava eu mais uma vez visitando um amigo naquele quarto gelado e branco em um dos hospitais de minha cidade. Não falo aqui de um conhecido, um colega, um parente, falo de um amigo feito no tempo e nos encontros afetivos de uma vida toda. Talvez naquela época eu tivesse um corpo com setenta e poucos quilos. Minha mãe dizia que eu era muito magro e que precisava engordar para que as pessoas não pudessem pensar que eu tinha sido beijado pela doença maldita! Isso, HIV, em alguns lugares não se fala o nome. Entre dentes, se dizia ‘aquela doença ruim!’. Meu amigo, talvez estivesse sustentando um corpo que não passasse de trinta e cinco quilos! Corpo definhando entre pele, osso e sangue. Ali, feito mais um, naquela cama fria de hospital, não o primeiro de meu ciclo de amizade, surgiam fofocas sobre nós. Éramos todos, naquele tempo, corpos potencialmente portadores do vírus HIV. Ali de mãos dadas com meu amigo, encorajando-o a seguir acreditando na força vida e na força do corpo, pensávamos em um futuro feito cura.

Entre risos, choros e molecagens, eis que de repente, seu pai, uma das pessoas mais homofóbicas que já conheci, sem saber o que se passava com a saúde de seu filho, adentra aquele quarto e com lágrimas nos olhos diz para quem tivesse ouvidos de ouvir: ‘Quero muito que meu filho saia dessa cama e fique com o corpo tão bonito quanto o seu. Olhe para ele, meu filho, pois é assim que quero ver você’. E o desejo paterno se faz cumprir! Entre o AZT e o tempo do agora, meu amigo segue fazendo corpo e vida, sustentado na alegria de viver um corpo escultural de noventa quilos. Ainda que não possa apagar, a memória de seu pai não quer reencontrar aquele tempo e aquele corpo que pregava peça e necessitava de cuidados. Tem histórias que não são convocadas pela memória. É possível esquecer e não querer dizer sobre? Sim! Para o pai de meu amigo, foi preciso esquecer. Mas o corpo não esquece.”

E o tempo fez carne, corpo e garantiu a produção de uma vida feita obra de arte. Aquele corpo contou para nós uma outra história sobre o que pode o corpo quando as condições que garantem uma vida são produzidas, como já nos ensinara Butler (2018). Com seu corpo-memória, corpo-arquivo, segue entre nós, contando histórias e nos convocando a pensar o presente.

Aprendemos com Michel Foucault (2006) que a resistência é coextensiva ao poder, que a partir do momento em que há relação de poder, há possibilidade de resistência. Jamais somos aprisionados pelo poder: podemos sempre modificar sua dominação em condições determinadas e segundo uma estratégia precisa. O corpo, efeito, fio e trama de poder, desejoso de mais vida, existindo como pode, resistindo estrategicamente às narrativas da morte como destino precoce de corpos contaminados pelo HIV, mobiliza outras forças a produzir conhecimentos situados e referendados sobre o que sabemos de nós. E serão com esses conhecimentos e com a manutenção da vida que deslocaremos o limite da representação que nos conferem, na vulnerabilidade do existir doentes, a condição de mortos-vivos. O corpo, porque compondo redes de afetos, convoca outros tantos corpos a seguir investindo na vida. Seguir vivendo, é a única possibilidade. Os corpos resistindo aos jogos de forças desiguais, em redes que buscam afirmar a vida como direito, produzem conhecimentos capazes de nos ajudar a seguir fazendo denúncias, esperançando-nos com as possibilidades de futuro e de novas lutas. Diante da morte e de quem nos desejam mortos, aprendemos que sabemos lutar e contar essas histórias.

Com Foucault (2010) também podemos compreender que os discursos sobre a aids, assim como a própria historiografia da epidemia do HIV, não estão isentos de disputas de sentido e de efeitos de verdade que produzem realidades (Foucault, 2010). Ainda é possível encontrar uma narrativa muito difundida de que a aids supostamente começou na década de 1980, com o primeiro caso relatado nos Estados Unidos. Na historiografia europeia sobre a aids, encontramos em África, mais precisamente na República Democrática do Congo, Ruanda e Burundi os possíveis locais de origem para a disseminação do vírus HIV. A busca por uma origem única e culpabilizante para o HIV, que se tornou um problema a ser encarado pelas nações colonizadoras, ignora o fato que desde a primeira metade do século XX a aids já era uma realidade cotidiana em diferentes localidades do continente africano e dispersa em outros locais do mundo, antes de ser considerada uma epidemia pela Organização Mundial da Saúde em 1983, a partir dos casos identificados nos Estados Unidos e na Europa ocidental (Basilio-de-Oliveira; Eyer-Silva; Sá, 2015).

No processo de construção dos Estados modernos europeus e de colonização que se produziram as condições de disseminação do HIV em territórios africanos e, décadas depois, as medidas sanitárias excludentes em nome da proteção da população, o racismo de Estado foi uma prática fundamental para a biopolítica que era instaurada. As práticas biopolíticas de gerenciamento da vida, com o uso da noção de população, tinham como exercício o “fazer viver e deixar morrer”, aliançada nos discursos higienistas da medicina que tinham a distinção das raças como princípio de eliminação, de segregação e de normalização da sociedade. Na produção do racismo de Estado, fica autorizado que a espécie ruim seja deixada à morte (Foucault, 2010).

Para tanto, compondo fios desse dispositivo racista, a literatura, o cinema, a fotografia, os livros didáticos, o jornalismo, as igrejas e diferentes outros artefatos culturais fez circular entre nós, como força de uma pedagogia do medo e de produção do pânico moral, um certo modo de representação que produzia uma imagem da doença e do doente, objetivando produzir afastamento e abandono das pessoas e de nossos desejos. Deixar morrer. A biopolítica, o racismo de Estado e a necropolítica, poder de morte, como já nos ensinara Achille Mbembe (2018), movimentam as alavancas do preconceito, do estigma e da vulnerabilidade de pessoas e populações.

Contar histórias, aos modos do texto fílmico “O Jardineiro fiel” (2005), foi o modo encontrado pela arte cinematográfica para fazer denúncias à ganância

desmedida da indústria farmacêutica e seus modos de qualificar uma vida. Esta indústria farmacêutica transforma em cobaia africanos doentes no uso/teste de novos medicamentos para uma possível cura da tuberculose, com a urgência de salvar as vidas do norte global. Da tuberculose à aids, muitos pontos de encontro. Sim, contar histórias, como fez esse texto fílmico entre ficção e fabulação é um modo de seguir nos lembrando que a barbárie é um desvio da dimensão ética de nossas existências.

A filósofa, escritora e pesquisadora Susan Sontag (2007), a partir de diversas referências literárias europeias entre os séculos XVII e XX, aponta como as epidemias (antes chamadas de peste) da sífilis, da cólera, da peste bubônica e da gripe espanhola eram atribuídas à presença desse outro ameaçador. Neste processo, metáforas bélicas foram incorporadas pelas narrativas propagadas pelos Estados colonizadores, reafirmadas pelos discursos médico-midiáticos e capilarizadas pela sociedade. O termo “grupo de risco” foi produzido em meio à consolidação da medicina moderna como saber fundamental à gestão da vida a partir do século XIX, definindo aquelas(es) que deveriam ser vigiadas(os) e controladas(os) por serem consideradas(os) uma ameaça.

Ao frisar as metáforas como produto e produtoras de subjetividades, a partir de sua experiência com câncer, Sontag (2007) busca desdramatizar as noções do câncer e da aids, colocando em análise como as noções militaristas e religiosas foram incorporadas às narrativas de adoecimento nos países ocidentais, de modo a moldarem as práticas em relação à pessoa considerada doente e à doença. Quando se passou a ver como invasor o microrganismo causador da doença e não a experiência do adoecimento, as metáforas militares ganharam nova credibilidade e precisão:

A doença é encarada como invasão de organismos alienígenas, aos quais o organismo reage com suas próprias operações militares, tais como a mobilização de “defesas” imunológicas, e a medicina passa a ser “agressiva”, como na linguagem da maioria das quimioterapias. A metáfora mais generalizada sobrevive nas campanhas de saúde pública, que rotineiramente apresentam a doença como algo que invade a sociedade, e as tentativas de reduzir a mortalidade causada por uma determinada doença são chamadas de lutas e guerras (Sontag, 2007, p. 74).

Desse modo, as metáforas bélicas possibilitam temer a doença a partir de um outro que representa um perigo em potencial, assim como os inimigos são encarados nas guerras. A transformação da doença em inimigo tem como efeito a atribuição de culpa ao paciente, que se permitiu ser invadido, seja por uma suposta fraqueza ou por

imprudência. Tais noções são produzidas e produtoras dos modos de subjetividades, tendo o corpo-indivíduo como alvo de moralizações e normatizações, comparecendo nas campanhas sanitárias que permanecem até os dias atuais e que têm o objetivo de conscientizar as populações para o “combate ao câncer” e na “luta contra a aids”, através de medidas comportamentais individuais (Teodorescu; Teixeira, 2015) e por meio de palavras de ordem (Branco; Ferreira, 2025). Tendo em vista este processo, a crítica de Sontag (2007) nos convoca a pensar: Quais outras narrativas podemos afirmar nas experiências de adoecimento que não evoquem um estado de guerra ou uma autopiedade complacente com o fim da vida?

Afirmamos, nesse sentido, que a possibilidade de repensar as narrativas atribuídas às experiências de adoecimento não se resume a uma mudança de palavras, mas como direção de problematizar o que temos feito de nós no presente (Foucault, 2008). Buscamos, portanto, pensar os modos de relação que construímos com a saúde e com a vida e com as práticas que naturalizamos em nossos cotidianos, como nas narrativas de avanço em torno do tratamento e da prevenção ao HIV. Nesta direção, Eduardo Jardim (2019) aponta que Susan buscou considerar a aids como a “doença do tempo”, pois a experiências daqueles que viveram essa doença, assim como o medo pela contaminação numa época em que não havia tratamentos possíveis, produziram maneiras singulares de vivenciar a passagem do tempo, a finitude da vida e as possibilidades de existência.

Seguindo com essas provocações, propomos revisitar a epidemia do HIV, em meio à historiografia tradicional até a escrita deste ensaio, a fim de produzir perguntas que nos possibilitam visibilizar a experiência da aids e do HIV com o tempo. Em meio aos processos de molecularização do HIV, que tendem a resumir a experiência aos resultados de exames e mudanças farmacológicas (Valle, 2010), iremos nos atentar aos limites e possibilidades que surgem com os tratamentos e estratégias de prevenção mais recentes. Portanto, questionamos: quais rupturas/descontinuidades as políticas de tratamento e prevenção produzem nas histórias de vida daquelas(es) que foram e são consideradas(os) parte das populações de risco na epidemia do HIV/aids?

Os tempos da aids e do HIV em perguntas

A viagem da aids por dois continentes - desde a África, no “coração das trevas”, até o Brasil - aconteceu também no tempo, ao longo de quase cem anos. Quando a epidemia começou por aqui, no início dos anos 1980, sentimos o relógio disparar. Foi preciso esperar até 1983 para o HIV ser descoberto, até 1985 para ter acesso às primeiras testagens, até 1987 para a distribuição do AZT, e mais uma década para a chegada oficial do “coquetel” de novos medicamentos. A pergunta que repetimos era: será que vai dar tempo? (Jardim, 2019, p. 9).

Ainda que a historiografia convencional do HIV e da aids seja narrada em função dos marcos históricos organizados de maneira linear, afirmamos as descobertas e novidades farmacológicas como acontecimentos que produzem efeitos discursivos (Foucault, 2006). Nesta perspectiva, os acontecimentos, situados em determinado campo de forças, são agenciados em estratégias que irão produzir o que posteriormente será tomado como evidência, verdade, universalidade ou necessidade. Tomamos o exercício, assim como Jardim (2019) e inspirados por Foucault (2010), de propor perguntas que visibilizam o jogo de forças de determinado tempo, a partir dos acontecimentos que atravessam as vidas dos corpos marcados pela experiência do HIV e da aids.

Os primeiros casos de aids registrados como uma condição clínica específica datam de 1979 nos Estados Unidos, tendo o Sarcoma de Kaposi⁴ como a primeira “cara” desta condição. Anteriormente, outras enfermidades que costumam se manifestar em pessoas vivendo com aids, como a tuberculose, não chamavam atenção. Naquele momento, foi observado que a doença ocorria de maneira comum em homossexuais, haitianos, usuárias(os) de heroína e hemofílicos, sendo apelidado de “doença dos 4Hs”, produzindo estigmas que persistem até os dias atuais. O nome GRID (*Gay Related Immune Deficiency*) foi utilizado antes do termo aids para se demarcar que esta era uma doença própria da comunidade gay (Valle, 2022).

O nome aids surgiu antes do isolamento do vírus HIV, que ocorreu em 1983, de modo que permanecesse a confusão de que quem é portador(a) do HIV é uma pessoa vivendo com aids (Valle, 2022). Mesmo após o entendimento dos mecanismos de transmissão, a associação da aids à população LGBTIAPN+ como “câncer gay”

⁴ O sarcoma de Kaposi é um câncer de pele, causado pelo vírus da Herpes tipo 8, que provoca lesões na pele, nos gânglios linfáticos, nos órgãos e nas membranas mucosas que revestem a boca, o nariz e a garganta. Este câncer atinge principalmente pessoas com o sistema imunológico debilitado, como no caso da aids (Basilio-de-Oliveira; Eyer-Silva; Sá, 2015).

permaneceu e permanece produzindo estigma, contribuindo para que a população heterossexual e cisgênera não se perceba como vulnerável à transmissão do HIV em suas práticas, ainda que antes da década de 80 a aids estivesse presente em pessoas heterossexuais (Basilio-de-Oliveira; Eyer-Silva; Sá, 2015).

O processo de estigmatização da aids pode ser considerado como a produção de uma “doença da doença”, produzindo um problema epidemiológico e social que recai, até o momento presente, sobre a população LGBTIAPN+. Neste sentido, o antropólogo argentino Néstor Perlongher, que se dedicou à produção de pesquisas sobre a aids no final da década de 1980, propôs o termo “fantasma da aids” para visibilizar a profusão de imagens que atualizam o imaginário de pânico de antigas epidemias, atravessando leitos, relacionamentos e transas, alimentando discursos que culpabilizam as práticas que não se enquadram na cisheteronormatividade até o tempo presente (Valle, 2022).

No Brasil, o vírus HIV chegou através daquelas(es) que tinham condições financeiras de viajar para os Estados Unidos e Europa, como pessoas pertencentes às classes média-alta e artistas, se propagando primeiro pelos centros urbanos, sendo o primeiro caso datado de 1982, em São Paulo. Naquele momento, os primeiros grupos de discussão acerca da prevenção e do apoio às pessoas vivendo com aids foram mobilizados por gays de classe média-alta, com suporte de profissionais da saúde interessados nessa questão. Desses grupos surgiram os primeiros movimentos sociais em resposta à epidemia da aids, que assumiram o protagonismo do processo de construção das políticas públicas de atenção às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), fortalecidas com a reforma sanitária que ocorria naquele momento. Ocorria uma reconfiguração da luta LGBTIAPN+, de modo que não era possível distinguir a militância da resposta à epidemia da aids, processo este que contribuiu para a estigmatização que associou pessoas LGBTIAPN+ ao vírus do HIV, desresponsabilizando a população heterossexual (Grangeiro; Laurindo da Silva; Teixeira, 2009).

A presença cada vez maior da aids no cotidiano da população LGBTIAPN+ alterou a noção do tempo nesses corpos, por trazer uma datação final e rápida para a vida de maneira inesperada. As idas aos velórios, que se tornaram cada vez mais constantes, produziram a percepção que um fim estaria próximo, materializado na pergunta: Até quando irei sobreviver? Muitas(os) viram amigos e pessoas próximas

morrerem com doenças misteriosas, desaparecendo sem notícias devido à vergonha das famílias que se intensificava com a LGBTIfobia, como partilhado na narrativa de um dos autores do presente ensaio:

“Por muito anos vivíamos em alerta permanente e éramos todos muito bons em diagnosticar. Nos tornamos especialistas em apontar. Os corpos esqueléticos faziam crescer suspeitas, com manchas vermelhas e outros sinais de irrupção pela pele, logo o laudo estava dado e fazia correr via telefone sem fio a fofoca que expunha todos nós. ‘Fulano transou com ciclano, que transou com beltrano, que transou com ciclano.’ Emagrecer não estava em nossos planos! E do alto de nossas ignorâncias ficávamos atentos com a chegada de alguém da Europa, dos Estados Unidos, de São Paulo e do Rio de Janeiro. Tolinhas. O vírus é democrático, ele não faz acepção de pessoas, de classe, de raça, muito menos de território.”

De 1982 a 1985, período em que não havia testagem disponível para o HIV, a única possibilidade era ser diagnosticado com aids, a partir da manifestação de infecções oportunistas devido à debilitação do sistema imunológico (Basilio-de-Oliveira; Eyer-Silva; Sá, 2015). Naquele momento, permanecia a incerteza, manifestada na pergunta: Quanto tempo falta para que a infecção chegue até mim? Tal preocupação atravessava principalmente aquelas(es) consideradas(os) como parte da “população de risco”, tendo em vista à suposta falta de cuidado com o próprio corpo e à suposta imprudência nas relações consideradas promíscuas atribuídas à população LGBTIAPN+. Com o diagnóstico confirmado, comparecia a sensação partilhada de saber que “isso aconteceria comigo um dia” e o tempo se tornava uma contagem regressiva rápida até o inevitável, humilhante e culposos fim (Fonseca, 2024).

Na experiência de resposta à aids na década de 1980 havia um jogo de forças e uma disputa de discursos (Foucault, 2010) que refletia o enfrentamento às narrativas bélicas e cristãs sobre o processo de adoecimento e as políticas de controle dos corpos assumidas como respostas à epidemia (Sontag, 2007). O surgimento dos testes de HIV, a partir de 1985, e a inexistência de tratamento produziram a legítima questão: Qual o sentido de me testar? Não realizar a testagem era uma estratégia contrária à lógica anunciada nas campanhas sanitaristas e defendida pelo saber médico. Naquele momento, realizar o teste de HIV não era um ato de prevenção e de interrupção da cadeia de transmissão das ISTs, como afirmado nas campanhas

atuais, mas apenas um meio de confirmar o diagnóstico (Redoschi; Zucchi; Barros; Paiva, 2017). A recusa ao teste, assumida e defendida por parte da militância, visava postergar o resultado positivo para o HIV e o começo da contagem regressiva para o fim. Para uma parte do movimento social, a aids era apenas mais um motivo de morte no mundo, assim como morrer atropelado (Teodorescu; Teixeira, 2015). Havia, também, a desconfiança em relação aos resultados falsos positivos, a demora angustiante pela chegada do resultado e a crítica ao enriquecimento da indústria biomédica com a oferta da testagem de maneira generalizada (Valle, 2022).

Diante do alarmismo midiático produzido na época, atravessado por discursos LGBTIfóbicos, pessoas com aids deveriam ter seus utensílios e objetos separados, ser internadas em isolamento, reduzir o número de parceiras(os), não frequentar locais destinados para o sexo ou mesmo interromper as suas práticas sexuais, realizando somente a masturbação. Havia embates dentro dos movimentos sociais em resposta à aids que, por um lado, buscavam enfatizar a prevenção (e o consequente controle das práticas sexuais) como única via possível de impedir a contaminação do HIV e, por outro, criticavam o controle dos corpos através do discurso de abstinência ou morte (Teodorescu; Teixeira, 2015). Era inegável

que o teor da epidemia estava presente em todas as relações sociais, inclusive entre homens homossexuais. A desinformação sobre a epidemia na década de 1980 e 90 construiu, individualmente, sentimentos e táticas diferenciados para negociar o desejo por parceiros do mesmo sexo. Cada sujeito, dentro do que a epidemia lhe trazia enquanto imagem e consequência para sua vida, deslumbrou e construiu uma forma de driblar o contágio, a exemplo do sexo sem penetração e/ou ao evitar parceiros estadunidenses ou brasileiros que regressavam aos EUA, país onde fora identificado os primeiros casos (Caetano; Nascimento; Rodrigues, 2018, p. 283).

Em meio a esses tensionamentos, o escritor e militante Herbert Daniel, que tinha em sua obra o posicionamento contra à ditadura e às capturas heteronormativas dos discursos moralistas, expôs a sua condição de pessoa vivendo com HIV em um ensaio publicado no Jornal do Brasil, em 1989, no qual questionou “*se há vida, e qual, antes da morte?*”. Ao convocar as pessoas com aids para viverem suas vidas, Herbert nos lembrava a possibilidade de seguir afirmando existência em meio ao fatalismo e isolamento social à espera do fim (Jardim, 2019).

De 1988 a 1995, surgem os primeiros medicamentos para tratamento de pessoas vivendo com HIV, ainda que esses apresentavam uma baixa eficácia e muitos efeitos colaterais, como o AZT (Scheffer, 2012). Além de serem pouco

acessíveis (no Brasil começaram a ser distribuídos em 1991, de maneira restrita), foram rejeitados por parte da população pelo medo de que pudessem acelerar o processo de adoecimento (Basilio-de-Oliveira; Eyer-Silva; Sá, 2015). Neste período, a pergunta “Será que um tratamento eficaz irá surgir antes de eu morrer?” visibiliza a espera por pesquisas e pelo acesso à medicação, ainda concentrada na população branca e de classe média-alta (Teodorescu; Teixeira, 2015).

Somente em 1996 que os primeiros antirretrovirais começaram a ser distribuídos de maneira ampliada pelo Ministério da Saúde, apresentando a possibilidade de interromper a contagem regressiva da sentença de morte de quem foi infectado pelo HIV (Scheffer, 2012). Porém, naquele momento, pessoas que tiveram resultado positivo para o HIV não iniciavam o tratamento medicamentoso, somente quando manifestavam os primeiros sintomas de aids ou quando apresentavam as células de defesa abaixo do valor de referência (Jardim, 2019). Neste contexto, manter-se sem a medicação era sinônimo de estar saudável e utilizar os medicamentos era sinônimo de adoecimento, de modo que a pergunta “Até quando vou conseguir viver sem esses remédios?” dizia sobre a experiência do tempo em função de um processo inevitável de chegar ao estado de aids, ou próximo disso, para então ser elegível para iniciar o tratamento. Este momento de incertezas, em que diagnóstico não significava tratamento, compareceu no relato de outro autor do presente ensaio:

“Nos beijamos pela primeira vez em uma festa à fantasia. Era Halloween de 2010. Apaixonar-se foi rápido, mas algo naquela relação se mostrava diferente. O tempo era outro. Ao invés do cotidiano sexo à primeira oportunidade, muitos encontros ocorreram, mas, por algum motivo, as transas não. O que poderia estar acontecendo? Foram alguns meses até que, numa noite em que os ânimos apontavam para a inevitabilidade de ceder ao tesão, ele me disse: ‘tenho HIV’. Eu o abracei. Choramos. Éramos apenas garotos, ele com seus dezoito anos recém completos e eu com um pouco mais. Ele, que nunca havia namorado, e eu, que já tivera alguns relacionamentos. Era a primeira vez em que ele estava com alguém após ter recebido o diagnóstico e não sabia como poderiam ser as coisas. Eu tampouco tinha ideia de para onde seguir a partir daquele ponto. Se ninguém nunca nos ensinou como jovens gays transam, muito menos nos ensinaram como amar na presença do temido vírus. O que vivemos naquele amor tivemos que inventar, descobrir, tensionar os limites

entre o desejo, o medo, o tesão, a dor. Mas não é isso que fazemos todos nós, jovens gays? No fim das contas, com ou sem vírus a história é parecida.”

Amar na presença do vírus, em tempos em que a transmissão do HIV era uma grande possibilidade nos relacionamentos sorodiferentes, marcou a produção artística do autor do relato anterior. Utilizando do suporte da arte relacional, a obra “Porcupines” (2013)⁵ era composta por dois fones de ouvido disponíveis para o público em um pendente, convidando que, em par, fosse possível escutar uma música como convite para dançar. No chão, o espaço separado para a dança era delimitado por estilhaços de vidro. A obra se completava no encontro de duas pessoas que se propusessem a dançar e a inventar estratégias para que a dança pudesse ocorrer naquele lugar. No convite à obra, duas perguntas pairavam: A possibilidade de se cortar com o vidro poderia impedir que o par se entregasse à dança? Dançar poderia produzir esquecimento e se tornar um perigo?

Figura 3: Porcupines



Fonte: Acervo pessoal do artista

O mesmo artista-autor colocou uma segunda vez essas questões ao público quando foi às ruas do Saara, no centro do Rio de Janeiro, com uma máquina de algodão doce⁶. Ao invés de um palito de madeira, a guloseima era construída em torno de uma haste de arame farpado. Do mesmo modo, o público se propunha a desenvolver estratégias para comer sem se cortar, de saborear sem ir longe demais,

⁵ Obra realizada no contexto da residência artística *Homebase Project V*, em Berlim, no ano de 2013.

⁶ Obra “Algodão doce com arame farpado”, realizada em 2013 como parte do projeto “Como era gostoso o meu antropófago!”, vencedor do IX Prêmio Rede Nacional da FUNARTE.

coexistindo medo, desejo, prazer e cautela.

Figura 4: Algodão doce com arame farpado



Fonte: Acervo pessoal do artista

Apenas em 2013 o tratamento com antirretrovirais passou a ser oferecido, no Brasil, para qualquer pessoa que tenha resultado positivo para o HIV e não apenas para quem se aproximava do adoecimento. Com esta ampliação, o medicamento não era apenas a única forma de tratar a aids, mas também um meio de garantir que a doença nunca chegasse. Desta forma, o aumento do número de pessoas com HIV em uso da medicação possibilitou que pesquisas fossem realizadas em maior escala, a fim de avaliar a eficácia do tratamento. Em 2016 foram divulgados os resultados desses primeiros estudos que apontavam a possibilidade de uma pessoa se tornar indetectável para o HIV (com carga viral controlada) e com risco zero de transmissão ($I = 0$). Naquele momento, a terapia antirretroviral se consolidou para além da lógica de sobrevivência, se tornando um meio de ampliação das possibilidades de existência. Este acontecimento produziu a possibilidade de se colocar a questão Quanto tempo resta para eu ficar indetectável?

Em pesquisa realizada com pessoas vivendo com HIV, Branco e Ferreira (2025) apontam que se tornar indetectável se tornou uma palavra de ordem do discurso biomédico atual, tendo em vista que alcançar a indetectabilidade é igual a se tornar agente de prevenção, possibilitando interromper a cadeia de infecção pelo vírus. Desejar alcançar esse status, para além de portar um marcador referente à condição biológica individual, tem relação com a possibilidade de reduzir estigmas, interrompendo a crença de que pessoas vivendo com HIV são vetores infecciosos. Sair do lugar de agente de infecção se torna uma possibilidade (e um compromisso) diante da afirmação de que ter relações sexuais sem preservativo com pessoas que vivem com HIV e estão indetectáveis é seguro, diferente de transar com alguém que,

supostamente, não vivem com o vírus e não têm o hábito de realizar a testagem. Deste modo, a sorologia negativa segue sendo um estado transitório e passível de mudança repentina, enquanto ser indetectável passou a ser um estado que se mantém ao longo do tratamento.

Por isso, mesmo diante dessas mudanças no campo farmacológico, uma questão perdura desde 1985, quando os testes para HIV surgiram, principalmente entre aquelas(es) consideradas populações vulneráveis para contraírem o vírus: Até quando vou seguir testando negativo? O fantasma da aids ronda e se transforma, permanecendo como questão principalmente para as pessoas LGBTIAPN+, ainda que a noção de população de risco seja substituída por comportamento de risco ou populações-chave (Fonseca, 2024; Gabrielle; Breno, 2025).

Diante dessa pergunta, o surgimento da PrEP e a possibilidade de ser indetectável ($I = 0$) traz novas implicações. Agora há a possibilidade de se ampliar uma política de afirmação da vida que antes era restrita àquelas(es) que tiveram coragem de se desgarrar das metáforas de medo e controle dos corpos, como Herbert Daniel. Assim, o jogo de forças apresenta novas configurações, de modo que somos convocados a pensar o presente em meio às políticas de saúde que se instituem para àqueles que praticam os comportamentos de risco, nos termos dos discursos biomédicos contemporâneos. Diante deste processo, questionamos: Quais direções as políticas de prevenção podem afirmar neste contexto? Quais capturas e possibilidades com os atuais métodos de prevenção e de uma vida possível com HIV?

Problematizando o presente das políticas de prevenção

Desde a década de 1980, nos primeiros movimentos organizados de pessoas LGBTIAPN+ se assumiu um viés mais campanhista, com o apelo por práticas sexuais consideradas seguras, como a masturbação, a redução de parcerias sexuais e o uso de preservativos, sendo este último o principal método de prevenção divulgado nas campanhas produzidas pelo Ministério da Saúde (Teodorescu; Teixeira, 2015). Para uma geração que iniciou sua vida sexual na década de 1980 e 1990, principalmente fora das práticas cisheteronormativas, o “sexo sem capa” era considerado como a maior infração a ser cometida. Entretanto, desde a década de 1980, a camisinha não tem se mostrado como solução para a epidemia de HIV, tendo em vista que o sexo

“no pêlo” tem se mostrado mais recorrente e a cultura do preservativo como única forma de prevenção visibiliza um desconhecimento entre diferentes práticas sexuais e outros métodos (Grangeiro; Magno; Zucchi; Couto; Dourado, 2023).

Entre 2020 e 2024, no Brasil, ocorreu um aumento de 19% na infecção pelo HIV, sendo que em 2024 foram 9.157 mortes por aids (média de 25 mortes por dia), mesmo com o tratamento disponível gratuitamente no Sistema Único de Saúde. Desde o começo da epidemia, 25% dos casos são em jovens entre 15 e 24 anos. Em 2024 os novos casos em pessoas negras representam 59,7% do total (Brasil, 2025). Esses números ocorrem em meio ao aumento do conservadorismo, provocando a redução das campanhas, das mobilizações da sociedade civil e da educação sexual nas escolas (Grangeiro; Magno; Zucchi; Couto; Dourado, 2023).

Na última década, a noção de Prevenção Combinada passou a comparecer nos materiais e campanhas produzidas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2022a; Brasil, 2022b; Brasil, 2022c), modificando a abordagem em saúde. Nesta proposta, há uma “mandala” de possibilidades a serem utilizadas em cada contexto, demandando a participação da(o) usuária(o), visando ampliar a sua autonomia. Atualmente, o paradigma da Prevenção Combinada, seja para ISTs ou para evitar a gravidez, tem se mostrado mais interessante por não ser possível confiar em apenas um método de proteção, tendo em vista todas as possíveis variáveis que influenciam o uso ou não da camisinha.

Com a palavra de ordem da Prevenção Combinada, outras práticas se agenciam nos processos de produção de subjetividades (Branco; Ferreira, 2025). Além da camisinha, há a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), a PrEP, as vacinações, a testagem frequente para ISTs e o uso do lubrificante como parte da mandala de proteção divulgada pelas políticas de saúde (Brasil, 2022a), visando alcançar as diferentes práticas, como no caso de pessoas que adotam frequentemente relações sexuais não penetrativas ou que fazem sexo sem camisinha e podem utilizar a PrEP para reduzir riscos (Grangeiro; Dulce; Ferraz; Calazans; Díaz-Bermúdez, 2015).

Mesmo a PrEP sendo um método seguro que impede a infecção pelo HIV para aquelas(es) que não conseguem/não querem utilizar o preservativo, ainda há uma enorme desigualdade em seu acesso (Grangeiro; Magno; Zucchi; Couto; Dourado, 2023). A partir de dados fornecidos pelo Painel PrEP⁷, em setembro de 2024 havia

⁷ O painel de monitoramento *online*, elaborado pelo Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites

99.983 utilizando PrEP regularmente no Brasil, sendo 55% pessoas brancas, 45% pessoas negras e 0,37% indígenas e apenas 13,6% em pessoas menores de 18 anos, ainda que hoje esteja disponível para pessoas a partir de 15 anos (Brasil, 2022a). Em relação à descontinuidade do acompanhamento (abandono), 68% ocorreram em pessoas negras, 40% entre indígenas e 30% em pessoas brancas. Quando comparamos esses números em relação à incidência do HIV no Brasil, é possível visualizar que pessoas brancas seguem tendo maiores condições de acesso e manutenção de métodos eficazes de prevenção, enquanto pessoas jovens e negras são a maioria que se infectam.

Desse modo, ainda que a Prevenção Combinada seja uma abordagem promissora com ampliação da participação e possibilidade de intervenções menos moralistas, há a crítica à redução a uma abordagem individualista de se escolher a melhor opção, reduzindo a questão da prevenção a um cardápio de métodos possíveis e à responsabilização individual (Grangeiro; Magno; Zucchi; Couto; Dourado, 2023). Reduzir a Prevenção Combinada a uma abordagem de escolha não considera as diferentes desigualdades, como a diferença expressiva entre pessoas brancas e negras infectadas pelo HIV no Brasil. Neste sentido, podemos problematizar a naturalização das cenas cotidianas nos Centros de Testagem e Aconselhamento, com os corredores cheios de homens brancos cisgêneros de classe média aguardando a consulta de PrEP e de jovens negros de periferias aguardando a primeira consulta de HIV.

A pergunta “Até quando vou seguir testando negativo?” segue como questão para os corpos que valem menos e não são passíveis de luto (Butler, 2015). Ao olharmos para o presente da epidemia do HIV, ainda que sejam notáveis os avanços nas tecnologias adotadas em alguns países, como no Brasil, essas políticas ainda são pouco acessadas, principalmente pelas vidas que se dão em meio à precariedade. Deste modo, as intervenções consideradas estruturais, ou contextualizadas, urgem operar a partir de uma perspectiva interseccional (Gomes; Meira; Silva, 2021) e demandam ampliação da participação e a mobilização comunitária, como desde o começo da epidemia do HIV.

Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde com o intuito de divulgar informações sobre a dispensação e o uso da PrEP no Brasil. A consulta de dados para o presente ensaio foi realizada em 25 de setembro de 2024.

Como saída, o trabalho de prevenção fora dos serviços especializados, principalmente nas políticas voltadas à juventude e à velhice, em organizações comunitárias e espaços não institucionalizados segue possibilitando a capilarização das estratégias de prevenção dentro da realidade das comunidades (Grangeiro; Massa; Escuder; Zucchi; Sala; Oliveira; Fini; Dourado; Magno; Leite; Bruxvoort; MacCarthy; Couto; Peres, 2024). A mandala de proteção pode rodar e ser apropriada pelos diferentes espaços/meios/corpos para que outras composições sejam possíveis nos jogos de forças dos discursos de prevenção. Tais ações podem ser mais efetivas na redução da incidência do HIV do que a ênfase nos métodos individuais dentro dos serviços de saúde, por mais eficazes que esses possam ser (Grangeiro; Magno; Zucchi; Couto; Dourado, 2023).

Se as tecnologias possibilitam a expansão da vida, que possamos nos atentar às histórias que dizem sobre os usos das políticas de prevenção no presente, daquilo que é ou não possível, daquilo que pode ou não dar certo, mas não somente dos corpos que hegemonicamente conseguem usufruir do acesso às políticas. Por força dos movimentos sociais, sabemos que a resposta ao HIV se consolidou de maneira exemplar no Brasil, mas raramente ouvimos as narrativas dos corpos que seguem se infectando e morrendo, ou daquelas(es) que estão nos países que vivem outro presente da epidemia, que nos fazem lembrar dos tempos antes da existência dos primeiros medicamentos. Para além das histórias que são contadas desde o começo da epidemia do HIV, seja através das séries, filmes e exposições de arte, que possamos nos encontrar com diferentes narrativas para aprendermos com as experiências de estigma, adoecimento, morte, vida e desejo. Queremos ouvir as vidas que insistem em viver e reivindicam a possibilidade de desejar futuros, (re)contando suas histórias nos mais diversos modos possíveis, para além da linguagem higienista, bélica e moralista.

Referências

BASILIO-DE-OLIVEIRA, Carlos A.; EYER-SILVA, Walter A.; SÁ, Carlos A. M. de. Introdução. In: BASÍLIO-DE-OLIVEIRA, Carlos A. (ed.). **ATLAIDS**: atlas de patologia da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids/hiv). 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2015. Cap. 1. p. 1-52.

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra**: quando a vida é passível de luto? Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.



BUTLER, Judith. **Corpos em aliança e a política das ruas**: notas para uma teoria performativa da assembleia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

BRANCO, Renan Da P. C.; FERREIRA, Ruberval. “Seja indetectável”: A palavra de ordem da indetectabilidade no ativismo digital do HIV/Aids. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, v. 64, p. e025021, 2025.

BRASIL. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim epidemiológico**: HIV e aids 2024. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. 92 p.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2022a. 52 p.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**: Módulo 1: Tratamento. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2022b. 52 p.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas Com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2022c. 211 p.

CAETANO, Marcio; NASCIMENTO, Claudio; RODRIGUES, Alexsandro. Do caos remerge a força: AIDS e mobilização LGBT. In: GREEN, James N.; QUINALHA, Renan; CAETANO, Marcio; FERNANDES, Marisa. (orgs.) **História do movimento LGBT Brasileiro**. São Paulo: Alameda. 2018.

FONSECA, Beatriz S.; RODRIGUES, Thamires F. C. S.; SILVA, Guilherme M.; PIMENTA, Rosangela A.; SILVA Marcelo da; FURTADO Marcela D.; MERINO Maria de F. G. L. ‘Uma parte de mim sabia que isso aconteceria um dia’: vivências de jovens com HIV/aids. **Saúde em Debate**, v. 48, n. 141, p. e8986, abr. 2024.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. In: MOTTA, Manoel de B. da (org.). **Ditos & Escritos IV**: estratégia, poder-saber. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. 335-351.

FOUCAULT, Michel. O que são as Luzes? In: MOTTA, Manoel Barros da. (Org.). **Ditos e escritos II**: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

GOMES, Sávio M.; MEIRA, Karina C.; SILVA, Mercês F. S. Interseccionalidades na atenção à saúde da população negra. In: BARBOSA, Isabelle R.; AIQUOC, Kezauyn M.; SOUZA, Talita A. (org.). **Raça e saúde**: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil. Natal: EDUFRRN, 2021. Cap. 5. p. 74-88.

GRANGEIRO, Alexandre; DULCE, Ferraz; CALAZANS, Gabriela; ZUCCHI, Eliana M.; DÍAZ-BERMUDEZ, Ximena P. O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 43–62, set. 2015.

GRANGEIRO, Alexandre; FERRAZ, Dulce; MAGNO, Laio; ZUCCHI, Eliana Miura; COUTO, Márcia Thereza; DOURADO, Ines. Epidemia de HIV, tecnologias de prevenção e as novas gerações: tendências e oportunidades para a resposta à epidemia. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 39, n. 1, p. 1-12, 2023.

GRANGEIRO Alexandre.; LAURINDO Lindinalva da S.; TEIXEIRA Paulo R. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 26, n. 1, p. 87-94, 2009.

GRANGEIRO, Alexandre; MASSA, Paula A.; ESCUDER, Maria M.; ZUCCHI, Eliana M.; SALA, Eliane A.; OLIVEIRA, Eduardo A. de; FINI, Raphaela; DOURADO, Inês; MAGNO, Laio; LEITE, Beo O.; BRUXVOORT, Katia; MACCARTHY Sarah; COUTO, Marcia T.; PERES, Maria F. T. Oferta de Prep em organizações comunitárias: estudo comparativo com serviços convencionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 58, p. 9s, 2024.

JARDIM, Eduardo. **A doença e o tempo: AIDS**, uma história de todos nós. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019. 89 p.

KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das letras, 2020. 104 p.

LECCARDI, Carmen. Por um novo significado do futuro: mudança social, jovens e tempo. **Tempo Social**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 35-57, 2005.

LUGONES, María. Rumo a um feminismo descolonial. **Estudos feministas**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 935-952, set. 2014.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. São Paulo: n-1, 2018. 80 p.

OLIVEIRA, Cristiane. A vertigem da descontinuidade: sobre os usos da história na arqueologia de Michel Foucault. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 15, n. 1, p. 169–181, jan. 2008.

REDOSCHI, Bruna. R. L.; ZUCCHI, Eliana M.; BARROS, Claudia R. S.; PAIVA, Vera S. F. Uso rotineiro do teste anti-HIV entre homens que fazem sexo com homens: do risco à prevenção. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, p. e00014716, 2017.

SCHEFFER, Mário. **Coquetel: A incrível história dos antirretrovirais e do tratamento da aids no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2012. 224 p.

SONTAG, Susan. **Doença como metáfora / Aids e suas metáforas**. São Paulo: Companhia de Bolso, 2007. 158 p.

TEODORESCU, Lindinalva L.; TEIXEIRA, Paulo R. **Histórias da aids no Brasil - volume II: a sociedade civil se organiza pela luta contra a aids**. Brasília: Ministério

da Saúde, 2015. 360 p.

VALLE, Carlos G. O. Corpo, doença e biomedicina: uma análise antropológica de práticas corporais e de tratamento entre pessoas com HIV e AIDS. **Vivência**, v. 35, 2010, pp.33-51.

VALLE, Carlos G. O. Entre o sexo como transgressão e a gestão dos riscos: Néstor Perlongher e o dispositivo da aids. **Cadernos Pagu**, n. 66, 2022.

**HIV IN BETWEEN TIMES:
Problematizing the presente in prevention policies**

Abstract

This essay revisits the four decades that have passed since the beginning of the HIV epidemic to the present, with problematizations triggered through art, fiction, narratives and the approach to critical literature on the field of health. In this text, we seek to make visible the diversity of experiences of the epidemic, marked by fear, stigma and death, but also by the production of life, social movements and the construction of public policies. Here, time is a structuring, non-linear and discontinuous notion, which denounces necropolitics and functions as an analyzer of hopes and desires for the future. As a concept commonly used to describe the experience of AIDS and HIV, time appears in questions that, amid policies to expand access to Pre-exposure Prophylaxis (PrEP), antiretroviral therapies, and the notion of combined prevention, continue to problematize the possibilities of existence and tell us stories about life and body. In this sense, we seek to look critically at these “advances,” even if captured by the neoliberal notion of individual choice, and their possibilities for expanding life.

Keywords

HIV; Aids; Combined Prevention; Pre-exposure Prophylaxis.

Agradecimentos: Não se aplica.

Agência financiadora: Não se aplica.

Contribuições das pessoas autoras: MMSF, RSM e AR contribuíram com a escrita do rascunho original, coleta e curadoria dos dados, revisão e edição. AR contribuiu com a orientação.

Aprovação por Comitê de Ética e consentimento para participação: Não se aplica.

Conflito de interesses: Declaramos a inexistência de conflito de interesses.

Declaração de utilização de Inteligência Artificial: Declaramos a inexistência de utilização de ferramentas de IA.

Pessoa autora correspondente: Matheus Magno dos Santos Fim, Universidade Federal do Espírito Santo, magno_fim@hotmail.com.

Recebido em: 13/10/2024

Aceito em: 01/07/2026