

“Yep, I’m a Truvada Whore”: Ativismo e cidadania biológica na era das novas estratégias de prevenção do HIV/AIDS

"Yep, I'm a Truvada Whore": Activism and biological citizenship in the era of new strategies to prevent HIV/AIDS

“Yep, I’m a Truvada Whore”: Activismo y ciudadanía biológica en la era de las nuevas estrategias de prevención del VIH/SIDA

Luiza Lena Bastos

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSC/UFRJ), Mestre em Saúde Coletiva e Doutoranda no PPGSC/UFRJ, luizalena2@gmail.com

Miriam Ventura

PPGSC/UFRJ, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz e professora adjunta no PPGSC/UFRJ, miriam.ventura@iesc.ufrj.br.

Resumo

De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), a PrEP oral é um medicamento antirretroviral de uso diário destinado a pessoas não infectadas pelo HIV. O artigo discute sobre uma forma de ativismo que tem sido realizada sobre o Truvada[®], o movimento *TruvadaWhore*. A partir do conceito de cidadania biológica refletimos como este movimento tem reivindicado o uso dessa nova tecnologia preventiva para o HIV/Aids como uma dimensão da cidadania sexual. Os dados discutidos neste trabalho advêm de um mapeamento de campo de pesquisa realizado na Internet sobre o Truvada[®] que buscou identificar as discussões sobre o seu acesso e uso nas redes sociais. Entre as diversas fontes de informação identificadas elegeu-se o blog *TruvadaWhore* como exemplar das controvérsias sobre o uso do Truvada[®], para fins de prevenção, e a relação entre ativismo, direito e saúde pública.

Palavras-chave: *PrEP; Truvada[®]; cidadania biológica; direitos sexuais.*

Abstract

According to the *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), oral PrEP is an antiretroviral drug (Tenofovir / Emtricitabine - Truvada[®]) for daily use meant for people not infected with HIV. In this article we discuss a form of activism for Truvada[®], the movement *TruvadaWhore*. From the biological citizenship concept we will reflect how this movement has claimed the use of this new preventive technology for HIV/Aids as a sexual citizenship dimension. The data discussed in this paper come from a research field mapping carried out on the Internet about Truvada[®]. It aimed to identifying the discussions about Truvada[®]'s access and use on social networks. Among several information sources was elected *TruvadaWhore* blog as an example of the controversies on the use of Truvada[®] for prevention and the relationship between activism, law and public health.

Keywords: *PrEP; Truvada[®]; biological citizenship; sexual rights.*

Palabras-clave: *PrEP; Truvada[®]; ciudadanía biológica; derechos sexuales.*

Introdução

Na terceira década da epidemia de HIV/Aids, uma nova tecnologia de prevenção pré-exposição (Profilaxia pré-exposição - PrEP) vem trazendo diferentes desafios locais e globais à formulação de direitos e políticas públicas. As controvérsias, sobretudo éticas e sanitárias sobre seu uso, e as reações sociais discriminatórias e estigmatizantes direcionadas àqueles que defendem essa alternativa de prevenção, têm mobilizado fortes embates. No âmbito da discussão, destaca-se a emergência de novas expressões da cidadania no ativismo de pessoas não infectadas em defesa do uso preventivo pré-exposição do Truvada[®].

O Truvada[®] é um medicamento antirretroviral que possui como princípio ativo o Tenofovir e a Emtricitabina e tem sido recomendado como uma nova estratégia de prevenção ao HIV/Aids – como profilaxia pré-exposição (CDC 2014; WHO, 2013). Ativistas LGBTQI e ativistas da luta contra a Aids, principalmente nos EUA, primeiro país a aprovar o registro e comercialização do medicamento como profilaxia pré-exposição, pelo órgão regulador *Food and Drug Administration* (FDA), têm se mobilizado em prol do uso deste medicamento. Logo após a aprovação do medicamento em 2012 jornais norte-americanos noticiaram o medicamento de diversas maneiras, do iminente desastre para a saúde pública à pílula que acabaria com a epidemia.

Entre tanta publicidade um artigo jornalístico do *The Huffington post*, na seção *Gay Voices*¹ chamou atenção de ativistas ao direcionar a expressão “*Truvada Whore*” para aquelas pessoas que estivessem utilizando o medicamento. Em uma tradução livre podemos dizer que a expressão enquadra os usuários do medicamento como tendo comportamentos sexuais “promíscuos”. A palavra “whore” (“puta” ou “prostituta”) foi utilizada propositalmente para denotar uma negatividade na expressão. Nesta matéria os usuários do medicamento são situados como pessoas irresponsáveis que utilizariam o medicamento para se exporem à prática de *barebacking*.

É neste sentido que ativistas têm se mobilizado acatando e subvertendo o sentido do termo, transformando-o em um movimento pelo uso do Truvada[®], o movimento “*TruvadaWhore*”. Homens gays, principalmente, tem se manifestado publicamente se

1

Ver artigo “Truvada Whores?”: http://www.huffingtonpost.com/david-duran/truvada-whores_b_2113588.html

autodesignando como “*Truvada Whores*”. De acordo com o próprio criador do movimento online, Adam Zeboski, foi após a publicação do *The Huffington post* que o termo acompanhado de uma *hashtag*² (*#TruvadaWhore*) se disseminou amplamente pela internet. Estas tensões sobre o uso do medicamento revelam que os significados e comportamentos sexuais atribuídos à homossexualidade, que tem historicamente sido associada à epidemia de HIV/Aids e à ideia de grupos de riscos, passam a estigmatizar e discriminar os usuários do Truvada[®] como pessoas promíscuas e irresponsáveis. A identificação dos usuários de Truvada[®] como “Whores” ainda denota que tais usuários buscam o medicamento para reduzir o risco individual à infecção, como “atores neoliberais sexuais”, isto é, atores racionais, adultos que realizam escolhas livres, desconsiderando práticas solidárias de prevenção, motivações e vulnerabilidades mais complexas que caracterizam a interação entre sujeitos (Adam, 2005).

As reivindicações e tensões veiculadas sobre o uso do Truvada[®] no blog intitulado *#TruvadaWhore*³ criado por Adam Zeboski, revela como a expressão foi sendo apropriada por Zeboski e se tornou um movimento em prol do uso do Truvada[®]. Apenas na página de um dos jornais de maior circulação dos EUA e do mundo, *The New York Times*, já foram publicados 4 artigos jornalísticos sobre o movimento e sua página no Facebook conta com 859 membros. Adam Zeboski é um aconselhador sobre testagem de HIV da *Aids Foundation* de São Francisco, Califórnia, e sua plataforma tem o objetivo de informar sobre PrEP, especificamente o Truvada[®], justificado por tratar-se do único medicamento aprovado para prevenção do HIV até o momento. Além disso, o blog e o grupo do Facebook são plataformas de *advocacy* contra o estigma do uso e em prol do uso do medicamento.

A partir da análise dos conteúdos identificados no blog *TruvadaWhore* buscou-se mapear as controvérsias sobre o uso do Truvada[®] à luz do conceito de cidadania biológica, e problematizar essa nova forma de ativismo em rede virtual na produção de direitos relacionados ao uso de antirretroviral para prevenção ao HIV/Aids, que associa cidadania sexual às questões tecnológicas e biomédicas. Antes, porém, faz-se necessário um breve resgate do percurso das

2 *Hashtag* é um símbolo conhecido em redes sociais virtuais, na internet, para categorizar os conteúdos publicados. Ela cria uma interação dinâmica do conteúdo com os outros integrantes da rede social, que estão ou são interessados no respectivo assunto publicado.

3 Blog *TruvadaWhore*: <http://truvadawhore.blogspot.com.br/>

políticas de prevenção do HIV/Aids e do uso do medicamento para prevenção e das concepções de cidadania, direitos à saúde e sexuais presentes nas respostas à epidemia.

A era do medicamento na prevenção do HIV/Aids

Uma das grandes questões que a pandemia de HIV/Aids impôs à humanidade e, especificamente, aos pesquisadores e profissionais da saúde pública, se refere ao continuum prevenir-assistir. Durante anos a mobilização social reivindicou acesso aos medicamentos antirretrovirais (ARVs) e contestou as decisões do Banco Mundial que só permitia o uso de seu empréstimo para as ações educativas já que, como país de “terceiro mundo”, caberia ao Brasil apenas centrar seus esforços na prevenção de novas infecções (Paiva, 2002). De fato, o amplo acesso aos medicamentos antirretrovirais, graças ao forte ativismo e tantas negociações políticas, é hoje uma realidade que se encontra como prioridade pelas instâncias públicas e nas agendas do movimento social (Paiva, Pupo e Barboza, 2006).

Do sofrimento à solidariedade que marcaram a década de 1980 no enfrentamento da pandemia, as décadas seguintes viram crescer e expandir, de forma nunca antes vista, o rápido e complexo desenvolvimento de pesquisas farmacológicas com potenciais substâncias que pudessem controlar o vírus e corpos em “descontrole” dado o potencial letal da doença (Parker e Paiva, 2012; Scheffer, 2012). De acordo com Scheffer (2012), a história dos antirretrovirais no Brasil é a história de uma combinação exemplar. De como uma tecnologia eficaz somada a uma política pública universal pode salvar tantas vidas. Milhares de pessoas só estão vivas no Brasil por causa dos antirretrovirais (ARV) usados no tratamento da Aids e da disponibilidade desses medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. No mundo inteiro, a base do controle da maior das epidemias do século XX foi, e parece que continuará sendo, a base farmacoterapêutica (Scheffer, 2012).

Desde a primeira década da pandemia de HIV/Aids a prevenção à infecção tornou-se um dispositivo central para o controle da infecção, a qual os ARVs vieram se juntar, posteriormente. Ao longo da história, as abordagens da prevenção evoluíram rapidamente. Esforços iniciais se detiveram na informação objetiva, direcionados principalmente à instrução sobre Aids, visando aumentar o conhecimento sobre a transmissão do HIV e logo se mostraram inadequados ou insuficientes para, por si próprios, desencadear mudanças comportamentais amplas. Diversos estudos documentaram que níveis relativamente altos de conhecimento e informação sobre

HIV/Aids não se traduziam automaticamente em uma mudança comportamental ampla, independentemente do grupo populacional específico em questão (Parker, 2000).

Progressivamente, ao longo da década de 1980 e 1990, a ênfase começou a se deslocar de programas de prevenção baseados em informação para a noção de intervenção comportamental: programas de prevenção altamente concentrados, baseados em teorias psicodinâmicas de mudanças comportamentais. Além das teorias comportamentais, diversas abordagens sociais e culturais foram exploradas: teorias de ação social e de influência social, estratégias para *empowerment* e transformação social passaram a compreender a sexualidade como um construto social envolta de significados e símbolos culturalmente situados para além da natureza biológica (Parker, 2000; Vance, 1995). A quantificação do número de parceiros sexuais, do uso de camisinha deu lugar também à compreensão de culturas, identidades e comunidades sexuais (Parker, 2000).

Paiva, Pupo e Barboza (2006) analisaram a resposta brasileira em contraste com as metas estabelecidas para a prevenção do HIV/Aids pela UNGASS (*UN General Assembly Special Session*). Analisaram pesquisas nacionais, documentos e informações do Programa Nacional de DST/Aids e dos planos de ações e metas estaduais. De acordo com a pesquisa, o Brasil conta com vários programas de prevenção que atendem às metas da UNGASS, mas que ainda possuem dificuldades de implementação, incluindo o confronto do estigma e da discriminação, o estímulo ao teste anti-HIV, a distribuição de preservativos, a troca de seringas (redução de danos para usuários de drogas injetáveis), a abordagem franca sobre sexualidade nas escolas, a prevenção entre trabalhadores do sexo e homossexuais e nos locais de trabalho. A distribuição de preservativos masculinos foi ampliada no Brasil durante os anos 2000 o que aumentou o acesso e o seu uso entre todas as faixas etárias até 2005. Os preservativos (camisinha masculina e feminina) têm sido as tecnologias disponíveis para a prevenção do HIV/Aids no Brasil, o quase “mantra” do “Use camisinha!”, emitido pelo Ministério da Saúde e pela mídia, parece não atingir, entretanto, grande parte da população, inclusive mulheres, homens negros e pessoas de baixa escolaridade (Paiva, Pupo e Barboza, 2006).

No entanto, se antes os preservativos eram o único meio de prevenção possível por meio de uma tecnologia, os velhos medicamentos antirretrovirais têm voltado à cena de discussões, agora no campo da prevenção. Noticiados como uma nova esperança para o controle de uma pandemia que tem crescido com 2.7 milhões de infecções a cada ano, segundo a UNAIDS

(*United Nations Programme on HIV/Aids*), a profilaxia pré-exposição (PrEP), mais especificamente os compostos químicos tenofovir/emtricitabina (Truvada[®]), tem ganhado cada vez mais atenção de cientistas, autoridades de saúde e indústria farmacêutica. Já são 18 compostos ativos que estão sendo testados em ensaios clínicos ao redor do mundo, mas apenas o Truvada[®] atingiu os estudos de fase IV e em 2012, após os resultados do estudo iPrEX, foi regulamentado para o uso como prevenção à infecção pelo FDA nos EUA.

A primeira demonstração de que o HIV poderia ser prevenido com uma intervenção farmacoterapêutica foi observada pela redução da transmissão vertical de mãe para filho em 1994 com uma dose única de zidovudina. Desde então, pesquisadores têm sugerido que o uso da PrEP tem ocorrido fora dos ensaios clínicos, mas que médicos têm prescrito PrEP *offlabel* para pacientes soronegativos descritos como pacientes de alto risco de adquirir HIV. Além disso, há relatos de que o tenofovir tem circulado como PrEP em “*circuit parties*” (tipo de festas rave voltadas para o público gay masculino), casas de swing ou casas de banho (Liu, Grant e Buchbinder, 2006; Horberg e Raymond, 2013; McCormack, 2014).

A entrada do tenofovir/emtricitabina em ensaios clínicos ocorreu apenas em 2007 com o início do iPrEX e os resultados deste estudo foram divulgados no ano de 2010. O Truvada[®] tem se mostrado eficaz em diferentes estudos clínicos que têm sido realizados em diversos países. De acordo com a literatura (Golub et al, 2013; Hosek, 2013; Scheffer, 2012; Galindo et al, 2012), estudos clínicos como o iPrEX demonstraram que o Truvada[®] conseguiu uma redução de 44% no risco de infecção pelo HIV em comparação com o placebo, sendo a eficácia fortemente relacionada à adesão ao tratamento. Para pessoas que aderem ao tratamento chega-se a 99% de redução de risco de infecção. Este foi um estudo divulgado em 2010 e contou com a participação de 2.499 voluntários, entre Homens que fazem sexo com homens (HSHs), gays ou mulheres transgênero soronegativas. Participaram voluntários da África do Sul, Brasil (370 voluntários), Equador, Estados Unidos, Peru e Tailândia. Além disso, outros dois estudos clínicos demonstraram redução do risco de infecção pelo HIV com o Truvada[®]. Um entre casais heterossexuais sorodiscordantes no Quênia e Uganda (Partners), realizado pela Universidade de Washington, onde 4.758 casais heterossexuais utilizaram a PrEP (Truvada[®]) demonstrou que houve a redução de 75% dos risco de infecção pelo HIV, em comparação com o placebo. Outro entre jovens homens e mulheres sexualmente ativos em Botswana também demonstraram

resultados “promissores” da PrEP como uma estratégia de prevenção (Golub et al, 2013; Scheffer, 2012).

Em julho de 2012 o FDA aprovou o uso do Truvada[®] como prevenção ao HIV para pessoas em “alto risco de infecção por HIV”. De acordo com Scheffer (2012), o principal argumento para a aprovação do Truvada[®] nos EUA foi o de que, apesar da disponibilidade de métodos e estratégias de prevenção, mais de 50 mil pessoas são infectadas pelo HIV por ano somente nos EUA. No mês seguinte à aprovação pelo FDA, uma reunião ocorrida na França e patrocinada pelo laboratório Gilead Sciences, teve a presença do diretor executivo da UNAIDS, diretor do Grupo de Saúde Global da Universidade da Califórnia, o diretor regional do escritório da OMS na África, entre outros pesquisadores e autoridades que discutiram o que foi chamado na reunião de “uma nova era no tratamento e na prevenção do HIV/Aids: ciência, implementação e custeio”. É daí em diante que podemos observar uma nova fase do tratamento da Aids: a era do tratamento como prevenção.

Também em 2012, nos dias 22 a 27 de julho, ocorreu a 19^a Conferência Internacional de Aids (organizada pela IAS – *The International AIDS Society*), em Washington nos Estados Unidos, onde se consolidou tal ideia, a qual passou a ser recomendada amplamente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2013) e adotada pelo Ministério da Saúde brasileiro. Nesse mesmo momento se discutem as evidências de que os ARV reduzem a transmissão do HIV e amplia-se o uso desses medicamentos como profilaxia pré e pós exposição, convergindo o tratamento com a prevenção.

Cidadania biológica, direitos sexuais e biotecnologias

A demanda social em prol do acesso universal aos medicamentos antirretrovirais e o respeito às diferentes subjetividades e sexualidades nas políticas de saúde legitimaram-se como direitos do cidadão frente aos governos e no âmbito global. Mas, a chegada do Truvada[®] como proposta de PrEP trouxe inevitáveis controvérsias sobre seu uso como recurso indispensável à garantia do direito ao “sexo sem medo”. Questões como: Quem deve ter acesso aos novos medicamentos para fins de prevenção ao HIV/Aids? Quais restrições são eticamente justificáveis considerando as situações de convivência e sociabilidade sexual? Quais limitações se justificariam na perspectiva da saúde pública e dos direitos humanos relativas ao uso da PrEP? Quais os possíveis efeitos e repercussões sociais e sanitárias relativas ao uso do Truvada[®] como

prevenção pré-exposição? O acesso a PrEP tem se constituído como um direito subjetivo de livre escolha do cidadão ou uma espécie de dever de prevenção de determinadas populações?

Observa-se que as demandas pelo uso de Truvada[®] reivindicam a possibilidade de ampliação do exercício da sexualidade. A reclamação à tecnologia é a reclamação ao direito ao sexo sem medo. Diante disto apresentaremos alguns conceitos que iluminam nossa reflexão sobre a reivindicação ao Truvada[®], conceitos que se interpenetram como é o caso dos direitos sexuais, cidadania sexual e cidadania biológica.

O último relatório de 2015 da Organização Mundial da Saúde sobre “Saúde sexual, direitos humanos e legislação” define a sexualidade como um aspecto central do ser humano. A sexualidade envolve o sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Ela pode ser experimentada e expressada por pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos (WHO, 2015). A partir desta definição percebe-se que a sexualidade é aspecto fundamental da identidade individual e, portanto, normas e princípios fundamentais dos direitos humanos devem ser incorporados para “reconhecer os direitos sexuais como direitos humanos”. Apesar de esta definição ainda estar longe de ser completa, o fato de existir este e outros vários documentos oficiais de agências das Nações Unidas (ONU) que o declaram, representa uma nova e vívida presença dos direitos sexuais nos debates internacionais (Corrêa, Petchesky e Parker, 2008).

Em parte, esta nova “era dos direitos sexuais” é efeito da epidemia de HIV e da necessidade de governos, embora relutantes, de reconhecer as realidades de comportamentos e relacionamentos sexuais. Além disso, ela também reflete um processo de negociação em curso dentro das conferências das Nações Unidas da década de 1990 e suas reuniões subsequentes de 1999 a 2006 onde ativistas transnacionais da luta contra a Aids, LGBTQ e feministas, iniciaram um processo de construção de um novo terreno normativo para os direitos humanos: o direito ao corpo e integridade corporal. Embora os direitos sexuais começassem a serem tratados na ONU apenas na década de 1990, os princípios dos quais eles derivam já se apresentavam nos maiores instrumentos de direitos humanos, como a Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH), Convenção de Todas as Formas de Eliminação de Discriminação contra a Mulher, Convenção sobre os Direitos da Criança, entre outras.

Os direitos à liberdade, vida digna, segurança, igualdade e equidade de gênero, não discriminação, entre outros já assegurados, modelaram as concepções iniciais de direitos sexuais.

Mas é apenas em 1990 que grupos de mulheres, homossexuais e de pessoas vivendo com HIV buscaram outro nível de especificidade desses direitos sexuais, (Corrêa, Petchesky e Parker, 2008). Assim, a força destes ativismos criou uma nova constelação de normas e estratégias que introduziu de forma concreta um corpo sexuado e a sexualidade no discurso dos direitos humanos, assinalando a importância da dimensão sexual na vida humana com o reconhecimento e legitimidade das diversas orientações e condições sexuais, e a incorporação nas normas de direitos humanos de aspectos positivos da vivência da sexualidade, considerando que até então figuravam preocupações restritas às violências sexuais e instituições familiares.

No âmbito da epidemia de HIV/Aids e nas discussões relativas à saúde pública, a formulação dos direitos sexuais precisam considerar a integração de liberdades e direitos civis aos direitos sociais que garantam acesso à saúde e a medicamentos que afirmem os corpos, o prazer e o desejo (Corrêa, Petchesky e Parker, 2008). O principal objetivo dessa integração é consolidar o caráter bidimensional da justiça como instrumento de redistribuição e como reconhecimento de identidades. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças entre os sujeitos e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades (Ventura et al, 2003).

Ao considerarmos a possibilidade de que determinadas reivindicações à saúde e ao acesso a medicamentos expressem um tipo de cidadania sexual, no sentido de garantir liberdade e diversidade de expressões e condições sexuais, os direitos sexuais são premissas necessárias na argumentação em prol do uso do Truvada[®], o qual está intimamente ligado à luta pelo livre exercício da sexualidade, à corporalidade dos sujeitos, àquilo que é vital e biológico. De fato, as realidades da vida contemporânea implicam em uma relação tão íntima com a tecnologia a ponto de não ser mais possível dizer onde nós acabamos e onde acabam as “máquinas” (Haraway, 2013). A técnica não envolve necessariamente dominação, é claro que a tecnologia e a ciência não são neutras e livres de interesses, o acesso a elas geralmente é permeado de interesses econômicos, sociais e morais. Mas é importante refletirmos sobre os tipos de análises, frente ao uso de medicamentos e tecnologias farmacêuticas, que consideram que o indivíduo meramente replica os mecanismos de controle social, tornando-se uma vítima dos mesmos, pois as práticas individuais e coletivas de medicalização podem adquirir significados diferentes, inclusive de reivindicação de direitos (Faizang, 2013; Haraway, 2013).

As linguagens e aspirações da cidadania têm modelado a forma pelas quais as pessoas compreendem a si mesmas e se relacionam consigo mesmas e com as outras e principalmente com as autoridades biomédicas e sanitárias. Esse sentido é o que fica mais claro no trabalho de Petryna (2002) sobre a Ucrânia pós-Chernobyl. Neste trabalho a autora mostra que os cidadãos alegaram terem sido expostos aos efeitos da radiação e acreditavam que tinham direitos a serviços médicos, apoio social e que poderiam reivindicar ao governo em nome dos seus corpos biologicamente prejudicados. A própria ideia de cidadania torna-se carregada de um fardo anexado de sobrevivência. A população aprendeu a negociar termos de sua inclusão econômica e social usando a própria substância constituinte da vida.

A cidadania biológica pode, portanto, incorporar uma exigência de proteções particulares, para atualização ou cessação de políticas, ou de ações particulares, ou, como no caso discutido por Petryna (2002), acesso a recursos especiais a partir da reivindicação de uma forma de bem-estar social baseada em critérios médicos, científicos e legais, assumindo responsabilidades e riscos. A vida adquire um novo valor potencial a ser negociado em toda uma série de práticas de regulação e compensação (Rose, 2013).

De acordo com Rose (2013) este conceito pode ser tanto individualizador quanto coletivizador. É individualizador à medida que as pessoas moderam suas relações consigo mesmas sobre conhecer sua própria individualidade somática⁴. Desse modo, imagens biológicas, explanações, valores e julgamentos enredam-se com outras linguagens de autodescrição e outros critérios de autojulgamento, dentro de um “regime do si-mesmo” contemporâneo como uma pessoa prudente. Mas a cidadania biológica também tem um momento coletivizador. Ativistas e coletividades organizadas em torno de classificações biomédicas específicas são cada vez mais significativas. As formas de cidadania implicadas aqui muitas vezes envolvem conhecimento científico e médico bastante especializado, Rose (2013) chama isso de “biocidadania informacional”. Elas implicam formas usuais de ativismo, tais como campanhas por melhor tratamento, fim do estigma, obtenção de acesso a serviços e tecnologias médicas envolvendo

4 Para Nikolas Rose (2013) estamos progressivamente chegando a nos relacionar a nós mesmos como indivíduos “somáticos”, isto é, como seres cuja individualidade está, pelo menos em parte, fundamentalmente dentro de nossa existência carnal, corporal, e que experimentamos, expressamo-nos, julgamos e agimos sobre nós mesmos, parcialmente, na linguagem da biomedicina.

também novas maneiras de formar cidadania pela incorporação de comunidades ligadas eletronicamente por listas de correio eletrônico e páginas eletrônicas.

De acordo com Ventura (2002), as organizações da sociedade civil na luta contra a Aids articularam Aids e saúde a partir de uma compreensão de saúde como um direito fundamental do ser humano, que o Estado deve observar através de políticas econômicas e sociais, e não somente através de ações na área de assistência à saúde. Prova disso, é que a “Declaração dos direitos fundamentais das pessoas portadoras do vírus da aids” elaborada durante o Encontro Nacional de Rede de Solidariedade, ocorrido em Porto Alegre, considera os seguintes pontos como principais violações de direitos sofridas por portadores do vírus HIV: sigilo, privacidade e intimidade; liberdade; informação; assistência e tratamento; participação social (educação, trabalho e lazer); controle do sangue, hemoderivados e tecidos; proibição de testagem compulsória; direitos reprodutivos; direito à família (Ventura, 2002).

É desta forma que a medida que a política começa a se revestir de qualidades “vitais” e à medida que vida biológica acumula importância pessoal, econômica, social, a vitalidade de cada um e de todos torna-se uma fonte de valor. Isto faz com que a preservação deste valor vital torne-se uma fonte de reivindicações e questão de Estado: as autoridades políticas são levadas, portanto, a assumir obrigação e responsabilidade de preservar, salvaguardar e incrementar o capital biológico de sua população (Rose, 2013). Logo, é imprescindível que a demanda em torno do Truvada[®] exija novas reflexões sobre as responsabilidades recíprocas de cuidado e respeito aos direitos sexuais em igualdade de condições e oportunidades de todos, e específicas dos Estados na distribuição equânime dos recursos de prevenção à saúde. Também exija respostas aos julgamentos morais discriminatórios direcionados às pessoas que demandam o acesso a PrEP e/ou a determinados grupos, comportamentos e práticas sexuais.

Considerações metodológicas

Este artigo⁵ analisa o produto inicial de uma pesquisa de doutorado intitulada: “Cidadania biológica e autoridade médica: um estudo sobre as controvérsias sobre Profilaxia – Pré Exposição ao HIV/Aids”. O material coletado e aqui apresentado são dados que advêm de um

5 Ambas as autoras declaram não haver conflitos de interesse e que não receberam nenhum recurso de empresas farmacêuticas. O trabalho foi aprovado por comitês de ética em pesquisa brasileiros sob os números: CAEE IESC-UFRJ: 49639715.5.0000.5286 and CAEE INI-FIOCRUZ: 49639715.5.3001.5262.

mapeamento de campo de pesquisa, no qual surge a impactante categoria nativa “*Truvada Whore*”, como uma categoria-chave para a compreensão do tema. Nesse sentido, passou-se a explorá-la como palavra chave em redes sociais, especificamente a rede “Facebook” e no blog “*#TruvadaWhore*”.

O grupo do Facebook é um grupo fechado, mas qualquer pessoa que se interesse pela discussão pode pedir autorização para participar. Ele conta com 859 membros (até o dia 08 de janeiro de 2016) de todas as partes do mundo e foi criado pelo mesmo criador do blog, Adam Zeboski, aconselhador de testagem de HIV da *Aids Foundation* de São Francisco, Califórnia. O grupo é muito ativo e dinâmico, ele foi acompanhado de forma a se realizar uma leitura flutuante de algumas discussões nos meses de outubro e novembro de 2015, e de dezembro de 2015 a janeiro de 2016 houve uma leitura em maior profundidade de material coletado no grupo. Da mesma forma, foi realizada a leitura flutuante nos meses de outubro e novembro de 2015 do blog *#TruvadaWhore*, observou-se que as discussões presentes no grupo do Facebook estavam também presentes no blog, mas de forma mais sistematizada, por isto decidiu-se focar de forma mais aprofundada no material disponibilizado no blog. O blog conta com sete seções, sendo elas: *classic, flipcard, magazine, mosaic, sidebar, snapshot* e *timeslide*. Na seção *classic* podemos acessar todos os textos já postados desde o primeiro texto, no dia 2 de janeiro de 2014. As outras seções compartilham os textos separadamente, mas não apresentam novas publicações.

Após as leituras organizou-se o conteúdo do material em temas: cidadania sexual e biológica e direitos sexuais; ativismo e movimento reivindicatório como modalidade de resistência e construção de redes de solidariedade, buscando compreendê-los e discuti-los à vista das expressões nativas identificadas na pesquisa - “direito ao sexo sem medo” e “direito ao uso do Truvada[®]/PrEP” - e das principais controvérsias também identificadas sobre o uso do Truvada[®], em especial, as preocupações da saúde pública com a PrEP.

Cidadania biológica, direitos sexuais e o “direito ao sexo sem medo”: reivindicações e controvérsias sobre o uso do Truvada[®]

As discussões empreendidas no blog e no Facebook apresentam reivindicações e as controvérsias sobre o uso do Truvada[®] a partir do movimento conhecido como *#TruvadaWhore*. Como inicialmente apresentado, a expressão acompanhada de *rashtag #TruvadaWhore* nasceu por uma indignação pessoal de Adam Zeboski aconselhador de testagem de HIV da *Aids*

Foundation de São Francisco, Califórnia a partir do artigo “*Truvada Whores?*” publicado no jornal *The Huffington Post* que expressou preocupações estigmatizantes que “homens gays promíscuos” poderiam se “enfileirar” para utilizarem a “pílula de prevenção da Aids” e que o uso de PrEP seria frívolo e nas palavras do autor “irresponsável” e “repugnante”. O autor, no entanto, não se opôs totalmente à PrEP, ele considerou-a apropriada apenas para determinadas pessoas.

A PrEP está realmente ajudando a reduzir a transmissão de HIV ou é apenas uma porta de entrada para que as pessoas se engajem em comportamentos de risco? Novamente, ela funciona potencialmente para casais comprometidos, profissionais do sexo ou usuários de drogas que se lembrarem de tomar diariamente sua pílula, mas para homens gays que apenas querem praticar barebacking o Truvada[®] é apenas uma desculpa para eles fazerem o que quiserem fazer (Trecho retirado da matéria “Truvada Whores?” *The Huffington Post*. Tradução nossa).

Esta é uma discussão que está articulada profundamente com reflexões desenvolvidas por Carrara (1996) relativas às propostas de intervenção social para o controle ou erradicação das doenças sexualmente transmissíveis. O Truvada[®], obviamente, é uma intervenção tecnológica para este controle, mas os “estilos de regulação moral” que permeiam a condenação do uso do medicamento também entram no jogo de como e para quem a prevenção deve ser voltada.

Nesse sentido, das evidências do ensaio clínico para as “evidências do mundo real”, como alguns médicos têm se referido, o Truvada[®] tem se enquadrado em discussões exaustivas entre ativistas em prol do livre uso, autoridades de saúde pública e profissionais de saúde. Ativistas enfatizam preocupações na defesa de espaços de liberdades e escolhas dos meios mais adequados para o exercício das sexualidades, sintetizadas na reivindicação pelo “direito ao sexo sem medo”. Autoridades de saúde pública e profissionais de saúde enfatizam os riscos e as consequências da incorporação deste medicamento como nova tecnologia de prevenção.

Ao utilizarem a *hashtag* #TruvadaWhore os ativistas estabelecem a controvérsia e passam a mobilizar argumentos favoráveis e desfavoráveis ao uso do Truvada[®] e relacioná-los à reivindicação do “direito ao sexo sem medo”. Assim, o livre acesso ao Truvada[®] passa a ser elemento-chave na promoção de direitos sexuais, mas especificamente o “direito ao sexo sem medo”, como relata um participante do grupo no Facebook:

Ela é o ingrediente que precisávamos por tanto tempo e não tínhamos. Todos deveriam ter o direito ao sexo sem medo ao redor do mundo. Isto não é uma questão trivial (Jim Eigo, *Aids Activist*. Tradução nossa).

A reivindicação a esta tecnologia articula a indignação com um estigma historicamente construído em torno de uma orientação sexual e pela possibilidade do adoecimento baseando-se, sobretudo, a resistir a critérios científicos que tornariam a PrEP “arriscada de se utilizar”.

A cidadania biológica é, portanto uma categoria que nos informa sobre esta articulação. De acordo com Rose (2013), a cidadania biológica nos diz sobre laços entre biologia e dignidade humana. Este tipo de cidadania compreende diferentes ideias acerca dos direitos biológicos do cidadão, nos quais se inserem uma reorganização das relações entre os indivíduos e as autoridades biomédicas, produzindo uma nova normatividade sanitária e nas práticas preventivas, considerando que no seu cerne está a defesa de intervir livremente no próprio corpo.

O movimento *TruvadaWhore*, ao reivindicar uso da PrEP e “direito ao sexo sem medo”, revela que intervenções biomédicas que prometem redução de riscos são diferentes daquelas que aliviam a dor, retiram sintomas, ou reduzem sofrimentos. O usuário de uma tecnologia deste tipo, como a PrEP, deve depositar muito mais confiança em probabilidades de benefício e danos. Estas tecnologias geralmente são desenhadas e promovidas como produtos que prometem restabelecer certo controle, combater medos, reduzir incertezas. Mas se estes produtos chegam, em certo momento, a ser relacionados com pequenas probabilidades de risco e dano, essa eficácia social pode ser facilmente enfraquecida (Aronowitz, 2012).

A investigação de Aronowitz (2012) sobre a vacina da doença de Lyme nos Estados Unidos mostra o quanto ativistas podem transformar o rumo de uma tecnologia de saúde mobilizando certa eficácia social para definir o sucesso ou falha de mercado de um produto farmacêutico. As tecnologias produzidas para a redução de riscos são especialmente vulneráveis às ideias de medo e de confiança, estes tipos de produtos podem ser facilmente promovidos como aqueles que aliviam medos e reduzem incertezas e também como perigosos e arriscados. Assim, para Aronowitz (2012), a narrativa sobre a vacina da doença de Lyme reconfirma que o sucesso ou o fracasso de uma prática ou tecnologia desenvolvida para a redução de riscos depende de diferentes tipos de confiança, sendo estas também forjadas pela *advocacy* promovida.

Observa-se no blog *#TruvadaWhore* que os ativistas se apropriam de argumentos científicos para desconstruir o discurso sanitário que expressa preocupação em relação aos riscos possíveis no uso da PrEP, a questão da compensação de risco, da resistência viral e discussões sobre saúde sexual individual e coletiva. Interessante observar que essas questões se apresentam circunscrevendo falas e sustentando posições contra e a favor do uso do Truvada®.

A preocupação com os comportamentos de risco, a compensação de risco (começar a usar PrEP e não usar camisinha) e a prática de *barebacking* demonstram que o exercício da sexualidade e o “risco que ele representa” estão no centro da questão quando se trata de falar sobre o uso do Truvada[®]. Para Castiel, Guilam e Ferreira (2010) o vínculo histórico entre sexo e risco se atualiza com a emergência do HIV e da Aids surgindo a necessidade da discussão sobre medos e preconceitos em lidar com os riscos em um terreno ainda carregado de interditos e não ditos como a sexualidade humana.

O Truvada[®], apesar de representar um risco de acordo com o discurso sanitário identificado e contestado pelos ativistas no blog analisado, também é um encaminhamento possível, por meio de um setor econômico farmacêutico, diante da configuração de outro risco representado pelo HIV. É neste sentido que Castiel, Guilam e Ferreira (2010) pontuam que não existem garantias incondicionais de proteção quando se fala em risco, pois ele é uma entidade probabilística.

A emergência deste “espírito do risco” revela também formas de resistência a ele em dois modelos: o primeiro se refere a alguém em idade avançada, cuja exposição a “fatores de risco”, no decorrer da vida, não alterou sua saúde; o segundo, alguém no “vigor da juventude”, sem história de exposição que inesperadamente sucumbe em virtude de um evento vinculado a “fatores de risco”. Além desses modelos, frases como “se fumar, morre. Se não fumar morre também” demonstram esta resistência que se recusa às características inerentes à probabilidades.

Nota-se tal resistência ao “espírito do risco” quando os ativistas argumentam que usar o Truvada[®] seria melhor do que não usar nada. Exemplificam que existem pessoas que já não utilizam camisinha em suas relações sexuais e, portanto, o Truvada[®] é a proteção mais bem vinda a estas pessoas. O risco de tomar um medicamento parece não orientar as ações dos autores da frase, pois a interpretação que as pessoas fazem deste discurso sanitário direcionado para o “espírito do risco” também é condicionada pelo contexto sociocultural. Elas não veem o risco como probabilidades estatísticas objetivas, mas o percebem subjetivamente com base em suposições ontológicas (Lupton, 1995). Desta forma, ainda que os discursos sanitários possam servir de referência para algumas decisões humanas, a estratificação social, a pluralidade cultural e a subjetividade concorrem para uma multiplicidade de percepções, significados e atitudes diante do risco.

É importante considerarmos que práticas individuais de medicalização podem adquirir um significado completamente diferente daquele praticado pela profissão médica (Faizang, 2013). Desde o século XVIII médicos e filósofos dissertavam sobre suas críticas à maneira dos médicos se “apoderarem” da existência de seus clientes para regê-las nos seus detalhes. Acreditavam que a medicina teria tamanho valor que os clientes não deveriam submeter-se a um médico quando estivessem em boa saúde. Era necessário que todos compreendessem a medicina para que pudessem ser seus próprios conselheiros. E é dentro deste quadro global tão fortemente marcado pela centralidade do corpo, da saúde e da medicina, que transformamos nossos corpos. A nossa sexualidade, por exemplo, passa a ser marcada por valores positivos e negativos girando dentro de um sistema de controle que ora a coloca de frente para a autoridade médica e ora aliada à “autonomia” que a tecnologia farmacêutica possa conferir (Foucault, 1985).

Nesta pesquisa ainda exploratória, de mapeamento do campo de pesquisa, percebe-se que por um lado os ativistas reivindicam que o medicamento constitui uma nova possibilidade de prevenção, alocando-o no centro da lógica das escolhas, de como seria bom oferecer às pessoas mais uma opção de prevenção, uma esperança para o controle da epidemia de HIV/Aids; enquanto de outro lado o Truvada[®] é considerado um medicamento problemático em termos de efeitos colaterais, de saúde pública e uma nova forma de medicalização dos corpos. As fronteiras entre aquilo que é bom e ruim, autonomia e controle, controle e descontrole, estão sendo o tempo todo, dialeticamente, (re) construídas com o surgimento desta nova tecnologia farmacêutica.

Assim, cabe pensarmos também a PrEP dentro destes sentidos conferidos a ela, da escolha e “autonomia” possível de prevenção, em relação à emergência de tecnologias governamentais cada vez mais pautadas em perspectivas liberais, onde ocorre a crescente ênfase sobre a responsabilidade dos indivíduos administrarem seu próprio futuro. De acordo com Rose (2013), no campo da saúde isso tem se tornado muito eloquente, as pessoas estão sendo cada vez mais estimuladas a tornarem-se consumidores ativos e responsáveis dos serviços e produtos da medicina e da farmácia. Nossas individualidades somáticas e corpóreas se tornam campos de escolhas e responsabilidade. Nossa vida biológica entrou no domínio da decisão e da “escolha”, na era da política vital, da ética somática e da responsabilidade biológica (Rose, 2013).

Considerações finais

Enquanto ativistas e usuários clamam por um medicamento que poderia conferir mais “autonomia” sexual; “direito ao sexo sem medo”; transformando experiências e o aprendizado da sexualidade; alguns profissionais de saúde e autoridades de saúde pública consideram o medicamento perigoso e que promoverá um “descontrole” em relação ao sexo e ao sexo sem camisinha. A reivindicação de direitos ao Truvada[®] revela uma relação profunda das sociedades ocidentais: a relação entre o direito e a saúde pública. Para Gostin (2000) esta relação se dá na intersecção entre assegurar condições para que as pessoas sejam saudáveis e as limitações de poder de autoridades em constringer liberdades, privacidades, “autonomia”. Um discurso sanitário preocupado com a saúde de todos pode não ser do interesse de todos os membros de uma sociedade, o que, segundo Gostin (2000), torna a saúde pública uma entidade política. O que constitui saúde “suficiente”? Quais serviços são necessários? Quem deve ter acesso ao medicamento em questão neste texto? Quem decide o que é mais importante: liberdade ou saúde?

O movimento *#TruvadaWhore* ao reivindicar e se colocar vigilante sobre esta nova tecnologia biomédica para prevenção do HIV demonstra que, apesar de estarmos vivendo uma nova era do tratamento da epidemia, a resposta comunitária é importante (Parker, 2015). Parker (2015), ao questionar se “estamos vivendo uma nova era de respostas biomédicas que substituem as respostas sociais e políticas?”, reflete que estas tecnologias não são um conjunto unificado, apresentam desafios que implicam profundas mudanças no comportamento das pessoas para serem utilizadas, pois tomar um medicamento todos os dias como forma de prevenção pré-exposição não é algo tão simples assim.

Além disso, dependem de questões sociais e políticas para serem colocadas em prática. Para Parker (2015) a PrEP é um grande exemplo disto, pois ela está aprovada cientificamente para o uso, e vem sendo usada nos EUA, sendo estratégia do governo federal e de vários estados, como o de Nova York e também da Califórnia para prevenção do HIV (voltada para as chamadas “populações chave”, por exemplo, Homens que fazem sexo com homens), mas ainda os EUA é o único país onde é aprovada. Neste sentido, Parker (2015) reflete que para a aprovação no Brasil, por exemplo, diversas decisões devem ser tomadas, inclusive o enfrentamento de críticos conservadores que associam esta estratégia ao “espírito do risco” e ao “comportamento de risco”.

A PrEP, e neste caso o Truvada[®], é uma estratégia de prevenção biomédica, mas depende de questões políticas, econômicas, sociais e culturais para ser usada e disponibilizada. Como nos lembra Parker (2015), ela faz parte de um processo político que é contínuo.

Referências bibliográficas

- ADAM, B.D. Constructing the neoliberal sexual actor: Responsibility and care of the self in the discourse of barebackers. *Culture, Health & Sexuality*. v. 7, n. 4, p. 333-346, 2005.
- ARONOWITZ, R.A. The rise and fall of the Lyme Disease vaccines: a cautionary tale for risk interventions in american medicine and public health. *The Milbank Quarterly*, v. 90, n.2, p. 250-277, 2012.
- CARRARA, S. *Tributo a Vênus: A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 1996. 339p.
- CASTIEL, L.D; GUILAM, M.C.R; FERREIRA, M.S. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- CDC, Centers for Disease Control and Prevention. *Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States: a clinical practice guideline*, 67 p., 2014.
- CORRÊA, S; PETCHESKY, R; PARKER, R. On the indispensability and insufficiency of human rights. In: CORREA, S; PETCHESKY, R; PARKER, R. (Org.). *Sexuality, Health and Human Rights*. Routledge, London, p. 149 – 163, 2008.
- FAIZANG, S. The other side of medicalization: self-medicalization and self-medication. *Cult Med Psychiatry*. v. 37, p. 488-504, 2013.
- FOUCAULT, M. O cuidado de si. In: FOUCAULT, M. *História da sexualidade III*. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 105-145.
- GALINDO, G.R. et al. Community member perspectives from transgender women and men who have sex with men on pre-exposure prophylaxis as an HIV prevention strategy: implications for implementation. *Implementation Science*, v. 7, n.116, p. 1-13, 2012.
- GOLUB, S.A et al. From efficacy to effectiveness: facilitators and barriers to PrEP acceptability and motivations for adherence among MSM and transgender Women in New York City. *AIDS Patient Care and STDs*, v. 27, n. 4, p. 248-254, 2013.
- GOSTIN, L.O. A Theory and Definition of Public Health Law. In: GOSTIN, L.O. *Public Health Law: Power, duty, restraint*. University of California Press, 2000.
- HORBERG, M; RAYMOND,B. Financial Policy Issues for HIV Pre-Exposure Prophylaxis: Cost and access to insurance. *Am J Prev Med*, v. 44; n. 1S2, p. S125-S128, 2013.
- HOSEK, S.G. HIV Pre-Exposure Prophylaxis diffusion and implementation issues in nonclinical settings. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 44, n. 1S2, p. 129-132, 2013.

- LIU, A.Y; GRANT, R.M; BUCHBINDER, S.P. Preexposure Prophylaxis for HIV: Unproven promise and potential pitfalls. *JAMA*. v. 296, n. 7, p. 863-865, 2006.
- LUPTON, D. *The imperative of health: public health and the regulated body*. London: Sage, 1995.
- McCORMACK, S.M; GAFOS, M; DESAI, M; COHEN, M.S. Biomedical Prevention: State of the Science. *CID*, v. 59 (Suppl 1), p. S41-S46, 2014.
- PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/Aids e o processo de emancipação psicossocial. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, v.6, n.11, p. 25-38, 2002.
- PAIVA, V; PUPO. L.R; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev Saúde Pública*, v. 40, supl, p. 109-119, 2006.
- PARKER, R. *Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34, 160p, 2000.
- PARKER, R. *O fim da Aids?* Acessado em: <http://abiaids.org.br/o-fim-da-aids/28618>. Acesso dia 20 de novembro de 2015.
- PARKER, R; PAIVA, V. *30 anos de Aids: a história social de uma epidemia e da resposta brasileira*, 2012. Acessado em: <http://www.rets.org.br/?q=node/1481>. Acesso dia 29 de abril de 2015.
- PETRYNA, A. *Life Exposed: Biological Citizens after Chernobyl*. Princeton: Princeton University Press, 2002.
- ROSE, N. *A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*. Tradução de Paulo Ferreira Valerio. São Paulo: Paulus, 2013.
- SCHEFFER, M. *Coquetel: a incrível história dos antirretrovirais e do tratamento da Aids no Brasil*. São Paulo: Hucitec: Sobravime, 216 p., 2012.
- VENTURA, M; IKAWA, D; PIOVESAN, F; BARSTED, L.L. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectivados direitos humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito*. Rio de Janeiro: Advocaci, p. 53, 2003.
- VENTURA, M. da Silva. Assessorias jurídicas das ONGs/Aids e sua contribuição para a efetivação dos direitos das pessoas que vivem com HIV/Aids no Brasil. In: BUGLIONE, S. (Org.). *Reprodução e Sexualidade: uma questão de justiça*. Porto Alegre: Fabris Editor, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Consolidated Guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, p. 25-84. *WHO Library Cataloguing in Publication Data*, Geneva, Suíça, 2013.

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