



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

BRUNO SILVA KAUSS

**NOVAS TECNOLOGIAS, SEXUALIDADE E DIREITOS EM TEMPOS DE RISCO:
um estudo sobre a implementação da Profilaxia Pós-Exposição ao HIV/Aids pelos
trabalhadores da linha de frente das políticas públicas**

Porto Alegre

2017

BRUNO SILVA KAUSS

**NOVAS TECNOLOGIAS, SEXUALIDADE E DIREITOS EM TEMPOS DE RISCO:
um estudo sobre a implementação da Profilaxia Pós-Exposição ao HIV/Aids pelos
trabalhadores da linha de frente das políticas públicas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Fachel Leal

Linha de Pesquisa:
Políticas Públicas, Cultura e Dinâmicas Sociais

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Kauss, Bruno Silva

Novas Tecnologias, Sexualidade e Direitos em Tempos de Risco: um estudo sobre a implementação da Profilaxia Pós-Exposição ao HIV/Aids pelos trabalhadores da linha de frente das políticas públicas / Bruno Silva Kauss. -- 2017.

163 f.

Orientadora: Andréa Fachel Leal.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Políticas Públicas. 2. Profilaxia Pós-Exposição ao HIV. 3. Trabalhadores da Linha de Frente em Saúde. 4. Abordagem Qualitativa. 5. Direitos Sexuais. I. Fachel Leal, Andréa, orient. II. Título.

Bruno Silva Kauss

**NOVAS TECNOLOGIAS, SEXUALIDADE E DIREITOS EM TEMPOS DE RISCO:
um estudo sobre a implementação da Profilaxia Pós-Exposição ao HIV/Aids pelos
trabalhadores da linha de frente das políticas públicas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

BANCA EXAMINADORA

Andréa Fachel Leal

Orientadora

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas (PPGPP/UFRGS)

Fernando Seffner

Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGEDU/UFRGS)

Roger Raupp Rios

Programa de Pós-Graduação em Direito (PPGD/UNIRITTER)

Patrice Schuch

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas (PPGPP/UFRGS)

Para Kika, Helena e Edi

Agradecimentos

No Brasil, vivemos tempos de retrocesso em diversos espaços. No campo da educação pública superior, a redução do financiamento público, o sucateamento de laboratórios de pesquisa e a precarização das relações de trabalho são apenas alguns elementos que compõem um cenário assombroso. Diante dessas condições, o “fazer ciência” tem se tornado um ato de resistência. Com isso, agradeço primeiramente ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela oportunidade concedida de ingressar no curso de mestrado e, também, por todo o apoio e suporte ao longo do curso.

Agradeço à Professora e Orientadora, Andréa Fachel Leal, pelo carinho, paciência e dedicação com que conduziu a orientação deste estudo. Sou grato ao conhecimento, experiência e conselhos compartilhados nas reuniões de orientação, na execução do estágio docente e na atuação em campo.

Um agradecimento a Alexandre Grangeiro, e em nome deste, a todos os pesquisadores associados ao estudo “Combina!”. Pela oportunidade de ingressar no estudo maior e suporte nas decisões relativas à produção deste trabalho.

Agradeço à Priscila Farfan Barroso, a qual, conjuntamente, participou da realização do campo de pesquisa na etapa qualitativa, coletando parte dos dados aqui analisados. À gentileza por ter dividido o seu conhecimento, me auxiliando a por em práticas as técnicas de pesquisa e, também, por permitir a utilização de algumas fotografias de sua autoria neste trabalho.

Aos profissionais do Serviço de Atendimento Especializado em IST/HIV/Aids e do Centro de Testagem e Aconselhamento, do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (CSVC), que gentilmente compartilharam as suas impressões pessoais e permitiram observar as ações e interações no cotidiano dos serviços. Também aos profissionais Serviço de Atendimento Especializado em IST/HIV/Aids, do Centro de Saúde IAPI (CSI-API), com quem tenho atuado enquanto pesquisador nesses últimos anos.

Agradeço aos colegas e pesquisadores Gustavo Bozetti e Gabriela Perin (“equipe PNASS”), e, também, a Karin Garcia, Cristiano Santos e Jorge dos Santos, parceiros do começo ao fim do mestrado para compartilhar frustrações, conquistas e bons cafés.

Agradeço aos Professores Patrice Schuch, Roger Rios e Fernando Seffner, os quais gentilmente aceitaram compor a banca de defesa deste trabalho, tecendo importantes considerações e reflexões ao estudo. Às Professoras Daniela Riva Knauth e Soraya Vargas

Côrtes as quais compuseram a banca de qualificação deste trabalho, auxiliando no aprimoramento do projeto de dissertação.

Um agradecimento especial à minha família, em especial, a Isoleida Moreira Alves (Kika), *in memoriam*, com a qual tive a felicidade de conviver e conhecer sua história de vida e força. A ela devo a aproximação com a temática do HIV e da Aids. À minha mãe, Maria Helena da Silva Kauss, uma profissional de saúde inspiradora, e em nome dela, aos demais profissionais que atuam na linha de frente em saúde. E agradeço especialmente a Edegar Ribeiro Júnior, meu companheiro, que acompanhou e incentivou a produção deste trabalho, com boas doses amor, alegria e paciência.

Agradeço a aqueles que, de alguma forma, acompanharam e incentivaram este trabalho: Joana Schneider, Magnun Rochel Madruga, Ricardo Gregianin, Tiago Lemões, João Ramos, Josiane Wedig, Aline Limma, Stela Rocha, Tiego Rebello, Vânia Piovesan, Carla Ávila, Ana Paula da Rosa Leal, Maurício Schneider, Sdnei Pestano, Luisa Maciel, Caiuá Al-Alam e aos Intergaláticos. A Oscar Ribeiro, Izabel Alves, Ceneida Alves, Cleida Alves, Jerusa Ribeiro, Cristiano Oliveira, Gláucia Ribeiro, Manuela Finokiet, Camila Prates, Juliana Rodrigues, Alessandra Quines, Camila Dri da Luz, Marisangela Lena, Conrado Bento. A Nicolas Meireles, Letícia Baron, Marcela Simões, Lânderson Barros, Felipe Takehara, Vanessa Flores dos Santos, Lawrence Estivalet, Talita Jabs, Adriano Caetano, Vinícius Pasqualini e Renata Ovenhausen Albernaz. Por fim, a aquele que é um companheiro de todas as horas, Miguel.

A cada palavra, conselho ou abraço, muito obrigado!

RESUMO

Novas tecnologias biomédicas de prevenção à infecção por HIV têm sido incorporadas às políticas públicas de HIV e Aids no Brasil. A Profilaxia Pós-Exposição ao HIV ou simplesmente PEP consiste num método de prevenção antirretroviral, que implica no uso de medicamentos antirretrovirais, após uma situação de exposição de risco para o HIV e Aids. O objetivo do presente trabalho é investigar como a PEP, nos casos de exposição sexual consensual, é implementada pelos profissionais de saúde, no cotidiano de um Serviço de Assistência Especializada em IST/HIV/Aids de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Trata-se de uma análise de implementação de políticas públicas, a qual possui como parâmetro a atuação de profissionais de saúde na implementação da PEP. Com base numa abordagem qualitativa, o estudo privilegiou as técnicas da observação de cunho etnográfico e de entrevistas em profundidade. No referencial teórico, estabeleceu-se um diálogo entre os campos das Políticas Públicas, da Sexualidade, dos Direitos Sexuais e da Biopolítica. Na análise de dados, observaram-se quatro fatores do processo de implementação: a) o contexto no qual os profissionais estão inseridos; b) os fatores institucionais e organizacionais; c) fatores individuais e relacionais; e, por fim, d) a discricionariedade administrativa. A partir da análise realizada, apontaram-se elementos que provocam *dificuldades* e elementos *facilitadores* da implementação da PEP no serviço estudado. Entre os elementos que causam dificuldades estão: (a) concentração de atividades em poucos profissionais no SAE; (b) o baixo conhecimento sobre o Protocolo de PEP; (c) o não alinhamento institucional entre os serviços SAE e CTA; (d) as percepções negativas sobre PEP e, também, sobre o comportamento dos sujeitos que acessam a PEP; e (e) não implementação da estratégia, com base no atributo da discricionariedade. Entre os elementos facilitadores, destacaram-se: (a) a percepção da importância da PEP pela maioria dos profissionais; (b) o atendimento de PEP como uma emergência médica no SAE; (c) o aconselhamento realizado pelos profissionais de Enfermagem no SAE; (d) o reconhecimento da coordenação do serviço sobre a necessidade de mudanças para a efetividade da PEP. Os elementos negativos podem trazer consequências no acesso à estratégia, trazendo prejuízos ao cuidado de si, à preservação da autonomia do sujeito e ao exercício de direitos sexuais. Não obstante a presença de elementos facilitadores, estes devem ser aprimorados no contexto de implementação, por meio de mecanismos de gestão e planejamento dos recursos disponíveis, para fins de alcançar a efetividade da estratégia. Concluiu-se que, para além de uma execução técnica, os profissionais de saúde na “linha de frente das políticas públicas” exercem uma execução simbólica, informados pelo contexto em que estão inseridos, pelas percepções, pela cultura organizacional e pelas interações cotidianas com os demais colegas e usuários. Nesse sentido, há de se fomentar os estudos qualitativos sobre o cotidiano dos profissionais de saúde, na busca de maior efetividade das estratégias de prevenção antirretrovirais, e, de modo geral, no aprimoramento das políticas públicas de HIV e Aids, do cuidado de si e do exercício de direitos sexuais.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Profilaxia Pós-Exposição ao HIV. Trabalhadores da Linha de Frente em Saúde. Abordagem Qualitativa. Direitos Sexuais.

ABSTRACT

New biomedical technologies for HIV infection prevention have been incorporated into public HIV/AIDS policies in Brazil. Post-Exposure Prophylaxis to HIV or PEP is a method of antiretroviral prevention, which involves the use of antiretroviral drugs after a situation of exposure to HIV. The objective of this study is to investigate how PEP, in cases of consensual sexual exposure, is implemented by health professionals, in the daily routine of a health specialized service for HIV/AIDS in Porto Alegre, state of Rio Grande do Sul, Brazil. This is an analysis of the implementation of public policies, which has as a parameter the performance of health professionals in the implementation of the PEP. Based on a qualitative approach, the study focused on techniques of ethnographic observation and in-depth interviews. In the theoretical framework, a dialogue was established between the fields of Public Policies, Sexuality, Sexual Rights and Biopolitics. In the analysis of data, four factors of the implementation process were observed: a) the context in which the professionals are inserted; b) institutional and organizational factors; c) individual and relational factors; and, finally, (d) administrative discretion. Based on the analysis carried out, it was pointed out elements that cause difficulties and facilitating elements of the PEP implementation in the service studied. Among the elements that cause difficulties are: (a) concentration of activities in a few professionals in the SAE; (b) low knowledge of the PEP Protocol; (c) the lack of institutional alignment between SAE and CTA services; (d) the negative perceptions about PEP and also about the behavior of the subjects that access the PEP; and (e) non-implementation of the strategy, based on the discretionary attribute. Among the facilitators, the following stand out: (a) the perception of the importance of PEP by most professionals; (b) PEP care as a medical emergency in the SAE; (c) counseling by Nursing professionals in the SAE; (d) recognition of the coordination of the service on the need for changes to the effectiveness of the PEP. The negative elements can have consequences in the access to the strategy, bringing damages to the care of oneself, the preservation of the autonomy of the subject and the exercise of sexual rights. Despite the presence of facilitating elements, these should be improved in the context of implementation, through mechanisms of management and planning of available resources, in order to achieve the effectiveness of the strategy. It was concluded that, in addition to a technical execution, health professionals in the "front line of public policies" exercise a symbolic execution, informed by the context in which they are inserted, by perceptions, organizational culture and daily interactions with other colleagues and users. In this sense, qualitative studies on the daily life of health professionals should be encouraged, in the search for greater effectiveness of antiretroviral prevention strategies, and, in general, in the improvement of HIV/AIDS policies, self care and of the exercise of sexual rights.

Keywords: Public policy. Post-Exposure Prophylaxis. Frontline Health Workers. Qualitative Approach. Sexual Rights.

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Mapa dos Distritos de Saúde de Porto Alegre, RS, com destaque para o Distrito Cruzeiro. Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2017.....	73
Figura 2: Mapa do território do Distrito de Saúde Cruzeiro (Porto Alegre, RS)..	74
Figura 3: Centro de Saúde Vila dos Comerciários	75
Figura 4: Avenida Moab Caldas, com residências destruídas e outras parcialmente destruídas, em função das obras de duplicação para a Copa do Mundo de 2014.....	76
Figura 5: Avenida Moab Caldas.....	76
Figura 6: Pannel artístico na Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul.....	77
Figura 7: Pannel de autoria do “Projeto Selva”, pintado na parede da rampa de acesso ao prédio do Centro de Saúde.....	78
Figura 8: Rampa de acesso ao Centro de Saúde Vila dos Comerciários.	79
Figura 9: Recepção do Serviço de Assistência Especializada.....	82
Figura 10: Entrada do Centro de Testagem e Aconselhamento Paulo César Bonfim.....	83
Figura 11: Fluxo de atendimento dos usuários com exposição sexual consensual para o HIV no SAE.....	90
Figura 12: Fluxo de atendimento de pessoas em situação de exposição sexual consensual que relatam situação de exposição de risco à recepção do CTA.....	91
Figura 13: Fluxo de pessoas em situação de exposição sexual consensual durante o atendimento de aconselhamento no CTA.....	93

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Categorias de fatores apontados pela literatura de implementação de políticas públicas e fatores observados no processo de implementação da PEP no contexto estudado .71

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Medicamento Antirretroviral
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CSIAPI	Centro de Saúde IAPI
CSCV	Centro de Saúde Vila dos Comerciários
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PEP	Profilaxia Pós-Exposição ao HIV
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição ao HIV
SAE	Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS
SINAM	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMSPOA	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Tratamento Antirretroviral
UDM	Unidades Dispensadoras de Medicamentos ARV
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
V&DH	Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 O FIM DA AIDS	20
1.1 METAS GLOBAIS	20
1.2 DESAFIOS LOCAIS	22
2 UMA ESTRATÉGIA EM DEBATE	26
2.1 O SURGIMENTO DA AIDS	26
2.2 CONSTRUINDO UMA POLÍTICA DE PREVENÇÃO	30
2.3 A PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO AO HIV/AIDS – PEP.....	33
2.3.1 Breve Revisão da Literatura	35
2.3.2 A Pílula do Dia Seguinte da Aids	37
2.3.3 Riscos e Vulnerabilidades	39
3 MARCO TEÓRICO	42
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS.....	42
3.2 A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	46
3.3 A BUROCRACIA DE NÍVEL DE RUA	49
3.4 DIREITOS E SEXUALIDADE.....	51
3.5 A PROBLEMÁTICA DA BIOPOLÍTICA.....	56
4 O DESENHO DE ESTUDO	61
4.1 A ABORDAGEM QUALITATIVA.....	61
4.2 TÉCNICAS DE PESQUISA.....	61
4.2.1 A Observação de Cunho Etnográfico	62
4.2.2 As Entrevistas em Profundidade	63
4.3 O UNIVERSO EMPÍRICO	64
4.4 A INCLUSÃO DOS ATORES NO ESTUDO	66
4.5 A ANÁLISE DE DADOS	67
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	67
5 A IMPLEMENTAÇÃO NA LINHA DE FRENTE	70
5.1 FATORES OBSERVADOS	70
5.2 O CONTEXTO LOCAL.....	72
5.3 FATORES INSTITUCIONAIS E ORGANIZACIONAIS	80
5.3.1 A Assistência Especializada em IST/HIV/Aids do Postão	81

5.3.2 O Primeiro Atendimento	85
5.3.3 Capacidade Administrativa e Recursos Disponíveis	95
5.3.4 Conhecimento e Informação	96
5.4 FATORES INDIVIDUAIS E RELACIONAIS	98
5.4.1 Percepções sobre PEP	98
5.5 DISCRICIONARIEDADE ADMINISTRATIVA VERSUS ARBITRARIEDADE ...	105
5.6 DESAFIOS À EFETIVIDADE DA IMPLEMENTAÇÃO	110
6 TEMPOS DE RISCO	118
6.1 DIREITOS SEXUAIS, MEDICALIZAÇÃO E CUIDADO DE SI	118
7 A CONTINUIDADE DO ESTUDO	122
CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
APÊNDICE A	142
ANEXO A	144
ANEXO B	145
ANEXO C	146
ANEXO D	147
ANEXO E	148
ANEXO F	150
ANEXO G	153
ANEXO H	155
ANEXO I	157
ANEXO J	159

INTRODUÇÃO

O interesse no campo das Políticas Públicas nasceu ainda durante a graduação na Faculdade de Direito da Universidade Federal de Pelotas (FD/UFPEL), durante a iniciação científica com a temática sobre o reconhecimento de direitos à população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e intersexuais (pessoas LGBTTI) na jurisprudência superior do Estado brasileiro. Nesse debate, faz-se necessário pensar sobre a implementação de políticas públicas, programas ou estratégias públicas, a fim de realizar direitos.

Após concluir a graduação, já como cursista de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGPP/UFRGS), surgiu a oportunidade de participar do Projeto Combina. O Combina, em linhas gerais, busca investigar a efetividade de novas tecnologias biomédicas de prevenção ao HIV e Aids, especialmente a Profilaxia da Pós-Exposição (PEP) e da Profilaxia Pré-Exposição Sexual (PrEP)¹, nos serviços públicos de saúde brasileiros.

A presente dissertação é um desdobramento da pesquisa *A Efetividade da Profilaxia da Transmissão do HIV Pós-Exposição Sexual Consensual (PEP), do Uso Combinado dos Métodos Preventivos contra a Infecção pelo HIV e da Profilaxia Pré-Exposição Sexual (PrEP), em Serviços Públicos Brasileiros*², ou, simplesmente, Pesquisa Combina, em andamento, na qual participo enquanto pesquisador associado.

A sede da coordenação da Pesquisa Combina é a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP), e a coordenação geral é exercida por Alexandre Grangeiro (USP). Trata-se, em linhas gerais, de uma pesquisa sobre a efetividade da incorporação de novos métodos biomédicos de prevenção ao HIV e Aids, notadamente a PEP e a PrEP, nos serviços públicos de saúde brasileiros. A pesquisa comporta três componentes, sendo dois epidemiológicos e um qualitativo, e tem sido desenvolvida em cinco serviços públicos de saúde nas cidades de São Paulo (SP), Ribeirão Preto (SP), Porto Alegre (RS), Curitiba (PR) e Fortaleza (CE).

¹ A PrEP (Profilaxia Pré-Exposição, do inglês *Pre-Exposure Prophylaxis*), em linhas gerais, consiste no uso diário de medicamentos antirretrovirais por pessoas que não vivem com o vírus HIV justamente no intuito de prevenir a infecção pelo vírus. Ao tempo da coleta de dados, este método não estava incorporado às políticas públicas de prevenção ao HIV/Aids no Brasil e, portanto, não foi objeto do presente estudo.

² Projeto de pesquisa apreciado e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAAE 34145314.5.1001.0065) (Anexo A), da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CAAE 34145314.5.3001.5338) (Anexo B), pela Comissão de Pesquisa do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UFRGS (Anexo C) e cuja execução foi autorizada pela coordenação do serviço de saúde – SAE e CTA do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (Anexo D).

O Combina iniciou sua coleta de dados no ano de 2015 no município de Porto Alegre, na execução do componente qualitativo do estudo. Perseguindo o objetivo principal do Combina, eu e outra pesquisadora fomos a campo no intuito de entrevistar profissionais, usuários em situação de exposição sexual consensual e de observar, por meio do registro em diários de campo, o cotidiano dos serviços de saúde. Naquele momento, eu recém havia tido conhecimento sobre a PEP e o uso de medicamentos antirretrovirais (ARV) na prevenção ao HIV e Aids. O estranhamento com a temática e, também, com o ambiente da saúde despertaram o interesse pela investigação sobre políticas públicas de prevenção ao HIV e Aids. Após o encerramento da etapa qualitativa do Combina, acordou-se com a coordenação do serviço e do estudo Combina que eu poderia continuar a coleta qualitativa, a fim de produzir um recorte sobre a implementação da estratégia da PEP.

Historicamente no Brasil, desde a eclosão da epidemia de Aids na década de 1980, uma série de estratégias foram construídas no âmbito da prevenção e do tratamento ao HIV e à Aids, e entre elas está o uso de ARV para prevenir a infecção para o HIV. Nos últimos anos, o cenário das políticas públicas de prevenção brasileiras tem se modificado. Segundo Trindade (2008), as tecnologias de saúde integram os programas de assistência à saúde, podendo ser consideradas como a aplicação prática do conhecimento e envolvem insumos, procedimentos clínicos e cirúrgicos, remédios, estratégias de cuidado à saúde, entre outros.

As estratégias da PEP e da PrEP são duas formas de prevenção ao HIV. Tratam-se, em linhas gerais, de tecnologias de saúde voltadas à prevenção da infecção pelo vírus HIV por meio de ARV de forma contínua. Na PrEP o uso de ARV é anterior à chamada *exposição de risco ao HIV*, isto é, situações em que o grau de exposição ao HIV é suficiente para provocar a infecção pelo vírus. Para que a PrEP seja eficaz é necessário o uso de ARV de forma diária e ininterrupta.

Por sua vez, a PEP, núcleo central deste estudo, é voltada para situações *após exposição de risco para o HIV*, ou seja, situações com potencial risco de infecção para o HIV decorrentes de violência sexual, acidente ocupacional com instrumento perfurocortante ou em contato direto com material biológico ou de relação sexual desprotegida. Para que a PEP seja eficaz é necessário o início do uso de ARV em até 72 horas após a exposição de risco ao HIV. O uso de ARV tem duração de 28 dias consecutivos (BRASIL, 2015b).

A PEP é uma estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde e está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2010 (BRASIL, 2015b). Neste trabalho, com base numa abordagem qualitativa, objetiva-se investigar como a estratégia da PEP é implementada pelos profissionais de saúde num Serviço de Assistência Especializada em IST/HIV/Aids em Porto

Alegre (Rio Grande do Sul, Brasil). Ressalta-se que, como a PEP é indicada para diferentes situações de exposição (sexual não consentida, acidente de trabalho, entre outras), fez-se um recorte específico sobre as situações de exposição sexuais consensuais ao HIV, isto é, quando há falha, rompimento ou não uso de qualquer forma de prevenção.

Trata-se de um estudo sobre a implementação de políticas públicas, tomando como parâmetro de análise as ações, interações e percepções de profissionais de saúde na oferta do método da PEP. Sobre o universo empírico deste estudo, Porto Alegre é a capital com as mais altas taxas de detecção de HIV e Aids no Brasil. As taxas de Porto Alegre são mais que o dobro do que as taxas do estado do Rio Grande do Sul e quase quatro vezes a taxa nacional (PORTO ALEGRE, 2015; BRASIL, 2016a).

O referencial teórico pôs em diálogo os campos de estudos das políticas públicas, da sexualidade e da biopolítica. No campo das políticas públicas, a compreensão sobre como as políticas são implementadas perpassa a análise sobre como os funcionários da administração pública usam de suas atribuições para interpretar planos, executar tarefas e perseguir objetivos (LIPSKY, 1980; WILSON, 1989; LOTTA, 2012; LIMA & D'ASCENZI, 2013; HILL & HUPE, 2014). Nesse sentido, o olhar sobre o processo de implementação da PEP, com foco na organização do serviço, na observação das interações cotidianas entre profissionais e dos profissionais com os usuários do serviço e, também, nas percepções dos trabalhadores, pode fornecer subsídios à compreensão da implementação da PEP.

Pretende-se contribuir com a discussão sobre a realidade das novas tecnologias biomédicas de prevenção ao HIV e Aids no contexto local de serviços de saúde de Porto Alegre, enfocando na organização de um serviço específico. Embora a PEP esteja disponível no município desde o ano de 2010, há uma ausência de estudos empíricos sobre a implementação dessa estratégia biomédica no contexto dos serviços em Porto Alegre, tendo como parâmetro de análise os profissionais de saúde. Nesse sentido, acredita-se que as análises realizadas no âmbito dos serviços de saúde são imprescindíveis à compreensão de parte do estado da arte do enfrentamento à epidemia de HIV e Aids. Os profissionais de linha de frente são um dos principais mediadores entre o cidadão e o acesso às estratégias de saúde pública.

O trabalho foi estruturado em sete capítulos, acrescido de Introdução e Considerações Finais. O primeiro capítulo, *O Fim da Aids*, problematiza a noção de “fim” da epidemia de HIV e Aids, recorrente em declarações e acordos políticos internacionais. Diante do contexto epidêmico vivido no Brasil e, em especial, no município de Porto Alegre, discutem-se as metas internacionais para a erradicação da epidemia de HIV e Aids até 2030.

O segundo capítulo, *Uma Estratégia em Debate*, objetiva primeiramente contextualizar o surgimento das políticas públicas de prevenção ao HIV e Aids no Brasil. Num segundo momento, discute-se a incorporação da PEP no âmbito das políticas públicas de prevenção ao HIV e Aids e a relevância de refletir sobre o processo de implementação da tecnologia no contexto dos trabalhadores da linha de frente em saúde.

O terceiro capítulo, *Marco Teórico*, buscou estabelecer as bases teóricas de amparo às problematizações do estudo. Neste trabalho, buscou-se estabelecer um diálogo entre os campos de estudos das Políticas Públicas, dos estudos de HIV/Aids, da Sexualidade, dos Direitos Sexuais e da Biopolítica.

O quarto capítulo, *O Desenho de Estudo*, buscou apresentar as bases metodológicas para a condução do estudo, como a abordagem e técnicas utilizadas. Além disso, explicitou-se as questões éticas e justificativas aos procedimentos adotados durante a fase de levantamento de dados e análise dos mesmos.

O quinto capítulo, *A Implementação na Linha de Frente*, problematizou os dados levantados em agosto de 2015 e, posteriormente, de novembro de 2015 a março de 2016, na Assistência Especializada em IST/HIV/Aids do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes, em Porto Alegre.

O sexto capítulo, *Tempo de Risco*, objetiva pontuar alguns dos desafios à implementação da PEP no serviço estudado. Além disso, a partir do caso analisado, propõe-se uma reflexão sobre alguns dos desafios às políticas públicas de prevenção ao HIV e Aids no Brasil.

O sétimo e último capítulo, *A Continuidade do Estudo*, problematiza a singularidade do Projeto Combina, um estudo que, além dos objetivos e interesses particulares de compreensão da efetividade das novas tecnologias biomédicas de prevenção ao HIV e Aids, busca contribuir com o processo de incorporação e implementação da PEP e PrEP no SUS.

Oportunamente, fazem-se três ressalvas: a primeira é enfatizar que a atuação dos trabalhadores dos serviços de saúde tem destaque neste estudo. Portanto, o parâmetro de análise utilizado foram os processos de trabalho de profissionais de saúde que lidam diretamente ou indiretamente com a implementação da estratégia da PEP em um Serviço de Assistência Especializada em IST/HIV/Aids.

Não se buscou apontar condutas individuais e muito menos culpabilizar este ou aquele agente público pelas decisões ou expressões de pensamento. Entende-se que todo o processo de trabalho está inserido num contexto maior, que pode vir a afetar a execução de tarefas no cotidiano dos serviços públicos de saúde brasileiros. Buscou-se explorar neste estudo

inclusive alguns elementos que compõem este contexto maior no qual os profissionais estão inseridos e que circunscrevem suas opções e atuações na linha de frente. Nesse sentido, este estudo buscou fornecer à administração pública local instrumentos de avaliação do processo de implementação da PEP, verificar possíveis lacunas no processo de implementação para os profissionais dos serviços e apontar, na medida do possível, sugestões para a melhoria na implementação da estratégia. Em segundo lugar, adverte-se que, entre as diversas modalidades de profilaxias para o vírus HIV (exposição ocupacional, exposição da violência sexual, exposição da gestante e do bebê e a exposição sexual consensual), serão incluídos apenas casos relacionados às situações de exposição sexual consentidas, por questões de delimitação temática, teórica e metodológica.

1 O FIM DA AIDS

A retórica do “fim da epidemia de Aids” ou do “fim da Aids”³ começou a ser desenhada no início dos anos 2000, a partir de declarações e acordos políticos no âmbito internacional. Às organizações internacionais como o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) e à Organização Mundial de Saúde (OMS), vislumbrar o fim da epidemia Aids foi possível graças aos avanços tecnológicos, os quais possibilitaram ampliar os mecanismos de prevenção e tratamento ao HIV e à Aids. Neste capítulo, pretende-se discutir alguns elementos que compõem o panorama do enfrentamento à epidemia de HIV e Aids, a fim que problematizar a retórica vigente do fim da Aids.

1.1 METAS GLOBAIS

No começo dos anos 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)⁴, um documento ratificado por mais de 190 países, com a finalidade de promover o “desenvolvimento sustentável” do planeta⁵. Esse documento estabeleceu oito metas a serem atingidas até o final de 2015. Entre as metas estava o combate à epidemia mundial de HIV e Aids (ONU, 2001), que se desdobrava em (6-A) ter começado a reverter o crescimento da epidemia de HIV e Aids até 2015 e (6-B) ter atingido o tratamento universal para HIV e Aids até 2010. A partir dos ODM, outros documentos internacionais foram gerados no âmbito da ONU, como a Declaração de Compromisso de 2001 sobre HIV/AIDS, a Declaração Política de 2006 sobre HIV/AIDS e a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

No ano de 2015, o UNAIDS lançou a estratégia global intitulada “Meta 90-90-90” (UNAIDS, 2015). Com base em modelos matemáticos e estatísticos, a Meta 90-90-90 partiu do pressuposto de que a epidemia poderia chegar ao fim até 2030, se até 2020 três condições sejam realizadas: 90% de todas as pessoas vivendo com HIV e Aids tiverem o conhecimento de a sua condição sorológica, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV sejam diagnosticadas e recebam o tratamento antirretroviral (TARV) e 90% das pessoas com HIV em tratamento com TARV estejam com carga viral indetectável (uma condição sorológica

³Aqui se utilizou a expressão “epidemia de Aids” de forma genérica para se referir à epidemia de HIV e Aids.

⁴ONU. Transformando Nosso Mundo: agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em 04 de janeiro de 2017.

⁵BRASIL. Os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>>. Acesso em 02 de abril de 2017.

que reduz consideravelmente a possibilidade de transmissão do vírus HIV). Em 2016, o UNAIDS aprovou a “Declaração Política da Assembleia Geral das Nações Unidas de 2016 sobre o Fim da Aids”, no qual os países concordaram em uma agenda histórica e urgente de aceleração dos esforços para pôr fim à epidemia até 2030 (UNAIDS, 2016).

Na mesma linha de discussão do fim da epidemia de Aids, inseriu-se uma nova abordagem no campo da prevenção ao HIV e Aids, denominada Prevenção Combinada (PC). Preconizada pela OMS e UNAIDS, conceitualmente, a PC pressupõe o uso combinado de diferentes métodos de prevenção (GRANGEIRO et al., 2015). Na prática, tal abordagem visa potencializar as respostas de enfrentamento ao HIV e à Aids, ampliando as alternativas de prevenção ao sujeito. Na PC o respeito à autonomia individual se faz importante no sentido de preservar as escolhas e respeitar as necessidades e os contextos dos sujeitos.

Estruturalmente, a PC envolve as seguintes intervenções: biomédicas, comportamentais e socioestruturais (WHO, 2014). Entre as intervenções biomédicas é possível citar como exemplo: o Tratamento como Prevenção (TcP), a Profilaxia Pós-exposição (PEP), a Profilaxia Pré-exposição (PrEP); a distribuição de preservativos masculinos e femininos; a distribuição de gel lubrificante; a oferta de testagem para IST; o tratamento a todas as pessoas; e o tratamento às IST.

As intervenções comportamentais compreendem intervenções na esfera individual dos sujeitos, a fim de provocar uma percepção de cuidado com a saúde sexual. Como exemplo está o incentivo ao uso de preservativos masculinos e femininos; o aconselhamento ao HIV e Aids e outras IST; o incentivo à testagem; a vinculação do usuário aos serviços de saúde; a redução de danos para álcool e outras drogas; e estratégias de comunicação e educação sexual. Já as intervenções socioestruturais compreendem ações de enfrentamento ao racismo, ao sexismo, à homofobia e a demais preconceitos; a promoção e defesa dos direitos humanos; a promoção de campanhas educativas e de conscientização.

A PC está hoje no cerne de uma estratégia mundial para o enfrentamento da epidemia de HIV e Aids. Soma-se a essa estratégia o otimismo com a expansão do tratamento antirretroviral no mundo e os ganhos obtidos com a redução da epidemia em contextos locais. Em 2016, o relatório *Get on the Fast-Track: the life-cycle approach to HIV*, lançado pelo UNAIDS revelou que mundialmente o impacto do tratamento no aumento da expectativa de vida está funcionando. O relatório foi muito otimista em relação à possibilidade de alcançar, num curto espaço de tempo, o fim da epidemia. Contudo, é preciso reconhecer que o decréscimo dos índices de infecção e mortalidade por Aids no mundo não se dá de forma

equânime. É o caso da realidade brasileira, a qual à luz dos últimos boletins epidemiológicos tem amargado uma posição preocupante no cenário mundial.

Com a concentração de novos casos de infecção por HIV em grupos sociais específicos, índices preocupantes de transmissão vertical e o estigma ainda como uma barreira no acesso à prevenção e ao tratamento, pode-se afirmar que o Estado brasileiro reúne condições necessárias ao alcance do fim de sua epidemia de Aids?

1.2 DESAFIOS LOCAIS

O Estado brasileiro comprometeu-se em alcançar a Meta 90-90-90 até o ano de 2030⁶. Neste compromisso, reiterou-se a necessidade urgente de intensificar os esforços em prol do acesso universal a programas de prevenção, tratamento, atenção às pessoas vivendo com HIV e Aids. Porém, diante da realidade epidemiológica brasileira gera-se um clima de incredulidade sobre o fim iminente da Aids.

De acordo com os dados do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS⁷ de 2016, em 2015, foram notificados 32.321 casos de infecção pelo HIV, sendo 2.988 casos na região Norte (9,2%), 6.435 casos na região Nordeste (19,9%), 13.059 na região Sudeste (40,4%), 7.265 na região Sul (22,5%) e 2.574 na região Centro-Oeste (8,0%). Os casos de HIV notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2007 a 2016, segundo sexo, revelam um total de 92.142 casos em homens e 44.766 casos em mulheres (BRASIL, 2016a).

No período de 2007 a 2016, no que se refere às faixas etárias, observou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se nas faixas de 20 a 34 anos, com percentual de 52,3% dos casos. Com relação à raça/cor da pele autodeclarada, observa-se que, entre os casos registrados no SINAN, no período de 2007 a 2015, 44,0% são entre brancos e 54,8% em pretos e pardos. No sexo masculino, 46,1% são entre brancos e 52,8% em pretos e

⁶UNAIDS. Adesão de cidades à Declaração de Paris já beneficia 35 mi de brasileiras e brasileiros, Notícia [21/03/2016]. Disponível em: <<https://unaid.org.br/2016/03/adesao-de-cidades-a-declaracao-de-paris-ja-beneficia-35-mi-de-brasileiras-e-brasileiros-hiv-aids/>>. Acesso em 05 de janeiro de 2018.

⁷O Boletim Epidemiológico HIV/AIDS do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do MS, é publicado anualmente e apresenta informações e análises sobre os casos de HIV/AIDS no Brasil, regiões, estados e capitais. As fontes utilizadas para a obtenção dos dados são as notificações compulsórias dos casos de HIV e de AIDS no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), dados obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do qual são selecionados os óbitos cuja causa básica foi o HIV/AIDS, o Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (SISCEL) e o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/boletim-epidemiologico>>. Acesso em 22 de abril de 2017.

pardos; e entre as mulheres, 39,2% dos casos são entre brancas e 59,6% em pretas e pardas. Dos casos de infecção pelo HIV registrados no SINAN de 2007 a 2015 em indivíduos maiores de 13 anos de idade, segundo a categoria de exposição: entre os homens, em 2015, verifica-se que 50,4% dos casos tiveram exposição homossexual, 36,8% heterossexual e 9,0% bissexual; entre as mulheres, nessa mesma faixa etária, observa-se que 96,4% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual (BRASIL, 2016a).

A taxa de detecção de HIV em gestantes (calculada sobre o denominador de mil nascidos vivos), segundo região de residência e ano do parto, no período de 2006 a 2015, vem apresentando tendência de aumento nos últimos anos. Em 2006, a taxa observada foi de 2,1 casos/mil nascidos vivos, a qual passou para 2,7/mil nascidos vivos em 2015. Entre as Unidades da Federação (UF), seis apresentaram taxa de detecção de HIV em gestantes superior à taxa nacional em 2015: Rio Grande do Sul (10,1 casos/mil nascidos vivos), Santa Catarina (5,6), Amazonas (4,0), Roraima (3,9), Amapá (3,6) e Rio de Janeiro (2,9). Porto Alegre é a capital com a maior taxa de detecção de 2015, com 22,9 casos/mil nascidos vivos, sendo 8,4 vezes maior que a taxa nacional e 2,3 vezes maior que a taxa do estado do Rio Grande do Sul (10,1) (BRASIL, 2016a).

A taxa de detecção de Aids (calculada sobre o denominador de 100 mil habitantes) tem apresentado estabilização entre 2006 e 2015, com uma média de 20,7 casos/100 mil habitantes. No entanto, em 2015, o *ranking* das UF referente às taxas de detecção de Aids mostrou que os estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina apresentaram as maiores taxas, com valores de 34,7 e 31,9 casos/100 mil habitantes (BRASIL, 2016a).

No âmbito municipal, observou-se que, entre as cidades com mais de 100 mil habitantes, Porto Alegre apresentou taxa de 74,0 casos/100 mil habitantes, em 2015, valor correspondente ao dobro da taxa do Rio Grande do Sul e a quase quatro vezes a taxa do Brasil: Porto Alegre é a capital com as mais altas taxas de detecção de Aids (BRASIL, 2016a).

Em relação ao coeficiente de mortalidade padronizado de Aids (calculado sobre o denominador de 100 mil habitantes), segundo região de residência, observou-se uma leve queda no coeficiente de mortalidade padronizado para o Brasil, o qual passou de 5,9 óbitos/100 mil habitantes em 2006 para 5,6 em 2015. Em 2015, entre as 27 UF, 21 (77,8%) apresentaram coeficiente de mortalidade superior ao nacional, sendo que o estado do Acre apresentou o menor coeficiente (1,5 óbitos/100 mil habitantes) e o Rio Grande do Sul, o maior (10,2 óbitos/100 mil habitantes). Os estados do Rio de Janeiro (8,7), Amazonas (8,7) e Pará (8,6) também apresentaram elevados coeficientes de mortalidade em 2015. Entre as

capitais, Porto Alegre é a capital que possui o maior coeficiente de mortalidade (23,7 óbitos/100 mil habitantes), equivalente a quatro vezes o coeficiente nacional, entretanto, com uma tendência de queda nos últimos dez anos (BRASIL, 2016a).

A leitura dos dados acima revela que há um longo percurso no enfrentamento da epidemia de HIV e Aids no Brasil. No mais, sinaliza para uma eventual ausência de efetividade nas estratégias atuais voltadas ao tratamento, à prevenção e ao cuidado envolvendo o HIV e a Aids. Longe do otimismo da Meta 90-90-90, os dados epidemiológicos mostram uma epidemia complexa e longe de um fim iminente.

Não obstante os dados mencionados, outros fatores hoje contribuem para a reflexão sobre a impossibilidade do alcance da Meta 90-90-90. É o caso do contingenciamento orçamentário, o qual tem feito com que Estados como o Brasil venham a adotar medidas restritivas sobre o orçamento de áreas essenciais como saúde e educação.

O Congresso Nacional brasileiro aprovou recentemente a Emenda Constitucional n. 95 de 15/12/2016, apelidada de “PEC do Teto dos Gastos Públicos” (BRASIL, 2016b). A EC n. 95 gerou o congelamento das despesas públicas do governo federal, incluindo saúde e educação, pelo prazo de vinte anos. A principal justificativa para a drástica medida foi dada em razão do montante de gastos do Estado brasileiro. Segundo o Governo Federal, a cada ano os gastos com saúde e educação crescem em dissonância com a arrecadação de tributos e o endividamento público⁸. Atenta-se ao fato de que, uma medida restritiva como a EC n. 95 poderá afetar consideravelmente a implantação e consecução de estratégias de enfrentamento à epidemia de HIV e Aids, trazendo insegurança e consequências negativas à realização do direito à saúde da população brasileira.

Além da EC n. 95, é preciso destacar também a possibilidade de retrocessos normativos virem a impossibilitar o alcance de metas e compromissos internacionais firmados pelo Estado brasileiro para o fim da epidemia de HIV e Aids. Trata-se do Projeto de Lei n. 198/2015 (PL 198/15), que tem como objetivo tornar crime hediondo a transmissão do HIV⁹. O PL 198/15, de acordo com a sua redação, abre precedentes para que qualquer transmissão do vírus HIV seja passível de condenação. Além disso, desloca a discussão sobre a infecção

⁸SENADO FEDERAL. PEC que restringe gastos públicos é aprovada e vai a promulgação; Reportagem da Agência Senado [13/12/16]. Disponível em: < <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/12/13/pec-que-restringe-gastos-publicos-e-aprovada-e-vai-a-promulgacao> >. Acesso em 18 de dezembro de 2017.

⁹BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 198/2015. Disponível em: < <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=945940> >. Acesso em 15 de setembro de 2017.

para o HIV do campo da saúde pública, ignorando determinantes sociais em saúde e a complexidade que permeia o universo da epidemia de HIV e Aids.

Diante do exposto, afirma-se que não se está diante de um fim iminente da epidemia de HIV e Aids. No estado atual, a Meta 90-90-90 é inatingível. A epidemia de HIV e Aids brasileira, composta de questões biológicas, políticas, sociais, culturais e econômicas não pode ser reduzida, nem subtraída com os esforços atuais restritos ao campo do tratamento e da prevenção. É preciso avançar nas diversas questões que compõem a complexidade da epidemia de HIV e Aids e enfrentá-la nos diversos espaços onde ela se produz e reproduz.

2 UMA ESTRATÉGIA EM DEBATE

Em 2010, o Ministério da Saúde ampliou a Profilaxia Pós-Exposição ao HIV, ou simplesmente PEP, para situações de *exposição sexual de risco*, devido à falha, rompimento ou não uso de preservativo¹⁰. No entanto, o uso de medicamentos antirretrovirais na prevenção ao HIV não é algo recente no SUS. Desde a década de 1990, grupos populacionais como gestantes, recém-nascidos, vítimas de violência sexual e profissionais de saúde já podiam usufruir dessa tecnologia. A ampliação da PEP em 2010, contudo, gerou controvérsias no imaginário comum, no qual foi comparada a uma “pílula do dia seguinte da Aids”, além de certo temor com a possibilidade de provocar um abandono de outras formas de prevenção à infecção pelo HIV, como o uso de preservativos. O presente capítulo objetiva, num primeiro momento, contextualizar o surgimento das políticas públicas de prevenção ao HIV e Aids no Brasil. Em seguida, detém-se sobre a tecnologia da PEP e a relevância de pensar o seu processo de implementação a partir dos profissionais da linha de frente.

2.1 O SURGIMENTO DA AIDS

Em meados de 1940 e 1950, o desenvolvimento de tecnologias como vacinas, penicilinas, sulfonamidas e outros antibióticos gerou um otimismo mundial com a possibilidade de eliminação de doenças e uma “vitória” sobre determinadas epidemias. É o caso da epidemia de varíola, que com a sua erradicação na década de 1970, representou ganhos em termos de saúde pública e uma espécie de triunfo da medicina moderna (BASTOS, 1997). A Declaração de Alma-Ata de 1978 é outro exemplo do otimismo científico da época. Com ênfase sobre o direito à saúde e estratégias para a sua realização, a Declaração estabeleceu que os cuidados primários de saúde são fundamentais para reduzir as desigualdades sociais e lançou a meta global “Saúde para Todos”, a ser alcançada até o ano 2000.

Anos mais tarde, o tom otimista e triunfante deu lugar ao pânico generalizado, provocado por uma doença ainda desconhecida, identificada inicialmente como um tipo de câncer. No ano de 1981, muitos pacientes apresentaram sintomas de *Sarcoma de Kaposi* (KS, do inglês *Kaposi's sarcoma*), um tipo raro de câncer que, por alguma razão desconhecida,

¹⁰ BRASIL. Saúde define protocolo que simplifica tratamento após exposição ao HIV. Portal Brasil. 2015c. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/07/saude-define-protocolo-que-simplifica-tratamento-apos-exposicao-ao-hiv>>. Acesso em 05 de novembro de 2015.

aparecia numa versão letal principalmente entre os homossexuais na cidade de New York, NY (EUA). O KS veio mais tarde a ser classificado como uma das patologias de uma síndrome viral, a chamada Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, SIDA, ou, em inglês, *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, AIDS (BASTOS, 1997).

O surgimento da epidemia de Aids trouxe incertezas sobre a origem e a causa da doença. A descoberta do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH ou HIV, do inglês *Human Immunodeficiency Virus*) foi apresentada ao público pela primeira vez nos Estados Unidos (EUA), em 23 de abril de 1983, por meio de um comunicado televisivo, reunindo autoridades governamentais, sanitaristas e cientistas (BASTOS, 1997). Com a descoberta do agente causador da Aids, a doença foi reclassificada da área oncológica para a área de infectocontagiosas, trazendo com isso a esperança de uma cura iminente:

A conferência [de imprensa anunciando a descoberta do vírus] serviu ainda para propagar a esperança sobre a rápida descoberta de uma cura e vacina para a nova doença. A descoberta de um agente causador da SIDA parecia ser o primeiro passo para a cura, que agora se mostrava mais próxima. Com essa descoberta, também, a SIDA foi reclassificada da área oncológica para a área de doenças infecciosas. Depois de polemicas sobre a autoria da descoberta entre americanos e franceses, o vírus foi renomeado HIV, ou VIH, para vírus de imunodeficiência humana (BASTOS, 1997, p. 81).

O surgimento da epidemia de Aids foi acompanhado de incertezas, pânico e medo na população mundial. A Aids chegou a ser nomeada como *Doença dos 5H*, para apontar os principais grupos afetados pela doença na época: homossexuais, hemofílicos, heroinômanos (usuários de heroína injetável), haitianos e *hoockers* (prostitutas) (LEAL, 2008). Tal desconhecimento serviu de estímulo a uma série de violações de direitos dos sujeitos afetados pela epidemia, criando estigma, principalmente entre a população de homens *gays*, ora descritos como “culpados” pela doença, ora descritos como “castigados” pelo que foi nomeado como “câncer *gay*”. Essa identificação implicou também na descrição do risco como exclusivamente associado a alguns grupos sociais, fazendo com que a Aids não fosse interpretada como um problema social de todos (LEAL, 2008).

Além disso, o surgimento da Aids no Brasil também foi acompanhado de importantes acontecimentos como a agênciade movimentos da sociedade civil no sentido da democratização da sociedade, de reforma das políticas públicas de saúde e de promulgação da Constituição Federal de 1988, reconhecendo expressamente o direito à saúde (GALVÃO, 2000; PARKER, 2000).

Durante as décadas de 1960 e 70, vários movimentos da sociedade civil atuaram contra o autoritarismo do regime militar, por reconhecimento de ordem identitária e de direitos¹¹. Movimentos sociais formados por *gays*, indígenas, feministas e negros são alguns exemplos de atores da sociedade civil que mobilizaram a agenda política na época (GOHN, 2000). Ao final do regime militar, instalou-se uma crise institucional nas áreas de saúde, educação, habitação e seguridade social (GALVÃO, 2000). No âmbito da saúde pública, o modelo de gestão vigente caracterizava-se pela centralização, e pelo enfoque privatista e assistencialista (PAIM, 2011). Esse modelo havia sido questionado pela sociedade civil organizada, principalmente pelo Movimento de Reforma Sanitária (ou simplesmente Movimento Sanitário).

O Movimento Sanitário surgiu no começo dos anos 1970 no Brasil e foi formado por professores, profissionais de saúde, sanitaristas, advogados, entre outros (FALETTI, 2010; PAIM, 2011). A preocupação central de seus agentes era situar o debate sobre o acesso à saúde no campo político, buscando operar mudanças no modelo de gestão da saúde então vigente.

Durante o regime militar, a forma de financiamento nacional para saúde estava canalizada por meio de contratos para o setor privado (SARLET & FIGUEIREDO, 2008). Como grande parte da população não era segurada pelo setor privado, a maioria não possuía acesso aos cuidados básicos de saúde. Soma-se a isso a precarização das instalações sanitárias em diversas regiões do país – realidade ainda presente nos dias atuais.

A falência do modelo de saúde pública com dependência do setor privado, um modelo vertical e centralizado, do regime ditatorial, insuflou a agência do Movimento Sanitário na busca de um novo modelo, baseado na gratuidade, no atendimento integral e nas ações descentralizadas. Atualmente, o setor privado continua a coexistir com o setor público, mas a participação na oferta de serviços do setor privado, em comparação ao setor público, é inferior (SARLET & FIGUEIREDO, 2008).

A agência do Movimento Sanitário revela que a mudança no modelo de saúde pública no Brasil se desenrolou de forma gradual, dentro da própria estrutura institucional do regime militar dos anos 1970 e 1980 (FALETTI, 2010). A agência do Movimento Sanitário foi muito importante para lançar as bases de um novo modelo de saúde pública no Brasil, diferente do

¹¹ Análises como a de Maria da Glória Gohn (2000) e Ilse Scherer-Warren (2006) abordam como certos grupos sociais se insurgiram contra o autoritarismo da época, lutando pelo reconhecimento de direitos e por maior visibilidade social.

modelo vigente à época e adotado pelo governo dos militares. Tal agência influenciou o processo de constitucionalização do direito social à saúde, consubstanciado na Carta de 1988.

A Constituição de 1988, no seu artigo 196, trouxe a saúde como um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988)¹². Dessa forma, assegurou-se, legal e formalmente, o direito à saúde a todos os brasileiros, sendo dever do Estado a sua concretização mediante políticas, estratégias ou programas públicos.

O artigo 196 posteriormente foi regulamentado pela Lei n. 8.080 (BRASIL, 1990a) e pela Lei n. 8.142 (BRASIL, 1990b), ambas de 1990, e que deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS)¹³. A criação do SUS enfrentou a transição entre o velho modelo de saúde do regime militar para o novo sistema, baseado na integralidade, interdisciplinaridade, participação social e descentralização das políticas públicas de saúde (PAIM, 2011). Mais de três décadas se passaram e o modelo brasileiro de saúde pública instituído pela Constituição de 1988 está consolidado, apresentando-se numa nova configuração em relação ao modelo antes vigente.

A partir do marco constitucional, deu-se origem às leis que regulamentaram e permitiram efetivamente a implantação do SUS (também chamadas de leis orgânicas da saúde, as Leis 8080/90 e 8142/90), que representou a maior política de Estado no âmbito da saúde pública. No modelo atual, a cobertura é universal, os serviços públicos são integrados, a prestação de cuidados de saúde é descentralizada e o acesso é livre a todo e qualquer cidadão. É nesse contexto da década de 1980, de transição de regimes políticos, de promulgação de uma nova Constituição Federal e de implantação de um novo sistema de saúde, que surgem os primeiros casos de HIV e Aids no Brasil. O surgimento da Aids no Brasil coincidiu, portanto, com a agência do Movimento Sanitário e de constitucionalização do direito à saúde no país.

O primeiro caso de Aids notificado no Brasil ocorreu em 1981, no estado de São Paulo (GALVÃO, 2000). Entre as unidades da federação brasileira, no estado do Rio Grande do Sul (RS), onde foi realizado o presente estudo, o primeiro caso de Aids foi notificado à Secretaria de Saúde do Estado (SES/RS), em 30 de dezembro de 1983 (FERREIRA & LOUREIRO, 2008).

¹² O direito constitucional à saúde é uma norma de caráter programático, isto é, uma norma que determina a consecução permanente de ações para a sua realização prática (BUCCI, 2001).

¹³ As Leis Orgânicas de Saúde são as leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS). São elas as Leis 8.080/90 e 8.142/90.

A primeira notificação de Aids no RS foi realizada pelos médicos do Hospital Vila Nova de Porto Alegre, a partir da suspeita de que a doença tivesse ocasionado a morte de um usuário internado naquela instituição. O laudo sobre a *causa mortis* do usuário, emitido dias mais tarde, revelou achados compatíveis com o diagnóstico de Aids (FERREIRA; LOUREIRO, 2008). No mesmo dia 30 de dezembro de 1983, a suspeita levantada no Hospital Vila Nova trouxe à tona a situação de outro usuário, internado no Hospital Sanatório Partenon, também localizado em Porto Alegre. O quadro de evolução atípica de tuberculose do usuário chamou a atenção dos profissionais de saúde. Com o falecimento do paciente no Sanatório Partenon, a segunda notificação de Aids foi realizada naquele mesmo dia (FERREIRA & LOUREIRO, 2008).

O surgimento mundial da epidemia de Aids foi acompanhado de noções errôneas sobre a Aids, principalmente sobre os sujeitos mais afetados pela epidemia na época. A epidemia de Aids desembarcou no Brasil no começo da década de 1980, acompanhada de pânico, de incompreensões sobre a doença e da ausência do Estado (GALVÃO, 2002; BRITO, 2001). Devido a essa ausência, a sociedade civil, por meio de movimentos sociais organizados foi a primeira a oferecer respostas à epidemia de Aids.

Em síntese, as respostas à epidemia de Aids, reconhecida no início dos anos de 1980 no seio dos países desenvolvidos, contribuíram para questionar as certezas que então vigoravam sobre o progresso irreversível da medicina em relação às doenças infecciosas. Além disso, o surgimento da epidemia foi acompanhado de noções errôneas sobre a Aids, principalmente sobre os sujeitos mais afetados pela epidemia na época.

2.2 CONSTRUINDO UMA POLÍTICA DE PREVENÇÃO

Na história da epidemia de HIV e Aids brasileira, a sociedade civil organizada foi protagonista de importantes conquistas (PARKER, 2000; GALVÃO, 2000). Diante do total despreparo das instituições brasileiras no começo da epidemia, as primeiras respostas surgiram a partir das comunidades mais afetadas, como grupos de homossexuais, setores religiosos, organizações da sociedade civil, além de atores individuais (PARKER, 2000; PARKER, 2003). Esta seção pretende abordar algumas das primeiras respostas de enfrentamento à epidemia de HIV e Aids no Brasil, discutindo a relação entre a atuação da sociedade civil e as instituições estatais.

Em 1983, um grupo de ativistas integrantes do movimento homossexual brasileiro que, posteriormente, veio a se diversificar até se tornar o atual movimento LGBT, procurou a

Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP) e apresentou a necessidade de uma estratégia para o enfrentamento da epidemia. Em agosto do mesmo ano, o Programa de Aids do Estado de São Paulo começou suas atividades em caráter experimental e o seu lançamento público foi feito no dia 06 de setembro de 1983 (GALVÃO, 2002).

Entre 1986 e 1990, foi criado o Programa Nacional de DST/Aids (PNDST/Aids) e foram implantados os primeiros Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) (GALVÃO, 2000). Mesmo com a criação de uma instância federal, a excessiva burocratização para captar recursos e executar ações de enfrentamento à epidemia acabou por desagradar às organizações não governamentais que pleiteavam respostas mais céleres e eficientes perante o avanço da epidemia de HIV e Aids (GALVÃO, 2000).

Mediante a pressão da sociedade civil organizada, o Estado brasileiro também iniciou a distribuição gratuita de preservativos masculinos, ainda na década de 1980. O trabalho das organizações civis de HIV e Aids junto às comunidades foi pioneiro na implantação de estratégias de redução de danos (RD). Essas estratégias foram adotadas principalmente em relação à prevenção à transmissão do HIV pelo uso de drogas injetáveis. A distribuição de seringas ou o estímulo ao uso de Hipoclorito de Sódio para a desinfecção de agulhas são algumas estratégias dos movimentos sociais.

O surgimento da Aids no Brasil foi marcado pela veiculação de uma visão fatalista, normativa e discriminatória, com a exceção de abordagens alternativas, criadas pelas organizações da sociedade civil (PARKER, 2000; MONTEIRO, 2003). As organizações civis foram pioneiras no desenvolvimento de estratégias de cuidado pautadas na solidariedade, na educação sexual e na abordagem da vulnerabilidade e dos direitos humanos (V&DH). Essas organizações discutiam a sexualidade e a prevenção de acordo com informações seguras e antidiscriminatórias (PARKER, 2016). Entre as principais estratégias, estava a adoção de práticas sexuais não-penetrativas, campanhas voltadas aos grupos mais vulneráveis e a distribuição de preservativos masculinos acompanhada de informações sobre sexo seguro.

Os anos de 1990 foram marcados pela reorganização do PNDST/Aids no Ministério da Saúde e a ampliação da política nacional de enfrentamento à epidemia, decorrente de empréstimos feitos pelo Estado brasileiro junto ao Banco Mundial (GALVÃO, 2000). A partir de 1994 foram implantados os primeiros Serviços de Assistência Especializada em IST, HIV e Aids (SAE), por meio de recursos repassados através do Plano Operativo Anual (POA) do Ministério da Saúde (MS) (SILVA, 2007).

Em resposta à demanda assistencial crescente, o Ministério da Saúde concebeu, de forma inovadora, o Programa de Alternativas Assistenciais (SILVA, 2007). Esse programa

baseou-se em projetos de implantação de serviços alternativos à assistência convencional que apresentassem conceitos individualizados de níveis de atenção e resolubilidade diagnóstico-terapêutica e que estabelecessem mecanismos de referência e contrarreferência com os serviços da rede pública de saúde. Dessa forma, em nível ambulatorial desenvolveram-se os serviços de assistência especializada e, em nível hospitalar, promoveram-se as alternativas de assistência dos tipos hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica (SILVA, 2007).

Além disso, desde o começo da década de 1990, a questão da distribuição de medicamentos antirretrovirais (ARV) estava na agenda governamental. Com o advento da Lei n. 9.3135 de 1996 estabeleceu-se a oferta universal e gratuita de ARV, através do SUS, às pessoas vivendo com HIV que preenchiam os critérios estabelecidos no documento de consenso terapêutico em HIV e Aids do Ministério da Saúde. Nesse norte, o Brasil foi o primeiro país a distribuir os medicamentos antirretrovirais gratuitamente, por meio de um sistema público universal de saúde. A oferta gratuita de medicamentos antirretrovirais causou um impacto significativo na qualidade de vidas de pessoas vivendo com HIV e Aids. Além disso, é importante ressaltar a relação com a prevenção ao HIV por meio do uso de ARV, pois, nessa mesma época, foram implantadas as primeiras estratégias nesse sentido, voltadas aos profissionais de saúde, gestantes e recém-nascidos, além das vítimas de relações sexuais não consentidas.

Os anos 2000 são conhecidos como o período de *scale-up*, ou seja, quando o mundo investiu grandes somas de recursos financeiros para construir respostas mais bem elaboradas em vários países (PARKER, 2016). Investiu-se dinheiro para garantir o acesso a medicamentos nos países mais pobres como os africanos, alguns asiáticos e certos lugares no Caribe. A partir de 2008, os recursos ficaram estáveis e essa falta de novos investimentos gerou grandes problemas de caixa nos países – inclusive em países que tinha respostas muito positivas frente à epidemia, como o Brasil.

O começo dos anos 2000 foi marcado pelo aumento significativo do número de casos de HIV e Aids em populações empobrecidas, o que suscitou a necessidade de conectar as políticas públicas de prevenção às questões de saúde pública, direitos humanos e transformações na estrutura social (MONTEIRO, 2003). Nos últimos anos, o cenário das políticas públicas de prevenção brasileiras tem se modificado, sendo um dos motivos, a incorporação de novas tecnologias na prevenção à infecção pelo vírus HIV. Segundo Trindade (2008), as tecnologias de saúde integram os programas de assistência à saúde, podendo ser consideradas como a aplicação prática do conhecimento e envolvem insumos, procedimentos clínicos e cirúrgicos, remédios, estratégias de cuidado à saúde, entre outros.

A eclosão mundial da epidemia de HIV e Aids na década de 1980 provocou transformações profundas no campo das políticas públicas de saúde no Brasil. Quando os primeiros casos de Aids surgiram no país, o Estado sequer contava com uma política nacional de prevenção às infecções sexualmente transmissíveis. Na atualidade, as políticas públicas de prevenção brasileiras são formadas por intervenções comportamentais, estruturais e biomédicas. O Estado brasileiro adota desde a supressão contínua da carga viral pela utilização de antirretrovirais (Tratamento como Prevenção – TcP), a Profilaxia Pós-Exposição ao HIV, disponibiliza e estimula o uso de preservativos masculinos e femininos, bem como de gel lubrificante, além de formalmente defender o combate à discriminação, a abordagem da V&DH e a RD.

2.3 A PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO AO HIV/AIDS – PEP

A partir da apresentação das estratégias de prevenção hoje adotadas pelo Estado brasileiro, pretende-se discutir em específico sobre a Profilaxia Pós-Exposição ao HIV ou simplesmente PEP, sobre a qual este estudo se debruça.

Em junho de 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou um Grupo de Revisão de Diretrizes especializadas para revisar as evidências e formular novas recomendações para Profilaxia Pós-Exposição ao HIV. As diretrizes anteriores para a PEP haviam sido publicadas pela OMS em 2007 e focaram na PEP para adultos após exposição ocupacional e violência sexual. Essas diretrizes recomendaram o fornecimento de um regime de PEP de 2 ou 3 drogas após a avaliação de risco da exposição e a potencial resistência a fármacos de base a nível da população. As recomendações de ARV seguiram as diretrizes da OMS para terapia antirretroviral (ART) naquela época (FORD et al., 2014).

As últimas diretrizes da OMS, lançadas em dezembro de 2014, foram desenvolvidas com base em uma série de revisões sistemáticas de evidências, nas quais as recomendações são formuladas com base em uma avaliação formal. Além de avaliar a qualidade das evidências, o processo de desenvolvimento das diretrizes da OMS considerou elementos adicionais de importância para os usuários finais, tais como valores, preferências, viabilidade e custo.

No Brasil, a indicação de ART como forma de prevenção às situações de exposição consensuais foi implantada em 2010, quatro anos antes das últimas diretrizes da OMS. Convencionou-se chamar essa modalidade de PEP Sexual ou simplesmente de PEP.

Na década de 1990, no Brasil, o uso profilático de antirretrovirais foi recomendado para profissionais de saúde, após a exposição de risco ao HIV. Tal modalidade foi denominada de PEP Ocupacional, devido ao ambiente de exposição ao HIV (CASSOLI, 2006). O “risco ocupacional” ou “acidente ocupacional” materializa-se pelo contato com materiais perfuro cortantes, fluidos sanguíneos e outras secreções que possam conter o vírus HIV.

Ainda na década de 1990, no Brasil, o Ministério da Saúde implantou a profilaxia antirretroviral para o controle da transmissão vertical, isto é, da gestante para o recém-nascido (BRASIL, 2006; 2004; 2007; 2010). Inicialmente, o Ministério da Saúde recomendou o uso do medicamento Zidovudina (AZT) oral para gestantes e para o recém-nascido após o parto (AMARAL et al., 2007). Posteriormente, o AZT passou a ser recomendado durante a gestação, no trabalho de parto, no parto e, também, pelo recém-nascido. Além da PEP, foram disponibilizadas outras estratégias de prevenção às gestantes como testes rápidos, exames de seguimento, até medicamentos antirretrovirais para o tratamento (AMARAL et al., 2007). A incorporação da PEP às gestantes atendeu ao paradigma de direitos reprodutivos, os quais enfatizam a liberdade, autonomia e a segurança da mulher, no exercício da sexualidade e da reprodução humana.

Em sintonia com o reconhecimento de direitos reprodutivos das mulheres à prevenção antirretroviral, bem como com o intuito de também proteger os direitos sexuais de adolescentes, ao final da década de 1990, a profilaxia antirretroviral passou a ser recomendada para as situações de violência sexual (CAMPOS et al., 2005). O Ministério da Saúde, no Brasil, passou a recomendar o uso de PEP após situações de violência no ano de 1998. Da mesma forma que a implantação da profilaxia da gestante e recém-nascido, a modalidade da exposição sexual não consentida estava em consonância com os pactos firmados pelo Estado brasileiro com os direitos humanos de mulheres e adolescentes (BRASIL, 1999; 2012).

No ano de 2010, a PEP passou a ser indicada às situações de exposição sexual consentida, isto é, por falha, rompimento ou não uso de preservativo (BRASIL, 2015b).

A diversidade de esquemas profiláticos nos protocolos de cada modalidade de PEP (gestante, ocupacional, sexual não consentida e sexual consentida) gerou dificuldades aos profissionais de saúde no processo de avaliação e recomendação do uso da profilaxia (BRASIL, 2015b). Assim, no ano de 2015, as recomendações para o uso de PEP foram

unificadas num único documento, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas¹⁴ para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV (PCDT-PEP ou Protocolo de PEP) e a tecnologia passou a ser chamada de forma genérica como *Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco para Infecção pelo HIV* ou simplesmente PEP (BRASIL, 2015b; 2017b). A atualização da PEP passou por um longo processo de aprovação técnica e de consulta popular realizado pela CONITEC¹⁵, órgão responsável pela incorporação de tecnologias em saúde no SUS.

De acordo o Protocolo de PEP, após uma relação sexual desprotegida, isto é, por falha, rompimento ou não uso de preservativo, o indivíduo deve procurar o serviço de saúde especializado em até 72 horas, a fim de passar por uma avaliação clínica, além de receber uma solicitação para a realização de exames laboratoriais. Por fim, o Protocolo de PEP também definiu que a tecnologia deve estar disponível em ambulatórios especializados em HIV/Aids e serviços de emergências.

O novo Protocolo de PEP concedeu um enfoque especial à avaliação do profissional médico, como parte fundamental no processo de indicação da profilaxia ao indivíduo. Dessa forma, caso o médico reconheça a necessidade de o indivíduo fazer uso da PEP, então prescreverá os medicamentos antirretrovirais por 28 dias consecutivos. Além da avaliação clínica-laboratorial, o novo Protocolo de PEP previu a necessidade de um suporte psicossocial a ser oferecido aos indivíduos que buscam a tecnologia, devido à possibilidade de ocorrência de sintomas psíquicos e emocionais entre pessoas expostas ao HIV, como o medo de infecção pelo vírus, o desespero e a irritabilidade.

2.3.1 Breve Revisão da Literatura

A PEP está baseada na “janela de oportunidade” representada pelo tempo transcorrido entre a entrada do vírus no organismo após a exposição, período que pode durar até 72 horas. Modelos experimentais sugerem ser esse o prazo máximo para a utilização efetiva de ARV

¹⁴ Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que visam a garantir o cuidado de saúde no contexto brasileiro e dos recursos disponíveis no SUS. Podem ser utilizados como materiais educativos aos profissionais de saúde, auxílio administrativo aos gestores, regulamentação da conduta assistencial perante o Poder Judiciário e a explicitação de direitos aos usuários do SUS (BRASIL, 2015b).

¹⁵ A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – foi criada pela Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. A CONITEC, assistida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS), tem por objetivo assessorar o MS nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de PCDT (CONITEC, 2017).

como estratégia, sendo as primeiras duas horas o período ideal para a ação desta estratégia (KUCHENBECKER, 2015; BRASIL, 2015b). Estudos de eficácia e revisões da literatura têm demonstrado o grau significativo de proteção da PEP Sexual (GRANGEIRO et al., 2015; KUCHENBECKER, 2015; MURNANE et al., 2013; BAETEN et al., 2012; GRANT et al., 2010; WELLER & DAVIS-BEATY, 2007).

Estudos de eficácia do uso de ARV após exposição ao HIV em situações comparáveis ao uso do PEP revelaram a redução do risco de infecção pelo HIV na prevenção da transmissão materno-infantil do HIV (SPERLING et al., 1996).

O risco de infecção pelo HIV após a exposição ocupacional foi estimado em estudo de casos e controles com profissionais de saúde que sofreram acidentes perfurocortantes envolvendo sangue infectado com o vírus (CARDO et al., 1997; CASSOLI, 2006). Na exposição ocupacional, a situação pode ocorrer devido à exposição relacionada a ferimento profundo, como em situações de acidente perfurocortante determinado por seringas e demais instrumentais de uso cirúrgico.

Estratégias de PEP também têm sido utilizadas em situações envolvendo indivíduos que praticaram atividade sexual sem o uso de preservativos, entre usuários de drogas injetáveis que compartilharam seringas (KUCHENBECKER, 2015) e também outras formas de exposição, e entre vítimas de violência sexual (LANDOOVITZ & CURRIER, 2009).

A PEP não está indicada se a pessoa exposta já estiver infectada pelo HIV. Os indivíduos que já foram infectados pelo HIV devem ser encaminhados o tratamento com medicamentos antirretrovirais (TARV).

A avaliação inicial da pessoa com exposição sexual consensual envolve a realização de testagens rápidas, para identificar se a pessoa já vive com o HIV (FORD et al., 2014). Como em todas as outras situações, o teste de HIV deve ser voluntário e o consentimento para o teste de HIV deve ser obtido com o pré-teste padrão e o aconselhamento pós-teste de acordo com os protocolos nacionais e locais (FORD et al., 2014).

Quando o indivíduo tem limitada ou nenhuma capacidade de consentimento (geralmente crianças), um pai ou tutor pode dar consentimento. No entanto, a avaliação da situação de exposição não deve ser uma barreira para iniciar a PEP. Em situações de emergência em que os testes de HIV e aconselhamento não estão disponíveis e o potencial risco de HIV é alto, o PEP deve ser iniciado e testes de HIV com aconselhamento devem ser oportunizados o mais rapidamente possível (FORD et al., 2014).

Em relação aos estudos de implementação da PEP, ainda são poucas as análises que tomam como parâmetro de análise o contexto, as ações e as percepções dos profissionais de

serviços de saúde (BRYANT et al., 2009; CHANG et al., 2013; CURRAN & CROSBY, 2013). A respeito dessa relação, um estudo apontou que os profissionais tendem a minimizar o risco de infecção nas relações sexuais ao avaliar o relato dos usuários que buscam a profilaxia (COHEN et al., 2013).

A literatura aponta que um dos principais receios dos profissionais de saúde sobre os programas de PEP se refere à desinibição do comportamento sexual, com o consequente aumento das práticas de maior risco para a infecção pelo HIV e a busca repetida da profilaxia, prática que poderia gerar uma “banalização” do uso da tecnologia. A literatura apresenta uma relativa controvérsia em relação ao comportamento do usuário que busca a PEP (POYNTEN et al., 2009; ARMISHAW et al., 2011). Um estudo de 2004, em São Francisco (EUA), mostrou que a participação em programas de PEP Sexual, com sessões de aconselhamento, promoveu uma redução de 73% nas práticas sexuais de maior risco (MARTIN et al., 2004). Na Austrália (POYNTEN et al., 2009), a análise de uma coorte de homens que fazem sexo com homens (HSH), acompanhada entre 2001 e 2007, observou que a taxa de incidência do HIV três vezes maior em usuário de PEP não estava relacionada à adoção deste método, mas, sim à persistência de práticas sexuais com maior risco de infecção.

Análises qualitativas sobre a implementação de PEP, tomando como parâmetro usuários e profissionais, ainda são raras. No entanto, a partir das análises sobre a eficácia do uso de medicamentos antirretrovirais na prevenção, e, também, sobre outras formas de profilaxia pós-exposição (ocupacional, gestante e recém-nascido e da violência sexual), conclui-se que a PEP possui uma grande relevância ao contexto atual.

2.3.2 A Pílula do Dia Seguinte da Aids

A literatura aponta que um dos principais receios dos profissionais de saúde sobre os programas de PEP se refere à desinibição do comportamento sexual, com o consequente aumento das práticas de maior risco para a infecção pelo HIV e a busca repetida da profilaxia, prática que poderia gerar uma “banalização” do uso da tecnologia (POYNTEN et al., 2009). Contudo, apesar do estudo australiano antes mencionado (POYNTEN et al., 2009), pode-se afirmar que não há comprovação cabal de que PEP possa provocar uma desinibição no comportamento sexual (FERRAZ & PAIVA, 2015).

Quando a PEP foi implantada no SUS, em 2010, observa-se a atenção concedida por determinados veículos de informação à tecnologia. A PEP foi associada à ideia de “pílula do dia seguinte da AIDS”, “coquetel do dia seguinte” ou “pílula antiaids”¹⁶. Tais denominações faziam um paralelo entre a PEP e o método Anticoncepcional de Emergência (AE), transmitindo a noção de “fácil uso” ou de simples ingestão de apenas um medicamento após uma situação de exposição sexual consensual de risco.

O anticoncepcional de emergência (AE) foi reconhecido pela OMS em 1995. Membros do Consórcio Internacional de Anticoncepção de Emergência foram os responsáveis por criar condições viáveis no cenário brasileiro para mobilização, discussão e inclusão deste método no Manual de Assistência ao Planejamento Familiar do Ministério da Saúde, em 1996 (PINTO et al., 2008). A comparação entre a PEP e o AE possui uma relação interessante. Segundo Figueiredo et al. (2007), a introdução do AE no SUS, em meados da década de 1990, também provocou reações da mídia, de especialistas e de profissionais de saúde, principalmente com relação à população de adolescentes. O temor destes era de que os adolescentes pudessem fazer uso reiterado de AE, sem medir riscos à saúde.

Para Figueiredo (2004), os serviços de saúde pública no Brasil não acataram as normas sobre o AE, pois não foram iniciados os processos de divulgação, de fornecimento e de administração do método. Exceção a esta regra foram os serviços de atendimento às vítimas de violência sexual que mantiveram a implementação do AE e persistiram na luta pela difusão e disponibilização do método.

A PEP e o AE se assemelham diante de noções distorcidas como a possibilidade de provocar o relaxamento do uso do preservativo, principalmente entre a população mais jovem,

¹⁶ Tais expressões foram extraídas de matérias jornalísticas, encontradas na base de busca *Google*, por meio das palavras-chave “pílula anti-AIDS”, “pílula do dia seguinte da AIDS” e “coquetel anti-AIDS”. Entre as matérias selecionadas: G1. Uso de 'pílula do dia seguinte' do HIV aumentou 186% desde junho no Brasil. Publicado em: 02/12/2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/12/uso-de-pilula-do-dia-seguinte-do-hiv-aumentou-186-desde-junho-no-brasil.html>>. Acesso em 15 de abril de 2017; IG. SUS oferece 'pílula do dia seguinte' contra HIV. Publicado em: 23/07/15. Disponível: <<http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2015-07-23/sus-oferece-pilula-do-dia-seguinte-contr-hiv.html>>. Acesso em 15 de abril de 2017; O ESTADO DE S. PAULO. Pílula do dia seguinte antiaids começa a ser distribuída nesta quinta. Autora: Lígia Formenti. Publicado em: 23/07/15. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,pilula-do-dia-seguinte-antiAIDS-comeca-a-ser-distribuida-nesta-quinta,1730224>>. Acesso em 15 de abril de 2017; FOLHA DE S. PAULO. Saúde aprova novo protocolo para uso de 'pílula do dia seguinte' contra Aids. Autora: Natália Cancian. Publicado em: 23/07/14. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/2015/07/1659392-saude-aprova-novo-protocolo-para-uso-de-pilula-do-dia-seguinte-contr-AIDS.shtml>>. Acesso em 15 de abril de 2017; VEJA. Pílula do dia seguinte antiaids começa a ser distribuída nesta quinta-feira. Publicado em: 23/07/15. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/saude/pilula-do-dia-seguinte-antiAIDS-comeca-a-ser-distribuida-nesta-quinta-feira/>>. Acesso em 15 de abril de 2017; REVISTA FORUM. SUS começa a distribuir 'pílula do dia seguinte' contra Aids. Publicado em: 23/07/15. Disponível em: <<http://www.revistaforum.com.br/2015/07/24/sus-comeca-a-distribuir-pilula-do-dia-seguinte-contr-AIDS/>>. Acesso em 15 de abril de 2017.

a noção de que seria feito um uso reiterado dessas tecnologias, não sendo reservadas para fins excepcionais. Essas ideias sobre o comportamento de usuários de PEP e do AE, contudo, tornam-se irrelevantes diante das possibilidades de ganhos reais em termos de saúde pública com a oferta dessas tecnologias à população.

Portanto, em primeiro lugar, aponta-se que PEP não consiste numa pílula do dia seguinte e nem pode ser comparada com esta. Como já assinalado, trata-se de um tratamento com medicamentos antirretrovirais por 28 dias consecutivos, e que implica em avaliações e no acompanhamento clínico-laboratorial do usuário por parte de profissionais de saúde. Em segundo lugar, não é possível fazer uso frequente da profilaxia pós-exposição. De acordo com o Protocolo de PEP (2015), não se indica a utilização do método de forma contínua, mas sim para situações excepcionais de sexo desprotegido, de não-uso do preservativo, falha ou rompimento do mesmo (BRASIL, 2015b).

As questões aqui discutidas foram importantes, inclusive, para justificar a pertinência de uma análise qualitativa sobre a implementação da PEP em um serviço público de saúde. Partiu-se de uma hipótese de que as percepções sobre a PEP podem influenciar, sobremaneira, a visão dos profissionais que lidam no cotidiano com usuários que acessam os serviços em busca dessas tecnologias. Controvérsias quanto à eficácia da PEP na prevenção do HIV, receio de mudanças comportamentais, como o abandono do uso de preservativos e dificuldade para encarar as tecnologias biomédicas como prevenção são algumas das questões que tornaram relevante o estudo qualitativo sobre a PEP.

2.3.3 Riscos e Vulnerabilidades

Uma noção importante a ser debatida neste estudo é a noção de risco. No atendimento de um usuário elegível para o uso de PEP, a avaliação da situação de risco é imprescindível para o profissional de saúde. A depender do grau de exposição, isto é, de um baixo ou alto risco de exposição ao HIV, a profilaxia pode ser ou não recomendada. Nesta seção, busca-se problematizar a noção de risco, discutindo, também, a abordagem da vulnerabilidade social fundamental nesse debate.

Nos primórdios da epidemia mundial de HIV e Aids, o discurso médico-científico estava centrado no comportamento de risco dos usuários (PINHEIRO, 2003). O risco para a infecção por HIV foi formulado com base no conceito epidemiológico de risco, que remete a primeira metade dos anos de 1980, sendo definido como a probabilidade que uma pessoa tem de se infectar com o HIV, podendo ser aumentado ou perpetuado a partir de determinados

comportamentos (LEAL, 2008). A associação da transmissão do HIV e da Aids a grupos específicos foi associada à ideia de “grupos de risco”, formados em geral por homens *gays*, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. A noção de grupo de risco, informada pelos pressupostos da medicina, epidemiologia e da psicologia comportamental, associou a transmissão do HIV à “promiscuidade” e às práticas de determinados grupos sociais em relação à sexualidade e ao uso de drogas que os colocavam em uma situação de maior risco para contaminação pelo vírus. A noção de risco operada no discurso da prevenção não levava em conta a complexidade e a dinâmica de fatores econômicos, históricos e sociais envolvidos na epidemia de HIV e Aids (MONTEIRO, 2003).

Dada a insuficiência do conceito epidemiológico de risco, surge o conceito de vulnerabilidade social. A vulnerabilidade é definida como o estado em que indivíduos ou grupos se encontram com capacidade de autodeterminação reduzida, podendo apresentar dificuldades para proteger seus próprios interesses (RODRIGUES & NERI, 2017). Esse conceito busca compreender o sujeito no seu contexto, levando em conta uma série de determinantes que podem agravar as condições de acesso dos sujeitos a bens sociais, como saúde, educação, segurança, entre outros.

No atendimento inicial após a exposição ao HIV, faz-se necessário que o profissional avalie como e quando ocorreu a exposição, além de investigar a condição sorológica da pessoa exposta e da fonte da infecção. Segundo o PCDT-PEP, a partir da avaliação de critérios objetivos, é possível definir se há ou não indicação de início da PEP. Os chamados critérios objetivos dizem respeito a: 1. O tipo de material biológico envolvido; 2. O tipo de exposição; 3. O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento; 4. A condição sorológica para o HIV da pessoa exposta e da pessoa fonte (BRASIL, 2017b).

O PCDT-PEP ainda traz a seguinte recomendação:

Recomenda-se a profilaxia em todos os casos de exposições com risco significativo de transmissão do HIV. Existem casos, contudo, em que a PEP não está indicada em função do risco insignificante de transmissão e nos quais o risco de toxicidade dos medicamentos supere o risco da transmissão do HIV (BRASIL, 2015b).

Embora o PCDT-PEP tipifique os materiais “potencialmente infectantes”, buscando apresentar de forma clara e objetiva os critérios para definir a indicação do uso de PEP, na prática, outros critérios podem se somar à avaliação exercida pelos profissionais de saúde, sendo uma delas, a abordagem da vulnerabilidade social (BRASIL, 2017b).

O conceito de vulnerabilidade possui três dimensões: os comportamentos individuais, o contexto social e os fatores políticos e institucionais (LEAL, 2008). A vulnerabilidade costuma ser referida como sendo um produto da interação de três planos distintos, denominados de individual (relacionada ao comportamento), social (relacionada ao contexto social) e programática (relacionada à esfera institucional).

A abordagem da vulnerabilidade social tem uma importância nas estratégias prevenção e controle da epidemia de HIV e Aids. Na década de 1990, as abordagens educativas centradas na informação, na responsabilidade individual e no conceito de vulnerabilidade social contribuíram para afastar o tom fatalista das primeiras respostas preventivas à epidemia. Os conceitos de risco e de vulnerabilidade social foram discutidos e empregados num processo que acompanha a evolução da epidemia de HIV e Aids (LEAL, 2008). Grupos marginalizados, estigmatizados e discriminados costumam ter maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Dessa forma, o conceito de vulnerabilidade ao invés de focar numa abordagem médico-tecnista do processo saúde/doença, considera uma série fatores como determinantes para a ocorrência de uma situação de saúde pública.

Em hipótese alguma, empregar o conceito de vulnerabilidade social significa afastar a existência do risco, mas sim ampliar e aprofundar a sua compreensão, entendendo que outros fatores como a ausência de acesso à informação, à educação formal, o machismo, o ódio às diferentes expressões sexuais, as condições econômicas, a ausência de acesso à justiça, entre outros, contribuem para o aumento ou diminuição do risco ao HIV e à Aids.

3 MARCO TEÓRICO

O presente estudo se insere na área de Políticas Públicas e, precisamente, no campo da Implementação de Políticas Públicas, tomando como perspectiva teórica principal a literatura sobre a *burocracia de nível de rua* ou *burocracia de linha de frente* (LIPSKY, 1980; LOTTA, 2012; LIMA & D'ASCENZI, 2013; AGARWAL et al., 2015). Neste capítulo, buscou-se desenvolver um referencial teórico que põs em diálogo os estudos de Políticas Públicas, HIV/Aids, Sexualidade, Direitos Sexuais e da Biopolítica. Tal pretensão se fez necessária diante da complexidade da temática abordada.

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

De modo geral, o campo de Políticas Públicas tem a importância de contribuir tanto para o reconhecimento de questões que necessitam do amparo estatal, quanto da formulação, implementação e avaliação de ações em diversas linhas de frente como saúde, educação, assistência social, etc. (SOUZA, 2006; MARQUES & FARIA, 2013; RUA, 2013).

O pressuposto analítico que rege a constituição e a consolidação da área de Políticas Públicas determina que nos Estados Democráticos o “fazer” ou “deixar de fazer” estatal é passível de (a) ser formulado cientificamente e (b) analisado por pesquisadores independentes (SOUZA, 2006). De modo geral, pode-se entender como objeto de análise das Políticas Públicas: estratégias, ações, programas públicos, entre outros.

As primeiras análises de políticas públicas, sob o aspecto operacional, foram desenvolvidas durante o século XX na Europa e nos Estados Unidos, apresentando uma superposição de preocupações operacionais, normativas e de natureza analítica (SOUZA, 2006; MARQUES & FARIA, 2013).

Na Europa, os estudos de políticas públicas surgiram como desdobramento de trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado e suas instituições na produção de governos. Nos Estados Unidos, ao contrário, as Políticas Públicas se desenvolveram como área do conhecimento sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, concentrando-se nos estudos sobre a ação dos governos.

O surgimento da área de Políticas Públicas é marcado por certa indistinção entre as contribuições da Administração Pública e da Ciência Política. Cada uma dessas áreas costumava apresentar um enfoque distinto de Políticas Públicas. Na Administração Pública, a preocupação estava centrada na operacionalização e na eficácia de políticas públicas. Já a

Ciência Política privilegiava as análises sobre a relação entre as políticas públicas e o Estado (MARQUES & FARIA, 2013).

Souza (2006) distingue três fases nas análises sobre o mundo público. A primeira fase, baseada na tradição de Madison, focalizava o estudo das instituições consideradas fundamentais para limitar a tirania e as paixões inerentes à natureza humana. A segunda, seguindo a tradição de Paine e Tocqueville, percebia, nas organizações locais e na virtude cívica, a promoção de um bom governo. A terceira fase, por sua vez, sob o viés da Ciência Política, enfocava na relação entre as políticas públicas e a atuação dos Estados.

Os primeiros conceitos de políticas públicas foram formulados pelos acadêmicos Harold Laswell, Herbert Simon, Charles Lindblom e David Easton, os quais serão aqui abordados por meio de comentadores (SOUZA, 2007; MARQUES & FARIA, 2013).

A primeira preocupação contemporânea com as políticas públicas enquanto objeto de estudo é usualmente atribuída ao cientista político norte-americano Harold Lasswell, um importante estudioso sobre mídia e comunicação que publicou entre os anos 1930 e 1940. A análise de Lasswell estava situada no interior do *Behaviorismo*, um marco teórico que considera o comportamento um elemento importante a ser analisado na Ciência Política. Lasswell introduz a expressão *análise de políticas públicas*, do inglês *policy analysis*, ainda nos anos de 1930, como forma de conciliar conhecimento científico e acadêmico com a produção empírica dos governos e também como forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo (MARQUES & FARIA, 2013).

A segunda contribuição ao campo é atribuída a Herbert Simon, um precursor no campo da teoria das organizações e na aplicação da psicologia experimental na economia e na compreensão de estruturas organizacionais. Simon introduziu o conceito de racionalidade limitada dos formuladores de políticas (MARQUES & FARIA, 2013).

Outra importante contribuição veio de Charles Lindblom, que questionou a ênfase ao racionalismo feita tanto por Laswell quanto por Simon, propondo a incorporação de outras variáveis à formulação e à análise de políticas públicas, tais como as relações de poder e a integração entre as diferentes fases do processo decisório – o qual não teria necessariamente um fim ou um princípio. Para Lindblom, os meios e os fins poderiam ser escolhidos de forma simultânea, e o processo de decisão das políticas públicas seria “incremental”, isto é, lento e gradual (MARQUES; FARIA, 2013).

A quarta contribuição em destaque veio de David Easton. Este autor contribuiu para a construção de um arcabouço teórico que permitiu a explicação da alocação institucional de valores na sociedade. Easton abordou a vida política como um sistema de comportamento

aberto, influenciado pela dinâmica dos sistemas sociais, definindo as políticas públicas como um sistema que relaciona os processos de formulação, os resultados e o ambiente (MARQUES & FARIA, 2013).

As primeiras críticas aos trabalhos desses autores não tardaram a surgir. Ainda hoje não há um consenso teórico-metodológico sobre o conceito de políticas públicas, admitindo-se que este se encontra em permanente construção (SOUZA, 2006). Segundo Marques e Faria (2013) isso se deve, em parte, à interdisciplinaridade da área de políticas públicas, o que contribui para a fragmentação teórica do campo de estudos.

Tal como a pluralidade de abordagens conceituais e metodológicas sobre a área de Políticas Públicas, a definição do objeto de estudo desse campo do conhecimento, sob o aspecto operacional, também possui diversas interpretações.

Maria Paula Dallari Bucci (2006) utiliza a distinção feita por Ronald Dworkin entre princípios (*principles*) e política pública (*policy*), e a teorização de Robert Alexy sobre ações positivas do Estado. Bucci (2006) argumenta que as políticas públicas são programas de ação governamental visando coordenar recursos públicos e/ou privados, para a realização de objetivos de interesse social e politicamente determinados.

Para Lowi (2009), as políticas públicas são definidas como ações formalmente expressas, atribuídas de poder coativo. Para o autor, as *policies* e as *politics* têm uma origem comum. Ambos derivam do Estado, que se relaciona com a comunidade política e possui o monopólio legítimo da força ou coerção. Dessa forma, as políticas públicas precisam ser justificadas ou apoiadas no interesse público e implementadas com o máximo de cuidado em prol de princípios como o da justiça social, equidade e fraternidade. Na abordagem de Lowi (2009), os efeitos da relação entre as políticas públicas e o Estado/governo na sociedade podem ser mais bem compreendidos por meio da regulamentação e da coerção. Porém, estes fatores se mostram insuficiente para analisar os efeitos complexos do processo de implementação das políticas públicas em instituições estatais ou governamentais.

Para Maria das Graças Rua (2013), as políticas públicas podem ser fruto da ação estatal/governamental ou da sua omissão. Não há consenso na literatura com relação à omissão como forma originária de políticas públicas. Pressman e Wildavsky (1984), por exemplo, argumentam que origem de uma política pública pode envolver uma ação ou omissão estado-governamental.

Embora não exista um consenso teórico, neste estudo, compreende-se que as políticas públicas constituem ações de Estado e de governo, envolvendo, pelo menos, dois tipos de causalidade: (a) sobre as causas do problema a ser objeto da política pública e (b) sobre o

efeito pretendido da política sobre um tema (FARIA & MARQUES, 2013). Dessa forma, conceitua-se política pública como um conjunto de ações do Estado – unilaterais, em parceria com a sociedade civil ou a iniciativa privada – as quais tem por finalidade atender ao interesse público. Entende-se neste estudo que a PEP é uma estratégia que integra uma política pública para a Aids no Brasil – uma política que garante fornecimento gratuito de toda a medicação para HIV/Aids, seja para o tratamento de quem já vive com o vírus, seja para a prevenção de que não o contraiu.

No campo das Políticas Públicas, destaca-se o desenvolvimento da *abordagem sequencial*, também denominada de *ciclo de políticas públicas* (LIMA & D'ASCENZI, 2013; FREY, 2000; SECCHI, 2010). Tal abordagem considera a existência de fases distintas na composição de uma política pública, desde a fase de *formulação*, *implementação* até a *avaliação* de políticas públicas. A abordagem sequencial não oferece variáveis explicativas a respeito dos fenômenos observados. Em razão disso, a utilidade dessa abordagem está na possibilidade de oferecer um delineamento ou recorte do objeto de análise (LIMA & D'ASCENZI, 2013).

Discutindo-se as fases acima mencionadas, a fase de formulação é composta pela definição e escolha dos problemas que merecem a intervenção estatal, produção de soluções ou alternativas e tomada de decisão. A implementação refere-se à execução das decisões adotadas na etapa prévia. A avaliação, por sua vez, consiste na interrogação sobre o impacto e a eficácia da política (LIMA & D'ASCENZI, 2013). A abordagem sequencial tem sido alvo de críticas, devido à dificuldade de encontrar cada fase em separado. Isso não exclui, porém, a importância dessa abordagem para a delimitação teórico-metodológica das análises de políticas públicas.

No Brasil, nas últimas décadas, o debate conceitual e metodológico de Políticas Públicas tem se intensificado, levando esse campo do conhecimento a se emancipar da noção de subcampo da Ciência Política ou da Administração Pública, para se consolidar como ciência autônoma (HOCHMAN et al., 2007). Assim, a diversidade de interpretações sobre a área de Políticas Públicas e seu objeto de estudos revela um campo do conhecimento em constante disputa e atualização.

Com isso, a área de Políticas Públicas tem a importância de contribuir tanto para o reconhecimento de questões que necessitam do amparo estatal, quanto da formulação, implementação e avaliação de ações em diversas linhas de frente. O presente estudo se insere no campo de Políticas Públicas e detém-se, precisamente, no âmbito das Análises de Implementação.

3.2 A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A partir da década de 1970, diversos estudos empíricos sobre políticas públicas passaram a oferecer evidências de que a atuação das burocracias públicas ocorria sem neutralidade e que a implementação envolvia a tomada de decisões dos agentes públicos, por meio de fatores subjetivos e relacionados à racionalidade organizacional e administrativa (LOTTA, 2012). De acordo com Faria (2012), entre os motivos que tornaram possíveis as análises de implementação está o reconhecimento de que esse processo poderia ser responsável pela pouca efetividade das políticas públicas.

A análise de implementação de políticas públicas preocupa-se com um conjunto de ações de agentes, públicos ou privados, direcionadas à consecução de objetivos definidos anteriormente no processo de formulação das políticas públicas (LIPSKY, 1980; MAJONE & WILDAVSKY, 1984; HOWLETT & RAMESH, 1995; VAN METER & VAN HORN, 1996; SABATIER & MAZMANIAN, 1996; WILSON, 1989; HILL & HUPE, 2010; LOTTA, 2012; LIMA & D'ASCENZI, 2013).

Na prática, a implementação compreende a execução de uma política, programa ou estratégia – a exemplo da PEP –, por meio de providências concretas (FARIA, 2012; WINTER, 2014). Nesse sentido, passou a ser fundamental compreender como os funcionários da administração pública utilizam de suas atribuições e de suas subjetividades para interpretar planos, executar tarefas e perseguir os objetivos consubstanciados no processo de formulação das políticas públicas na investigação do processo de implementação de uma política pública (LOTTA, 2012; HILL & HUPE, 2014).

Alguns fatores costumam ser observados nas análises de implementação das políticas públicas, visando investigar os processos de execução de ações, programas e estratégias (LIPSKY, 1980; MAJONE & WILDAVSKY, 1984; HOWLETT & RAMESH, 1995; VAN METER & VAN HORN, 1996; SABATIER & MAZMANIAN, 1996; WILSON, 1989; HILL & HUPE, 2010; LOTTA, 2012; LIMA & D'ASCENZI, 2013). Após uma extensa revisão da literatura, o conjunto de fatores identificados como pertinentes para o estudo de implementação foi aqui analisado. Em seguida; os fatores a serem incluídos no presente estudo foram então classificados e reunidos em quatro grandes categorias: (a) *contexto de implementação*; (b) *fatores institucionais organizacionais*; (c) *fatores individuais e relacionais* e (d) *discrecionabilidade administrativa*. Estes fatores, assim reunidos, serão abordados no Capítulo 5 – *A Implementação na Linha de Frente*.

A primeira categoria, relacionada ao (a) *contexto de implementação*, leva em conta as realidades que compõem o cenário da implementação (LIPSKY, 1980; MAJONE & WILDAVSKY, 1984; HOWLETT & RAMESH, 1995; VAN METER & VAN HORN, 1996; SABATIER & MAZMANIAN, 1996; WILSON, 1989; LOTTA, 2012; LIMA & D'ASCENZI, 2013; HILL & HUPE, 2010).

Na segunda categoria, reuniu-se (b) os *fatores institucionais organizacionais*, incluindo a discussão do plano normativo (LIPSKY, 1980; MAJONE & WILDAVSKY, 1984; LOTTA, 2012; LIMA & D'ASCENZI, 2013); as informações e o conhecimento da política pública (WILSON, 1989; LIMA & D'ASCENZI, 2013); as tarefas executadas pelos profissionais (HOWLETT & RAMESH, 1995; VAN METER & VAN HORN, 1996; WILSON, 1989; HILL & HUPE, 2010); a personalidade burocrática; os interesses dos beneficiários das políticas ou das instituições implementadoras (WILSON, 1989); a cultura organizacional (WILSON, 1989; LOTTA, 2012); a capacidade administrativa e os recursos do Estado (LIPSKY, 1980; HOWLETT & RAMESH, 1995; VAN METER & VAN HORN, 1996; LIMA & D'ASCENZI, 2013).

Na terceira categoria, agruparam-se os (c) *fatores individuais e relacionais* envolvendo as percepções, crenças profundas, ideias, atitudes, comportamentos, ideologias, interações, expectativas geradas entre os profissionais, além de experiências profissionais anteriores (LIPSKY, 1980; WILSON, 1989; LOTTA, 2012; LIMA & D'ASCENZI, 2013; HILL & HUPE, 2010).

A quarta e última categoria diz respeito à (d) *discrecionabilidade administrativa*, conceituada como a liberdade de atuação dentro dos limites permitidos em lei, ou seja, no caso concreto, o profissional de linha de frente, amparado pelo seu conhecimento técnico, o regimento profissional e as normas administrativas, pode agir com uma margem de liberdade na administração pública (LIPSKY, 1980; HILL & HUPE, 2010; MEYERS & VORSANGER, 2010; LOTTA, 2012).

As análises de implementação costumam adotar duas perspectivas distintas de análise: a perspectiva *de cima para baixo* (ou *top-down*) e a *de baixo para cima* (ou *bottom-up*) (LIMA & D'ASCENZI, 2013). A primeira perspectiva, denominada *de cima para baixo*, trata a implementação como um processo racional, planejado e uniforme, realizado por atores no nível de formulação e em patamares de alto escalão das políticas públicas (WINTER, 2010). A segunda perspectiva, denominada *de baixo para cima*, compreende a implementação como um processo dinâmico, não planejado e negociado entre os agentes implementadores e os beneficiários das políticas públicas (LOTTA & PAVEZ, 2010).

Destaca-se que nem sempre a adoção da perspectiva *de cima para baixo* e *de baixo para cima* são úteis para a compreensão de determinado objeto (FARIA, 2012). Assim, Matland (1995) sugere uma síntese entre as duas perspectivas, argumentando que ambas são complementares. No presente estudo, embora o parâmetro de análise seja a atuação dos trabalhadores da linha de frente das políticas públicas, buscou-se não adotar exclusivamente uma perspectiva *de cima para baixo* ou *de baixo para cima*, considerando que ambas apresentam relação na consecução desta análise.

Mahoney e Thelen (2010) fornecem elementos para refletir sobre o contexto institucional de implementação das políticas públicas. Estes autores argumentam que as instituições estão carregadas de relações de poder e em constante processo de mudança incremental, sofrendo influência do contexto sócio-político-econômico (MAHONEY & THELEN, 2010). Sob esta abordagem, o processo de implementação de políticas públicas ocorre num cenário institucional complexo, informado não apenas por regulamentos e possibilidade da coação estatal, mas, também, de conflitos socioculturais. De acordo com Mahoney e Thelen (2010), a principal causa desses conflitos está relacionada aos recursos disponíveis, sejam estes de natureza econômica ou humana. A quantidade de recursos disponíveis, e a consequente forma de alocação destes, podem gerar conflitos sociais.

Wilson (1989) cita inúmeros exemplos de como certas crenças profundas dos profissionais ajudam a moldar a forma como as tarefas são executadas na administração pública:

As agências governamentais não são bolas de bilhar impulsionadas aqui e ali pelo impacto de forças e interesses. Quando burocratas são livres para escolher um curso de ação, suas escolhas irão refletir a gama completa de incentivos que operam sobre eles: alguns vão refletir a necessidade de gerir uma carga de trabalho; outros irão refletir as expectativas dos colegas de trabalho e colegas de profissão em outros lugares; outros, ainda, podem refletir suas próprias convicções (WILSON, 1989, p. 88).

As análises de implementação reconhecem que a administração pública e, principalmente, os funcionários que a compõem, não possuem uma atuação neutra (WILSON, 1989).

Em resumo, a administração pública guarda uma diversidade de relações sociais, as quais podem ser analisadas em cada ambiente institucional particular. A variedade dessas relações na administração pública está permeada por diversos fatores, de ordem objetiva, como normas administrativas, estatutos, protocolos, e fatores de caráter subjetivo,

relacionados à satisfação de demandas de usuários dos serviços públicos, às interações cotidianas entre profissionais, além das crenças destes.

3.3 A BUROCRACIA DE NÍVEL DE RUA

A literatura de implementação de Políticas Públicas possui alguns modelos analíticos a fim de facilitar a investigação e a análise do processo de implementação. Entre os modelos, está o da *burocracia de nível de rua*¹⁷, termo cunhado por Michael Lipsky (1980) para denominar uma abordagem teórico-analítica sobre como os funcionários da administração pública utilizam de suas atribuições para interpretar planos, executar tarefas e perseguir objetivos das políticas públicas. A partir de Lipsky (1980), a literatura sobre burocracia de nível de rua foi desenvolvida e ampliada por outros autores em análises de implementação (PRESSMAN & WILDAVSKY, 1973; WILSON, 1989; HILL & HUPE, 2014; VAN METTER & VAN HORN, 1996).

A burocracia de linha de frente representa um conjunto de funcionários da administração pública que realizam ações exigidas pelas políticas públicas, incluindo-se as leis, os programas e os protocolos (LIPSKY, 1980; LOTTA, 2012; LIMA & D'ASCENZI, 2013). Os profissionais da linha frente mantêm contato direto com membros do público em geral, funcionando como um elo entre o cidadão e o Estado, implementando decisões políticas, programas e estratégias, entre outras ações (LIPSKY, 1980; LOTTA, 2012; OLIVEIRA, 2012).

Lipsky (1980) argumentou que os burocratas de nível de rua, no contato direto com o público, desempenham funções formais e informais, num alto grau de discricionariedade, conceituada como a liberdade de atuação dos profissionais dentro dos limites permitidos em lei, ou seja, no caso concreto, o profissional de linha de frente, amparado pelo seu conhecimento técnico, o regimento profissional e as normas administrativas, pode agir com uma certa margem de liberdade na administração pública (LIPSKY, 1980; HILL & HUPE, 2010; MEYERS & VORSANGER, 2010; LOTTA, 2012).

Para Meyers e Nielsen (2014) os trabalhadores da linha de frente representam a interface entre o Estado e o cidadão, e, por meio da discricionariedade, exercem influência para além da autoridade formal. Os autores mostram como a discricionariedade gerou uma

¹⁷ Neste estudo, também se utilizaram as expressões “trabalhadores de linha de frente” e “burocratas de linha de frente”, para denominar os trabalhadores que atuam diretamente na implementação das políticas públicas.

grande preocupação para os agentes formuladores de políticas, que buscavam justamente reduzir e controlar a tal discricionariedade de seus agentes de implementação, como policiais, trabalhadores de serviços sociais, inspetores de saúde, de segurança e de construção, e outros trabalhadores da linha de frente.

Para Hill (2003) a noção de discricionariedade não costuma ser incorporada às análises de políticas públicas e acaba sendo observada apenas como um resíduo que deve ser eliminado ou resolvido. No entanto, Hill (2003) aponta que esse tipo de tratamento da discricionariedade apresenta alguns problemas. Muitas vezes, as políticas públicas são permeadas por conflitos e decisões vagas, além da falta de diretrizes e guias práticos, fatos ressaltados por Lipsky (1980) e por Matland (1995). Na medida em que as decisões são vagas e conflituosas, os trabalhadores da linha de frente acabam tendo espaço para decidir como se comportar perante as situações, agindo, em alguns casos, de forma arbitrária.

De acordo com Lotta (2012), há uma lacuna em compreender de que forma a discricionariedade opera na atuação dos agentes públicos. A análise do exercício da discricionariedade torna-se relevante na medida em que partimos do pressuposto, colocado por Lipsky (1980), de que a ação individual dos trabalhadores da linha de frente acaba por tornar-se o comportamento da agência pela qual respondem e que representam. Dito de outro modo, para compreender a ação efetiva do Estado, pressupondo que os agentes públicos o representam e por ele respondem, é necessário entender justamente a ação e a interação realizadas por esses profissionais. Ao mesmo tempo, essa análise possibilita-nos preencher a lacuna apontada, por permitir compreender como questões institucionais e de contexto interferem na ação do agente implementador (LOTTA, 2012).

No âmbito dos estudos sobre implementação, há um conjunto de análises centradas sobre a “burocracia de nível de rua” que enfocam especificamente, os “trabalhadores da linha de frente em saúde” (TLFS ou FHW, do inglês *frontline health workers*) (AGARWAL et al., 2015). Os TLFS são, muitas vezes, o primeiro e o único ponto de contato da população no acesso aos serviços básicos de saúde. São profissionais que geralmente servem às comunidades locais a que pertencem, atuando nos serviços públicos de saúde, como parteiras, enfermeiros, farmacêuticos, médicos e agentes comunitários de saúde para atender às necessidades básicas de saúde das pessoas (AGARWAL et al., 2015). Com isso, esses profissionais oferecem uma gama de intervenções, em geral, de baixo custo, atendendo às necessidades de cuidados de saúde da população, e permitindo o reforço da interface entre o Estado e a comunidade. O presente trabalho se baseia nas percepções, ações e interações dessa categoria de profissionais, no processo de implementação da PEP.

Com isso, a compreensão sobre como o aparelho estatal ou a burocracia de governo funciona exige um olhar *in loco*, sobre como os trabalhadores de linha de frente ou burocratas de nível de rua fazem uso de suas atribuições, percepções, da cultura organizacional, e da própria discricionariedade para implementar políticas públicas, programas ou estratégias.

3.4 DIREITOS E SEXUALIDADE

A partir do referencial teórico das políticas públicas e das análises de implementação, esta seção busca explorar as conexões entre os campos da Sexualidade, dos Direitos Sexuais e da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos (V&DH). Essas temáticas contribuem para o aprofundamento do debate sobre a implementação da tecnologia da PEP, no contexto dos serviços públicos de saúde.

No Ocidente, durante a maior parte do século XX, a sexualidade humana foi ignorada como questão de reflexão e pesquisa social. Por longo tempo, permaneceu a conexão íntima entre a experiência da sexualidade e a existência biológica, tornando a sexualidade objeto, em larga escala, da literatura biomédica (FOUCAULT, 2014a). Como parte dessa conexão, o sexo, a sexualidade e, inclusive, o gênero¹⁸, eram pensados sob o mesmo prisma.

A partir da década de 1970, a marginalização da sexualidade e a submissão à racionalidade médica foram questionadas, ampliando a perspectiva de análise da sexualidade. Nessa época, na esteira dos estudos de gênero, o debate sobre a sexualidade começou a se consolidar enquanto campo de pesquisa social (PARKER, 2000). O ensaio “O Tráfico de Mulheres” (em inglês: *The Traffic in Women*) de Gayle Rubin (1975) é um exemplo pioneiro da mudança conceitual sobre sexo e gênero. Rubin (1975) estabeleceu uma dissociação entre essas duas categorias e passou a problematizá-las dentro do sistema sexo/gênero. Para desenvolver uma análise sobre a gênese da opressão às mulheres, a autora definiu o sistema sexo/gênero como o processo social pelo qual a sexualidade é culturalmente traduzida em ação.

No começo dos anos 1980, observou-se na Antropologia Social e Cultural, assim como na Sociologia e em outras disciplinas, o crescente interesse pela sexualidade. Entre as razões para esse incremento estavam: o contexto de mudança nas normas sociais, a influência

¹⁸ O conceito de gênero veio contrapor-se ao conceito de sexo. Se este último se refere às diferenças biológicas/anatômicas entre homens e mulheres, o primeiro diz respeito à construção social e histórica do ser masculino e do ser feminino, ou seja, às características e papéis atribuídos a cada um deles e em determinados contextos sociais. O que quer dizer que agir e sentir-se como homem e como mulher depende de cada contexto sociocultural (LOURO, 1996).

de movimentos sociais, o impacto da epidemia de HIV e Aids e a preocupação crescente com as dimensões culturais da saúde reprodutiva e sexual (PARKER, 2000).

Ao tempo em que a sexualidade emergiu como questão teórica e de investigação acadêmica nos anos 1980, a crescente preocupação internacional em torno de temas como a epidemia de HIV e Aids, a população, o desenvolvimento e a saúde reprodutiva feminina promoveram a ampliação do debate sobre a sexualidade no cenário público. Nessa época, setores mais conservadores tentavam circunscrever o debate sobre a sexualidade às chamadas *minorias sexuais* (PARKER, 2000). No entanto, a intersecção do tema com outras questões levou ao desdobramento da sexualidade para os campos político, social, cultural, econômico e de direitos.

A respeito do desenvolvimento da temática da sexualidade, Jeffrey Weeks (1995) aponta que esta instância da sexualidade possui raízes na Sociologia e na Antropologia do Sexo, na Psicanálise e na Nova História. Esse autor reconhece que primeiro há uma ampla rejeição do sexo como domínio autônomo e natural sobre o qual a sociedade exerce controle. Segundo, reconhece-se a existência de diversas formas sociais de sexo, crenças, ideologias e comportamentos. Nesse sentido, a sexualidade tem uma história, ou melhor, muitas histórias, as quais precisam ser compreendidas nas suas singularidades. Terceiro, deve-se abandonar a ideia de que podemos entender completamente a história da sexualidade em termos de dicotomias como repressão e liberação, e deve-se buscar abordar a sexualidade como algo que se produz de diversas formas,

[A sexualidade] É resultado de diversas práticas sociais que dão sentido às atividades humanas, às definições sociais e autodefinições, às lutas entre aqueles que têm poder de definir e regular, e aqueles que resistem. A sexualidade não é dada, é um produto da negociação, da luta e da ação humana (WEEKS, 1995, p. 25, *tradução nossa*)¹⁹.

Para esse autor, o que conhecemos como *sexualidade* “[...] é um produto de muitas influências e intervenções sociais. [Sexualidade] Não existe fora da história, mas é um

¹⁹ Trecho original: *It is a result of diverse social practices that give meaning to human activities, of social definitions and self-definitions, of struggles between those who have power to define and regulate, and those who resist. Sexuality is not given, it is a product of negotiation, struggle and human agency* (WEEKS, 1995, p. 25).

produto histórico. É isso que queremos dizer com a construção social da sexualidade” (WEEKS, 1995, p. 31, *tradução nossa*)²⁰.

No âmbito da sexualidade, duas perspectivas costumam se enfatizadas: a *perspectiva essencialista* e a *perspectiva da construção social*. As perspectivas essencialistas tomam a sexualidade como algo determinado e inerente ao sexo. A perspectiva da construção social sustenta o argumento de que a sexualidade é construída mediante fatores culturais e históricos, em oposição às (LOURO, 2007). O modelo de construção social também permite que se questione a validade de se impor a outras culturas crenças populares ocidentais sobre a sexualidade.

Carole Vance (1995) identificou um conjunto diversificado de reflexões que deram origem à ideia (ou teorias) da construção social da sexualidade: os estudos feministas, os estudos histórico sobre a homossexualidade masculina nos Estados Unidos e na Europa no século XIX, como também nas políticas públicas em torno da sexualidade nos séculos XIX e XX. Para Vance (1995), o feminismo contestou o determinismo biológico nas construções ocidentais da sexualidade e das diferenças de sexo. A existência de variações culturais contradisse as noções de papéis universais de gênero e de uma sexualidade feminina uniforme. A atenção à variabilidade cultural foi alimentada pela luta por direitos reprodutivos²¹ e, mais tarde, por direitos sexuais, inspirando uma reconfiguração analítica das categorias de sexualidade e gênero.

Ao passo em que a sexualidade emergiu como questão teórica e de investigação acadêmica nos anos 1980, a crescente preocupação internacional em torno da epidemia de Aids e de temas como população e desenvolvimento, bem como de saúde reprodutiva feminina, movimentaram a agenda política sobre sexualidade.

As representações do sexo e da sexualidade e a relação destes com o HIV e a Aids, nos discursos sobre desenvolvimento, durante muito tempo, foram normativas ou profundamente negativas (PIGG, 1999; GOSINE, 2004). Na história de enfrentamento à epidemia de HIV e Aids, a abordagem dos direitos humanos e, especificamente, dos direitos sexuais, além da compreensão das vulnerabilidades dos sujeitos, promoveu uma mudança na perspectiva da sexualidade.

²⁰ Trecho original: *What we so confidently know as ‘sexuality’ is, then, a product of many influences and social interventions. It does not exist outside history but is a historical product. This is what we mean the social construction’ of sexuality* (WEEKS, 1995, p. 31).

²¹ Hoje, direitos reprodutivos podem ser definidos como categoria jurídica que busca problematizar o direito ao controle da própria reprodução humana, bem como o acesso aos meios de garantir saúde sexual e reprodutiva, permitindo que o sujeito possa decidir sobre o seu próprio corpo, sem estar sujeito a quaisquer meios de coerção, discriminação ou violência.

A abordagem de Direitos Humanos implicou no envolvimento pleno e ativo de diversos atores e instituições e indivíduos que trabalharam para promover o respeito aos direitos dos sujeitos e o combate à discriminação (MANN, 1995). Com isso, a sexualidade passou a ser pensada no âmbito dos direitos humanos e dos direitos sexuais – uma categoria de direitos da personalidade voltados à proteção da sexualidade, de seus fenômenos e relações sociais dos indivíduos no âmbito da sexualidade em suas diferentes expressões (RIOS, 2006).

No tocante aos direitos humanos e sexuais, Kate Sheil (2008) aponta que é preciso contestar o modelo protecionista na abordagem sobre os direitos que focaliza, sobretudo, no discurso sobre as violações, limitando o debate sobre como realizar essa categoria de direitos. Nesse sentido, Rios (2006) elaborou um interessante argumento para pensar políticas públicas em acordo com os direitos sexuais. Segundo o autor, por meio do *princípio democrático da sexualidade*, é necessária a participação dos indivíduos na construção de políticas públicas a serem desenvolvidas, desde a identificação de problemas até o planejamento e criação de estratégias de ação. Rios (2006) outorga ao Estado e à sociedade civil a responsabilidade na construção de políticas públicas voltadas à sexualidade. Portanto, para a ampliação do debate sobre a realização de direitos sexuais, um olhar deve se voltar às políticas públicas de saúde e como elas operam sobre o acesso a bens e serviços no âmbito da saúde pública.

No campo da sexualidade e dos direitos sexuais, o quadro da V&DH valoriza a mediação programática na análise das dinâmicas do processo saúde-doença, focalizando o contexto social, nos direitos humanos e nas respostas institucionais à Aids. O quadro da V&DH se diferencia da perspectiva do modelo conhecido como História Natural da Doença e Níveis de Prevenção (HDN), ainda hegemônico na formação em saúde, e que amplia o modelo conhecido como Nova Promoção da Saúde (NPS). O quadro da V&DH baseia-se no diálogo interdisciplinar para compreender o processo saúde-doença, analisando-o em três planos inextricavelmente ligados: o programático, o social e o individual. Para tanto, busca a transdisciplinaridade, considerando, centralmente, as contribuições da Epidemiologia e das Ciências Sociais e Humanas para interpretação de seus achados (FERRAZ & PAIVA, 2015).

O quadro da V&DH é aqui pensado na provável relação entre o processo de saúde e de situação de exposição de risco ao HIV com as condições de vulnerabilidade vivenciada pelos usuários, entendendo que a vulnerabilidade possui uma relação recíproca entre individual e coletivo. Estar vulnerável para uma determinada doença depende das condições biológicas e individuais de cada sujeito, mas também de como historicamente interage com o meio ao qual pertence e como a sociedade interage com ele – oferecendo, ou não, respostas a suas necessidades (BERTOLOZZI & SANCHEZ, 2007).

Ayres e colaboradores (2007) sugerem a existência de três dimensões inter-relacionadas que compõem a vulnerabilidade: individual, social e programática. Diferenciando cada uma dessas dimensões, a individual é caracterizada pelo comportamento particular dos indivíduos frente ao processo de saúde-doença. O modo de vida, as informações adquiridas e sua utilização, e a postura dos familiares na busca por saúde para os seus membros seriam os elementos principais para avaliar a dimensão individual da vulnerabilidade. Já a dimensão social reconhece que, a partir do que é socialmente construído, estabelecem-se relações de poder, as normas, as possibilidades de acesso à vida material, à cultura, à política. Assim, a situação de cada sujeito na organização social pode determinar sua condição de acesso a bens de consumo, serviços, conhecimento e direitos sociais, como a saúde. Por fim, a dimensão programática da vulnerabilidade é sugerida pela compreensão sobre a mediação que as instituições exercem na vida em sociedade e como as mesmas dispõem esforços programáticos para proteger a população do adoecimento e promover saúde. As ações programáticas dizem respeito a definições de políticas específicas para o setor saúde, além da coalizão destas com as demais políticas públicas, no sentido intersetorial.

A dimensão programática ademais leva em conta a integralidade e a equidade das ações, bem como o acesso aos serviços, a qualidade destes e a existência de equipes multidisciplinares, dialogando harmoniosamente com os princípios do Sistema Único de Saúde. A conceituação proposta por Ayres et al (2007) traz uma análise da relevância da estrutura social, das relações sociais e das capacidades particulares de cada ser humano no processo de saúde e doença, estabelecendo uma conexão com as determinações sociais em saúde e com o quadro dos Direitos Humanos e Direitos Sexuais.

O exercício da sexualidade, de direitos sexuais, e a compreensão sobre as vulnerabilidades dos sujeitos deve orientar a reflexão crítica sobre as políticas públicas de prevenção ao HIV e Aids. Embora essa conexão seja importante, principalmente na implementação de novas tecnologias biomédicas, como PEP e PrEP, as questões relacionadas à sexualidade e aos Direitos Humanos têm sido marginalizadas ou consideradas como supérfluas nos discursos sobre o desenvolvimento,

No cerne do debate dominante sobre o desenvolvimento, há um silêncio no que diz respeito às implicações econômicas, sociais, políticas e de direitos humanos do sexo e da sexualidade. Tratada, em geral, como uma questão de saúde, quando não inteiramente ignorada como um tema 'supérfluo', a sexualidade quase nunca aparece de forma destacada nos debates sobre desenvolvimento (CORNWALL; JOLLY, 2008, p. 29-30).

Segundo Cornwall e Jolly (2008) o campo do desenvolvimento precisa reconhecer a importância da sexualidade e ir além das abordagens atualmente utilizadas, de modo a incluir novos significados à sexualidade. Além disso, o direito a controlar seu próprio corpo – um direito sexual – não é algo “supérfluo” e deve a ser considerado como foco dos programas de desenvolvimento, ou melhor, de políticas públicas:

O direito a controlar seu próprio corpo – seja para proteger sua integridade ou para desfrutar seus prazeres – não é algo “supérfluo”, a ser considerado como foco dos programas de desenvolvimento depois que as necessidades materiais básicas tenham sido atendidas, como argumentam algumas vezes. É um dos mais básicos de todos os direitos, pois, se não temos a possibilidade de evitar que nossos corpos sejam violados por outras pessoas, se nos negam a oportunidade de nos proteger da gravidez e da doença, como poderemos participar dos outros benefícios do desenvolvimento ou mesmo exigi-los? (CORNWALL & JOLLY, 2008, p. 34).

A sexualidade é resultado da confluência entre elaborações biológicas e experiências sociais. Embora possua aspectos somáticos, não é algo puramente biológico. Antes de tudo, a sexualidade envolve ações e interações entre aspectos biológicos, sociais e culturais, estabelecendo intersecções com a saúde, gênero, prazer, erotismo, entre outros fatores. Dessa forma, o exercício da sexualidade deve ser tomado como preocupação nos discursos sobre o desenvolvimento.

3.5 A PROBLEMÁTICA DA BIOPOLÍTICA

A problemática da biopolítica tem como principal intuito problematizar questões mais gerais relacionadas às novas tecnologias biomédicas em interface com as políticas públicas de prevenção ao HIV e Aids. A partir dos referenciais teóricos de Michel Foucault (1979; 1999; 2014a; 2014b) e Didier Fassin (2003a; 2004), empenha-se uma tentativa de abordar a problemática da biopolítica, articulando as temáticas de saúde, sexualidade, direitos sexuais e políticas públicas.

Para Foucault (2014a), a capilaridade das relações de poder ganhou ênfase a partir do século XVII, em consonância com a gradativa formação de todo um conjunto de instituições sociais como o exército, o manicômio, a escola, o hospital e a indústria. Foucault chegou aos conceitos de biopoder e biopolítica ao vislumbrar o aparecimento no século XVIII e, sobretudo, na virada para o século XIX, de um poder disciplinador e normalizador que já não era exercido sobre os corpos individualizados nem se encontrava disseminado no tecido

institucional da sociedade, mas se concentrava na figura do Estado, com a pretensão de administrar a vida e populações. É o caso da Biopolítica, um campo de estudos ou problemática teórica que se preocupa com os objetos de *poder-conhecimento* e *práticas disciplinares* produtoras de uma *governamentalidade*, isto é, práticas de gestão sobre as populações (FOUCAULT, 1999).

No esforço de desenvolver a problemática da biopolítica, Foucault (2014b) concentrou-se sobre a existência de um dispositivo da sexualidade. Tal dispositivo, por meio do instrumento da *confissão*, uma prática que coloca o sexo e a sexualidade em discurso, é tomado como uma estratégia que produz o gerenciamento e o controle do corpo do sujeito, das populações e a produção de subjetividades. O dispositivo da sexualidade é:

Um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos (FOUCAULT, 1979, p. 244).

A Biopolítica, ao se deter sobre enunciados normativos (de cunho social, político, jurídico ou de outra natureza) revelaria os modos de funcionamento dos indivíduos e dos grupos sociais. A Biopolítica torna possível identificar a anatomia política sobre os corpos, que tem por finalidade torná-los úteis e disciplinados:

Para Foucault, a invenção da sexualidade foi parte de alguns processos distintos envolvidos na formação e consolidação das instituições sociais modernas. Os Estados modernos e as organizações modernas dependem do controle meticuloso das populações através do tempo e do espaço. Tal controle foi gerado pelo desenvolvimento de uma ‘anátomo-política do corpo humano’ – tecnologias do controle corporal que visam ao ajuste, mas também à otimização, das aptidões do corpo. A ‘anátomo-política’ é, por sua vez, uma questão central no reino do biopoder mais amplamente estabelecido” (GIDDENS, 1993, p. 31).

Foucault (2014b) denomina biopoder as estratégias de controle e de poder sobre a vida. O biopoder é, portanto, uma instrumentalidade, a qual se soma à disciplina e leva à sobreposição de táticas sobre os corpos dos sujeitos. Na biopolítica, há um deslocamento em relação à teoria política tradicional, que atribuía ao Estado o monopólio do poder. De acordo com Foucault (2014b), o antigo *poder soberano* está agora recoberto pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida.

A tematização do Estado adquire uma importância na abordagem sobre a governamentalidade. Por meio da governamentalidade, exerce-se sobre as populações o controle das regularidades e a gestão da vida. Nas políticas públicas de prevenção ao HIV e Aids, a estratégia da PEP e outras formas de prevenção podem ser encaradas como *estratégias de governamentalidade*, exercidas sobre o indivíduo no intuito de conhecer, organizar e controlar o corpo, a saúde e a própria fruição da sexualidade.

Para Fassin (2003a; 2004), nas últimas décadas, sob a influência de Foucault, os trabalhos acadêmicos têm se esforçado em captar o corpo como realidade social, produto de uma construção histórica e de representações culturais. Essa nova via, ainda fecunda, tem sido indiferente com uma questão central: *os usos políticos do corpo*. Fassin (2003a) se debruça de forma particular sobre as formas de governo sobre o sujeito e a produção de uma biopolítica sobre o corpo. No entanto, não se trata de biopolítica pela qual a norma moral ou jurídica se impõe ao corpo, em nome de comportamentos presumivelmente saudáveis, por exemplo, para prevenir infecções sexualmente transmissíveis ou, tratando-se da ordem pública, para afastar as condutas “desviantes”.

Em Fassin (2003a), a forma particular de governar os sujeitos é uma política na qual o corpo “produz os direitos”, seja a título de enfermidade (justificativa de atenção médica), seja do sofrimento (medo diante da exposição sexual de risco ao HIV). Portanto, mais que uma imposição ou um controle exercido pelo biopoder, no sentido entendido por Foucault, quer dizer, uma “disciplina” individual e coletiva das condutas, segundo Fassin (2003a) é preciso ver nessas demandas às instituições a colocação prática de uma *biolegitimidade*, tal como se propõem a qualificar esta forma de reconhecimento social da vida como bem supremo:

Expor o seu corpo, pelo relato de si mesmo (a modalidade mais ordinária da justificação das ajudas sociais), ou perante o olhar dos outros (procedimento habitual de certificação de enfermidade para um estrangeiro que solicita uma regularização por motivos médicos ou provas de sequelas de tortura para a solicitação de asilo político); julgar a vida, contando-a (na forma escrita de súplica dirigida a uma administração ou através da expressão oral da aplicação diante de um trabalhador/assistente social) e até mesmo arriscando (em greves de fome de pessoas em situação irregular ou tentativas de entrada de clandestinos em território estrangeiro); muitos são as manifestações locais do crescente império de biolegitimidade que também está presente em cenas internacionais onde a razão humanitária a coloca em prática em todas as áreas de conflito. A exposição de si seja no exercício narrativo ou revelação física (o que não exclui a outra), pertence às figuras contemporâneas do governo e, particularmente, quando exposto o seu próprio corpo, às figuras

contemporâneas do governo dos dominados (FASSIN, 2003a, p. 53; *tradução nossa*)²².

É a partir da análise desses grupos e de suas relações com as políticas públicas e os modos sociais e morais de compreensão da questão do sofrimento que Fassin se encontra, finalmente, com o que ele nomeou como “o império do trauma” (WEINTRAUB & VASCONCELOS, 2013). A noção de “trauma” torna-se historicamente fundamental na compreensão das relações sociais, das políticas de saúde, contenção de catástrofes e da justificativa da *razão humanitária* como forma moral cada vez mais em jogo nas relações institucionais e de poder.

Para Fassin, a razão humanitária, a noção de trauma, possui valor moral para a reorganização de problemas sociais, políticos e econômicos em situações de grande impacto, a exemplo da epidemia de HIV e Aids (WEINTRAUB & VASCONCELOS, 2013). Agregam-se à razão humanitária as políticas nacionais e internacionais, a intervenção bélica, além do fortalecimento da noção de sofrimento no seu modo individual e coletivo. Assim, problematiza-se o sofrimento e o seu interlocutor, a compaixão, para então chegar às noções de trauma e governo humanitário como operadores coletivos.

Diante dos conceitos abordados, problematizar as novas tecnologias biomédicas de prevenção ao HIV e Aids, notadamente a PEP e a PrEP, na problemática biopolítica suscita duas questões principais: (a) a ênfase na medicalização da sexualidade e o distanciamento das perspectivas políticas, sociais e de direitos com relação à epidemia de Aids, e (b) políticas públicas para o exercício da autonomia do sujeito na produção do autocuidado e da própria sexualidade.

Na primeira questão, a ênfase na medicalização, sinaliza-se que as mudanças ocorridas nos últimos anos em relação às políticas públicas de prevenção no Brasil, como a ideia de fim da epidemia de Aids, a ênfase nas novas tecnologias biomédicas e o abandono de estratégias

²² Trecho original: *Exponer su cuerpo, por el relato de sí mismo (la modalidad más ordinaria de la justificación de las ayudas sociales) pero también a veces a la vista de los otros (procedimiento habitual de certificación de enfermedad para un extranjero que solicita una regularización por motivos médicos o pruebas de secuelas de tortura para una solicitud de asilo); jugarse la vida, contándola (bajo la forma escrita de La súplica dirigida a una administración o a través de la expresión oral de la solicitud ante un trabajador social) e inclusive arriesgándola (en huelgas de hambre de indocumentados o en tentativas de ingreso clandestino en un territorio extranjero); tantas son las manifestaciones locales del imperio creciente de una bio-legitimidad que se encuentra también presente en las escenas internacionales donde La razón humanitaria la pone en práctica en todos los terrenos de los conflictos³. La exposición de sí mismo, ya sea mostrando un ejercicio narrativo o de una revelación física (lo uno no excluye lo otro), pertenece a las figuras contemporáneas del gobierno –y particularmente cuando se expone su propio cuerpo, a las figuras contemporáneas del gobierno de los dominados (FASSIN, 2013a, p. 53).*

políticas, sociais e relativas à sexualidade, remetem para um eventual processo de medicalização da sexualidade.

Para Foucault (2014b), o fenômeno da medicalização está relacionado ao desenvolvimento das “tecnologias de poder” a partir do século XIX, com a crescente importância que a sexualidade assume na Medicina e no discurso científico. Knauth e Machado (2013) ampliam esse debate, argumentando que a medicalização da sexualidade aponta para a emergência de outros elementos e atores sociais que coproduzem este cenário, como a indústria farmacêutica, a produção do conhecimento científico, o desenvolvimento das tecnologias médicas, a mídia e o sistema jurídico.

Os discursos atuais sobre o fim da epidemia de Aids remetem ao argumento da razão humanitária de Fassin (2003a). Sob a ideia fim iminente da epidemia, justifica-se a expansão em larga escala de um modelo biomédico, baseado na cientificidade, em cálculos matemáticos e estatísticos. Por outro lado, como já mencionado anteriormente, esquece-se que a Aids é perpassada por atravessamentos de caráter político, social, econômico e cultural. Além disso, os discursos sobre o fim da epidemia são feitos para serem aplicados em escala mundial. Ignora-se, portanto, as particularidades dos contextos locais.

Sobre a segunda questão, a atenção é voltada à individualidade e ao cuidado de si. O cuidado de si de Foucault (2014b) incita a pensar na preservação da autonomia do sujeito para decidir como administrar o autocuidado. A garantia do cuidado de si remete à responsabilidade individual no cuidado e na administração do corpo, da sexualidade e da saúde sexual.

A partir dos referenciais teóricos de Michel Foucault e Didier Fassin, empenhou-se uma tentativa de articular as áreas da Biopolítica e Políticas Públicas. Além disso, a problemática teórica da biopolítica contribui para o debate sobre a implementação da PEP e de novas tecnologias biomédicas de prevenção ao HIV e Aids. As novas tecnologias biomédicas de prevenção ao HIV e Aids, consideradas como “avanços” sob o ponto de vista científico-tecnológico, também desempenham um papel de controle e produção de poder sobre o corpo, a sexualidade e subjetividades – governamentalidade biomédica. A biopolítica, assim, ajuda a compreender como populações são afetadas pelo exercício da governamentalidade biomédica e influência sobre o cuidado de si e os direitos sexuais das populações.

4 O DESENHO DE ESTUDO

Este estudo tem como principal objetivo investigar como os profissionais de saúde implementam a estratégia da PEP no cotidiano de um serviço público de saúde. Com base numa abordagem qualitativa, fez-se uso das técnicas da observação de cunho etnográfico e de entrevistas em profundidade. Neste capítulo, apresenta-se a metodologia utilizada, expondo a abordagem e as técnicas de coleta de dados, bem como sua análise.

4.1 A ABORDAGEM QUALITATIVA

O presente estudo está baseado numa abordagem qualitativa. A escolha pela abordagem qualitativa se deu em razão da possibilidade de problematizar os contextos sociais, políticos, econômicos e culturais ao realizar a coleta e interpretação dos dados (GOODIN & TILLY, 2006; YANOW, 2007; BRITTEN, 2006; KNAUTH, 2010).

Goodin e Tilly (2006) observam que, para cada grande questão suscitada numa análise qualitativa, respondemos com frequência: “depende”. Isso significa que o encontro de respostas válidas na pesquisa qualitativa depende do contexto em que estas ocorrem e, também, dos processos políticos em estudo. Para Goodin e Tilly (2006) as respostas válidas dependem integralmente do contexto, no que diz respeito às compreensões embutidas nas perguntas, nas evidências disponíveis para responder às perguntas e no funcionamento real dos processos políticos.

Com isso, na busca pela compreensão do processo de implementação da tecnologia da PEP no contexto de profissionais de saúde, com base nas ações, percepções e interações entre os profissionais e destes com os usuários do serviço, a abordagem qualitativa foi a melhor forma encontrada a fim de produzir respostas válidas ao problema de pesquisa suscitado neste estudo.

4.2 TÉCNICAS DE PESQUISA

Por meio da “triangulação de técnicas” (SILVERMAN & MARVASTI, 2008), pretende-se alcançar os objetivos propostos, bem como conferir mais segurança na análise da problemática. As técnicas de pesquisa utilizadas foram: a da observação de cunho etnográfico (FASSIN, 2003b, YANOW, 2007; MAGNANI, 2009; KNAUTH, 2010) e de entrevistas em profundidade (BRITTEN, 2006; KNAUTH & LEAL, 2014).

Os roteiros de observação e de entrevistas, todos previamente testados, foram derivados do projeto maior no qual o presente estudo está inserido (GRANGEIRO et al, 2012) (Apêndice A, Anexos D e E). As subseções seguintes descrevem a justificativa para a escolha de cada técnica de pesquisa.

4.2.1 A Observação de Cunho Etnográfico

A adoção da técnica da observação de cunho etnográfico tem por finalidade desenvolver um olhar compartilhado e sensível sobre os contextos investigados, a partir da observação da rotina, as interações, as dinâmicas e as configurações diárias entre os sujeitos observados (YANOW, 2007; KNAUTH, 2010; MAGNANI, 2009).

Segundo Didier Fassin (2013) a observação etnográfica é interessante por diversos motivos. Primeiro, ela cruza fronteiras disciplinares e diz respeito à Sociologia e à Antropologia, bem como, potencialmente, outros domínios. Em segundo lugar, no que diz respeito ao trabalho de campo, apresenta certas características ligadas à prática da observação participante que definem questões como o acesso direto aos fatos sociais e as relações ambíguas com os estudados, o que coloca problemas específicos quando tornados públicos. Terceiro, envolvendo a escrita, implica formas de descrição e argumentação que levam a discutir as fronteiras de seus múltiplos gêneros com a literatura ou a articulação com abordagens mais abstratas desenvolvidas sobre os mesmos temas nas Ciências Sociais. Em quarto lugar, expondo o etnógrafo, aquele que realiza a etnografia, tem consequências não só em termos de transformação de sua imagem e lugar no campo científico, mas também no longo prazo em termos de modificação da representação pública do próprio campo. Para Fassin (2013), devido a esse conjunto de singularidades, o esforço do etnógrafo levanta questões bastante específicas e muito gerais.

A abertura da etnografia a um público mais amplo sem perder seus refinamentos e complicações era, portanto, uma tarefa delicada. Implicava associar histórias com desenvolvimentos analíticos e ligar a teoria com materiais empíricos. Incluía também escolhas mais legíveis de legibilidade, como evitar o usual aparato acadêmico de citações, que eu inteiramente troquei para as notas finais, e os títulos intermediários no texto, o que arriscava dar-lhe uma direção muito explicitamente didática. Mas meu principal esforço foi dedicado a explorar uma maneira de escrever que John Van Maanen (1988) chama de ‘conto crítico’, inscrevendo a descrição de cenas e situações na estrutura social e no contexto histórico – que é

provavelmente o terreno onde os dois projetos da etnografia pública e politizada se cruzam (FASSIN, 2013, p. 628; *tradução nossa*)²³.

A expressão *etnografia pública* refere-se à ideia de trazer os achados a múltiplos públicos, isto é, de fora dos círculos acadêmicos – os achados de uma etnografia analisada à luz do pensamento crítico, para que esses achados possam ser apreendidos, debatidos e contestados (FASSIN, 2013). Para o autor, uma conversa entre o etnógrafo e seu público gera uma circulação de conhecimento, reflexão e ação susceptíveis de contribuir para uma transformação da forma como o mundo é representado e experimentado.

A observação de cunho etnográfico foi realizada em dois momentos: o primeiro, em agosto de 2015, e o segundo entre novembro de 2015 e março de 2016. Inicialmente, acompanhou-se a rotina dos serviços, com a finalidade de conhecer o cotidiano dos profissionais e mapear os espaços nos quais foram realizadas as observações e entrevistas. A partir dessa etapa, observou-se a rotina do serviço diariamente, as ações dos profissionais na implementação da PEP, incluindo a recepção de usuários em exposição sexual consensual de risco, avaliações clínicas, sessões de aconselhamento, reuniões de trabalho e interações entre os profissionais.

Todo o processo de observação de cunho etnográfico foi baseado no roteiro de observação pré-definido (Apêndice A), e foram registradas em diário de campo. Foram privilegiadas informações sobre a organização e processos de trabalho, as práticas profissionais, os processos de decisão dos profissionais relativos ao tratamento profilático e à escolha de métodos preventivos.

4.2.2 As Entrevistas em Profundidade

A técnica de entrevista em profundidade explora, a partir das falas dos sujeitos da pesquisa, valores, crenças e percepções sobre as práticas dos profissionais. A entrevista em profundidade também visa esclarecer possíveis lacunas na observação, além de fornecer

²³ Trecho original: *Opening ethnography to a wider audience without losing its refinements and complications was thus a delicate task. It implied associating stories with analytical developments and linking theory with empirical materials. It also included more technical legibility choices, such as avoiding the usual academic apparatus of citations, which I entirely shifted to endnotes, and the intermediary titles in the text, which risked giving it a too explicitly didactic turn. But my principal effort was devoted to exploring a way of writing that John Van Maanen (1988) calls a “critical tale,” inscribing the description of scenes and situations in the social structure and the historical context—which is probably the terrain where the two projects of popularizing and politicizing ethnography intersect* (FASSIN, 2013, p. 628).

elementos para contextualizar as falas observadas dos atores no âmbito da implementação (BRITTEN, 2006; FONTANELLA et al., 2008; KNAUTH & LEAL, 2014).

Totalizaram-se 15 entrevistas em profundidade com os profissionais de saúde, envolvendo os responsáveis diretos pela recepção, triagem, atendimentos clínicos e gerente da unidade. Os profissionais entrevistados possuem as seguintes formações: Medicina (com especialidade em Infectologia, Dermatologia, Neurologia, Obstetrícia e Pneumologia), Enfermagem, Farmácia, Serviço Social, Psicologia, Administração, além de estagiários e residentes em Saúde Coletiva²⁴.

Os roteiros de entrevistas foram previamente testados, sendo derivados do projeto maior (GRANGEIRO et al., 2012) (Apêndice A, Anexos D e E). Os roteiros de entrevistas exploraram: a formação e a experiência profissional, o papel desempenhado pelo profissional no serviço de saúde em questão, a percepção do profissional sobre a área de HIV e Aids, a concepção de prevenção e das estratégias biomédicas, a percepção do profissional sobre o processo de introdução da PEP no serviço de saúde, a percepção do profissional sobre o contexto de implementação da PEP, a percepção dos profissionais sobre o direito do usuário de fazer uso de PEP e sobre como se dá a interação entre os profissionais e os usuários na oferta da tecnologia.

As entrevistas foram realizadas em ambiente privativo de escolha ou indicação dos entrevistados sendo garantida a confidencialidade do conteúdo das mesmas e da identificação dos profissionais entrevistados. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas, com uso do *software NVivo 10*.

4.3 O UNIVERSO EMPÍRICO

A pesquisa foi realizada na Assistência Especializada em IST/HIV/Aids do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVC), que compreende dois serviços específicos: Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e o Centro de Orientação e Apoio Sorológico Paulo César Bonfim (COAS). No estabelecimento de saúde estudado, o SAE e o CTA possuem a particularidade de serem dois serviços fisicamente separados, porém, sob a mesma gerência, o

²⁴A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva constitui-se como educação em serviço destinada às categorias profissionais de interesse ao campo da análise de políticas e sistemas de saúde, assim como às subáreas ou núcleos de conhecimentos disciplinares da saúde coletiva. Conta com um programa de cooperação interinstitucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com os órgãos de gestão, atenção e controle social do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre e Região Metropolitana. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/educasaude/residencias/>>. Acesso em 31 de março de 2017.

que implica numa interação constante entre os profissionais, compartilhamento de tarefas, entre outras atribuições. Cuida-se aqui de abordar brevemente sobre a configuração institucional dos SAE e dos CTA.

No Brasil, os ambulatórios de assistência especializada em HIV e Aids são serviços de saúde que realizam ações de prevenção, assistência e tratamento ao HIV e Aids (BRASIL, 2016). Os ambulatórios de assistência especializada podem ser, em todo o país, administrados de diferentes formas: por municípios, estados, governo federal, universidades, organizações filantrópicas e não governamentais conveniadas ao SUS. Em Porto Alegre, a configuração institucional é a dos serviços de assistência especializada em IST, HIV/Aids.

No município de Porto Alegre há seis estabelecimentos de saúde, com unidades de assistência especializada em IST/HIV/Aids, de acordo com informações da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMSPOA) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)²⁵. O município conta com os seguintes serviços especializados de gestão municipal: o SAE Santa Marta, o SAE IAPI e o SAE Vila dos Comerciantes. Conta com serviços de hospitais conveniados, a saber, o Hospital especializado Sanatório Partenon (HSP). O serviço especializado do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e o Hospital Nossa Senhora da Conceição (GHC). O município ainda conta com dois centros de testagem para HIV: o CTA/COAS Paulo César Bom Fim²⁷, localizado no CSVC, e o Centro de Testagem e Aconselhamento Caio Fernando Abreu, localizado no HSP²⁸.

Os CTA, por sua vez, são serviços de saúde que realizam ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2016a). Nesses serviços, é possível realizar testes para HIV, Sífilis e Hepatites B e C, gratuitamente. O atendimento nestes Centros deve ser inteiramente sigiloso, além de oferecer ao usuário o acompanhamento por uma equipe de profissionais multidisciplinar. Quando o resultado de algum exame do usuário é positivo para o HIV, o CTA possui a responsabilidade de encaminhar o usuário para tratamento nos serviços de referência.

²⁵MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=703>. Acesso em 03 de julho de 2016.

²⁶BRASIL/DATASUS/CNES. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=106&VListar=1&VEstado=43&VMun=431490&VComp=&VTerc=&VServico=&VClassificacao=&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus=>>. Acesso em 03 de julho de 2016.

²⁷BRASIL/DATASUS/CNES. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=4314902237709&VListar=1&VEstado=43&VMun=431490&VZera=1>. Acesso em 03 de julho de 2016.

²⁸MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/smj/default.php?p_secao=106>. Acesso em 03 de julho de 2016.

Além disso, o usuário que busca o CTA pode optar em receber uma sessão de aconselhamento, que pode ser individual ou coletiva, a depender da organização de cada serviço. O aconselhamento é uma ação de prevenção que tem como objetivos oferecer apoio emocional ao usuário, esclarecer informações e dúvidas sobre IST e HIV e Aids e, também, com relação à prevenção (BRASIL, 2016a).

Em resumo, no SUS, os serviços SAE e CTA têm o objetivo de prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe multiprofissional composta, em termos gerais, por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros. Algumas das atividades desenvolvidas por esses serviços costumam ser compartilhadas entre SAE e CTA, como cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; atendimentos em infectologia, ginecologia, pediatria e odontologia; controle e distribuição de antirretrovirais; orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento; distribuição de insumos de prevenção; atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de IST e AIDS.

A oferta da PEP está preconizada pelo Ministério da Saúde para os ambulatórios especializados, além dos serviços de emergência e de pronto atendimento capacitados (BRASIL, 2015b). No presente estudo, foi selecionado um centro especializado da Rede Municipal de IST e Aids, em Porto Alegre, que é considerado de referência no município, pelo volume de pacientes que atende e pelo seu longo tempo de existência. A escolha desse serviço ocorreu previamente no âmbito do estudo coordenado pelo pesquisador Alexandre Grangeiro, em acordo firmado entre a coordenação da pesquisa e a Área Técnica de IST/Aids e Hepatites do município de Porto Alegre.

4.4 A INCLUSÃO DOS ATORES NO ESTUDO

Segundo o observado bem como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), as equipes do SAE e o CTA estudadas são formadas por profissionais como médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, assistentes administrativos, estagiários e alunos residentes em Saúde Coletiva. Foram incluídos no estudo todos os profissionais do serviço que aceitaram participar (manifestando o consentimento em participar do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE).

4.5 A ANÁLISE DE DADOS

A partir do material empírico e das entrevistas em profundidade e dos diários de campo buscou-se desenvolver uma interpretação do material a partir da síntese entre os resultados obtidos a partir da análise do material coletado, das inferências realizadas e da perspectiva teórica adotada. Com base na proposta de Romeu Gomes (1993), foram percorridos os seguintes passos:

1. *Leitura compreensiva* do material empírico;
2. *Exploração e identificação* dos eixos analíticos, a partir das falas dos sujeitos nas entrevistas em profundidade;
3. *Exploração e identificação* dos eixos analíticos nos registros de diário de campo: a interação entre profissionais e usuários, com a análise dos elementos estruturantes das ações observadas, buscando compreender e contextualizar os aspectos simbólicos dessas ações;
4. *Problematização* das ideias explícitas e implícitas nas falas;
5. *Diálogo* com o referencial teórico-metodológico, notadamente a literatura sobre implementação de políticas públicas e os estudos das Ciências Humanas, das Ciências Sociais e das ciências sociais aplicadas;
6. *Elaboração* de uma *síntese interpretativa* entre o objeto de estudo, o referencial teórico e o material empírico coletado.

O *software NVivo* foi utilizado como uma ferramenta para auxiliar na análise de dados (dos diários de campo, das entrevistas transcritas e dos áudios).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho, com enfoque na organização dos serviços de saúde, abordou o trabalho dos profissionais na implementação da estratégia da PEP. Foram observadas as ações e as falas dos profissionais em seu cotidiano de trabalho. Esta investigação foi realizada em observância aos princípios bioéticos de respeito à autonomia, da não-maleficência ao participante do estudo, da equidade e da justiça, presentes na Resolução número 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 12 de dezembro de 2012 do (MS/RES. 466/2012).

Conforme mencionado anteriormente, este projeto de pesquisa teve sua origem em outro projeto de investigação (GRANGEIRO et al., 2012), que foi apreciado e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAAE 34145314.5.1001.0065) (Anexo A) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CAAE 34145314.5.3001.5338) (Anexo B). O presente projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pela Comissão de Pesquisa do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UFRGS (Anexo C) e sua execução foi autorizada pela coordenação do serviço de saúde – SAE e CTA do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (Anexo D).

Importante salientar que a execução deste estudo envolveu a participação de profissionais de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Serviço Social, Psicologia, Administração, estagiários e residentes em Saúde Coletiva, escolhidos conforme o envolvimento com a oferta e a interação com a PEP no serviço. O profissional do SAE e do CTA do CSVC, participante do estudo, foi devidamente informado a respeito do propósito da pesquisa, da finalidade das informações concedidas, da ausência de custos financeiros ou de gratificação na participação do profissional, da confidencialidade dos dados, da ausência de risco à saúde por meio da participação, da devolutiva de dados quando solicitada pelo participante, e da possibilidade de, a qualquer momento, poder desistir da participação no estudo.

Os profissionais participantes foram convidados a participar do estudo manifestaram o consentimento por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo F). O TCLE foi apresentado em duas vias antes do início da coleta e explicado a cada profissional. Com o consentimento do participante, duas vias eram assinadas pelo sujeito pesquisado e pelo pesquisador, ficando uma cópia com o participante e uma via com o pesquisador. Solicitou-se autorização para gravar a entrevista (Anexo G). Os áudios estão armazenados em HD externo e serão destruídos após 5 anos da conclusão deste estudo.

Optou-se por não identificar características como a idade de cada profissional, o gênero e a cor de pele. Essa escolha decorre da preocupação com a não identificação dos profissionais participantes do estudo, preservando seu anonimato e a confidencialidade das informações fornecidas.

O presente estudo não gerou riscos à saúde dos profissionais envolvidos, nem à saúde dos usuários que, eventualmente, participaram indiretamente da pesquisa. Sobre a participação indireta dos usuários neste estudo, no intuito de investigar a interação dos profissionais com o usuário, as consultas clínicas foram objeto de observação. No cotidiano do serviço, observaram-se as consultas de usuários que buscam a PEP. As consultas envolvem

o aconselhamento pré e pós-teste e a realização do teste rápido para HIV e para Sífilis. Solicitou-se a autorização prévia dos profissionais de saúde para observar as consultas e avaliações, o que foi aceito. Nesse caso, antes do início da observação, o pesquisador responsável deu conhecimento a cada usuário sobre a pesquisa em curso, e solicitou o consentimento do usuário, mediante TCLE voltado à observação e gravação da consulta clínica (Anexo H). Foi devidamente esclarecido ao usuário que, caso este desejasse, poderia solicitar uma cópia do áudio da sua consulta clínica. Nenhum dos usuários fez tal solicitação ao longo da pesquisa.

Na consulta, observou-se a relação entre profissional de saúde e paciente, o que envolveu também tomar ciência de elementos que dizem respeito à saúde sexual do usuário. Dessa forma, os dados coletados das observações das consultas contêm informações de caráter pessoal sobre os usuários e, portanto, todas as informações foram mantidas em sigilo. O dado que interessou observar foi a interação profissional-paciente e não aquilo que é específico de cada usuário.

5 A IMPLEMENTAÇÃO NA LINHA DE FRENTE

O presente capítulo reúne os resultados obtidos a partir da análise dos dados coletados em agosto de 2015 e de novembro de 2015 a março de 2016, na Assistência Especializada em IST/HIV/Aids do Centro de Saúde Vila dos Comerciários em Porto Alegre. Investigou-se como a tecnologia de prevenção da PEP é implementada pelos profissionais da Assistência Especializada em IST, HIV/Aids do Centro de Saúde Vila dos Comerciários em Porto Alegre, conhecido popularmente como Postão da Cruzeiro. Reconhecendo o limite temporal desta pesquisa, buscou-se discutir alguns fatores específicos do processo de implementação.

O Projeto Combina! iniciou sua coleta de dados no ano de 2015 no município de Porto Alegre, no intuito de executar o componente qualitativo do estudo Combina. Perseguindo o objetivo principal do estudo maior – de investigar a efetividade do uso combinado de novos métodos biomédicos, PEP e PrEP – entrevistaram-se profissionais, usuários em situação de exposição sexual consensual e se observou o cotidiano dos serviços de saúde. Após o encerramento da etapa qualitativa do Combina, acordou-se com a coordenação do serviço e do estudo Combina! que a coleta de dados continuaria, a fim de produzir este trabalho. Assim, os dados aqui analisados referem-se ao período de agosto de 2015 e março de 2016.

Antes de tudo, ressalta-se que esta análise não possui o condão de culpabilizar os agentes públicos em razão das práticas ou expressões de pensamento. Como já sinalizado, entende-se que a realidade dos serviços públicos estudados está inserida num contexto maior, o qual influi sobre as experiências dos trabalhadores. Trata-se, portanto, de uma análise que tem como o principal intuito de compreender o processo de implementação de uma tecnologia no âmbito dos serviços públicos de saúde de Porto Alegre e contribuir ao debate sobre a realidade das novas tecnologias biomédicas de prevenção ao HIV e Aids no contexto da administração pública em saúde.

5.1 FATORES OBSERVADOS

Nesta seção, serão apresentados os fatores identificados na literatura de implementação observados no processo de implementação da PEP. Tais fatores foram reunidos em quatro categorias, a fim de facilitar a compreensão e discussão dos mesmos, conforme explicado no capítulo 3 – Marco Teórico. As quatro categorias analisadas são as seguintes: contexto de implementação, fatores institucionais organizacionais, fatores individuais e relacionais e, finalmente, discricionariedade administrativa. Não é possível, no

âmbito desta dissertação, analisar a implementação a partir de todos os fatores antes mencionados pela literatura. Diante disso, elegeu-se de cada uma das quatro classes de fatores, antes mencionadas, um conjunto menor de fatores, suficiente ao objetivo da proposta deste trabalho, que serão enfocados nesta análise.

O primeiro enfoque diz respeito ao *contexto da implementação*, com a discussão sobre questões de natureza histórica, política, social, econômica e cultural, que perpassam o cotidiano dos moradores no entorno do Postão, e que podem, de alguma forma, influenciar os processos de trabalho dos profissionais no serviço em estudo.

O segundo enfoque se dá sobre os *fatores institucionais e organizacionais*, buscando desenvolver os seguintes elementos: a relação entre o plano normativo da PEP (BRASIL, 2015b) e as tarefas executadas pelos profissionais, o conhecimento e a disponibilidade de informações sobre PEP, os recursos disponíveis e a cultura organizacional.

O terceiro enfoque recaiu sobre os *fatores individuais e relacionais*, isto é, sobre as percepções e interações entre os profissionais na implementação da PEP. Nesse caso, atenta-se para questões de ordem subjetiva, como percepções, crenças e valores dos profissionais sobre a PEP, e a relação com as interações cotidianas no ambiente. Apresentamos de forma sintética no Quadro 1 os fatores identificados na literatura sobre a implementação e aqueles que serão o foco desta pesquisa.

O quarto enfoque foi sobre a *discricionariedade administrativa*, compreendida como a margem de liberdade de ação no âmbito da administração pública, dentro dos limites permitidos pelas normas jurídicas (MELLO, 2007). Trata-se de um poder que o Direito faculta à Administração Pública, de modo explícito ou implícito, para o exercício de atos administrativos. A prática da discricionariedade permite ao trabalhador da linha de frente das políticas públicas uma margem de liberdade de atuação segundo os critérios de conveniência, oportunidade e justiça da administração pública.

Quadro 1: Categorias de fatores apontados pela literatura de implementação de políticas públicas e fatores observados no processo de implementação da PEP no contexto estudado

CATEGORIAS	FATORES APONTADOS PELA LITERATURA	ENFOQUE NA ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA PEP
<i>Contexto de implementação</i>	As realidades que compõem a implementação	Influência do contexto social, político, cultural e econômico no processo de implementação da estratégia da PEP
<i>Fatores institucionais organizacionais</i>	Plano normativo [da PEP]	Observância do Protocolo de PEP pelos profissionais (BRASIL, PCDT-PEP, 2017b)

CATEGORIAS	FATORES APONTADOS PELA LITERATURA	ENFOQUE NA ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA PEP
	Conhecimento do plano normativo	Conhecimento dos profissionais sobre o Protocolo de PEP (BRASIL, PCDT-PEP, 2017b) e outras diretrizes relacionadas à tecnologia
	Tarefas executadas pelos profissionais	Tarefas e demais ações realizadas pelos profissionais na implementação da PEP
	Personalidade burocrática	
	Interesses dos beneficiários das políticas públicas ou das instituições implementadoras	
	Cultura organizacional	Costumes e padrões de atuação gerados pelo tempo de atual no serviço público de saúde
	Capacidade administrativa e recursos disponíveis	Capacidade administrativa do serviço para implementar a PEP e os recursos humanos disponíveis
<i>Fatores individuais e relacionais</i>	Percepções, crenças, ideias, atitudes, comportamentos, ideologias	Percepções dos profissionais e crenças dos profissionais em relação à PEP
	Interações, expectativas geradas entre os profissionais	Interações entre os profissionais no cotidiano do serviço público
	Experiências profissionais anteriores	
<i>Discrecionabilidade Administrativa</i>	A liberdade de atuação dentro dos limites permitidos pelas normas de direito e da administração pública	A discrecionabilidade administrativa <i>versus</i> a liberdade de atuação dos profissionais de saúde

Fonte: Quadro elaborado pelo autor

5.2 O CONTEXTO LOCAL

A descrição remete ao período de realização da coleta de dados, isto é, entre agosto de 2015 e março de 2016. Descreve-se o “Postão da Cruzeiro”, aqui tratado simplesmente por “Postão”. Entende-se a paisagem como a expressão visual e materializada das relações entre os indivíduos e a natureza num determinado espaço geográfico, conjugando elementos naturais, tecnificados, históricos, socioeconômicos e culturais (SANTOS, 1997; SUERTEGARAY, 2001).

O Postão está localizado na região da cidade conhecida como Cruzeiro, formada pelos bairros Cristal, Medianeira e Santa Tereza, no município de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul. A Cruzeiro não é um bairro oficial da cidade. Segundo o Censo

Demográfico do IBGE de 2010, a Região Cruzeiro possui 65.408 habitantes (4,64% da população total de Porto Alegre), uma área de 6,82 km² (1,43% da área total do município) (PORTO ALEGRE, 2017)²⁹. A Cruzeiro é um Distrito de Saúde, que integra a uma gerência distrital no âmbito da saúde, a Gerência Glória-Cruzeiro-Cristal. O território do Distrito Cruzeiro está sinalizado em mapa da própria Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, através do Google Maps, ilustrado aqui nas Figuras 1 e 2.

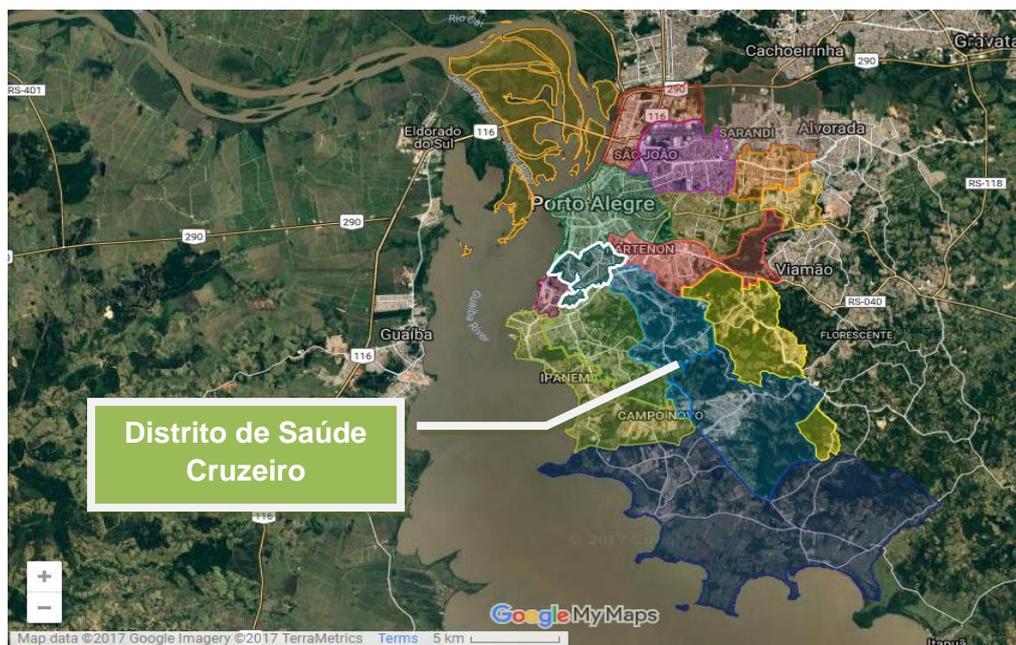


Figura 1: Mapa dos Distritos de Saúde de Porto Alegre, RS, com destaque para o Distrito Cruzeiro. Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2017. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=985. Acesso em 16 de novembro de 2017.

O Postão está precisamente localizado Avenida Moab Caldas, no bairro Santa Tereza, o qual possui uma história de luta por saúde pública protagonizada pela comunidade da Vila dos Comerciantes³⁰. O entorno do Postão é composto por alguns prédios públicos, como a Escola Estadual de Ensino Fundamental Alberto Bins e a Escola Municipal de Educação Infantil Vila Tronco em Porto Alegre, além da sede do Conselho Tutelar.

²⁹ Segundo a Gerência do Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal, em Porto Alegre, o território conta com 149.168 habitantes, o que equivale a 10,58% da população de Porto Alegre.

³⁰ *Comunidade da Vila dos Comerciantes* ou *Comunidade da Cruzeiro* são algumas expressões aqui utilizadas para fazer referência à Região da Cruzeiro.

Social) e que havia fechado a emergência pediátrica. A população e os trabalhadores do “Postão”, como era conhecido o PAM-3, uniram suas forças e ocuparam o prédio, exigindo das autoridades (federais, estaduais e municipais) a reabertura da emergência, propondo, já num “formato SUS”, que o município assumisse a gestão do serviço, caracterizando-se, assim, a primeira ação de municipalização na cidade, antes mesmo da efetiva regulamentação do SUS (ALENCAR, 2012, p. 224-225).

A ocupação do Postão foi a primeira ação de municipalização da saúde na cidade, antes mesmo da efetiva criação do SUS. Trata-se de um marco na luta por melhores condições na prestação de serviços de saúde pelo Estado e na garantia do controle social da saúde em Porto Alegre. Na atualidade, o prédio que foi antes ocupado em um ato político pelos moradores do Santa Tereza ainda é o mesmo. O prédio do Postão ocupa toda uma quadra e é protegido por uma murada de concreto, possui paredes externas revestidas de azulejos em cor verde e cinza, além de grandes janelas, em estado de ferrugem bem avançado (Figura 3).



Figura 3: Centro de Saúde Vila dos Comerciários. Fonte: fotografia de Jonathan Heckler/PMPA, dezembro de 2009.

A Avenida Moab Caldas, acesso principal ao Postão, estava em obras durante a coleta de dados. Essa Avenida está interligada a outras duas, num processo de duplicação que foi iniciado em 2012, no âmbito de um projeto de melhoria de circulação para a Copa do Mundo de 2014³¹ (PORTO ALEGRE, 2017). O megaevento ocorreu e a obra, ao término do período de campo, continuava inconclusa (Figuras 4 e 5).

³¹As obras de melhoria da infraestrutura urbana de Porto Alegre, em função da Copa do Mundo, geraram mudanças importantes no município, implicando a remoção de famílias ao longo da chamada Avenida Moab

O processo de duplicação da Avenida Moab Caldas tem implicado na desapropriação de várias famílias que residem ao longo da avenida. Em 2012, iniciou-se o processo de desapropriação de posseiros e a indenização de proprietários residentes nos trechos de duplicação. No entanto, verificou-se durante o trabalho de campo, que muitas famílias permaneciam ao longo do trecho duplicado, em meio aos escombros de residências já demolidas e de outras parcialmente destruídas.



Figura 4: Avenida Moab Caldas, com residências destruídas e outras parcialmente destruídas, em função das obras de duplicação para a Copa do Mundo de 2014. Fonte: Fotografia do Autor, 2015.



Figura 5: Avenida Moab Caldas. Fonte: Fotografia do Autor, 2015.

Caldas. O custo da obra foi estimado em 124 milhões de reais (PORTO ALEGRE, 2017). Obras de Mobilidade Urbana. Disponível em: <<http://www.obrasdemobilidadeurbana.com.br/obras/duplicacao-da-avenida-tronco/80>>. Acesso em 13 de fevereiro de 2017.

A apatia das cores do prédio do Centro de Saúde e o cenário de destruição da Avenida Moab Caldas contrastam com alguns painéis pintados nas paredes externas do estabelecimento.

O primeiro painel artístico pintado no prédio do Centro de Saúde (Figura 6) se encontra na Rua Manoel Lobato ao lado da entrada da Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS). A arte representa a imagem de Nelson Mandela, advogado sul-africano e principal representante do movimento *antiapartheid* na África do Sul na década de 1990 e, também, a imagem de João Cândido, marinheiro brasileiro que, em 1910, assumiu o comando geral da Revolta da Chibata, pleiteando a abolição de maus-tratos e castigos corporais na Marinha de Guerra brasileira.



Figura 6: Painel artístico na Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul. Fonte: Fotografia de Priscila Farfan, 2015.

O segundo painel artístico está localizado na rampa de acesso ao estabelecimento e exprime uma selva, composta por diversos animais como girafa, gorila, macaco, leão, aves sobrevoando, entre outros, além de mostrar árvores, pasto e arbustos em abundância (Figura

7). Na arte, uma mulher negra, usando um vestido vermelho e um turbante da mesma cor na cabeça, está em harmonia com os animais no seu entorno.



Figura 7: Painel de autoria do “Projeto Selva”, pintado na parede da rampa de acesso ao prédio do Centro de Saúde.
Fonte: Fotografia de Priscila Farfan, 2015.

As artes pintadas no Centro de Saúde sugerem aspectos da história da comunidade. Algo sobre o passado de resistência negra na Região Cruzeiro e que poderia estar associada à presença da antiga charqueada na região, um lugar que historicamente foi palco de escravidão do povo negro. A resistência é refletida nas figuras de Mandela e João Cândido, importantes figuras políticas para o movimento negro. Mandela representando a resistência no presente e João Cândido a do passado, duas facetas de um mesmo movimento contínuo e interminável.

A rampa na qual se encontra o painel dá acesso à principal entrada do Postão. Essa entrada costuma apresentar grande movimento de vendedores ambulantes, trabalhadores e usuários do próprio estabelecimento (Figuras 7 e 8).

Entre os sujeitos que compõem a paisagem do Postão, não se percebe um perfil único das pessoas: homens, mulheres, jovens, idosos, negros, brancos, pardos. Porém, é perceptível que as pessoas que costumam frequentar o Postão são, em maioria, de camadas populares e muitos de cor parda ou negra. Também por ocasião do trabalho de campo constatou-se no entorno do Postão um número expressivo de moradores de rua que, inclusive, haviam ocupado um terreno baldio nas proximidades do serviço.



Figura 8: Rampa de acesso ao Centro de Saúde Vila dos Comerciantes. Fonte: Fotografia de Lucas Abati, 2015.

Outro elemento marcante no contexto espacial do Postão é a violência urbana. Conflitos relacionados ao comércio ilegal de drogas e a rivalidade entre facções criminosas têm sido frequentes na região da Cruzeiro³². Durante a coleta de dados, percebia-se que a violência integrava o cotidiano dos moradores locais, dos profissionais que trabalhavam no Postão e, também, dos próprios usuários dos serviços públicos na localidade. Ao longo do trabalho de campo, vivenciaram-se situações que iam do disparo de arma de fogo contra o prédio do serviço de saúde à alteração dos horários de atendimento aos usuários, devido à ação de grupos criminosos, passando pela incineração de ônibus até a morte de pessoas nos arredores do estabelecimento de saúde.

O Observatório da Cidade de Porto Alegre (ObservaPOA), criado em 2005, por meio de um *site* administrado pela Gerência de Informações da Secretaria Municipal de Coordenação Política e Governança Local da Prefeitura Municipal de Porto Alegre,

³² Sobre a violência nos arredores do Postão ver as seguintes reportagens: ZERO HORA. Polícia faz operação na Vila Cruzeiro para combater guerra entre facções de traficantes; Reportagem de Eduardo Torres [16/02/2016]. Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/porto-alegre/noticia/2016/03/policia-faz-operacao-na-vila-cruzeiro-para-combater-guerra-entre-faccoes-de-trafficantes-5112816.html>>. Acesso em 12 de fevereiro de 2017. CORREIO DO POVO. Após novo tiroteio, rodoviários estudam alternativas para manter ônibus na Vila Cruzeiro; Reportagem de Lucas Rivas [16/02/2016]. Disponível em: <<http://www.correiodopovo.com.br/Noticias/Pol%C3%ADcia/2016/2/579595/Apos-novo-tiroteio,-rodoviaros-estudam-alternativas-para-manter-onibus-na-Vila-Cruzeiro>>. Acesso em 12 de fevereiro de 2017. G1. Postos de saúde fecham mais cedo temendo a violência em Porto Alegre; Reportagem de Maria Maurenre [24/02/2016]. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2016/02/postos-de-saude-fecham-mais-cedo-temendo-violencia-em-porto-alegre.html>>. Acesso em 12 de fevereiro de 2017.

disponibiliza uma ampla base de informações georeferenciadas sobre o município de Porto Alegre³³. Com o auxílio de técnicos do ObservaPoa, o Atlas de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) dividiu a cidade de Porto Alegre em 335 microáreas homogêneas, considerando as fronteiras das 17 Regiões do Orçamento Participativo (OP)³⁴. A Região Cruzeiro é uma dessas Regiões e contém 20 microáreas denominadas pelo PNUD de Unidades de Desenvolvimento Humano Municipal (UDHM).

Embora a última atualização dos dados disponíveis no ObservaPOA seja de 2013, eles permitem visualizar algumas características relacionadas à violência na Região da Cruzeiro. Segundo dados do ObservaPOA, o percentual de mortes por homicídio de jovens do sexo masculino de 15 a 29 anos, sobre o total das mortes de jovens do mesmo sexo e faixa etária, apresentou um crescimento de 2011 a 2012. Em 2012, o número de mortes por homicídio de jovens do sexo masculino de 15 a 29 anos foi de 24, em relação ao ano de 2011 que foi 15 (OBSERVAPOA, 2017). Além da violência, a expectativa de anos de estudo na Região Cruzeiro também decresceu, sendo 8,82 anos de estudo até atingir os 18 anos de idade, ao passo na região do Centro a expectativa é de 11,58 anos de estudo (OBSERVAPOA, 2017).

Com isso, a paisagem do Postão da Cruzeiro é composta pela reunião de elementos históricos, políticos, sociais, econômicos e culturais. Trata-se de uma região que possui problemas marcadamente relacionados à violência urbana, à pobreza, ao acesso à educação, ao acesso à moradia, entre outras questões. A presença do Estado na região se dá por meio de serviços de educação, saúde, mobilidade urbana e segurança pública – uma presença que não é uma garantia de que os problemas estejam próximos de uma solução. Na ordem do simbólico e do material, a comunidade da Cruzeiro sofre muitos tipos de violações, como a presença inefetiva do Estado.

5.3 FATORES INSTITUCIONAIS E ORGANIZACIONAIS

³³ O Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil engloba o Atlas do Desenvolvimento Humano nos Municípios e o Atlas do Desenvolvimento Humano nas Regiões Metropolitanas. O Atlas é, uma plataforma de consulta ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 5.565 municípios brasileiros, 27 Unidades da Federação (UF), 20 Regiões Metropolitanas (RM) e suas respectivas Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH). O Atlas traz, além do IDHM, mais de 200 indicadores de demografia, educação, renda, trabalho, habitação e vulnerabilidade, com dados extraídos dos Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/o_atlas_/>. Acesso em 15 de abril de 2017.

³⁴ O Orçamento Participativo (OP) é um processo pelo qual a população decide, de forma direta, sobre a aplicação dos recursos em obras e serviços que serão executados pela administração municipal. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/op/default.php?p_secao=15. Acesso em 20 de junho de 2017.

5.3.1 A Assistência Especializada em IST/HIV/Aids do Postão

Hoje, o Centro de Saúde Vila dos Comerciários possui três andares, num espaço de 14.000 m², dividido em 19 áreas. Dentro de cada área estão situados serviços especializados: Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), Ambulatório de Odontologia, Ambulatório de Tisiologia, Serviço de Fonoaudiologia, Assistência Especializada em IST/HIV/AIDS (incluindo o SAE e o CTA)³⁵, Farmácia Distrital, entre outros serviços. O interior do estabelecimento é simples, possui amplos corredores, os quais dão acesso a cada área. A estrutura física em alguns pontos carece de conservação e de restauro.

A Assistência Especializada em IST/HIV/Aids do Centro de Saúde é formada por dois serviços de natureza organizacional diversa: um será chamado simplesmente de SAE e o outro de CTA. O SAE e o CTA estão localizados no mesmo andar, porém em áreas diferentes. Desde a inauguração até o ano de 2012, cada um dos serviços possuía coordenação e estrutura organizacional próprias. Em 2012, SAE e CTA passaram a ser regidos por uma única coordenação.

O SAE foi fundado em 1995, sendo um dos primeiros serviços especializados em HIV/Aids do estado do RS. Hoje, o serviço possuía quinze profissionais com as seguintes formações: Medicina (com especialistas em Infectologia, Dermatologia, Neurologia, Obstetrícia e Pneumologia), Enfermagem, Farmácia, Serviço Social, Psicologia, Administração, além de estagiários e residentes em Saúde Coletiva³⁶. O serviço é voltado à assistência, ao tratamento e ao monitoramento de usuários vivendo com HIV e Aids³⁷, além de atender situações de exposição de risco ao vírus HIV.

O SAE possui uma ampla recepção aos usuários (Figura 9), localizada no próprio corredor, que é acessada de forma irrestrita. A unidade possui dois guichês de atendimento, um para informações e agendamento de consultas e outro para o atendimento farmacêutico. Nas paredes da recepção, cartazes orientam os horários de funcionamento do serviço, os

³⁵ Para fins de facilitar a compreensão sobre a atuação conjunta do SAE e do CTA, optou-se por se referir a esses dois serviços como “Assistência Especializada em HIV/AIDS”.

³⁶ A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva constitui-se como educação em serviço destinada às categorias profissionais de interesse ao campo da análise de políticas e sistemas de saúde, assim como às subáreas ou núcleos de conhecimentos disciplinares da saúde coletiva. Conta com um programa de cooperação interinstitucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com os órgãos de gestão, atenção e controle social do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre e Região Metropolitana. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/educasaude/residencias/>>. Acesso em 10 de abril de 2017.

³⁷ O monitoramento de usuários é um projeto desenvolvido pelo SAE e CTA, que consiste na busca ativa de usuários em abandono de tratamento ou com dificuldade de adesão.

horários de disponibilidade da agenda dos médicos, informações sobre os remédios em falta, entre outras informações.



Figura 9: Recepção do Serviço de Assistência Especializada. Fonte: Fotografia do Autor, 2015.

No mesmo andar do SAE, está localizado o Centro de Testagem e Aconselhamento Paulo César Bonfim, o CTA, na Área 13 (Figura 10). O CTA está localizado num corredor mais estreito e possui uma pequena recepção de acesso mais restrito do que a do SAE, situada dentro do serviço. A recepção do CTA conta com um guichê, duas poltronas e uma pequena mesa onde costumam ser colocados alguns materiais de campanhas de prevenção ao HIV e outras IST. Nas paredes também constam campanhas de prevenção ao HIV e outras IST, além de informações em geral.

O CTA foi inaugurado em 1994, e era denominado Centro de Apoio Sorológico Paulo César Bonfim (COAS Paulo César Bonfim). Foi um dos primeiros centros de apoio psicossocial no estado do RS. O CTA é formado por profissionais com as seguintes formações: Psicologia, Enfermagem e Administração, totalizando quatro profissionais ao tempo da coleta de dados. Na execução de tarefas, há dois profissionais para as ações administrativas na recepção do serviço e outros três para ações de testagem convencional (encaminhamento do usuário a um laboratório, onde será feita a coleta de sangue e o procedimento de testagem para HIV), aconselhamento pré e pós testagem, além de ações de monitoramento de usuários.

Cada um dos serviços executa tarefas próprias. O CTA oferece testagem para o HIV, com pré-aconselhamento, entrega do resultado ao paciente pelos profissionais de Psicologia e pós-aconselhamento. Esse serviço oferece exclusivamente a testagem convencional para o

HIV e outras IST, que é uma testagem que exige a coleta sanguínea em laboratório, cujos resultados demoram, em média, 15 dias úteis. Nos casos em que há necessidade de avaliação clínica, os usuários do CTA são encaminhados diretamente ao SAE.



Figura 10: Entrada do Centro de Testagem e Aconselhamento Paulo César Bonfim. Fonte: Fotografia do Autor, 2015.

Em entrevistas, e durante a observação de cunho etnográfico, ficou evidente que, para os profissionais do CTA, o aconselhamento é um instrumento importante no controle da epidemia de HIV e Aids. Na visão desses profissionais, o aconselhamento propicia ao usuário aconselhado um momento para uma reflexão sobre os riscos de infecção e a necessidade de prevenção. Segundo os trabalhadores do CTA, o aconselhamento é um momento em que se estabelece uma relação de confiança entre os profissionais de saúde e os pacientes, com a oferta de apoio emocional e educativo, a possibilidade de o usuário expressar suas dúvidas, seus sentimentos e seus conhecimentos.

Como já mencionado, por mais de 15 anos, a gestão e a organização dos serviços ocorreram de forma independente, até que em 2012, os serviços passaram a atuar de forma conjunta e sob a mesma coordenação. Ambos os serviços possuem profissionais que atuam desde a sua inauguração na década de 1990.

O tempo de atuação no serviço leva ao apontamento de dois elementos: o primeiro, sobre a dificuldade de operar mudanças em serviços com profissionais com longo tempo de atuação (WILSON, 1989) e o segundo, sobre a criação de uma cultura organizacional, isto é, de práticas reiteradas com base na atuação individual dos profissionais, e também no relacionamento coletivo no cotidiano do serviço (LIPSKY, 1980; MAJONE & WILDAVSKY, 1984; LOTTA, 2012; LIMA & D'ASCENZI, 2013). A implicação da

dificuldade de operar mudanças e da vigência de uma cultura organizacional é que, embora os serviços tenham se unificado em 2012 e estejam sob a mesma coordenação, na prática, observa-se que seguem como se fossem dois, executando tarefas que possuem pouca relação de um serviço com o outro.

O CTA, embora seja um centro de testagem, não realiza o TR para HIV. Segundo os profissionais, desde a implantação da *política de descentralização*, isto é, a estratégia da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre de descentralizar ações, transferindo-as para serviços de Atenção Básica, incluindo a oferta do TR em Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família, o CTA deixou de oferecer o TR.

A proposta de descentralização do acesso ao diagnóstico para a Atenção Básica, através da oferta de teste rápido para HIV e outras IST e aconselhamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em nível nacional, essas ações passaram a ser preconizadas através da Portaria n. 77, de 12 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012), que dispõe sobre a realização de testes rápidos na Atenção Básica para a detecção de HIV e Sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais.

A introdução dos testes rápidos está concebida de forma gradual, considerando-se a necessidade de treinamento dos profissionais e preparação do serviço para o acolhimento, aconselhamento, execução do teste, tratamento e encaminhamentos (BRASIL, 2013). Manuais do Ministério da Saúde já indicavam a interseção entre HIV, Aids e Atenção Básica em ações preventivas, mobilização comunitária, aconselhamento e cuidados gerais da saúde de pessoas vivendo com HIV-Aids (PVHA) (BRASIL, 2006; 2005; 2003). A novidade consiste na inserção da oferta do diagnóstico nas UBS e na possibilidade de acompanhamento das PVHA, de modo corresponsável com os serviços especializados, expressando a passagem de um modelo centralizado para um modelo matriciado (BRASIL, 2014). Essas experiências, no entanto, demonstram desenhos bastante singulares e diversos, como pode ser percebido nos relatos em torno de quatro experiências de descentralização em municípios brasileiros (BRASIL, 2014).

Durante o trabalho de campo da pesquisa, observou-se que quando um usuário buscava o teste rápido no CTA, a ele era ofertada a possibilidade de fazer o teste laboratorial através do CTA; caso o usuário preferisse fazer o TR, este era encaminhado à Unidade Básica na qual estivesse cadastrado. Segundo alguns profissionais entrevistados no CTA, a descentralização contribuiu para a redução do quadro de trabalhadores e de atividades executadas pelo CTA.

O SAE, por sua vez, é um serviço que não oferece de modo geral testagem para HIV. Um cidadão que busque o SAE para fazer um teste para HIV, sem vínculo com o serviço, não receberá, a princípio, nem a oferta do TR, nem do teste laboratorial, de modo que será encaminhado à sua unidade de referência na Atenção Básica. A única situação em que a testagem para HIV é realizada pelo SAE é na oferta da PEP e, conseqüentemente, o único tipo de teste ofertado é o TR.

O teste convencional não permite verificar o status sorológico do usuário em tempo hábil para o início da prevenção com PEP. Portanto, o TR é instrumento indicado pelo PCDT-PEP (BRASIL, 2017b) tão logo os usuários com exposição de risco são identificados pelo serviço. O usuário que chega ao serviço é acolhido, no primeiro momento em que se identifica este como potencial caso para PEP. Se encaminhado para consulta, profissionais de Enfermagem avaliam a situação de exposição e, eventualmente, realizam o TR, fazendo aconselhamento pré testagem e pós testagem. Se na consulta os profissionais entendem que se trata de um usuário com exposição sexual consensual, uma das primeiras tarefas da equipe do SAE é a aplicação do TR para HIV e Sífilis.

As ações de aconselhamento pré e pós testagem realizadas pelo SAE são, de modo geral, mais breves e pontuais do que aquelas ofertadas pelo CTA. O apoio psicossocial é uma das prerrogativas do PCDT-PEP (BRASIL, 2017b), que prevê a possibilidade de sintomas psíquicos como medo, euforia e ansiedade nos usuários com exposição sexual de risco ao HIV. A diferença na abordagem do aconselhamento pelo SAE e pelo CTA pode ser tomada como um indicativo local de que os dois serviços permanecem atuando de forma independente e autônoma, e não como um único serviço.

5.3.2 O Primeiro Atendimento

Esta seção tem por finalidade descrever o fluxo de atendimento do usuário em situação de exposição sexual de risco ao HIV na Assistência Especializada em IST/HIV/Aids do CSVC, composta pelos serviços SAE e CTA. Na Assistência Especializada, identificou-se a presença de um fluxo de atendimento aos usuários em situação de exposição sexual consensual ao HIV em cada um desses serviços.

O fluxo do SAE registrou o primeiro atendimento de exposição sexual consensual ao HIV em dezembro de 2010 (ALVES, 2015). Desde então, a PEP é ofertada nesse serviço aos usuários em situação de exposição de risco ao HIV ocorridas em até 72 horas. Buscou-se sintetizar o fluxo descrito a seguir em um fluxograma (Figura 11).

O primeiro momento do usuário no SAE é marcado pelo contato com os profissionais da recepção no Guichê de Atendimento do serviço. Os profissionais que atuam no Guichê de Atendimento são técnicos de Enfermagem, auxiliares, assistentes administrativos e, eventualmente, estagiários. Entre as diversas tarefas executadas por esses profissionais, destaca-se a de identificar os casos de exposição sexual de risco e a de fazer o acolhimento ao usuário. Sobre o acolhimento, no caso de PEP, um profissional de enfermagem descreve o seguinte:

Ah, eles chegam aqui, meio querendo não perguntar, né, mas, assim, logo tu percebe porque... tu viu que o guichê? Ele fica no saguão. O guichê de chegada sempre tem bastante gente. E eles, às vezes, chegam assim meio sem jeito:

“Ah, eu queria conversar com a enfermagem.”

Daí a gente tem que perguntar sobre o que, né? Por que a enfermagem? Nós somos a enfermagem, né?

“Então, sobre o que que tu gostaria [de falar]?”

“Ah é que eu tive uma...”

Tá, quando ele fica assim, então a gente já diz:

“arrodeia, entra ali na outra pecinha, vem, entra no outro guichezinho”.

Eles entram ali dentro, daí a gente pergunta o que que houve. Aí eles, tá! Comentam, né, a gente pergunta:

“tá, há quanto tempo faz?”

Ah foi o último agora que esteve ali, teve, foi anteontem, né? Ele,

“foi sábado, na madrugada de sábado”.

Foi sábado!

“Mas foi sábado pra domingo ou na sexta... pra sábado?”

“Na sexta pro sábado, na madrugada.”

Tudo bom, então tá é conosco mesmo, né

(Profissional de Enfermagem, entrevista em agosto de 2015).

O usuário identificado em situação de exposição sexual consensual na recepção do SAE é imediatamente encaminhado à avaliação de risco realizada pela equipe de enfermagem. De acordo com os profissionais da recepção, a identificação do usuário em exposição consensual não é uma tarefa fácil. Em alguns casos, há uma dificuldade advinda do usuário em narrar a situação ocorrida, motivada por vergonha, ansiedade, angústia e medo da Aids.

Segundo os profissionais da recepção, o usuário é atendido com prioridade, em conformidade com o critério de urgência médica contido no Protocolo de PEP. Após o contato inicial com o usuário, os profissionais da recepção o encaminham à equipe de Enfermagem, a qual realiza a avaliação do risco de exposição sexual consensual, buscando identificar se há ou não indicação para o uso da profilaxia.

A avaliação de risco inicial é um dos momentos mais importantes no atendimento de usuários em exposição sexual consensual. Segundo o Protocolo de PEP, a indicação do uso da

profilaxia implica numa avaliação de risco e, também, de uma avaliação clínica, que inclui o tipo de material biológico envolvido, o tipo de exposição, o tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento, a condição sorológica para HIV da pessoa exposta e da pessoa fonte. Sobre a avaliação de risco, um profissional explica como se dá o processo tipicamente:

Não, aí primeiro eu converso, e a pessoa chega, daí eu converso, peço documento pra anotar os dados, tudo. Daí eu pergunto: "Ah, queria que tu me falasse um pouco como é que foi a tua situação". Daí diz: "ah, eu tive uma situação de exposição, há tantas horas", né. Aí "foi sem camisinha ou rompeu o preservativo", né, tudo. Ele explica a situação, daí eu digo: "bom, pra isso acontecer a gente tem que saber se tu tem indicação ou não, né, eu vou te fazer algumas perguntas e vou te fazer um teste rápido que é pra HIV e Sífilis". Aí pergunto antes se já teve Sífilis, se não, não tem sentido fazer o teste rápido da Sífilis, vai dar positivo. E aí eu faço o teste, enquanto o teste vai correndo, a gente vai conversando mais, detalhadamente né, o que foi. Daí eu já vou falando a respeito, assim se tem indicação ou não. Mostro pra eles a estatística do risco né, de ter ou não adquirido, se a pessoa tem HIV. Claro, sempre pergunto primeiro, primeira coisa que a gente pergunta sempre é se tem condições de trazer a pessoa fonte, né. Se tem condições de ter contato (Profissional de Enfermagem, entrevista em agosto de 2015).

No SAE, a avaliação de risco e a avaliação clínica dos usuários são tarefas exclusivas da equipe de enfermagem. Os atendimentos aos usuários costumam ocorrer num consultório, no interior do SAE. A primeira tarefa do profissional de enfermagem é buscar compreender a situação ocorrida com o usuário. Esse momento é conhecido *avaliação da exposição de risco* (BRASIL, 2015b). No atendimento inicial, os trabalhadores de enfermagem investigam se a situação de exposição sexual consensual ocorreu dentro do período de 72 horas. Após esse período, a profilaxia não é mais indicada, devido à perda de eficácia na prevenção ao HIV. Recomenda-se, também, que os profissionais de saúde investiguem o *status* da pessoa fonte, isto é, aquela com a qual o usuário manteve a relação sexual consentida, ressaltando-se que a PEP não é indicada quando a pessoa exposta já vive com o HIV ou quando a infecção pelo HIV pode ser descartada na pessoa fonte (BRASIL, 2015b).

Geralmente, o medo e a ansiedade acompanham o momento inicial. Durante a avaliação de risco, outras questões relativas ao cuidado com a saúde sexual costumam surgir como a identificação de infecções sexualmente transmissíveis, aconselhamento sobre prevenção e, eventualmente, o encaminhamento para outras especialidades. Enquanto o usuário narra a situação, o profissional de Enfermagem oferece ao usuário um teste rápido para HIV e Sífilis. Durante o atendimento, o profissional de enfermagem, apoiado por uma ficha com tipos de práticas sexuais (exposição anal, vaginal, sexo oral com ejaculação)

relacionadas a gradações de risco de exposição ao HIV, executa a avaliação clínica da situação ocorrida.

Caso haja a indicação ao uso de PEP, o profissional de Enfermagem, antes de tudo, costuma perguntar ao usuário se ele deseja ou não iniciar o uso dos ARV. Nesse caso, a autonomia do usuário é garantida na forma de respeito à vontade individual de fazer uso ou não da profilaxia. Caso não haja a indicação de PEP, o profissional informa ao usuário que não há necessidade de fazer uso da tecnologia, por conta do baixo risco de exposição. Nesse caso, há a particularidade de ocorrer situações em que, mesmo diante de um risco baixo de exposição para o HIV, o usuário decide iniciar o uso da profilaxia. Constatou-se que, nesses casos, o profissional de saúde costuma respeitar a vontade do sujeito. No momento de decisão do usuário em iniciar a PEP, dúvidas relacionadas a eventuais efeitos colaterais costumam surgir. Alguns usuários, mesmo receosos com relação aos efeitos colaterais decidiam por iniciar o uso da medicação. Com o aval do sujeito, o profissional de enfermagem deixa o consultório de enfermagem para comunicar o profissional médico sobre a situação do usuário.

O terceiro momento se inicia no consultório do profissional de Medicina, sem a presença do usuário em situação de exposição. Nessa etapa, o profissional de Medicina prescreve um esquema de ARV e disponibiliza uma requisição de exames clínico-laboratoriais que será entregue ao usuário pelo profissional de enfermagem. Sobre a avaliação das situações de exposição sexual consensuais, segundo um profissional de Medicina:

A gente discute os casos [com o profissional de enfermagem], que faz a entrevista com o paciente. Decide junto [com o profissional de enfermagem] sobre a medicação que vai ser usada e solicita ver os exames, embora seja já uma rotina, né? Assina os pedidos de exame, né. E discute situações com [o profissional de enfermagem], né, se eventualmente tem que encaminhar pra alguma outra além do antirretroviral, se tem que encaminhar ou tratar uma DST ou sei lá o que. Essas coisas técnicas do atendimento (Profissional de Medicina, entrevista em agosto de 2015).

De acordo com o Protocolo de PEP não há impeditivos para que a avaliação de risco seja realizada, em parte, por profissionais de Enfermagem, inclusive pelo fato da avaliação de risco ser uma das atribuições de profissionais de Enfermagem. No entanto, segundo o Protocolo de PEP, a avaliação clínica e laboratorial e a prescrição de ARV é uma atribuição restrita aos profissionais de Medicina.

O profissional de Enfermagem retorna ao consultório para a entrega da solicitação de exames e da prescrição de ARV ao usuário. Em alguns casos, o profissional de Enfermagem costuma trazer consigo o esquema antirretroviral prescrito pelo médico, concedendo

informações sobre o uso da medicação, adesão e importância do retorno em 30 dias, para a avaliação do resultado de exames laboratoriais e para um novo teste rápido de HIV. Quando o profissional não traz a medicação antirretroviral para o usuário, o profissional de saúde solicita que este retire o esquema antirretroviral na Unidade Dispensadora de Medicamentos ARV (UDM). Quando isso ocorre, os profissionais da UDM são encarregados de oferecer o aconselhamento sobre o uso da medicação.

Os profissionais de Enfermagem costumam agendar uma data de retorno ao usuário, marcando a informação sobre a nova consulta em um pequeno informativo, entregue ao usuário no término da consulta. O retorno do usuário de 30 dias do usuário não é registrado numa agenda impressa ou *online* do serviço, o que pode dificultar a busca ativa por estes usuários por parte do serviço.

O quarto momento do atendimento é marcado pelo retorno de 30 dias do usuário ao SAE. Além das avaliações clínica e de risco, os profissionais de Enfermagem também são responsáveis pelo acompanhamento clínico-laboratorial dos usuários nas consultas de retorno. Após o uso do esquema de ARV por 28 dias, inicia-se o acompanhamento clínico-laboratorial, com aconselhamento, avaliações sobre eventuais efeitos colaterais dos medicamentos antirretrovirais, a avaliação dos exames laboratoriais e a realização da testagem para o HIV. Nesse atendimento, costuma-se investigar sobre o uso da medicação e sobre possíveis efeitos adversos que esta veio a causar. Aqueles usuários que relatam algum efeito mencionam mais comumente “olhos amarelados”, enjoo, náuseas; há usuários que não mencionam efeitos colaterais.

A partir do término do uso do esquema do ARV por 28 dias, da consulta de retorno e da constatação de nenhuma alteração nos resultados dos exames laboratoriais, o profissional de Enfermagem profere a *alta médica* do usuário. Interessante observar que a alta médica, embora seja uma prerrogativa de função de profissionais de Medicina, costuma ser realizada pelos profissionais de Enfermagem. O profissional de Enfermagem ainda costuma retomar o aconselhamento sobre práticas de cuidado com a saúde sexual e, por fim, despede-se do usuário.

Após o retorno de 28 dias, recomenda-se, conforme o Protocolo de PEP, que o usuário retorne ao serviço em 60 dias – 90 dias contados da data da situação de exposição sexual – para uma nova avaliação pelos profissionais de Enfermagem. No entanto, durante a coleta de dados, nenhum atendimento de 60 dias foi observado. Ao término do retorno de 30 dias, os profissionais de Enfermagem apenas recomendavam o retorno do usuário em 60 dias e 90

dias. Esses retornos não eram pré-agendados, apenas recomendados ao usuário sobre a importância dos mesmos.

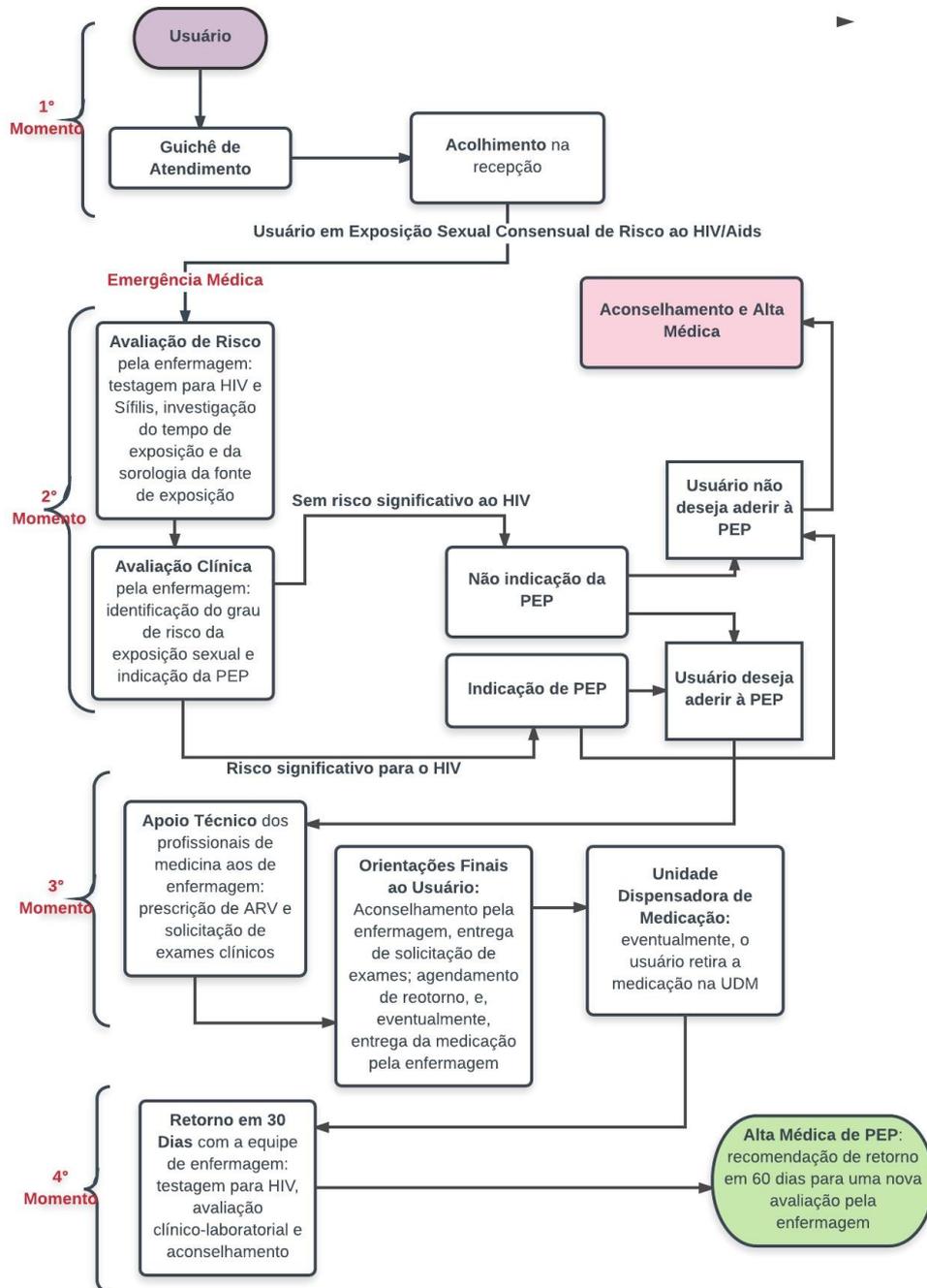


Figura 11: Fluxo de atendimento dos usuários com exposição sexual consensual para o HIV no SAE. Fonte: Fluxograma elaborado pelo Autor.

O fluxo de atendimento do usuário em situação de exposição sexual de risco no CTA ocorre de maneira diferenciada, havendo duas possibilidades (Figuras 12 e 13). Tal como o SAE, o CTA também possui um guichê de atendimento, no qual os profissionais com

formação em Enfermagem e Administração realizam as tarefas de atendimento ao público, agendamento de consultas, entre outras funções administrativas. Esses profissionais são importantes interlocutores entre o CTA e o SAE, principalmente no encaminhamento de usuários diante de atendimentos não ofertados pelo CTA, como é o caso da PEP.

Apenas o SAE realizava atendimento de usuários em situação de exposição sexual consensual ao HIV/Aids, para fins de indicação da PEP. No entanto, isso não impedia que usuários em situação de exposição sexual de risco ao HIV fossem até o CTA em busca da profilaxia. O CTA não possuía um fluxo de atendimento às situações de exposição sexual consensual acordado entre os profissionais, como ocorria no SAE. No entanto, a fim de facilitar a discussão, identificaram-se dois fluxos de atendimento.

O primeiro fluxo é o de usuários que relatavam situações de exposição sexual consensual na recepção do serviço do CTA. Nesses casos, os profissionais da recepção costumam encaminhar o usuário diretamente ao SAE, onde a profilaxia é ofertada. Tal como ocorria na recepção do SAE, os usuários que relatam situações de exposição sexual consensual de risco no CTA também apresentam ansiedade e nervosismo, segundo o relato dos profissionais da recepção do serviço.

O acolhimento do usuário ocorre na própria recepção do CTA e, então, o usuário é encaminhado imediatamente ao SAE. Se um usuário relata uma situação de exposição sexual ocorrida dentro de 72 horas no guichê de atendimento, esta pessoa costuma ser encaminhada diretamente ao SAE, pelo CTA, para realizar as avaliações necessárias.

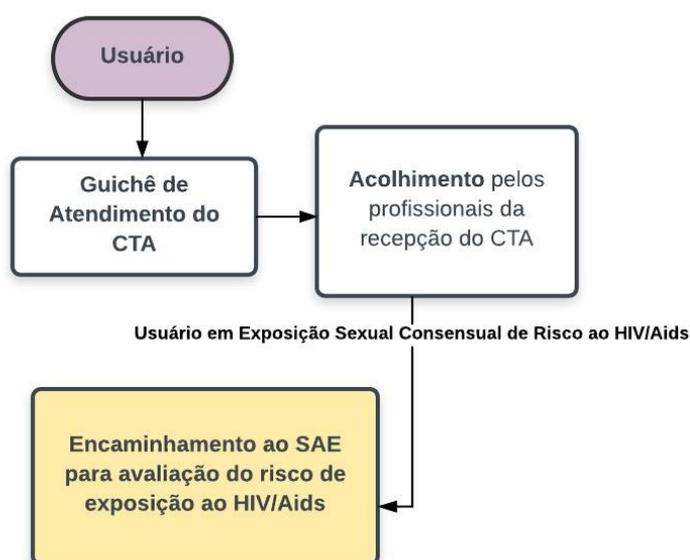


Figura 12: Fluxo A de atendimento de pessoas em situação de exposição sexual consensual que relatam situação de exposição de risco à recepção do CTA. Fonte: Fluxograma elaborado pelo Autor.

O segundo fluxo de atendimento foi identificado quando o usuário em situação de exposição sexual consensual para o HIV é identificado durante o atendimento realizado pelos profissionais aconselhores no CTA. Ou seja, no segundo “fluxo de atendimento”, pessoas elegíveis ao uso da PEP eram identificadas não no primeiro acolhimento, na recepção, mas sim durante um atendimento, numa sessão de aconselhamento dos profissionais.

As sessões de aconselhamento costumavam ocorrer quando o usuário procurava o serviço a fim de realizar a testagem para HIV e outras IST. Em algumas situações narradas pelos profissionais, durante as sessões de aconselhamento, os usuários relatavam ter tido uma situação de exposição sexual consensual ocorrida dentro de 72 horas. Inclusive a motivação para a testagem para o HIV podia estar associada à situação de exposição de risco para o HIV e Aids. Embora o CTA seja um serviço de testagem para HIV, somente a testagem convencional, do tipo laboratorial é ofertada; o serviço não possui um profissional capacitado para aplicar o TR.

Ocorre que, se durante uma sessão de aconselhamento fosse relatada uma situação de exposição sexual consensual ocorrida dentro de 72 horas, este usuário não era encaminhado ao SAE para utilizar a PEP e, também, não recebia um aconselhamento devido sobre como acessar a prevenção antirretroviral.

Os profissionais que realizam o atendimento no CTA, ofertando aconselhamento pré e pós testagem e encaminhando o usuário para o teste laboratorial de HIV, seguem, segundo explicam, o protocolo e os instrumentos oferecidos ao serviço (ANEXO J). De acordo com este protocolo, os profissionais devem questionar o usuário sobre práticas e suas parcerias sexuais nos últimos doze meses, sobre sua identidade sexual, conversam sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas, bem como sobre histórico de saúde, incluindo se o usuário já teve infecções sexualmente transmissíveis.

Nota-se que o protocolo não explora situações de exposição de risco nas últimas 72 horas (ANEXO J). Se durante o aconselhamento o usuário espontaneamente relatar uma situação de exposição sexual de risco recente, os profissionais do CTA não têm como ofertar TR no âmbito do CTA. Os profissionais do CTA tampouco encaminham este usuário para o SAE, onde ele poderia, eventualmente, usufruir de um atendimento para PEP, incluindo a realização do TR.

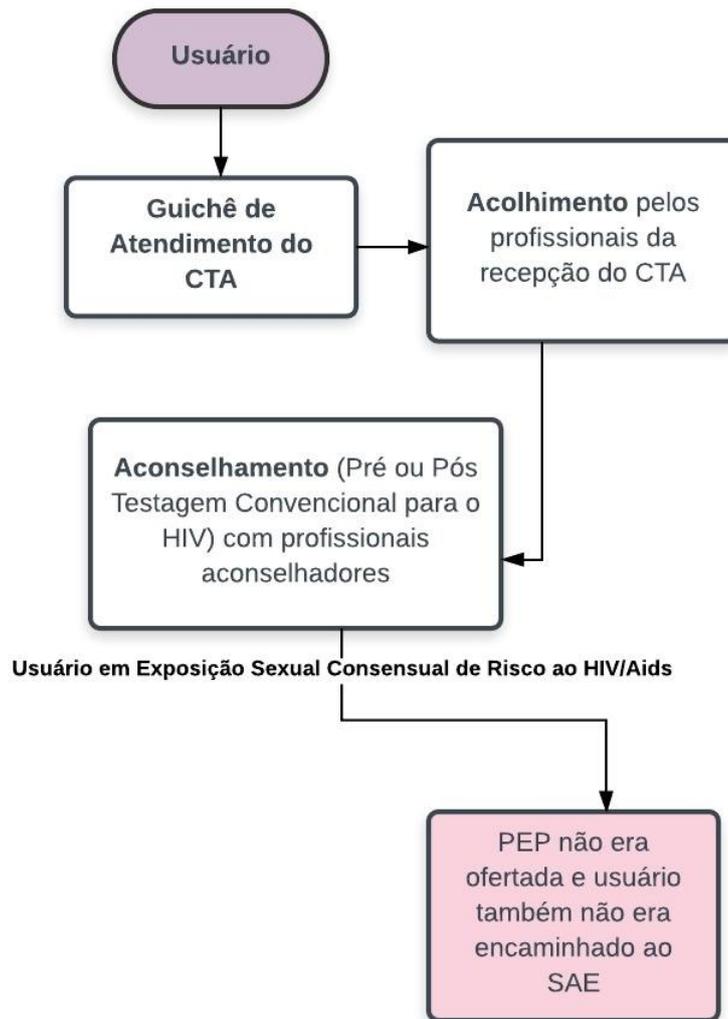


Figura 13: Fluxo de pessoas em situação de exposição sexual consensual durante o atendimento de aconselhamento no CTA. Fonte: Fluxograma elaborado pelo Autor.

Durante a coleta de dados, realizou-se uma reunião entre os profissionais do CTA e a coordenação do Serviço de Assistência em HIV/Aids do Centro de Saúde. Os profissionais do CTA relataram que não costumavam encaminhar as situações de exposição sexual consensual para o SAE, o que provocou o espanto da coordenação. No momento em que a coordenação falou em negligência no cumprimento do Protocolo de PEP, os profissionais do CTA alegaram que seguiam a Ficha de Atendimento (Anexo J), aplicada aos usuários que chegam ao serviço para a testagem convencional, o qual, embora requeira dados do usuário, antecedentes epidemiológicos, informações sobre o uso de preservativos, não questiona em nenhum momento se o usuário teve uma exposição recente.

O marco temporal da maioria das perguntas da Ficha de Atendimento leva em conta os últimos 12 meses. A literatura de implementação aponta que a disponibilidade de recursos

humanos e financeiros é um fator que pode afetar o processo de implementação (LIPSKY, 1980; ORLOFF, 1993; HOWLETT & RAMESH, 1995; VAN METER & VAN HORN, 1996; LIMA & D'ASCENZI, 2013). Nesse sentido, Lima e D'Ascenzi (2013) apontam que a previsão e a disponibilidade de recursos financeiros afetam principalmente o processo de implementação. Com isso, o contexto econômico a efetividade da implementação.

Neste episódio, a coordenação do serviço, ao tomar conhecimento da não-oferta da PEP, considerou como grave essa situação e solicitou que, a partir de então, os profissionais passassem a investigar as situações de exposição sexual consensual recente e a encaminhar esses casos ao SAE. Na mesma reunião, a coordenação da assistência determinou que as situações de exposição sexual consensual começassem a ser monitoradas pelos profissionais do CTA. Após a reunião, o trabalho de campo permitiu que se observasse que a implementação da PEP no CTA continuou com pouca adesão. Apenas alguns casos foram identificados pela equipe do CTA. Ao invés de encaminharem o usuário diretamente ao SAE, estes casos foram referidos a mim enquanto pesquisador e eu encaminhava o usuário para o SAE. O uso do pesquisador como um intermediário na referência do usuário do CTA ao SAE demonstra a resistência do CTA e a dificuldade de comunicação entre CTA e SAE.

Nesta mesma reunião da coordenação do serviço com CTA e pesquisadores, a coordenação do serviço explicou que foi apenas no momento de uma entrevista, no âmbito da presente pesquisa, que havia se dado conta de que conhecia muito pouco da PEP. A coordenação creditou o seu desconhecimento ao fato de que havia entrado há pouco naquele serviço/posição. Quando o assunto na reunião foi o Protocolo de PEP, ficou patente que os profissionais e a coordenação não sabiam bem o que dizia o Protocolo. Mesmo assim, seguiram-se discussões a este respeito.

Após a reunião em que ficou acordado que haveria encaminhamento de usuários identificados no CTA como potenciais usuários de PEP para o SAE, houve consenso no CTA de que a demanda de pessoas por avaliação de risco iria aumentar, podendo sobrecarregar a enfermagem. Passou-se a impressão de que menos do que se preocupar com os colegas sobrecarregados, os aconselhadores do CTA estavam mais preocupados com a sua função e razão de ser. Assim, concluíram que, com a oferta da tecnologia, poderiam eventualmente "triar" os pacientes.

A coordenação então explicou que o primeiro atendimento ao paciente, em que se avalia o risco e se define a indicação de PEP, já é o primeiro atendimento PEP – ou seja, se os profissionais do CTA iam ajudar nesta "triagem", eles também estariam implementando a PEP. Diante do desconhecimento dos profissionais sobre o Protocolo de PEP, a coordenação

determinou uma capacitação para a equipe do CTA, sem, contudo, definir quando, como e com quem a atividade aconteceria.

Tendo em vista que, por mais de 15 anos, a gestão e a organização dos serviços ocorreram de forma independente, até 2012, quando passaram a ser regidos pela mesma coordenação, isso leva a pensar sobre as dificuldades na realização de mudanças, devido à cultura organizacional, isto é, práticas e costumes adquiridos pelos profissionais, os quais chegam a imprimir uma identidade desses profissionais nas suas ações cotidianas (LIPSKY, 1980; MAJONE & WILDAVSKY, 1984; LOTTA, 2012; LIMA & D'ASCENZI, 2013). Com isso, os costumes e a antiguidade dos profissionais no serviço dificultam a operacionalização de mudanças, mostrando-se como um desafio à coordenação e à gestão da Assistência Especializada.

É importante ressaltar que a coordenação do serviço havia assumido o cargo há quatro meses quando desta pesquisa. Porém, já havia identificado que a cultura organizacional e o pouco conhecimento da tecnologia eram fatores que poderiam dificultar a implementação da PEP na Assistência Especializada em IST/HIV/Aids do Postão. Também é importante destacar que para a coordenação do serviço, conforme expresso em entrevistas formal e informal, além de ações pontuais como capacitação e educação continuada, é preciso ir além dos serviços de assistência especializada e dos centros de testagem e aconselhamento, disseminando o conhecimento sobre PEP na Atenção Básica, nas Unidades de Pronto Atendimento, entre outros serviços e níveis de atenção.

Recomenda-se a PEP em todos os casos de exposição com risco significativo de transmissão do HIV. Existem casos, contudo, em que não se indica a PEP, pois se avalia que o risco de toxicidade dos medicamentos supera o risco da transmissão do HIV. Daí a importância da avaliação das situações de exposição por uma equipe interdisciplinar. A equipe multidisciplinar pode apontar os benefícios, os riscos de efeitos adversos gerados pelo início da profilaxia, além de ser capaz de criar uma oportunidade em transmitir ao usuário noções importantes como prevenção combinada e outras formas de cuidado com a saúde sexual.

5.3.3 Capacidade Administrativa e Recursos Disponíveis

Na literatura de implementação, a capacidade administrativa e a disponibilidade de recursos são fatores que podem afetar o processo de implementação de políticas públicas (LIPSKY, 1980; ORLOFF, 1993; HOWLETT & RAMESH, 1995; VAN METER & VAN

HORN, 1996; LIMA & D'ASCENZI, 2013). Constatou-se que esses fatores afetam a implementação da PEP pelos profissionais de Medicina no SAE e pelos Aconselheiros do CTA.

Entre os profissionais de Medicina, a justificativa para a não implementação da PEP está relacionada ao excesso de tarefas executadas no serviço e, também, pela insuficiência de recursos humanos para o atendimento de pessoas com exposição sexual de risco ao HIV:

Por que a gente tem a agenda cheia, né. O serviço tá enforcado, né. É... eu atendo muito mais pacientes que dou conta, né. A gente tá vendo eles só duas vezes por ano, os que estão estáveis, né, porque não consegue ver mais seguido. Porque se tu ver mais seguido, não tem agenda. Então, a gente... tem acontecido de paciente que pára o tratamento porque não consegue vir na consulta, né. Nós, em Porto Alegre, temos o maior índice de mortalidade, né. E uma das coisas é porque não tem gente pra atender, né. Então a gente dá preferência, eu, o médico, de atender o paciente, e aí a exposição sexual, né, não é uma doença, né. É uma situação de risco, né, e uma intervenção, assim, então, que a gente costuma não ter tempo. Às vezes [profissionais de Enfermagem] entram aqui e às vezes a gente tá atendendo. [Estes profissionais] pedem licença né, e discutem rapidinho o que que é, e o que que não é, né. E a gente ajuda né, porque não tem profissional nem pra atender os doentes né. Então é falta de gente mesmo né (Profissional de Medicina, entrevista em agosto 2015).

Também os profissionais aconselheiros do CTA reclamaram da precariedade e da insuficiência de recursos humanos no CTA. De acordo com o relato dos profissionais, o CTA chegou a contar com uma equipe grande e multidisciplinar no passado. Na atualidade, o contingente de recursos humanos não acompanha a crescente demanda ao serviço.

Constatou-se que, entre os profissionais, é frequente a queixa pela insuficiência de recursos humanos. Também foi observado as queixas constantes entre profissionais de Farmácia da insuficiência de medicamentos antirretrovirais ao tratamento de pessoas vivendo com HIV, o que serve de alerta à efetividade das novas tecnologias biomédicas de prevenção, tendo em vista a necessidade do medicamento como o principal insumo a esse tipo de prevenção.

5.3.4 Conhecimento e Informação

A PEP foi incorporada ao rol de tecnologias de saúde no SUS no ano de 2010. No entanto, constatou-se que o conhecimento e a difusão de informações sobre a tecnologia ainda não estão bem difundidos entre os profissionais da Assistência Especializada em HIV e Aids

do Postão. Tal constatação é problemática sob o ponto de vista da implementação, tendo em vista que o pouco conhecimento sobre o plano normativo da política pública é apontado pela literatura como um fator que afeta o processo de implementação (WILSON, 1989).

Quando questionados sobre a realização de capacitação para a atuação com PEP, os profissionais do SAE e CTA, em maioria, apontaram que essa ação nunca ocorreu no serviço. Nesse aspecto, ainda que alguma atividade de capacitação sobre PEP tenha sido realizada e, por ventura, os profissionais não se recordem, é problemático pensar que eventual atividade tenha sido nada ou pouquíssimo efetiva, pois a maioria dos profissionais demonstrou desconhecer o Protocolo de PEP. Por meio da observação dos serviços, constatou-se que o conhecimento sobre a PEP era limitado aos profissionais que lidavam com avaliações de risco e com avaliações clínicas, como os profissionais de Enfermagem e Medicina. Ocorre que a implementação da tecnologia no serviço envolvia outros profissionais de diversas áreas, sendo, nesse caso, fundamental o conhecimento sobre PEP.

Os profissionais também relataram a ausência de ações permanentes e de educação continuada sobre a PEP. A educação continuada ou permanente implica num conjunto de ações programadas no intuito de atualizar os profissionais sobre protocolos, normas, entre outras questões relacionadas às atividades desenvolvidas no âmbito do serviço. Durante o período de observação de campo se verificou a inexistência de ações de educação continuada sobre a PEP. A ausência de capacitação e de estratégias de educação continuada pode ser um dos motivos para a restrição do conhecimento sobre a PEP entre os profissionais de Enfermagem e Medicina. O baixo conhecimento pode afetar o processo de implementação da tecnologia no serviço. Segundo Wilson (1989), o baixo conhecimento pode implicar na baixa difusão de informações sobre a tecnologia para os usuários, restringindo, assim, um benefício em saúde e um direito dos usuários.

A ausência de capacitação e estratégias de educação continuada pode ser um dos motivos para a restrição do conhecimento sobre a PEP entre os profissionais de Enfermagem e Medicina. O baixo conhecimento pode afetar o processo de implementação da tecnologia no serviço. Segundo Wilson (1989), o baixo conhecimento pode implicar na baixa difusão de informações sobre a tecnologia para os usuários, restringindo, assim, um benefício em saúde e um direito dos usuários. Além disso, o pouco conhecimento sobre os objetivos e o plano normativo da PEP pode contribuir para a criação de noções individuais errôneas sobre a tecnologia, influenciando os processos de trabalho e a finalidade da medida preventiva.

5.4 FATORES INDIVIDUAIS E RELACIONAIS

5.4.1 Percepções sobre PEP

Entre os *fatores individuais e relacionais* presentes no processo de implementação estão as percepções, crenças profundas, ideias, atitudes, comportamentos, ideologias, interações, expectativas geradas entre os profissionais, além de experiências profissionais anteriores (LIPSKY, 1980; WILSON, 1989; LOTTA, 2012; LIMA & D'ASCENZI, 2013; HILL & HUPE, 2010).

Inicialmente, constatou-se que a maioria dos profissionais percebe a PEP como uma importante estratégia de prevenção ao HIV. Alguns profissionais acreditam, inclusive, que, por meio da tecnologia é possível que o usuário venha a acessar outros benefícios em saúde, como a testagem e tratamento para o HIV e outras IST, aconselhamento, avaliações clínico-laboratoriais, entre outras formas de cuidado.

É válido, porque acidentes acontecem mesmo. Mas, às vezes, tu vê que tem pessoas que repetem. Vem mais de uma vez. Ah, já vem duas, três, quatro vezes. Então tu vê que as pessoas mesmo sabendo do risco, elas correm o risco, sabe? E vai chegar uma hora que pode ser que não dê certo, né? Ela começa a tomar a medicação, a tomar a medicação e vai que uma hora não funcione? Eles se arriscam bastante, mas eu acho que é bastante válido ter essa garantia. Até mesmo para esses casais sorodiscordantes. Nesses casos, acontece, né? Pode acontecer mesmo da camisinha estourar, de uma noite estar muito empolgados então não dá nem tempo de pegar uma camisinha, né? Aí então, é válido (Profissional de Farmácia, entrevista em agosto de 2015).

À percepção da importância da PEP, soma-se a ideia de que o acesso à tecnologia constitui um direito do usuário. Encarar a PEP como um direito possui duas implicações: primeiro, expressa uma das prerrogativas do Protocolo de PEP, ao garantir o respeito à autonomia do sujeito no momento de aderir (BRASIL, 2015b); e segundo, expressa a compreensão da tecnologia como um direito, parte de um conjunto de direitos sexuais do sujeito, reconhecidos pelo Estado brasileiro (BRASIL, 2005), entre os quais está a garantia do acesso aos insumos de prevenção como uma forma de preservar a autonomia e a dignidade humana do cidadão.

O reconhecimento da PEP como um direito também pode ser debatido em relação à perspectiva do direito à prevenção (PAIVA, 2006). Segundo Vera Paiva (2006), o direito à prevenção permite afastar as concepções que tomam o usuário como um mero “consumidor”

das políticas públicas. Ao contrário, a perspectiva do direito à prevenção, alicerçada nos direitos sexuais, compreende o usuário como um sujeito de direitos, participante e atuante nas decisões relacionadas a sua saúde sexual. Nesse sentido, segundo a autora,

Definir a prevenção como um direito permite avançar das concepções “bancárias” que entendem o participante dos programas de prevenção como “consumidor” de receitas e valores pré-definidos de como se comportar, para uma relação dialógica que inclua sujeitos, considerando seus valores e contextos socioculturais (PAIVA, 2006, p. 117).

No SAE, recomenda-se a profilaxia em todos os casos de exposição com risco significativo de transmissão do HIV. Observou-se no atendimento de PEP, durante a avaliação da situação de exposição de risco pelos profissionais de Enfermagem que a decisão de iniciar o tratamento parte do usuário tanto nos casos em que, na avaliação dos profissionais, a PEP é indicada quanto naqueles em que não seria indicada. Não há, dessa forma, uma imposição dos profissionais enfermeiros para o uso de PEP, mas sim o estabelecimento de um acordo.

A importância do reconhecimento da PEP na perspectiva dos direitos sexuais dota a tecnologia de um sentido que ultrapassa o campo médico/científico e adentra no campo político. No atendimento de uma situação de exposição sexual consensual, embora o discurso médico/científico seja prevalente para explicar, orientar e aconselhar o usuário, a decisão de iniciar a terapia cabe ao sujeito, restando ao profissional o respeito a essa decisão. O respeito à autonomia do sujeito foi observado durante os atendimentos de situações de exposição sexual consensual – seja em situações de flagrante risco de infecção ao HIV, seja nos casos em que o risco era praticamente inexistente.

Na problemática da biopolítica, o *cuidado de si* é um tema complexo. Abordado em profundidade na parte 2.4 deste trabalho, ressalta-se que o cuidado de si é tomado por Foucault como “singular, transcendente, do sujeito em relação ao que o rodeia, aos objetos que dispõe, como também aos outros com os quais se relaciona, ao seu próprio corpo e, enfim, a ele mesmo” (FOUCAULT, 2010, p. 50). Foucault (1979) argumentava que, na prática médica, os doentes tenderiam a perder “o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem” e, por conseguinte, a perder sua autonomia (FOUCAULT, 1979, p. 96) – autonomia no que diz respeito à forma como os indivíduos serão tratados e, também, à determinação de seu modo de vida e de conduta.

Na decisão de iniciar a PEP, o cuidado de si não está reduzido à possibilidade real de uma infecção ao HIV, pois se encontra associado ao temor, à insegurança e ao medo da Aids. Nesse sentido, o corpo é posto em cena, gerando um embate entre a avaliação do profissional e a vontade do sujeito, o que não exclui as práticas de governo dos profissionais sobre um corpo – práticas como classificar a situação de risco, informar e aconselhar sobre o uso ou não da PEP. Tais práticas de governo exercidas sobre o corpo do sujeito, segundo Fassin (2003), não se impõem ao corpo por meio de uma lei (moral ou jurídica), em nome de comportamentos presumivelmente saudáveis (para prevenir a enfermidade, no caso da saúde pública) ou normais (para afastar os desvios, tratando-se da ordem pública). Ao contrário, em alguns casos, “é o corpo que gera os direitos” a título da enfermidade (justificativa de atenção médica) ou do sofrimento (apelando à compaixão). Na PEP, constatou-se que em alguns casos, a apelação ao sofrimento provoca uma tensão entre a avaliação de risco feita pelo profissional e a real necessidade do uso da tecnologia, prevalecendo, como já mencionado, a autonomia do sujeito. A euforia, o medo e a insegurança eram fatores que levavam alguns sujeitos a optar pelo uso da PEP. Ainda que o profissional de enfermagem realizasse a avaliação, explicasse ao usuário o baixo risco de infecção, alguns usuários decidiam iniciar o uso de PEP, sendo esta escolha respeitada pelo profissional.

Esta dissonância entre a avaliação e indicação do profissional e o desejo do usuário gera outro efeito, suscitado pelos profissionais, que é a medicalização do corpo do sujeito usuário do serviço. A ocorrência de fatores subjetivos, a exemplo do temor da Aids, e não a situação concreta do risco de exposição, leva o sujeito a iniciar a prevenção antirretroviral da PEP. Tal fenômeno, apontado pelos profissionais, está inserido num contexto maior que não a esfera individual, mas sim na forma como o Estado brasileiro vem conduzindo as políticas públicas de prevenção ao HIV e Aids nos últimos anos.

No processo de implementação da PEP, constatou-se que alguns profissionais percebem a ocorrência de mudanças na perspectiva das políticas públicas de prevenção ao HIV e Aids adotadas no Brasil. Tais mudanças estariam ocorrendo, principalmente, em decorrência de estratégias políticas e sociais, como a disseminação de informações sobre prevenção, bem como as parcerias entre agências governamentais e sociedade civil, estarem sendo suplantadas no país. Esta mudança estaria provocando o fenômeno da medicalização do corpo do sujeito.

A percepção dos profissionais de mudanças nas respostas à prevenção ao HIV e Aids está inserida num contexto maior de medicalização da sexualidade, tema que inclusive foi suscitado por alguns profissionais a partir da percepção de abandono de estratégias sociais e

mudanças nas diretrizes de políticas de enfrentamento à epidemia pelo Estado brasileiro, com maior ênfase no caráter biomédico das novas tecnologias. O abandono de tecnologias tradicionais como o uso de preservativos masculinos foi apontado pelos profissionais como uma possível consequência da ênfase no uso de tecnologias biomédicas como a PEP. Assim, na visão de alguns profissionais, os cidadãos estariam fazendo uso reiterado da tecnologia, embora a mesma seja indicada apenas para uso excepcional,

Tem alguns [...] de situações de repetição. Tinha uma menina que eu acho que ela veio aqui, sei lá umas seis, sete vezes. Assim, praticamente um mês sim e um mês não. Ela, na situação dela, era casada com um marido que tinha HIV e a situação assim, daí rompia o preservativo. Primeira vez a gente orientou e tudo: "olha ele tem carga viral indetectável, tu vai usar o medicamento", tarará, tarará... Aí daqui um pouco de novo. "Tu não tá sabendo usar o preservativo, tu tá lubrificando bem?". Daí a gente explica, né. Tá... Nanana de novo. Terceira vez, de novo. Uma coisa tá errada aí! Ela seria candidata à PrEP! (Profissional de Enfermagem, entrevista em agosto de 2015).

O uso reiterado de PEP não é motivado unicamente pelo comportamento individual, mas está associado a fatores externos, como a concepção de pílula do dia seguinte da AIDS, amplamente divulgada pela mídia e que estaria gerando uma banalização do uso de PEP, na visão dos profissionais. A banalização do uso de PEP produz concepções errôneas sobre o uso da tecnologia, como a ideia de alguns usuários de que a PEP consiste na ingestão de apenas uma pílula após a exposição, semelhante ao Anticoncepcional de Emergência. Não obstante, diante de informações errôneas disseminadas sobre o uso da PEP, produz-se um sujeito “reincidente”, o qual incorre seguidamente numa exposição sexual consensual de risco:

O que a gente vê, eu acho que uma coisa que talvez dê pra comentar, é que tem gente que vem várias vezes. O sujeito que é reincidente. Isso aí é que a gente vê muito, né, assim, né. E o papo do: “fulano! Tu aqui de novo!”. Tu vê né? Porque normalmente hoje em dia é o seguinte: se tu te apavora de ir no cabaré e mesmo não tendo se exposto, vem aqui suando e enfartando, esse tipo de atividade não é pra ti, né? (Profissional de Medicina, entrevista em agosto 2015).

A noção êmica de um sujeito *reincidente* possui aqui uma conotação negativa. É uma percepção que enfoca um comportamento individual do usuário, que ignora o baixo uso de métodos tradicionais em geral pela população brasileira, notadamente o preservativo masculino. Recentemente, a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População

Brasileira (PCAP), realizada pelo Ministério da Saúde, em 2013, entrevistou 12 mil pessoas na faixa etária de 15 a 64 anos, por amostra representativa da população brasileira (BRASIL, 2016). A PCAP apontou que a maioria dos brasileiros (94%) sabe que a camisinha masculina é a melhor forma de prevenção às IST e à Aids, e que a população brasileira possui, em termos gerais, um elevado índice de conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV.

Apesar do conhecimento acerca de preservativos, a PCAP revelou uma taxa de uso de preservativo ainda baixa na população brasileira. Quando observada a totalidade da população sexualmente ativa, apenas 23,5% das pessoas declaram ter utilizado preservativos em todas as relações nos 12 meses que precederam a pesquisa e, tratando-se de parcerias casuais, o uso do insumo em todas as relações aconteceu em 55% das vezes. Aproximadamente, 53% da população declararam ter tido acesso aos preservativos gratuitamente. Quase um terço (28,3%) teve acesso ao preservativo em serviços públicos de saúde. O uso de preservativos femininos, comparado ao conhecimento do insumo, é consideravelmente baixo: 80,3% da população declararam conhecê-lo, porém, apenas 13,2% afirmaram ter feito uso do insumo (sendo 8,2% homens e 5% mulheres) (BRASIL, 2016).

Desde o final dos anos 1990, observa-se um declínio no uso de preservativos. É o que se convencionou chamar de "fadiga do preservativo" ou "fadiga da prevenção". Aliado a este declínio, observa-se a falta de contatos dos mais jovens com a Aids, a redução dos processos de intervenção, mudanças na forma de busca de parceiros (mundo virtual), como fatores explicativos do aumento de casos de Aids em cidades e países onde havia ocorrido, anteriormente, declínio ou estabilização da epidemia (DOURADO et al., 2015).

Nesse cenário, Ferraz e Paiva (2015) exploram a chamada “compensação de risco”, como quando cada pessoa aceita viver certo nível de risco à saúde, subjetivamente estimado, em troca dos benefícios que determinada prática ou tecnologia possa oferecer. Com isso, o sujeito aceitaria uma certa margem de risco quando numa situação de exposição, como o não uso de uma tecnologia tradicional como o preservativo.

Outro fator negativo associado à decisão do sujeito em relação à PEP está ligado à culpabilização e às Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do município, também conhecidas como Serviços de Emergência. Segundo o Protocolo de PEP, o primeiro atendimento de uma situação de exposição sexual de risco consensual é considerado uma urgência médica, pois a prevenção deve ser iniciada no limite de 72 horas após a exposição (BRASIL, 2015b). Transcorrido esse prazo, a PEP não é mais indicada ao usuário. Para alguns profissionais, os Serviços de Emergência não costumam reconhecer a urgência médica no atendimento de pessoas em situação de exposição sexual:

Daí começaram com as emergências também. Aí as emergências começaram tipo assim: é violência atende; não é, não atende, deixa pra ir no outro dia, né? Deu bem assim, tá foi estupro, foi isso, aquilo, atende, né. Se não, ah tá, então tu vai lá no outro dia que não precisava atender, porque tipo assim: "ah, fez agora, né, 'te rala!' [...]" Então, às vezes eu acho por exemplo, por isso que eu acho ruim atender PEP em plantão né. Eu que já trabalhei em plantão né, tu tá com um cara enfartado, tá com outro que tá em parético né, tu não sabe se o cara vai evoluir pra coma ou não e alguém resolveu transar e não usar preservativo no meio do teu plantão né. É ruim né? Daí tu tem que parar tudo né, quando tu era pra tá, não é, do lado lá do outro. Plantão de SUS... e sempre falta gente né, então é tu pra tudo. E... cai na tua mão né as coisas né então eu... eu acho ruim né, acaba que o cara fica fazendo qualquer coisa assim pra se livrar do paciente né. (Profissional de Medicina, entrevista em agosto 2015).

Nesse caso, diante de outros eventos graves em saúde, a exposição de risco decorrente de relação sexual consentida não constituiu uma urgência. No trecho citado acima, soma-se à percepção de não-urgência médica a ideia de culpabilização do usuário com exposição sexual consensual ao HIV. Nesse sentido, os profissionais percebem que, nos serviços de emergência, o não-uso do preservativo ou de qualquer outro meio de prevenção ao HIV é tratado como um ato voluntário do usuário que, diante de outras gravidades em saúde, não se enquadra no atendimento prioritário, conforme o PCDT-PEP (BRASIL, 2017b).

Constata-se que há uma relação entre a culpabilização do sujeito e o próprio uso reiterado da tecnologia, questão discutida anteriormente. Historicamente, o sujeito é culpabilizado pela infecção do vírus HIV e por pertencer e/ou se colocar em situações de exposição ao vírus (VAZ et al., 2001). A culpabilização do sujeito transpõe o comportamento individual e é inscrita no próprio corpo do indivíduo. Nesse sentido, sobre determinados grupos sociais há uma associação direta entre a identidade, o comportamento e o corpo do sujeito, à Aids. Isso ocorre com homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas e mulheres travestis. A culpa aciona um dispositivo da sexualidade e, mais precisamente, um dispositivo sobre o corpo do sujeito, ao qual, devido à expressão da sexualidade, de gênero ou do comportamento considerado de risco, inscreve-se a culpa e se antevê a possibilidade da infecção pelo HIV.

Os profissionais, em geral, atribuem o uso reiterado de PEP à banalização gerada pela mídia e à não percepção da importância de um atendimento emergencial nas UPAs. O sujeito *reincidente* é o usuário que já conhece a tecnologia e sabe como acessá-la; suas idas ao serviço podem ser percebidas como problemáticas na medida que podem estar sobrecarregando o serviço, ou podem ser casos de indicação para PrEP, ou ainda porque

podem ser pessoas com uma preocupação demasiada em relação aos riscos avaliados como mínimos por parte dos profissionais. Os profissionais estão também preocupados com os sujeitos que “não chegam lá”, isto é, usuários em potencial que não vêm ao SAE ou ao CTA.

Os profissionais entrevistados expressão preocupação com a falta de informações claras tanto aos profissionais quanto aos cidadãos sobre a PEP. A ausência de campanhas de prevenção ao HIV integra um conjunto de ausências no processo de implementação da PEP, contribuindo para a disseminação de noções distorcidas sobre a tecnologia, como a concepção de “pílula do dia seguinte da Aids”. Nesse sentido, um profissional de Enfermagem apontou que seria necessário no serviço de assistência, além de difundir o conhecimento da tecnologia, justamente alinhar o fluxo do usuário com exposição sexual consensual entre SAE e CTA. No entanto, reconhecia que esta não seria uma tarefa fácil:

Não, eu acho assim ó, de desafios assim, a gente teria que melhorar muito, eu acho que teria que ter um profissional disponível, né. Pra atender esse tipo de situação, de aconselhar, de ter mais tempo de fazer um aconselhamento bom, né. Pra poder botar todo esse [inaudível] olha a incidência do jeito que tá, pra falar exatamente o que que é a realidade. Porque não é a troca de nada que o Rio Grande do Sul tá com essa incidência alta. Não adianta a gente fechar os olhos. O pessoal não tá se prevenindo mesmo, não tá usando. Então, a gente tentar fazer, através dos órgãos públicos alguma coisa mais, claro que tá se tentando fazer uma divulgação né, mas se faz a divulgação só, ah, se usa medicação só se acontecer isso, mas e a prevenção pra não chegar a usar o medicamento, como tão usando a questão pra se prevenir mesmo de usar o preservativo. Não precisar chegar nesse ponto, né. E se chegar que 'seje' (SIC) uma coisa mais eficaz, mas se chegou de madrugada, as emergências consigam atender, que seja o mais rápido possível, né. Que orientem, né. Depois, tudo bem que dê o primeiro atendimento. Nem que depois encaminhem pros serviços especializados, mas que consigam atender, né. Que a coisa seja mais divulgada, sabe, ou fazer o trabalho, sei lá, de sair na noite ou o pessoal que nem faziam antes com a redução de danos, né. Alguma coisa tem que se fazer, porque tá demais assim, né. (Profissional de Enfermagem, entrevista em agosto de 2015).

Além da difusão da informação sobre a tecnologia, há necessidade reconhecida de uma capacitação dos profissionais de saúde sobre PEP. Sobre esse aspecto, outro profissional apontou a necessidade de ações mais amplas de acesso à informação sobre PEP, prevendo que, futuramente, a demanda por esse serviço irá aumentar e para isso é preciso preparar os profissionais de linha de frente:

Então, assim, eu acho que os gestores deveriam já estar presentes, vendo o aumento dessa demanda e já estarem prevendo a capacitação da rede pra

absorver essa demanda, preparação, capacitação, de fazer uma projeção, isso tem a ver com gestão, né. Por que não é uma coisa louca, ah uma coisa do serviço, isso é uma coisa que vem do Ministério, uma coisa nacional né, e que tem que estar prevista. Acho que não está dessa forma ainda, pelo menos eu não ouvi falar nada nesse sentido, de que, bom, vamos preparar a Atenção Básica, né. Acho que isso está muito incipiente né (Profissional de Serviço Social, entrevista em agosto de 2015).

Também integra o quadro da ampliação da oferta da PEP no município o aumento da oferta da tecnologia em outros serviços públicos de saúde:

Acho que ter mais lugares disponíveis, porque, às vezes, é difícil. A pessoa de lá do Centro, de lá na Zona Norte ter que se deslocar até aqui, né? Às vezes, esse deslocamento da pessoa... Quem pode e quem procura vem, mas, às vezes, num horário ruim, porque é das 8:00 às 17:00 e as pessoas trabalham. E vai sair do trabalho e vai dizer: "vou ali fazer um teste rápido"? As pessoas não vão se expor, né? Acho que disponibilizar e vir no Pronto Atendimento lotado. As pessoas não vão querer vir e ficar esperando horas, porque aí não vai ser uma emergência. [...] Eu acho que ter em outros lugares mais perto e mais disponíveis às pessoas, que hoje fica restrito aqui, ao Santa Marta e ao IAPI (Profissional de Farmácia, entrevista em agosto de 2015).

Diante desse quadro, a análise do processo de implementação das políticas públicas, enfatizando os fatores organizacionais, as percepções e as interações dos profissionais são importantes no sentido de revelar as condições contextuais, ou seja, as influências ambientais sobre os resultados das políticas públicas. Matland (1995) argumenta que a arena de linha de frente oferece oportunidades importantes para o desenvolvimento de uma abordagem crítica das políticas públicas por meio da compreensão do processo de implementação pelas coalizões profissionais. Nesse sentido, abordar contexto dos profissionais de linha de frente conclui que para além da execução técnica, há uma execução simbólica envolvendo conflitos, percepções, valores e recursos disponíveis.

5.5 DISCRICIONARIEDADE ADMINISTRATIVA VERSUS ARBITRARIEDADE

Nesta seção, aborda-se o quarto fator observado no processo de implementação da PEP, que diz respeito à *discricionariade administrativa*. A discricionariade administrativa, em linhas gerais, é conceituada como uma margem de liberdade conferida à atuação do agente público nos limites estabelecidos pelo Estado Democrático de Direito e normas que regem a Administração Pública (MELLO, 2007).

Trata-se de um tema frequentemente debatido por autores da literatura de implementação de políticas públicas (LIPSKY, 1980; HILL & HUPE, 2010; MEYERS & VORSANGER, 2010; LOTTA, 2012). Os trabalhadores da linha de frente representam a interface entre o Estado e o cidadão, e, por meio da discricionariedade, exercem influência para além da autoridade formal (MEYERS; NIELSEN, 2014).

A Constituição Federal de 1988, no Art. 37, sobre a organização do Estado e da administração pública, traz um rol princípios que regulamentam o exercício de tarefas dos profissionais da Administração Pública (BRASIL, 1988). Sem a intenção de aqui esgotar a cadeia de princípios contidos no dispositivo constitucional, o princípio da legalidade, em específico, possui relevância à discussão sobre a discricionariedade. Pelo princípio da legalidade, o poder público tem o dever inarredável de acatar as normas jurídicas, quer para não agir sem base nelas, quer para dar execução a qualquer texto de lei. Essa assertiva vale para o exercício de qualquer das funções tradicionalmente desempenhadas pelo Estado: funções administrativas, legislativas ou jurisdicionais (MELLO, 2007).

No SAE e no CTA do CSVC constatou-se que o exercício da discricionariedade tornou-se um recurso acionado pelos profissionais com a finalidade de se eximirem de algumas atribuições previstas no Protocolo de PEP. Por meio de acordos estabelecidos entre os profissionais e, também, das crenças e da cultura organizacional, o fluxo de atendimento de um usuário em situação de exposição consensual de risco privilegiava a atuação da equipe de enfermagem, ao contrário de um atendimento multidisciplinar, como prevê o Protocolo de PEP (PCDT-PEP, 2017b).

No SAE, como já mencionado, a avaliação de risco e clínica de usuários em situação de exposição sexual consensual estava restrita à equipe de Enfermagem. Constatou-se que, entre os profissionais de Enfermagem e os profissionais de Medicina havia um acordo para que estes atuassem somente como apoio técnico nas avaliações dos usuários, não atendendo os sujeitos em exposição sexual de risco ao HIV. Segundo um profissional entrevistado, este acordo estaria relacionado à restrição de horários da agenda dos profissionais de Medicina,

Eu acredito que seja, em função do estreitamento da agenda dos profissionais médicos. Então assim, uma questão de prioridade, neh. Paciente que já tem HIV e ele tá em atendimento aqui, não pode em nenhum momento deixar de ter um atendimento para atender uma pessoa, no caso uma PEP, né, porque eu não posso fazer uma em detrimento da outra. As duas têm que acontecer, mas um já tá aqui, já é paciente e quando já é paciente é nossa responsabilidade. Então como isso vem depois, né, do, da assistência dos pacientes, eu acredito que tenha sido em função dos esgotamentos das agendas, dos profissionais não conseguirem absorver

mesmo essa demanda, né. A gente trabalha com o agendamento de um mês pro outro né. A gente não tem uma agenda aberta, né, de um médico porque nunca tem consulta sobrando. Então a gente teria que reservar as consultas dos médicos, né, pra atender a PEP. Então em função disso, a enfermagem tenha se tornado mais disponível, contando né claro com o apoio dos médicos e farmacêuticos (Profissional de Assistência Social, entrevista em agosto de 2015).

Assim, diante da capacidade administrativa limitada, os profissionais estabeleceram um acordo tácito para que o processo de avaliação de risco e clínica de usuários em situação de exposição sexual consensual de risco ficasse ao encargo dos profissionais de Enfermagem. O estabelecimento desse acordo possui como base, a percepção de usufruto da margem de liberdade conferida pela discricionariedade administrativa aos profissionais.

Embora os acordos firmados tenham sido a alternativa encontrada pelos profissionais para contornar o “problema” de horários no serviço, a prescrição de medicamentos antirretrovirais pelos profissionais de Medicina, sem a avaliação clínica dos usuários pelos mesmos, contraria as previsões do Protocolo de PEP (PCDT-PEP, 2017b).

O Protocolo de PEP abre uma margem para a prescrição de antirretrovirais, quando houver a ausência de um profissional de Medicina, especialista em infectologia: “ressalta-se que a ausência de médico infectologista não deve atrasar a prescrição da profilaxia” (PCDT-PEP, 2017b, p. 32). No entanto, constatou-se que esse não era o caso do serviço estudado.

Além das questões organizacionais, as percepções dos profissionais de Medicina sobre PEP e os usuários que acessam a estratégia, como abordado na Seção 5.4.1, também contribui para uma noção negativa sobre a estratégia, podendo influir sobre a não avaliação clínica.

Em nenhum momento, identificou-se a percepção dos profissionais de que a concentração das atividades de avaliação de risco e clínica possa contrariar o Protocolo de PEP. Isso, talvez, se deve ao fato de que no SAE, os acordos estabelecidos entre profissionais de Enfermagem e Medicina não obstaculizavam o acesso do usuário à PEP. No CTA, uma situação semelhante também ocorria, no entanto, as suas consequências eram diversas da do SAE.

O CTA, como já referido, realizava sessões de aconselhamento (pré e pós testagem) para pessoas em busca da realização de testagem convencional para HIV, entre outras ações. Detendo-se sobre as sessões de aconselhamento para a solicitação do teste convencional de HIV, estas atividades consistiam em um diálogo psicossocial, no qual se questionava as motivações para a realização do teste, troca de informações sobre prevenção e cuidado com a

saúde sexual. Os profissionais aconselhores também dispunham de uma ficha de atendimento (Anexo J), com uma série de questionamentos.

Ocorre que, durante as sessões de aconselhamento, a investigação sobre exposições sexuais consensuais, ocorridas dentro de 72 horas, não era realizada. Inicialmente, constatou-se que a ficha de atendimento (Anexo J) não possui um campo voltado à investigação de situações elegíveis à PEP. No que pese essa ausência, a não investigação das situações de exposição sexual consensual, ocorridas em 72 horas, também estava associada às crenças dos profissionais Aconselhores.

Conforme a compreensão dos profissionais Aconselhores, não era uma atribuição do CTA a investigação de situações elegíveis à PEP e, portanto, essa tarefa não integrava o conjunto de práticas executadas durante as sessões de aconselhamento. Como pressuposto da não investigação estava a percepção dos profissionais de usufruto de uma margem de liberdade, a qual tornava facultativa a investigação de situações de exposição sexual consensual, ocorridas em 72 horas.

Não obstante, constatou-se que a não investigação desses casos, estava associada à percepção de que a PEP não era considerada pela maioria dos profissionais como uma estratégia de prevenção ao HIV/Aids. A PEP, não visão de alguns Aconselhores representava o abandono de estratégias tradicionais de prevenção, como o uso de preservativos masculinos e femininos. Na visão de alguns profissionais, o uso da PEP poderia gerar na banalização do “sexo desprotegido”, acarretando o abandono de preservativos. Além disso, segundo alguns profissionais entrevistados, tanto a PEP quanto a PrEP representavam uma drástica mudança no rumo das políticas públicas de prevenção ao HIV e Aids, contribuindo para a medicalização dos sujeitos.

Aponta-se que tais percepções traziam como principal consequência problemas no acesso dos usuários à estratégia da PEP. Como exemplo, se um usuário viesse a relatar uma situação de exposição sexual consensual, ocorrida dentro de 72 horas, este usuário não recebia o devido encaminhamento ao SAE para avaliação de risco e clínica. Em se tratando de um CTA, a não investigação de possíveis situações elegíveis à PEP contraria as determinações do Protocolo de PEP, o qual aponta o suporte psicossocial como essencial às pessoas expostas ou com suspeita de exposição ao HIV.

Observa-se que em ambos os casos, os profissionais do SAE e do CTA se utilizam do mesmo recurso, isto é, a discricionariedade administrativa, a fim de não cumprir com o estipulado pelo Protocolo de PEP. Por meio do recurso da discricionariedade, estes profissionais se eximiam de atribuições, tomando-as como facultativas ou como atribuição ou

responsabilidade “do outro”. Este “outro” aqui compreendido como um profissional de saúde ou outro serviço.

Todavia, em ambos os casos não há de se falar em discricionariedade administrativa. Reconhece-se que, devido à cultura organizacional, como os acordos tácitos estabelecidos, e, também, devido às percepções sobre PEP, os profissionais deliberadamente se eximiam de uma atribuição conferida pelo Protocolo de PEP (PCDT-PEP, 2017b). Com isso, aponta-se para duas consequências: a primeira, a existência de um atendimento concentrado em profissionais de mesma formação, ao contrário do atendimento interdisciplinar previsto no Protocolo de PEP; e, em segundo lugar, a não investigação de possíveis situações elegíveis ao uso da PEP, acarretando no não acesso à estratégia.

A situação observada no CTA exige um olhar cuidadoso. Como anteriormente abordado, os profissionais Aconselheiros apontaram a ausência de capacitações e formações continuadas para a implementação da PEP. Por isso, não cabe aqui, de forma ingênua e irresponsável, culpabilizar estes profissionais pela conduta. Tais percepções, as quais incidem sobre as práticas cotidianas podem ser resultado do desamparo com a atualização e educação continuada desses profissionais.

A não investigação no CTA de possíveis situações elegíveis ao uso da PEP chamou a atenção da coordenação da Assistência Especializada, em função do próprio processo de pesquisa. Com isso, a coordenação passou a orientar os profissionais aconselheiros a dar maior atenção à identificação de situações de exposição sexual consensuais de risco e a darem o devido encaminhamento para esses casos.

A análise do exercício da discricionariedade torna-se relevante na medida em que partimos do pressuposto, colocado por Lipsky (1980), de que a ação individual dos trabalhadores da linha de frente acaba por se tornar o comportamento da agência pela qual respondem e representam. Dito de outro modo, para compreender a ação efetiva do Estado, é necessário entender justamente a ação e a interação realizadas por esses profissionais.

No contexto da implementação da PEP, as questões levantadas nessa seção foram sobre como a percepção dos profissionais do SAE e do CTA podem influenciar e direcionar a margem de liberdade utilizada no âmbito da administração pública para interpretar – e em algumas circunstâncias alterar – a conduta prevista nas normas previstas nos protocolos. Ocorre que, quando esta margem de liberdade, foge ao determinado pelos protocolos e normas jurídicas, não de se falar em discricionariedade, mas, sim em uso arbitrário de um poder conferido aos profissionais da linha de frente.

5.6 DESAFIOS À EFETIVIDADE DA IMPLEMENTAÇÃO

A organização do atendimento de pessoas em situação de exposição sexual de risco ao HIV saúde envolve protocolos e diretrizes enunciados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Tais documentos informam sobre a atuação dos profissionais de saúde e a organização do atendimento aos usuários em situação de exposição sexual de risco. Nesse capítulo, com o objetivo de investigar a implementação da PEP na Assistência Especializada em IST/HIV/Aids do CSVC, observaram-se quatro fatores extraídos da literatura de análise de implementação de políticas públicas, a saber: *contexto da implementação; fatores institucionais e organizacionais; fatores individuais e relacionais* e a *discricionariedade administrativa* (LIPSKY, 1980; MAJONE & WILDAVSKY, 1984; HOWLETT & RAMESH, 1995; VAN METER & VAN HORN, 1996; SABATIER & MAZMANIAN, 1996; WILSON, 1989; HILL & HUPE, 2010; LOTTA, 2012; LIMA & D'ASCENZI, 2013).

A análise sobre a implementação da PEP no cotidiano do SAE e do CTA do CSVC é paradigmática, pois revela como os profissionais da linha de frente em saúde interpretam as normas e os objetivos expressos nos protocolos, bem como, atuam no cotidiano, informados pelo contexto em que estão inseridos, pelas percepções, pela cultura organizacional e pelas interações cotidianas com os demais colegas e usuários. Neta seção, reuniram-se elementos considerados que provocam *dificuldades* e elementos *facilitadores* do processo de implementação da PEP no cotidiano dos serviços estudados.

Primeiramente, entre os elementos que causam *dificuldades* ao processo de implementação da PEP estão: (a) a concentração de atividades em poucos profissionais no SAE; (b) o baixo conhecimento sobre os protocolos de PEP; (c) o não alinhamento institucional entre os serviços SAE e CTA; (d) as percepções negativas sobre a PEP, vista como um incentivo ao abandono de mecanismos tradicionais de prevenção, como o uso de preservativo masculino e, percepções negativas sobre o comportamento dos sujeitos que acessam a PEP, como a ideia de um “sujeito reincidente”, isto é, que faz uso reiterado da estratégia; e (e) não implementação da estratégia, com base no atributo da discricionariedade.

Primeiramente, constatou-se que a oferta da estratégia da PEP está restrita ao SAE. No SAE, a execução de tarefas como a avaliação da situação de risco bem como a avaliação clínica do usuário em situação de exposição sexual de risco estão concentradas nos profissionais de Enfermagem.

De modo geral, em ambos os serviços, constatou-se a existência de baixo conhecimento dos profissionais sobre os protocolos de PEP. Dos profissionais entrevistados, nenhum mencionou ter participado de algum tipo de capacitação ou estratégia de educação continuada a respeito da PEP. Sobre esse ponto, discute-se que, embora tenha havido algum tipo de capacitação ou estratégia de educação continuada tenha sido oferecida aos profissionais, estas ações não surtiram os efeitos esperados. Soma-se ao baixo conhecimento sobre os protocolos, a percepção dos profissionais do SAE de que a incorporação da PEP, em 2010, foi realizada “de cima para baixo”, ou seja, sem o envolvimento e participação dos agentes da linha de frente das políticas públicas.

O não alinhamento entre os serviços SAE e CTA na implementação da PEP é outro elemento a dificultar a implementação da estratégia. A gestão e a organização dos serviços funcionaram de forma independente por mais de 15 anos. Em 2012, o SAE e o CTA passaram a ser regidos pela mesma coordenação. O tempo em que os serviços atuaram de forma independente pode ter contribuído para a criação da chamada *cultura organizacional*, isto é, práticas reiteradas com base na atuação individual dos profissionais, e também no relacionamento coletivo no cotidiano do serviço (LIPSKY, 1980; MAJONE & WILDAVSKY, 1984; LOTTA, 2012; LIMA & D’ASCENZI, 2013).

A cultura organizacional costuma gerar dificuldades na operação de mudanças em serviços em que há profissionais com longo tempo de atuação (WILSON, 1989). O tempo de atuação de alguns profissionais no SAE e no CTA, somado ao não alinhamento institucional entre os dois serviços podem ser fatores que dificultavam a operacionalização de mudanças no contexto do SAE e do CTA. A implementação da PEP no SAE e CTA não era alinhada institucionalmente, gerando o desperdício da experiência de profissionais que poderiam contribuir com a implementação de ações previstas no Protocolo de PEP.

A respeito das percepções dos profissionais de saúde, constatou-se que muitos compreendiam como negativo, o uso reiterado da tecnologia pelos usuários. Chegou-se a identificar a presença da noção de sujeito *reincidente*, para discriminar aquele sujeito que costuma fazer uso com frequência da PEP. Além disso, sobre o sujeito *reincidente* também foi identificada certa culpabilização pela situação de exposição sexual ocorrida.

A figura do usuário *reincidente* traz como problematização a presença de uma figura oposta: o sujeito *não-reincidente*. Este *não-reincidente* é aquele que, embora exposto a uma situação de exposição de risco (em alguns casos semelhante a do sujeito *reincidente*), não sofre o mesmo tipo de discriminação no âmbito dos serviços. O não-reincidente é aquele que comete um deslize, uma falta, um erro – a ser resolvido em 28 dias de uso de ARV. O

reincidente, ao contrário, é aquele que não cria “consciência” sobre os riscos, o irresponsável e, em alguns casos, o promíscuo que não impõe limites de cuidado com a saúde sexual. Argumenta-se que a noção de reincidente é reforçada pelo estigma sobre grupos específicos e personificada pelos sujeitos gay/homossexual, a mulher transexual ou travesti e os profissionais do sexo.

A culpabilização do sujeito transpõe o comportamento individual e é inscrita no próprio corpo do indivíduo. Nesse sentido, sobre determinados grupos sociais há uma associação direta entre a identidade, o comportamento e o corpo do sujeito à Aids. Isso ocorre com homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas, mulheres travestis. A culpa aciona um dispositivo da sexualidade, e mais precisamente, sobre o corpo do sujeito, ao qual devido à expressão da sexualidade, de gênero ou do comportamento considerado de risco, inscreve-se a culpa e se antevê a possibilidade da infecção pelo HIV.

Constatou-se também a percepção de que as Unidades de Pronto Atendimento não tratam a PEP como urgência médica. Nesses espaços, segundo os profissionais, diante de outros agravos em saúde, a exposição sexual consensual de risco não constituiu uma urgência médica. Nesse sentido, retoma-se a culpabilização dos sujeitos, pois o não-uso de qualquer forma de prevenção ao HIV, é tratado como um ato voluntário do usuário e diante de outras morbidades não se enquadraria no atendimento prioritário, diferente do preconizado no Protocolo de PEP (PCDT-PEP, 2017b).

Por fim, entre os elementos que causam dificuldades à implementação, constatou-se que alguns profissionais acionam o atributo da discricionariedade administrativa, como forma de adequar a atuação cotidiana à capacidade administrativa, aos recursos existentes e ao desenho de atendimento preconizado no Protocolo de PEP. Em outras situações, constatou-se que o mecanismo da discricionariedade foi acionado de forma indevida, a fim de não implementar a tecnologia. Nesse caso, não há de se falar em discricionariedade, mas de eventual exercício arbitrário que acabou por impedir, em determinadas situações, o acesso dos usuários à tecnologia da PEP.

Tomando agora os elementos *facilitadores* a implementação da PEP, destacam-se: (a) a percepção da importância da PEP pela maioria dos profissionais; (b) o tratamento da PEP como emergência médica pelos profissionais do SAE; (c) o aconselhamento feito pelos profissionais de Enfermagem ao usuário em situação de exposição sexual consensual; (d) o reconhecimento da coordenação dos serviços sobre a necessidade de mudanças nos serviços para a efetividade da PEP.

A maioria dos profissionais reconheceu a importância da PEP como estratégia de prevenção ao HIV e Aids. Inclusive alguns profissionais apontaram que, por meio da PEP, possibilita-se o acesso a outros benefícios em saúde, como a testagem às demais infecções sexualmente transmissíveis, o aconselhamento, entre outras formas de cuidado.

Constatou-se que a preservação da autonomia dos sujeitos na decisão de aderir ao uso do método foi uma constatação importante. Constatou-se que, durante o atendimento dos usuários em situação de sexo consensual desprotegido, os profissionais responsáveis pela avaliação de risco conferem ao sujeito a possibilidade de usufruir e de decidir sobre o uso da tecnologia. Nesse atendimento, contatou-se a oportunidade que os profissionais de saúde possuem de ofertar a tecnologia da PEP, associando a outras estratégias de prevenção, como insumos (gel lubrificante, preservativos masculinos e femininos, testes rápidos, entre outros) e, também, de aconselhamento e redução de danos. Dessa forma, o atendimento do usuário em situação de exposição sexual consensual se revela como um importante aliado na implementação de outros mecanismos de prevenção que não somente a PEP. Com isso, além do acesso aos insumos essenciais, pode-se dizer que o atendimento integral é uma das formas de garantir o acesso e o exercício de direitos sexuais pelo indivíduo.

Todavia, identificou-se a presença de resistências quanto à implementação da PEP, motivadas pela presença de crenças profundas dos profissionais de saúde. Alguns profissionais acreditam na “banalização” do uso da PEP pelos usuários, trazendo como consequência o uso reiterado da tecnologia e o abandono de estratégias tradicionais de prevenção, como o uso de preservativos masculinos. Além disso, identificou-se que algumas resistências à PEP, estão associadas ao contexto geral de incorporação e implementação da prevenção antirretroviral ao HIV e Aids. Para esses profissionais, as respostas de enfrentamento à epidemia estão passando por um momento de ênfase na medicalização do corpo, capitaneada pela oferta de uma “pílula mágica”, capaz de substituir as respostas comportamentais e estruturais no campo da prevenção. Com isso, alguns profissionais se mostraram extremamente receosos em relação à prevenção antirretroviral.

Em outro aspecto facilitador da implementação, constatou-se no SAE que a PEP costuma ser encarada pelos profissionais de saúde como uma emergência médica, tal como dispõe o Protocolo de PEP (PCDT-PEP, 2017b). Observou-se que no atendimento dos usuários em situação de exposição sexual consensual de risco ao HIV e Aids, os usuários costumavam ser atendidos com preferência e de forma célere.

Sobre a terceira constatação, a coordenação da Assistência Especializada solicitou ao CTA que este começasse a investigar as suspeitas de exposição sexual consensuais para o

HIV e encaminhasse essas situações para uma avaliação no SAE. Tal decisão foi tomada após a coordenação do serviço tomar conhecimento de que os profissionais aconselhadore não investigavam, muito menos encaminhavam tais situações para o SAE. Após essa decisão, alguns usuários elegíveis para PEP foram identificados pelos profissionais do CTA, sendo referenciados para o SAE para fazer uso de PEP. Esse fato pode ser apontado como uma melhora nas condições de acesso dos usuários à tecnologia, porém não minimiza a necessidade de que sejam realizadas outras ações no intuito de fornecer mais subsídios aos profissionais do CTA na oferta da PEP.

Destaca-se como ponto positivo o reconhecimento pela coordenação do serviço de ações pontuais como capacitação e educação continuada na difusão do conhecimento sobre PEP. A coordenação também argumentou que é preciso ir além dos Serviços de Assistência Especializada e dos Centros de Testagem e Aconselhamento, disseminando o conhecimento sobre PEP na Atenção Básica e nas Unidades de Pronto Atendimento, entre outros serviços e níveis de atenção.

Os elementos negativos podem trazer consequências no acesso à estratégia, trazendo prejuízos ao cuidado de si, à preservação da autonomia do sujeito e ao exercício de direitos sexuais. Não obstante a presença de elementos facilitadores, estes devem ser aprimorados no contexto de implementação, por meio de mecanismos de gestão e planejamento dos recursos disponíveis, para fins de alcançar a efetividade da estratégia. No intuito de refletir sobre melhorias no acesso à PEP, alguns modelos de análise de políticas públicas podem ser suscitados para refletir sobre o processo de implementação.

A Ciência Política, ao modo de outras áreas do conhecimento, desenvolveu uma série de modelos³⁸ no intuito de compreender a vida política, tais como: modelo institucional; modelo de processo; modelo de grupo; modelo de elite; modelo racional; modelo incremental; modelo da teoria dos jogos; modelo da opção pública; a teoria sistêmica (DYE, 2010). De acordo com Dye (2010), nenhum desses modelos foi desenvolvido com a finalidade exclusiva de analisar políticas públicas, no entanto, cada um oferece uma forma de pensar as políticas públicas e até sugere causas e consequências gerais sobre as mesmas.

A presente discussão está concentrada sobre o modelo incremental, também chamado de *Incrementalismo*. Segundo Dye (2010), o incrementalismo toma a política pública como uma continuação das atividades de governos anteriores, acrescentando modificações

³⁸ “O modelo é uma representação simplificada de algum aspecto do mundo real” (DYE, 2010, p. 99). De acordo com Dye (2010), um modelo pode ser uma representação física do real, como uma maquete de um edifício; um diagrama ou um projeto de lei.

incrementais. Este modelo foi apresentado inicialmente pelo cientista político Charles E. Lindblom, no corpo de uma crítica ao modelo racional tradicional de formulação de decisões³⁹: “o modelo incremental reconhece a natureza não prática da formulação ‘absolutamente racional’ de políticas e descreve um processo mais conservador de formulação de decisões” (DYE, 2010, p. 115).

No processo de implementação da PEP, sugere-se o *modelo incremental* como uma alternativa à realização de mudanças pontuais e contínuas, conciliando interesses e pavimentando gradativamente transformações no âmbito da administração pública. Dessa forma, ao contrário de uma implementação realizada “de cima para baixo”, instantânea e abrupta, o processo lento e gradual permitiria que os profissionais de saúde avaliassem os seus processos de trabalho, identificassem as lacunas e, eventualmente, participassem de ações para a maior efetividade da estratégia a ser implantada. O modelo incremental possibilitaria a realização de maior alinhamento entre a atuação dos profissionais, assegurando o pluralismo e a tomada de decisões de forma mais equânime.

Todavia, observa-se a existência de críticas ao modelo incremental, como a dificuldade de promover transformações profundas na estrutura de serviços com uma cultura organizacional rígida. O modelo incremental tende a favorecer as decisões mais conservadoras, pois se apoia numa estrutura já existente (DYE, 2010). que não há um modelo melhor ou pior para a análise de políticas públicas. Ambos os modelos abordados fornecem elementos que podem contribuir ao processo de implementação da estratégia da PrEP. Observa-se, contudo, a necessidade de planejamento no processo de implementação da estratégia de política pública. Segundo Bercovici (2006), o plano normativo das políticas públicas, como expressão técnica/jurídica e política determine uma vontade estatal por meio de diretrizes coordenadas, exige planejamento, o qual representa a coordenação, o poder de implementação e consecução dos objetivos anteriormente formulados no plano. É interessante pensar de que de nada adianta um plano bem elaborado, sem um planejamento forte, pois se corre o risco da política pública e suas estratégias não surtirem os efeitos esperados.

Complementar a ideia de planejamento, aponta-se para a necessidade de pensar a implementação não apenas com o enfoque sobre os processos de trabalho dos profissionais de linha de frente em saúde, mas na intersecção com os estudos de governança. Diniz (1995) aponta para a influência de diferentes culturas e configurações institucionais sobre o processo

³⁹ De acordo com Dye (2010), a política racional é aquela que produz o maior “ganho social”, ou seja, a política cujo ganho social supera os custos pelo maior valor, devendo ser evitadas políticas em que os custos não sejam excedidos pelos ganhos.

de implementação, argumentando que os processos de “governo” devem ser encarados como “governança”, um conceito que surge no sentido de aprofundar o conhecimento sobre as condições que tornam um Estado ou governo mais eficiente. Essa preocupação desloca o foco da atenção das implicações estritamente econômicas da ação dos Estados e governos para um olhar mais amplo, envolvendo as dimensões sociais e políticas da gestão pública (HILL; HUPE, 2014). Nesse sentido, a capacidade estatal ou de governo não é avaliada somente pelos resultados das políticas públicas, mas, também, sobre como é exercido o poder conferido ao Estado e ao governo, por meio de seus agentes públicos.

O quadro da implementação da PEP na Assistência Especializada em HIV/AIDS do Postão revela que os profissionais que compõem a administração pública não agem de forma puramente mecânica, senão por meio da influência do contexto em que estão inseridos e de fatores organizacionais, institucionais, individuais e da própria discricionariedade administrativa. Nesse sentido, o processo de implementação de políticas públicas ocorre num cenário institucional complexo, informado não apenas por regulamentos e normativas, mas, também, por questões de ordem subjetiva e sociocultural (MAHONEY; THELEN, 2010).

As formas pelas quais os burocratas de rua fornecem benefícios e sanções estruturam e delimitam a vida e as oportunidades das pessoas. Essas maneiras orientam e fornecem os contextos sociais (e políticos) nos quais as pessoas agem. Assim, toda extensão de benefícios sociais é acompanhada por uma extensão da influência e controle do Estado. Como prestadores de benefícios públicos e detentores de ordem pública, os burocratas de rua são o foco da controvérsia política. Eles são constantemente divididos pelas demandas dos beneficiários de serviços para melhorar a eficácia e a capacidade de resposta e as demandas dos grupos de cidadãos para melhorar a eficácia e eficiência dos serviços governamentais (LIPSKY, 2010, p. 4).

Os trabalhadores de linha de frente em saúde são, muitas, vezes o primeiro e único ponto de contato para a população no acesso aos serviços de saúde. São profissionais que geralmente servem as comunidades locais a que pertencem e trabalham em diferentes linhas de frente.

Conclui-se que este capítulo, argumentando que, para além de uma execução técnica, os profissionais de saúde que estão na “linha de frente das políticas públicas” exercem uma execução simbólica baseada no contexto, nas crenças, na cultura organizacional, nos acordos estabelecidos entre os profissionais. A presença de elementos que *dificultam* a implementação da PEP pode trazer consequências negativas no acesso à estratégia, trazendo prejuízos ao cuidado de si, à preservação da autonomia do sujeito e ao exercício de direitos sexuais. Não

obstante a presença de elementos *facilitadores*, estes devem sempre ser aprimorados no contexto de implementação, por meio de mecanismos de gestão e de planejamento dos recursos disponíveis, para fins de alcançar a maior efetividade da estratégia.

Por fim, no intuito de refletir sobre melhorias no acesso à PEP, sugere-se o *modelo incremental* como um modelo à realização de mudanças pontuais e contínuas, conciliando interesses e pavimentando gradativamente transformações no âmbito da administração pública. Dessa forma, ao contrário de uma implementação realizada “de cima para baixo”, o processo lento e gradual permitiria que os profissionais de saúde avaliassem os seus processos de trabalho, identificassem as lacunas e, eventualmente, participassem de ações para a maior efetividade da estratégia a ser implantada.

6 TEMPOS DE RISCO

No capítulo anterior, buscou-se analisar os fatores que incidem sobre o processo de implementação da PEP no contexto da Assistência Especializada em IST/HIV/Aids do CSVC. A partir da análise, foram apontados elementos que facilitam e dificultam o acesso à tecnologia pelos usuários do serviço, tomando como parâmetro de análise a atuação dos profissionais da linha de frente em saúde. Neste capítulo, empreende-se uma tentativa de ampliar o debate proposto, buscando problematizar a dimensão biopolítica das transformações engendradas pela incorporação e implementação de novas tecnologias biomédicas de prevenção, notadamente a prevenção antirretroviral, pelo Estado brasileiro.

6.1 DIREITOS SEXUAIS, MEDICALIZAÇÃO E CUIDADO DE SI

O cenário das políticas públicas de HIV e Aids tem sido marcado por tensionamentos nos últimos anos. No presente, aponta-se para o distanciamento de abordagens que costumavam estar presentes nos discursos do enfrentamento à epidemia, como as discussões sobre sexualidade, gênero, redução de danos, direitos humanos, direitos sexuais, as quais têm sido, paulatinamente, apartadas ou tomadas como supérfluas no enfrentamento à epidemia de HIV e Aids (SEFFNER & PARKER, 2016). A própria discussão sobre a Aids – não somente enquanto doença, mas, também, os seus significados sociais – tem perdido espaço para o discurso técnico que elege a preocupação com o vírus HIV como central.

À ênfase ao HIV, cabe a seguinte interpretação: o HIV é crônico, tratável e controlável, ao passo em que a Aids ainda assombra, estigmatiza e, principalmente, ela mata. Logo, é preciso extirpar a ideia de Aids do campo dos discursos. Como discutido no primeiro capítulo deste trabalho, há um imenso esforço em acabar com a epidemia de Aids até 2030 e a persecução deste objetivo ampara a necessidade de afastar a Aids do léxico do enfrentamento à epidemia.

Contudo, argumenta-se que, ao excluir a Aids do campo dos discursos, afasta-se, também, a necessidade de problematizar um conjunto de significados presentes no imaginário social. Tais significados são produtores de situações concretas de medo, desconhecimento, discriminação, conflitos, práticas prejudiciais ao sujeito e ao cuidado deste com a própria saúde sexual e, também, com a do outro. É urgente discutir sobre Aids pelo conjunto de significados sociais que ela produz e, categoricamente, pela alta incidência da mortalidade por Aids no Brasil, e, especialmente, no Estado do Rio Grande do Sul (BRASIL, 2017a).

Além disso, o otimismo com o “fim da epidemia de Aids” encontrou eco nas esperanças sobre as novas tecnologias biomédicas, tais como: a PEP, a PrEP, as vacinas e microbicidas. Sob a ideia fim iminente da epidemia de Aids, justifica-se a expansão em larga escala de um modelo estritamente biomédico, baseado na cientificidade, em cálculos matemáticos e estatísticos. Por outro lado, esquece-se que a Aids é perpassada por atravessamentos de caráter político, social, econômico e cultural.

Seffner e Parker (2016) apontam que a ênfase nas respostas biomédicas, poderiam aposentar tudo que já foi empregado para pensar politicamente a Aids, a conexão com os direitos humanos e a redução das desigualdades sociais. Inegavelmente, potencializar as respostas à epidemia, por meio de novas tecnologias biomédicas, é uma questão de direito à saúde. No entanto, destaca-se que esta é apenas uma questão, diante de um quadro epidêmico complexo que também exige respostas políticas, de redução das desigualdades sociais e do exercício de direitos.

Posto isso, passa-se à inserção da análise sobre a implementação da prevenção antirretroviral na problemática da biopolítica. Nessa linha de discussão, aponta-se para dois possíveis desdobramentos de cunho biopolítico no processo de implementação da prevenção antirretroviral: o primeiro, a ampliação do rol de tecnologias biomédicas de prevenção proporciona maior a autonomia do sujeito na produção do autocuidado e no exercício de direitos sexuais; e, segundo, a ênfase nas respostas biomédicas e o abandono de respostas comportamentais e estruturais, como consequência, podem levar à medicalização do sujeito e prejudicar o cuidado de si.

Na problemática da biopolítica, a autonomia do sujeito na produção do cuidado de si é um tema relevante. O cuidado de si é tomado por Foucault como “singular, transcendente, do sujeito em relação ao que o rodeia, aos objetos que dispõe, como também aos outros com os quais se relaciona, ao seu próprio corpo e, enfim, a ele mesmo” (FOUCAULT, 2010, p. 50). Nesse sentido, o cuidado de si está relacionado ao sujeito e ao meio no qual este está inserido.

A incorporação de novas tecnologias biomédicas de prevenção se apoia na ideia de ampliar o conjunto de mecanismos de cuidado com a saúde sexual para o sujeito e da possibilidade do uso combinado de métodos de prevenção. Para isso, o respeito autonomia individual para adoção da forma ou das formas de prevenção adotadas pelo sujeito é fundamental.

A ampliação do acesso a novas tecnologias biomédicas pode inclusive ser compreendida no âmbito da realização de um direito à prevenção, garantido na esfera internacional dos direitos sexuais e em conexão ao direito à saúde. Paiva e outros (2006)

apontam que o direito à prevenção é um tema que ainda está sendo pouco abordado nas agendas dos movimentos sociais e nas instâncias colegiadas de controle social. Segundo os autores, há pouco ativismo e interesse público pela realização do direito à prevenção, como a mobilização pelo acesso aos diferentes mecanismos de prevenção (PAIVA et al., 2006).

As políticas públicas de prevenção ao HIV e Aids estão em franco processo de transformação no Brasil. Nesse cenário, Ferraz e Paiva (2015) apontam para dois movimentos fundamentais na condução de políticas brasileiras de HIV e Aids: (a) fortalecer os canais de participação social como condição primordial para que as estratégias de implantação sejam legitimadas e ajustáveis às necessidades da população, e (b) recuperar o diálogo sobre sexualidade, não apenas com informações técnicas, mas na promoção do respeito às vulnerabilidades e aos direitos dos sujeitos, beneficiários das políticas. Não obstante, no debate sobre as novas tecnologias biomédicas é importante ampliar e aprofundar a discussão os direitos sexuais e a sua realização no espaço público, pois quando não é permitido que os sujeitos possam usufruir de direitos básicos como acesso à informação, não discriminação e respeito ao controle sobre o próprio corpo, dificulta-se o exercício da autonomia individual.

Nesse sentido, argumenta-se que o acesso à PEP constitui um direito sexual do usuário, o qual possui assento em dois argumentos básicos: na autonomia do sujeito e na normatividade jurídica de proteção à dignidade humana (BRASIL, 2005). De acordo com o Protocolo de PEP, é direito da pessoa tanto o usufruto da PEP, quanto a recusa da tecnologia ou de outros procedimentos indicados após a exposição, por exemplo, a coleta de exames sorológicos e laboratoriais (PCDT-PEP, 2017b). Não obstante, o aconselhamento, a conversa franca dos profissionais sobre sexualidade, a informação sobre como utilizar os métodos, a conversa sobre o uso associado de outros métodos de prevenção, destacaram-se como importantes no atendimento de PEP. Nesse sentido é que o respeito à autonomia do usuário para aderir à PEP ou não acaba inserindo a abordagem no espectro dos direitos sexuais.

A problemática da biopolítica também suscita o debate a respeito da medicalização da sexualidade, como possível consequência da ênfase sobre as novas tecnologias biomédicas de prevenção ao HIV e Aids. Segundo o Protocolo de PEP, a situação de exposição de risco ao HIV pode gerar medo, euforia e ansiedade (PCDT-PEP, 2017b). Nesse sentido, o medo de uma infecção e da Aids, propriamente dita, pode levar o sujeito a depositar todas as suas esperanças na “pílula mágica”, isto é, na ideia de solução fácil oferecida pela prevenção antirretroviral. Nesse caso, a promoção da autonomia e do cuidado de si são dois elementos que podem restar afastados. Não obstante, no lugar de um sujeito político, pode surgir um potencial consumidor, cliente e dependente de novas tecnologias biomédicas.

Seffner e Parker (2016) argumentam que mudanças ocorridas no cenário de enfrentamento à epidemia de HIV e Aids têm levado ao abandono de respostas políticas, sociais e de direitos. Segundo os autores, este retrocesso é fruto de um longo processo de desperdício da experiência, mais do que o ato deliberado de um gestor em particular,

O momento atual da resposta à aids é marcado, conforme já mencionamos, pela dupla tensão entre o fazer viver (ampliação da oferta de exames para conhecimento da situação sorológica e oferta universal da medicação antirretroviral) e o deixar morrer (reforço das situações de estigma e discriminação as populações vulneráveis). O extraordinário avanço na produção de drogas e tratamentos na luta contra o HIV tem produzido, efetivamente, a possibilidade concreta do fazer viver, do ampliar o número de anos vividos, e viver com a aids como doença crônica, da qual não nos curamos, mas que não nos impede a vida cotidiana (SEFFNER & PARKER, 2016, p. 297).

Como outrora, as respostas ao HIV e à Aids quando pensadas coletivamente tornam-se mais eficazes. Tal argumento reflete a agência das primeiras respostas de enfrentamento à epidemia de HIV e Aids, formuladas a partir de uma perspectiva que realçava a importância dos avanços biomédicos, porém era alicerçada, também, nas respostas políticas, sociais, na compreensão das vulnerabilidades e dos direitos sexuais (PARKER, 2000; 2013).

As “novas” tecnologias biomédicas são uma realidade, sendo necessário ampliar o debate sobre a incorporação e a implementação das novas tecnologias no cotidiano de profissionais de saúde e na esfera dos cidadãos. Portanto, o debate sobre PEP e PrEP vai além do uso de ARV e necessita encontrar respaldo na autonomia do sujeito, na fruição de direitos e no exercício democrático da sexualidade. A PEP e a PrEP, entre outras tecnologias biomédicas são indubitavelmente importantes ao enfrentamento da epidemia de HIV e Aids no mundo. No entanto, deve-se atentar para o modo de incorporação e implementação dessas estratégias. Acredita-se que a construção de respostas à epidemia de HIV e Aids não depende somente de ações técnicas, mas, também, de mudanças sociopolíticas e econômicas na condução das estratégias de prevenção ao HIV e Aids.

7 A CONTINUIDADE DO ESTUDO

O presente capítulo trata sobre a continuidade do estudo, trazendo um pouco sobre a participação do autor deste trabalho enquanto pesquisador associado ao “Projeto Combina!”, estudo sobre a efetividade de PEP e PrEP no âmbito dos serviços públicos de saúde brasileiros.

O Projeto Combina! possui apoio financeiro do CNPq e UNESCO, sendo o seu principal objetivo, investigar a efetividade de novas tecnologias biomédicas de prevenção ao HIV e Aids, notadamente a PEP e a PrEP, no âmbito dos serviços públicos de saúde brasileiros. O estudo está em andamento em cinco cidades brasileiras: Porto Alegre/RS, Curitiba/PR, São Paulo/SP, Ribeirão Preto/SP e Fortaleza/CE.

A minha atuação no Projeto Combina! começou em julho de 2015 na Assistência Especializada em IST/HIV/Aids do CSVC. A inserção no estudo surgiu a partir de um convite feito pela orientadora de mestrado para participar como pesquisador e, dessa forma, aprender sobre as técnicas de entrevistas em profundidade e da pesquisa de cunho etnográfico, formas de coleta de dados até então completamente desconhecidas ao pesquisador.

Inicialmente, o maior estranhamento se deu em relação ao universo empírico. Um serviço de saúde, inserido numa região também desconhecida ao pesquisador. A inserção no serviço e no contexto no qual este se encontra foram experiências completamente novas. E da mesma forma que o universo empírico se apresentava como estranho ao pesquisador, este certamente também foi para os profissionais entrevistados.

No começo dos trabalhos na Assistência Especializada em IST/HIV/Aids do CSVC, uma pesquisadora antropóloga auxiliou na condução das entrevistas e da observação de campo. Esta pesquisadora auxiliou na primeira etapa da coleta de dados no serviço estudado. Sem dúvida, a contribuição dela foi essencial para a continuidade da investigação num segundo momento.

A investigação qualitativa sobre a implementação da PEP para este estudo durou aproximadamente seis meses, no período entre agosto de 2015 e fevereiro de 2016. Nesse período, ressalta-se que o Projeto Combina! iniciou a segunda etapa de sua investigação, de abordagem quantitativa, a respeito da efetividade da PEP. Com isso, enquanto pesquisador associado acabei atuando nas duas etapas previstas pelo Projeto Combina!: a etapa qualitativa e quantitativa.

Ocorre que, em outubro de 2016, por questões logísticas, o estudo foi transferido para o Serviço de Atendimento Especializado, do Centro de Saúde IAPI (SAE/CSI-API), localizado

em Porto Alegre. No CSI-API, também continuei atuando como pesquisador associado ao Projeto Combina!, dando continuidade ao levantamento quantitativo sobre a efetividade da PEP.

Em janeiro de 2017, o Projeto Combina! passou a oferecer aos participantes do estudo, que se encontravam em situação de alta vulnerabilidade ao HIV e Aids, a possibilidade de fazer uso da PrEP, um método que consiste no uso de um medicamento antirretroviral por dia no intuito de prevenir situações de infecção por HIV. A PrEP foi oficialmente lançada em dezembro de 2017 como estratégia de prevenção disponível no SUS⁴⁰.

A PrEP não substitui o uso de preservativos e outras formas de prevenção, pois é uma tecnologia exclusivamente voltada à prevenção ao HIV/Aids, não prevenindo de outras infecções sexualmente transmissíveis. Diante disso, a incorporação da PrEP está pautada no paradigma da Prevenção Combinada, isto é, na possibilidade combinar diferentes estratégias de prevenção e potencializar às respostas no enfrentamento à epidemia de HIV e Aids.

A estratégia da PrEP não substitui métodos de prevenção, devido à limitação da proteção contra o HIV. Porém, é inegável que, diante de situações em que os sujeitos, em hipótese alguma, utilizam métodos tradicionais como preservativos ou estão cotidianamente expostos a situações de grande vulnerabilidade, a PrEP representa uma chance de não contágio pelo vírus HIV. Nesse sentido, é preciso encarar a realidade brasileira de baixa adesão ao uso de preservativos e pensar a ampliação de possibilidades de cuidado de si relativamente à saúde sexual. Além disso, a incorporação de novas tecnologias também pode representar o aumento do canal de comunicação entre o serviço público de saúde e o sujeito beneficiário das novas estratégias.

No Brasil, a PrEP ainda representa uma novidade tanto para a população quanto para os trabalhadores da linha de frente em saúde. Isso pôde ser verificado quando a tecnologia passou a ser oferecida aos participantes do Projeto Combina. Inicialmente, dois profissionais foram capacitados para atender as pessoas interessadas no uso de PrEP, um profissional de Medicina e outro de Farmácia. Aconselhamento, avaliações das situações de risco, clínica e sorológica perfazem hoje as etapas de atendimento aos usuários nessas situações. Eu, na condição de pesquisador, possuo a função de auxiliar os profissionais e de executar tarefas

⁴⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PREP) De Risco À Infecção Pelo HIV. 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-risco>>. Acesso em 26 de setembro de 2017.

relativas ao estudo como a aplicação de questionários comportamentais, na busca de novos participantes, entre outras tarefas.

No SAE do CSI-API, mediante aconselhamento, avaliações das condições de vulnerabilidade ao HIV e Aids e avaliações clínico-laboratoriais, a PrEP ingressou como mais um mecanismo de prevenção disponível às pessoas que, com frequência, estão expostas a situações de alta vulnerabilidade ao HIV e Aids, como sexo desprotegido, uso de drogas e trabalho sexual.

Quando a PrEP foi introduzida no estudo, o sujeito que buscava a tecnologia como forma de prevenção costumava surgir de um estudo já encerrado em Porto Alegre, o PrEP Brasil (<http://prepbrasil.com.br/>). O PrEP Brasil disponibilizou a PrEP aos participantes em período anterior ao estudo Combina, em outro serviço de saúde, que não o CSCV nem o CSI-API. No estudo Combina, outra forma de identificação de pessoas elegíveis ao uso da tecnologia era realizada pelos profissionais do SAE. A pessoa identificada como participante em potencial do estudo Combina era, então, direcionada ao pesquisador para conhecer os objetivos projeto e seu funcionamento, os direitos enquanto participante e, caso quisesse participar, para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Posteriormente, uma avaliação da vulnerabilidade para IST/HIV/Aids costumava ser aplicada também pelo pesquisador.

Após a primeira etapa, o sujeito era encaminhado à realização de testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Ainda no primeiro atendimento, o profissional de Medicina realizava aconselhamento e uma avaliação clínica, solicitando exames laboratoriais ao usuário. Apenas num segundo atendimento, quando o usuário retornava com o resultado de exames para uma nova avaliação clínica, é que a PrEP podia ser indicada ao usuário.

Este fluxo de atendimento permaneceu durante um tempo, sofrendo pequenas alterações ao longo do ano. A minha tarefa como pesquisador limitava-se a incluir novos usuários, a aplicar os questionários comportamentais e a auxiliar no aconselhamento dos usuários. Aos poucos, esse trabalho foi ampliado dentro do serviço, na forma de auxiliar os trabalhadores nas avaliações iniciais para o uso de PrEP, nas consultas de retorno dos usuários, na identificação das situações de alta vulnerabilidade para o HIV, entre outras situações.

No decorrer do atendimento de PrEP, várias questões costumam surgir entre usuários e profissionais. Dúvidas em relação ao contágio de HIV e demais infecções sexualmente transmissíveis, questões de gênero, de sexualidade, sobre direitos dos sujeitos, situações de

violência e, principalmente, o temor da Aids trouxeram a necessidade discutir/pensar/refletir sobre esses temas com os demais profissionais do serviço.

Aos poucos, o estudo passou a ser incorporado à rotina dos trabalhadores do SAE/CSIAPI. As tarefas relacionadas ao estudo, antes concentradas em apenas dois profissionais, além do pesquisador, passaram a ser divididas com mais membros da equipe: profissionais de Enfermagem, de Psicologia, estagiários e residentes. E para além do SAE, o estudo passou a receber voluntários encaminhados das demais unidades públicas de saúde do município de Porto Alegre.

Dessa forma, o Projeto Combina! se tornou uma espécie de “estudo de incorporação/implementação” da estratégia ao serviço de saúde. Nesse processo, retoma-se a observação de um modelo de implementação com características do *modelo incremental* de análise de políticas públicas. Segundo este modelo, a efetividade de ações, programas e estratégias está associada a pequenas mudanças incrementais e contínuas ao longo do tempo, as quais gradualmente provocam mudanças nas políticas públicas (MARQUES & FARIA, 2013). Dessa forma, ao invés de uma implementação realizada “de cima para baixo”, ou seja, instantânea e abrupta, o processo lento e gradual permite aos profissionais avaliar os seus processos de trabalho, identificar lacunas e participar de capacitações e outras formas de educação continuada. A disponibilização de novas tecnologias de saúde deve ser associada tanto aos recursos disponíveis quanto ao modo como estes são geridos. O alinhamento institucional, as estratégias de capacitação e educação continuada, o compartilhamento do conhecimento e práticas entre os profissionais são fatores que podem gerar benefícios à implementação da PrEP, tornando-a mais efetiva no âmbito dos serviços.

O Projeto Combina! iniciou sua coleta de dados em 2015 na Assistência Especializada em IST/HIV/Aids do CSVC, no âmbito do qual ingressei como pesquisador associado. A partir da participação no estudo maior, fez-se um recorte de pesquisa que originou o presente estudo. Finalizada a coleta de dados no CSVC, atualmente, o Projeto Combina! é desenvolvido no SAE do CSIAPI em Porto Alegre.

Argumenta-se que o Projeto Combina! possui uma relevância social que não está limitada à investigação científica sobre a efetividade das novas tecnologias biomédicas de prevenção ao HIV e Aids. O estudo tem auxiliado na incorporação e implementação da estratégia da PrEP no SAE do CSIAPI, o que fornece um quadro de implementação que pode ser analisado sob o modelo incremental de análise de políticas públicas.

A implementação da PrEP suscita “velhos” e “novos” debates, capacitações voltadas aos profissionais a fim de atender à demanda de pessoas que não vivem com HIV e estão em

alta vulnerabilidade ao vírus e à Aids. O Combina segue adiante na linha de frente das políticas públicas, na tarefa de auxiliar os trabalhadores, de difundir informações relacionadas a gênero, sexualidade, direitos humanos e buscando, em tempos de risco, potencializar as respostas de enfrentamento à epidemia de HIV e Aids em Porto Alegre.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Novas tecnologias biomédicas de prevenção à infecção por HIV têm sido incorporadas às políticas públicas de HIV e Aids no Brasil. A Profilaxia Pós-Exposição ao HIV ou simplesmente PEP consiste num método de prevenção antirretroviral, que implica no uso de medicamentos antirretrovirais, após uma situação de exposição de risco para o HIV e Aids.

Neste estudo, o objetivo principal foi investigar como a PEP, nos casos de exposição sexual consensual, é implementada pelos profissionais de saúde, no cotidiano de um Serviço de Assistência Especializada em IST/HIV/Aids de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Com base numa abordagem qualitativa, o estudo privilegiou as técnicas da observação de cunho etnográfico e de entrevistas em profundidade. O estudo teve como universo empírico a Assistência Especializada em IST/HIV/Aids do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes, a qual envolve dois serviços específicos: o Serviço de Assistência Especializada e o Centro de Testagem e Aconselhamento Paulo César Bonfim.

Na condução da análise dos dados, observaram-se quatro fatores do processo de implementação: a) o contexto no qual os profissionais estão inseridos; b) os fatores institucionais e organizacionais; c) fatores individuais e relacionais; e, por fim, d) a discricionariedade administrativa. A partir da análise realizada, apontaram-se elementos que provocam dificuldades e elementos facilitadores da implementação da PEP no serviço estudado. Entre os elementos que causam dificuldades estão: (a) concentração de atividades em poucos profissionais no SAE; (b) o baixo conhecimento sobre o Protocolo de PEP; (c) o não alinhamento institucional entre os serviços SAE e CTA; (d) as percepções negativas sobre PEP e, também, sobre o comportamento dos sujeitos que acessam a PEP; e (e) não implementação da estratégia, com base no atributo da discricionariedade. Entre os elementos facilitadores, destacaram-se: (a) a percepção da importância da PEP pela maioria dos profissionais; (b) o atendimento de PEP como uma emergência médica no SAE; (c) o aconselhamento realizado pelos profissionais de Enfermagem no SAE; (d) o reconhecimento da coordenação do serviço sobre a necessidade de mudanças para a efetividade da PEP.

Inferiu-se que os elementos negativos podem trazer consequências no acesso à estratégia, trazendo prejuízos ao cuidado de si, à preservação da autonomia do sujeito e ao exercício de direitos sexuais. Não obstante a presença de elementos facilitadores, sinalizou-se que estes devem ser sempre aprimorados no contexto de implementação, por meio de mecanismos de gestão e planejamento dos recursos disponíveis, para fins de alcançar a efetividade da estratégia.

a implementação da PEP esbarra em questões morais, como o temor da banalização do uso da tecnologia pelos usuários e a culpabilização pela situação de exposição sexual consensual. Nesse sentido, também se constatou que há barreiras individuais como a própria discordância de alguns profissionais com o chamado “novo cenário das estratégias de prevenção”, que inclui além da PEP, estratégias como a Profilaxia Pré-Exposição.

Por outro lado, constataram-se elementos que contribuem para o processo de implementação. De modo geral, constatou-se inicialmente que os profissionais entrevistados percebem a importância da PEP como estratégia de prevenção ao HIV e Aids. Ainda assim, alguns profissionais apontaram que, nos últimos anos, a ênfase nas estratégias de caráter biomédico sobrepujou intervenções de comportamentais, de redução de danos e estruturais. Além disso, no SAE, a percepção dos profissionais do caráter de urgência da PEP foi constatada como elemento que contribui para facilitar o acesso à tecnologia.

Não obstante, constatou-se que os profissionais acionam o atributo da discricionariedade administrativa, como forma de adequar a atuação cotidiana à capacidade administrativa, aos recursos existentes e ao desenho de atendimento preconizado no Protocolo de PEP. Em outras situações, constatou-se que o mecanismo da discricionariedade foi acionado de forma indevida, a fim de não implementar a tecnologia. Nesse caso, não há de se falar em discricionariedade, mas de eventual exercício arbitrário que acabou por impedir, em determinadas situações, o acesso dos usuários à tecnologia da PEP.

Constatou-se que a preservação da autonomia dos sujeitos na decisão de aderir ao uso do método foi uma constatação importante. Constatou-se que, durante o atendimento dos usuários em situação de sexo consensual desprotegido, os profissionais responsáveis pela avaliação de risco conferem ao sujeito a possibilidade de usufruir e de decidir sobre o uso da tecnologia. Nesse atendimento, constatou-se a oportunidade que os profissionais de saúde possuem de ofertar a tecnologia da PEP, associando a outras estratégias de prevenção, como insumos (gel lubrificante, preservativos masculinos e femininos, testes rápidos, entre outros) e, também, de aconselhamento e redução de danos. Dessa forma, o atendimento do usuário em situação de exposição sexual consensual se revela como um importante aliado na implementação de outros mecanismos de prevenção que não somente a PEP. Com isso, além do acesso aos insumos essenciais, pode-se dizer que o atendimento integral é uma das formas de garantir o acesso e o exercício de direitos sexuais pelo indivíduo.

A constatação de elementos que dificultam e facilitam a implementação da PEP, levam à principal consideração de que há problemas no acesso à tecnologia da PEP no serviço estudado. A intenção desta análise não foi avaliar condutas individuais ou culpabilizar pelas

ações ou percepções no âmbito dos serviços. Entende-se que, no contexto de novas tecnologias biomédicas e num cenário de “fim da epidemia de Aids”, é fundamental um olhar sobre os serviços de saúde e os profissionais da linha de frente.

A partir da análise realizada, sugeriu-se o modelo incremental das políticas públicas como um modelo à realização de mudanças pontuais e contínuas, conciliando interesses e pavimentando gradativamente transformações no âmbito da administração pública. Dessa forma, ao contrário de uma implementação realizada “de cima para baixo”, o processo lento e gradual permitiria que os profissionais de saúde avaliassem os seus processos de trabalho, identificassem as lacunas e, eventualmente, participassem de ações para a maior efetividade da estratégia a ser implantada.

Concluiu-se que, para além de uma execução técnica, os profissionais de saúde na “linha de frente das políticas públicas” exercem uma execução simbólica, informados pelo contexto em que estão inseridos, pelas percepções, pela cultura organizacional e pelas interações cotidianas com os demais colegas e usuários. Nesse sentido, há de se fomentar os estudos qualitativos sobre o cotidiano dos profissionais de saúde, na busca de maior efetividade das estratégias de prevenção antirretrovirais, e, de modo geral, no aprimoramento das políticas públicas de HIV e Aids, do cuidado de si e do exercício de direitos sexuais. Portanto, é essencial voltar a atenção a aqueles que, nos mais diversos contextos políticos, econômicos, sociais e culturais atuam, moldam e transformam a linha de frente das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

AGARWAL, Smisha et al.. Evidence on feasibility and effective use of mHealth strategies by frontline health workers in developing countries: systematic review. **Trop Med Int Health**, n. 20(8), p. 1003-1014, 2015.

AMARAL et al. Implementação oportuna de intervenções para reduzir a transmissão vertical do HIV: uma experiência brasileira bem-sucedida. **Rev Panam Salud Publica**, n. 21(6), 2007.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, Gastão Wangner de Souza et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ARMISHAW, J., et al. Non-occupational post-exposure prophylaxis. **International Journal of STD & AIDS**, n. 22, p.714-718, 2011.

BAETEN, Jared M., et al. Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women. **New England Journal of Medicine**, n. 367(5), p. 399-410, 2012.

BASTOS, C.. A pesquisa médica, a SIDA e as clivagens da ordem mundial: uma proposta de antropologia da ciência. **Análise Social**, p. 75-111, 1997.

BERTOLOZZI, Maria Rita; SANCHEZ, Alba Idaly Muñoz. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007.

BRASIL. Portal da Legislação. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Online]. **Portal da Legislação**. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 15 de fevereiro de 2017.

_____. Portal da Legislação. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Online]. **Portal da Legislação**. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 13 de março de 2017.

_____. Portal da Legislação. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [Online]. **Portal da Legislação**. 1990b. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em 13 de março de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde. 1999. Disponível em: <[http://bvsmms-bases.saude.bvs.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/ms/?IsisScript=iah/iah.xis&lang=P&base=ms&nextAction=lnk&exprSearch=\[ID\]2354](http://bvsmms-bases.saude.bvs.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/ms/?IsisScript=iah/iah.xis&lang=P&base=ms&nextAction=lnk&exprSearch=[ID]2354)>. Acesso em 05 de novembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07ConsensoGestante2004.pdf>>. Acesso em 03 de novembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consenso_gestantes_2007.pdf. Acesso em 03 de novembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_profilaxia_transmissao_vertical_hiv_5ed.pdf>. Acesso em 03 de novembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.**

_____. Diário Oficial da União. DOU nº 139, quinta-feira, 23 de julho de 2015. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Portaria nº 34, de 22 de julho de 2015.** 2015a. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/Portaria/2015/PortariaSCTIE_34_2015.pdf>. Acesso em 01 de novembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. CONITEC. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Profilaxia Antirretroviral PósExposição de Risco para Infecção pelo HIV (PEP).** 2015b. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_PEP_HIV__168_2015FINA L.pdf>. Acesso em 21 de abril de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2016.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2016a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/boletim-epidemiologico>>. Acesso em 22 de abril de 2017.

_____. Emenda Constitucional n. 95 [Online]. **LexML.** 2016b. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/legislacao/ListaTextoSigen.action?norma=540698&id=14374770&idBinario=15655553&mime=application/rtf>>. Acesso em 15 de abril de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV). **Boletim Epidemiológico - Aids e IST.** 2017a. Disponível em: <file:///C:/Users/Bruno/Downloads/boletim_aids_internet.pdf>. Acesso em 20 de dezembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais (PCDT-PEP)**. 2017b. Disponível em: <file:///C:/Users/Bruno/Downloads/pcdt_peg_2017_web_15_01_18.pdf>. Acesso em 20 de dezembro de 2017.

BRITO, Ana Maria de, et al.. AIDS e Infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2001.

BRITTEN, N.. Qualitative Interviews. In: Pope C, Mays N (Eds). **Qualitative Research in Healthcare**. BMJ Books, p. 12-200, 2006.

BRYANT, J.; HIRD, S.. Non-occupational postexposure prophylaxis for HIV: a systematic review. **Health Technology Assessment**, v. 13, n. 14, p. 1-60, 2009.

BUCCI, Maria Paula Dallari et alli. **Direitos Humanos e Políticas Públicas**. São Paulo, Pólis, 60 p., 2001.

CAMPOS et al., Violência Sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 1, p. 101-109, 2005.

CARDO, Denise M., et al. A Case–Control Study of HIV Seroconversion in Health Care Workers after Percutaneous Exposure. **The New England Journal of Medicine**, v. 337, n. 21, p. 1485-90, 1997.

CASSAL, L. C. B.; GARCIA, A. M.; BICALHO, P. P. G. Psicologia e o dispositivo da sexualidade: biopolítica, identidades e processos de criminalização. Porto Alegre: **Psico/PUCRS**, v. 42, n. 4, p. 465-473, 2011.

CASSOLI, Louremia M. **Acidente Ocupacional com Material Biológico**: adesão ao seguimento ambulatorial segundo as características do acidente e do acidentado. Dissertação. Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 2006.

CECHIM, Petrolina Libana; PERDOMINI, Fernanda Rosa Indriunas; QUARESMA, Lisiane Moitin. Gestantes HIV positivas e sua não-adesão à profilaxia no pré-natal. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 5, p. 519-523, 2007.

CHANG, L. W., et al.. Combination implementation for HIV prevention: moving from evidence to population-level impact. **The Lancet infectious diseases**, 13(1), p. 65-76, 2013.

COHEN, Stephanie E., et al. Preparing for HIV Pre-Exposure Prophylaxis: lessons learned from post-exposure prophylaxis. **American Journal of Preventive Medicine**, 44(1 02), p. 80-S85, 2013.

CORRÊA, S. et al.. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: Cavenaghi S. **Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva**, Rio de Janeiro: ABEP, p. 27-62, 2005.

CORNWALL, Andrea, JOLLY, Susie. Introdução: A Sexualidade é Importante. In: CORNWALL, Andrea e JOLLY, Susie (Org.). **Questões de Sexualidade: ensaios transculturais**; trad. Jones de Freitas. Rio de Janeiro: ABIA, 2008.

CURRAN, James W.; CROSBY, Richard A.. Pre-Exposure Prophylaxis for HIV - Who Will Benefit and What Are the Challenges?. **American Journal of Preventive Medicine**, 44(1S2): p. 163-S166, 2013.

DINIZ, Eli. "Governabilidade, Democracia e Reforma do Estado: Os Desafios da Construção de uma Nova Ordem no Brasil nos Anos 90". **Dados**, v. 38, n. 3, 1995.

DOURADO, Inês et al. Revisitando o uso do preservativo no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo , v. 18, supl. 1, p. 63-88, 2015.

FALLETI, Tulia G.. Infiltrating the State: The Evolution of Health Care Reforms in Brazil, 1964–1988. In: MAHONEY, James; THELEN, Kathleen. **Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power**. Cambridge University Press, p. 38-62, 2010.

FARIA, Carlos A. Pimenta de. **Implementação**: o “elo perdido” de políticas públicas no Brasil. In: Implementação de Políticas Públicas: teoria e prática. Org. Carlos A. P. de Faria – Belo Horizonte: Ed. PUC Minas. 406 p., 2012.

_____. **Implementação de Políticas Públicas**: teoria e prática. Belo Horizonte: PUC Minas, 2012.

FASSIN, Didier. Governar por Los Cuerpos, Políticas de Reconocimiento hacia los Pobres y los Inmigrantes en Francia; trad. Paula Vazquez. **Cuadernos de Antropología Social**. n. 17, p. 49-78, 2003a.

_____. Why Ethnography Matters: on anthropology and its publics. **Cultural Anthropology**., v. 28, n. 4, 2003b.

_____. Entre las Políticas de lo Viviente y las Políticas de la Vida - Hacia una Antropología de la Salud. **Revista Colombiana de Antropología**. Volumen 40, enero-diciembre, p. 283-318, 2004.

FERRAZ, Dulce; PAIVA, Vera. Sexo, direitos humanos e AIDS: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto brasileiro. **Rev. Bras. Epidemiol.** Set. 18 Suppl. 1: 89-103, 2015.

FERREIRA, Jair; LOUREIRO, Regina Pimentel. A Trajetória as Vigilância Epidemiológica: aspectos históricos. In: RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **A Maioridade da Epidemia**: vivências nas trajetória dos 21 anos da Aids no Rio Grande do Sul. LOUREIRO, Regina Pimental et al. (Orgs.). Porto Alegre. 198 p., 2008.

FIGUEIREDO, Reginaldo Santana. Teoria dos jogos: conceitos, formalização matemática e aplicação à distribuição de custo conjunto. **Gest. Prod.**, São Carlos , v. 1, n. 3, p. 273-289, 1994.

FIGUEIREDO, R. et al. Distribuição da contracepção de emergência na atenção básica de São Paulo: caracterização de oferta em PSF e UBS dos municípios do estado. **Bol. Instit. Saúde**, São Paulo, n. 42, 2007.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por Saturação em Pesquisas Qualitativas em Saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1), p. 17-27, 2008.

FONTE, Felipe de Melo. **Políticas Públicas e Direitos Fundamentais**. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 367 p., 2015.

FORD N, et al. Adherence to HIV postexposure prophylaxis: a systematic review and meta-analysis. **AIDS** (London, England). Nov. 28;28(18), p. 2721-7, 2014.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Medicina Social**. Microfísica do Poder; trad.: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. Michel. **Em Defesa da Sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976); trad.: Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Hermenêutica do Sujeito**: Curso dado no College de France (1981-1982); trad.: Márcio Alves da Fonseca & Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

_____. **História da Sexualidade 1**: a vontade de saber; trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Albuquerque. 1 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014a.

_____. **História da Sexualidade 3**: o cuidado de si; trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Albuquerque. 1 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014b.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento E Políticas Públicas**, n. 21, p. 210-259, 2000.

GALVAO, Jane. **AIDS no Brasil**: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA, 256 p., 2000.

_____. **1980-2001**: uma cronologia da epidemia de HIV/Aids no Brasil e no mundo. ABIA, n. 2, 2002.

GIDDENS, Anthony. **A Transformação da Intimidade**: sexualidade, amor & erotismo nas sociedades modernas; trad.: Magda Lopes – São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

GOHN, Maria da Glória. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**, v. 16, n. 47, 2011.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, p. 67-79, 1993.

GOSINE, Andil. “Raça”, Cultura, Poder, Sexo, Desejo e Amor – descrevendo os “homens que fazem sexo com homens”. In **Questões de Sexualidade**: ensaios transculturais; trad. Jones de Freitas. Rio de Janeiro: ABIA, 2008.

GRANGEIRO, Alexandre. Será Possível o Fim da Epidemia de Aids na Quarta Década? In. Paiva, Vera. **Vulnerabilidade e Direitos Humanos – Prevenção e Promoção da Saúde**: planeja, fazer, avaliar – Livro IV./ Vera Paiva, Ivan França Jr., Artur O. Kalichman./ Curitiba: Juruá, p. 83-103, 2013.

GRANGEIRO, Alexandre, et al. 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. **Rev. Bras. Epidemiol**, n. 18 Suppl. 1, p. 43-62, 2015.

GRANGEIRO, Alexandre et al.. A Re-Emergência da Epidemia de Aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 19, n. 52, p. 5-8, Mar. 2015.

GRANGEIRO, Alexandre, et al. Projeto de Pesquisa. **A Efetividade da Profilaxia da Transmissão do HIV Pós-Exposição Sexual Consensual (PEP Sexual), do Uso Combinado dos Métodos Preventivos contra a Infecção pelo HIV e da Profilaxia Pré-Exposição Sexual (PrEP)** (Projeto de Pesquisa). São Paulo, USP, 2015.

GRANT, Robert M., et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. **The New England Journal of Medicine**. December 30; 363(27): p. 258-2599, 2010.

HILL, Michael; HUPE, Peter. **Implementing Public Policy**: an introduction to the study of operational governance. Sage Publications, 248 p., 2014.

HOCHMAN, Gilberto (Org.). Políticas Públicas no Brasil. Gilberto Hochman, Marta Arretche e Eduardo Marques. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 398 p., 2007.

HOWLETT et al.. **Studying Public Policy**. Toronto: Oxford University Press, 2009.

INTERNATIONAL HIV/AIDS ALLIANCE/UNAIDS. **Advancing Combination HIV Prevention**. Written by Aditi Sharma and Laura Davies. Design by Jane Shepherd. Published by International HIV/AIDS Alliance/UNAIDS, 2016. Disponível em: <<http://www.avac.org/resource/advancing-combination-hiv-prevention>>. Acesso em 20 de abril de 2017.

KNAUTH, D. R.. A etnografia na saúde coletiva: desafios e perspectivas. In: Patrice Schuch; Miriam Steffen Vieira; Roberta Peters. (Org.). **Experiências, Dilemas e Desafios do Fazer Etnográfico Contemporâneo**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, v. 1, p. 109-114, 2010.

KNAUTH, D. R.; LEAL, Andrea F.. A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. **Interface**, v. 18, p. 457-467, 2014.

KUCHENBECKER, Ricardo. Qual é o benefício das intervenções biomédicas e comportamentais na prevenção da transmissão do HIV. **Rev Bras Epidemiol.** 18 Suppl. 1, p. 26-42, 2015.

LANDOVITZ, Raphael J.; CURRIER, Judith S.. Postexposure Prophylaxis for HIV. **The New England Journal of Medicine.** October 29, 361;18, p. 1768-1775, 2009.

LEAL Andréa. “No Peito e na Raça”: a construção da vulnerabilidade de caminhoneiros. Um estudo antropológico de políticas públicas para HIV/ AIDS no Sul do Brasil [Tese de Doutorado]. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

LIMA, Luciana Leite; D'ASCENZI, Luciano. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, 2013.

LIPSKY, M., **Street-Level Bureaucracy:** dilemmas of the individual in public services, 1980.

LOTTA, Gabriela S.; PAVEZ, T. R. Agentes de implementação: mediação, dinâmicas e estruturas relacionais. **Cadernos de Gestão Pública e Cidadania**, v. 15, n. 26, p. 109-125, 2010.

LOTTA, Gabriela S.. **O Papel das Burocracias do Nível de Rua na Implementação de Políticas Públicas:** entre o controle e a discricionariedade. In: Implementação de Políticas Públicas: teoria e prática. Org. Carlos A. P. de Faria. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 406 p., 2012.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, Sexualidade e Educação:** uma perspectiva pós-estruturalista. 9 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

LOWI, Theodore. **Arenas of Power.** Paradigm Publishers, 2009.

MAGNANI, José Guilherme Cantor Magnani. Etnografia como prática e experiência. **Horizontes Antropológicos**, Editora daUFRGS, v. 32, p. 129-156, 2009.

MAHONEY, James; THELEN, Kathleen. **Explaining Institutional Change: ambiguity, agency, and power.** Cambridge University Press, 2009.

MAJONE, G.; WILDAVSKY, A.. Implementation as Evolution. In: PRESSMAN, J. L.; WILDAVSKY, A. (Eds.). **Implementation.** 3ª ed. Berkeley: University of California, 1984.

MANN, Jonathan. Saúde pública e direitos humanos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 6 (1-2), p.135-145, 1996.

MAKSUD, Ivia; FERNANDES, Nilo Martinez; FILGUEIRAS, Sandra Lucia. Tecnologias de Prevenção do HIV e Desafios para os Serviços de Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.** 18 Suppl. 1, p. 104-119, 2015.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. p. 41-65, 2002 .

MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de Faria (Org.). **A Política Pública como Campo Multidisciplinar**. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

MARTIN, Jeffrey, et al. Use of Postexposure Prophylaxis against HIV Infection Following Sexual Exposure does not Lead to Increases in High-Risk Behavior. **Aids**, 26 March, Volume 18, Issue 5, p. 787-792, 2004.

MARTINS, André. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. Botucatu: **Interface**, v. 8, n. 14, p. 21-32, 2004.

MATLAND, R. E. Synthesizing the implementation literature: the ambiguity-conflict model of policy implementation. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 5, n. 2, p. 145-174, 1995.

MATTAR, Laura Davis. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais - uma análise comparativa com os direitos humanos. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 8, p. 61-84, 2008.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Discricionariedade e Controle Jurisdicional**. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

MURNANE et al. Efficacy of Pre-exposure Prophylaxis for HIV-1 Prevention Among High Risk Heterosexuals: subgroup analyses from the Partners PrEP Study. **Aids**, August 24; 27(13), 2013.

MONTEIRO, Simone. Prevenção: lições da epidemia de HIV/Aids. In: MONTEIRO, GOLDENBERG, P., MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A., (Orgs.). **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 251-269, 2003.

MEYERS, Marcia K, NIELSEN, Vibeke Lehmann. Street-level bureaucrats and the implementation of public policy. In: PETERS, B. Guy, PIERRE, Jon. **The SAGE Handbook of Public Administration**. London: SAGE, 2014.

OLIVEIRA, Antonio. Burocratas da linha de frente: executores e fazedores das políticas públicas. **Rev. Adm. Pública**, v. 46, n. 6, p.1551-1573, 2012.

OLIVEIRA, Denize Cristina de. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 21(Spec): [10 telas] jan.-fev, 2013.

ONU/CENTRO REGIONAL DE INFORMAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNRIC). **United Nations Millennium Declaration DPI/2163**. Lisboa, 2001. Disponível em: <<https://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf>>. Acesso em 04 de janeiro de 2017.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia, BAHIA, Ligia, MACINKO, James. **O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios**. In: Cesar Gomes Victora; Maria do Carmo Leal; Maurício Lima Barreto; Maria Inês Schmidt; Carlos Augusto

Monteiro. (Org.). Saúde no Brasil a série. The Lancet, 2011. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

PARKER, Richard; BARBOSA, Regina Maria. **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume - Dumará Editores, 1996.

PARKER, Richard G.. **Na Contramão da AIDS**: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: ED. 34, 160 p., 2000.

_____. **Building the Foundations for the Response to HIV/AIDS in Brazil**: the development of HIV/AIDS policy, 1982–1996. *Divulgação em Saúde para Debate*, 27, 143-183, 2003.

PARKER, Richard; AGGLETON, Peter, HIV e Aids, Desigualdade Social e Mobilização Política. In: Paiva, Vera. **Vulnerabilidade e Direitos Humanos – Prevenção e Promoção da Saúde**: planeja, fazer, avaliar – Livro IV./ Vera Paiva, Ivan França Jr., Artur O. Kalichman./ Curitiba: Juruá, p. 21-48, 2013.

PORTO ALEGRE. Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Número 58, Agosto, 2015.

PATTANAPHESAJ, Juntana; TEERAWATTANANON, Yot. Reviewing the evidence on effectiveness and cost-effectiveness of HIV prevention strategies in Thailand. **BMC Public Health**, 2010. Disponível em: <<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-401#Bib1>> Acesso em 20 de abril de 2017.

PINHEIRO, Thiago Félix; CALAZANS, Gabriela Junqueira; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Uso de Camisinha no Brasil: um olhar sobre a produção acadêmica acerca da prevenção de HIV/Aids (2007-2011). **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 815-836, dez. 2013.

PINTO, N. F. C., et al. Acesso a anticoncepção de emergência: velhas barreiras e novas questões. In: **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2008. p: 55-60.

POYNTEN, I. M., et al. The Public Health impact of Widespread Availability of Nonoccupational Postexposure Prophylaxis Against HIV. *British HIV Association. HIV Medicine*. 8, p. 374–381. 2007.

PRESSMAN, Jeffrey; WILDAVSKY, Aaron. **Implementation**. Estados Unidos; California Universit., 3ª Edição, 304 p., 1984.

RIOS, Roger Raupp. Para um Direito Democrático da Sexualidade. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 12, nº 26, p. 71-100, 2006.

_____. Desenvolver os Direitos Sexuais – desafios e tendências na América latina. In **Questões de Sexualidade**: ensaios transculturais; trad. Jones de Freitas. Rio de Janeiro: ABIA, 2008.

RODRIGUES, Natália Oliveira; NERI, Anita Liberalesso. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, 2012.

RUA, M. G.. **Para Aprender Políticas Públicas**. (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - Curso online), 2013. Disponível em: <http://igepp.com.br/uploads/ebook/ebook-para_aprender_politicas_publicas-2013.pdf>. Acesso em 15 de março de 2017.

SABATIER, P. A. & MAZMANIAN, D. A. La implementación de la política pública: un marco de análisis. In: VAN METER, D. S.; VAN HORN, C. E.; REIN, M.; RABINOVITZ, F. F. & ELMORE, R. (dirs.). **La Implementación de Las políticas**. México: Miguel Angel Porrúa, 1996.

SARLET, I. W.; FIGUEREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e o direito à saúde: algumas aproximações. **Revista da Defensoria Pública**, v. 1, p. 179-234, 2008.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. 2. Reimpresso. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SECHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, 20(57), p. 293-304, 2016.

SHELL, Kate. Os Direitos Sexuais são Direitos Humanos, mas como podemos Convencer as Nações Unidas? In: **Questões de Sexualidade: ensaios transculturais**; trad. Jones de Freitas. Rio de Janeiro: ABIA, p. 91-109, 2008.

SILVA, Carla Glenda Souza da. Serviço de Assistência Especializada (SAE): uma experiência profissional. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 156-163, 2007.

SILVERMAN, David. **Interpretação de Dados Qualitativos**. Métodos para Análise de Entrevistas, Textos e Interações. 3ª Edição. Porto Alegre: Editora Penso, 2008.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, Dec. 2006.

SPERLING, Rhoda S. et al. Maternal Viral Load, Zidovudine Treatment, and the Risk of Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 from Mother to Infant. **The New England Journal of Medicine**. November 28, v. 335, n. 22, p. 1621-1629, 1996.

SUERTEGARAY, D. M. A.. Espaço Geográfico Uno e Múltiplo. In: Dirce Maria Antunes Suertegaray; Luís Alberto Basso; Roberto Verdum. (Org.). **Ambiente e Lugar no Urbano a Grande Porto Alegre**, 1ed., Porto Alegre: Editora da Universidade, p. 13-34, 2000.

UNAIDS. **90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS.** 2015. Disponível em: <http://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf>. Acesso em 02 de abril de 2017.

VANCE, Carole S.. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-32, 1995.

VAN METTER, Donald S.; VAN HORN, Carl E.. The Policy Implementation Process. **Administration & Society**. Sage Publications, v. 6, n. 4, 1975.

VENTURA, Miriam. **Direitos Humanos e Aids: O Cenário Brasileiro**, in Saúde, Desenvolvimento e Política - Respostas frente à AIDS no Brasil, organizado por Richard Parker, Jane Galvão e Marcelo Bessa. Rio de Janeiro: 34 e ABIA, 1999.

VIANNA, A. R. B.; CARRARA, S.. Sexual Politics and Sexual Rights in Brazil: a case study. In: Javier Corrales; Mario Pecheny. (Org.). **The Politics of Sexuality in Latin America: a reader on lesbian, gay, bisexual and transgender rights**. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, p. 122-134, 2010.

WARREN, Ilse Scherer. Redes de Movimentos Sociais no Mundo Multicultural. **Katálisis**, v. 8, n. 1 jan./jun. Florianópolis/SC 24-31, 2005.

WELLER, S. C.; DAVIS-BEATY, K.. Condom Effectiveness in Reducing Heterosexual HIV Transmission. **The Cochrane Collaboration**. Published by John Wiley & Sons, Ltd, 2007.

WEINTRAUB, Ana Cecília Andrade de Moraes; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Contribuições do Pensamento de Didier Fassin para uma análise crítica das políticas de saúde dirigidas a populações vulneráveis. **Hist. Cienc./ Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 1041-1055, Sept. 2013.

WEEKS. Jeffrey. **Sexuality**. London and New York: Routledge, 127 p., 1997.

WILSON, James Q.. **Bureaucracy: what government agencies do and why do it**. United States: Library of Congress Cataloging-Publication Data, 1989.

WINTER, Soren C. Perspectivas de Implementação: status e reconsideração. In: PETER, B. G.; PIERRE, J. **Administração Pública: coletânea**. Brasília: ENAP, 649 p., 2010.

WINTER, S. C. Political control, street-level bureaucrats and information asymmetry in regulatory and social policies. **Public Policy Analysis and Management Held in Washington D. C.** (Annual Research Meeting). November, p. 1-35, 2003. Disponível em: <Disponível em: http://www.sfi-campbell.dk/graphics/sfi/forskerfiler/soren_winter/appam03a.prn.pdf>. Acesso em 20 de abril de 2017.

WHO. **Prevent HIV, Test and Treat all - WHO Support for Country Impact**. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/hiv/pub/en/>>. Acesso em 20 de junho de 2016.

YANOW D. Chapter 27: Qualitative-Interpretive Methods in Policy Research. In: Fischer F. et al. (Eds.). **Handbook of Policy Analysis – Theory, Politics and Methods**, CRC Press, p. 405-415, 2007.

APÊNDICE A

ROTEIRO OBSERVAÇÃO PARA O SAE E CTA DO CSVC

1. Identificação geral do serviço:

- a) Local;
- b) Endereço e contatos;
- c) Área física;
- d) Padrão de funcionamento (horários de funcionamento do serviço e do atendimento de PEP Sexual);
- e) Volume do atendimento de PEP Sexual no conjunto dos atendimentos ao mês do serviço;
- f) Caracterizar as ações de prevenção oferecidas pelo serviço.

2. Explorar as áreas do serviço e o atendimento aos usuários que buscam a PEP Sexual:

- a) Ambiente físico;
- b) Número e tipo de profissionais;
- c) Composição da equipe;
- d) Caracterizar articulações internas ao serviço em termos de triagem e encaminhamento dos usuários de PEP Sexual;
- e) Explorar como cada área faz a abordagem e os encaminhamentos do usuário e como cada área opera em equipe nessa abordagem e encaminhamento (descrever o modo de operar das equipes nas atividades que envolvem PEP Sexual);
- f) Explorar a "prioridade" que a PEP Sexual tem na rotina do atendimento (recepção, aconselhamento) em relação às demais demandas dos usuários;
- g) Explorar como outras estratégias de prevenção (uso de teste, camisinha, práticas não penetrativas, aconselhamentos e cuidado) são acionadas a partir da procura pela PEP Sexual.

4. Caracterização dos profissionais:

- a) Perfil de quem atende PEP Sexual;
- b) Formação acadêmica;
- c) Tempo de atuação no serviço;

- d) Tempo de atuação com PEP Sexual;
- e) Explorar as concepções sobre PEP Sexual;
- f) Explorar as concepções sobre os usuários de PEP Sexual;
- g) Interação em equipe entre os profissionais do SAE e do CTA;
- h) Identificar nas reações dos profissionais facilitadores ou dificultores na abordagem de PEP Sexual;

5. Explorando as tomadas de decisão dos profissionais e dos usuários (considerar aspectos técnicos e morais; usuários de primeiro atendimento ou retorno de PEP Sexual):

- a) No momento da recepção/triagem;
- b) No momento do aconselhamento (tentar explorar as diferenças entre os usuários com indicação para o uso da profilaxia e aqueles sem a indicação);
- c) No momento do atendimento médico;
- d) Na dispensação do medicamento;
- e) Na consulta de retorno;
- f) Descrever como os usuários se relacionam no serviço com profissionais e com outros usuários.

ANEXO A

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A efetividade da profilaxia da transmissão do HIV pós-exposição sexual consensual, do uso combinado dos métodos preventivos contra a infecção pelo HIV e da profilaxia pré-exposição sexual, em serviços públicos brasileiros.

Pesquisador: Alexandre Domingues Grangeiro

Área Temática: Equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País;

Versão: 3

CAAE: 34145314.5.1001.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 954.376

Data da Relatoria: 10/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de cohort observacional prospectivo para analisar três questões centrais: a efetividade da profilaxia pós-exposição sexual oferecida em serviços públicos de saúde do Brasil; as mudanças de práticas sexuais e preventivas decorrentes da oferta da PEPsexual e; os efeitos de proteção obtidos pelo uso combinado de métodos preventivos e/ou da profilaxia pré-exposição sexual oferecidos na rotina de serviços de saúde do Brasil. No primeiro componente do projeto indivíduos que procuram o serviço para receber tratamento pós-exposição sexual ao HIV serão seguidos por 18 meses. Nos primeiros 6 meses os indivíduos terão avaliação clínica e laboratorial para identificação de eventual ocorrência de infecção pelo HIV, avaliando o efeito protetor da profilaxia pós-exposição sexual consensual oferecida em serviços de saúde. Indivíduos que não tiverem se infectado na prática sexual que levou a busca da profilaxia pós-exposição serão, então, integrados no segundo componente do projeto, que consiste em um estudo de coorte prospectivo para conhecer o efeito do programa de PEP na prática sexual e no uso repetido dessa profilaxia. Estes indivíduos serão acompanhados por um período complementar de até 12 meses e as mudanças na prática sexual serão aferidas pela comparação com o relato de práticas sexuais mantidas no semestre anterior à inclusão no estudo. O terceiro componente do projeto compreende a abordagem qualitativa, que visa compreender a forma como

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

ANEXO B



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A efetividade da profilaxia da transmissão do HIV pós-exposição sexual consensual, do uso combinado dos métodos preventivos contra a infecção pelo HIV e da profilaxia pré-exposição sexual, em serviços públicos brasileiros.

Pesquisador: Alexandre Domingues Grangeiro

Área Temática: Equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País;

Versão: 1

CAAE: 34145314.5.3001.5338

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.127.515

Data da Relatoria: 24/02/2015

Apresentação do Projeto:

O desenvolvimento de novos métodos preventivos abre a perspectiva de um controle mais efetivo da epidemia de aids. São escassos, porém, estudos que analisam o uso desses métodos no cotidiano dos serviços de saúde e dos segmentos sociais mais afetados pela epidemia. Trata-se de um estudo de efetividade que analisará, em seu primeiro componente, o grau de proteção contra a infecção pelo HIV oferecido pela profilaxia pós-exposição

sexual (PEPsexual). Em um segundo componente, os efeitos compensatórios da PEPsexual nas práticas sexuais, bem como o grau de proteção oferecido pelo uso combinado de métodos preventivos (profilaxias pré- e pós-exposição sexual, preservativos, uso do teste anti-HIV e outras práticas mais seguras), comparado-o ao uso exclusivo de métodos tradicionais (preservativos e práticas mais seguras). O terceiro componente reúne estudos qualitativos sobre a organização dos serviços, percepção dos profissionais de saúde e a motivação dos indivíduos para a escolha dos métodos preventivos. O estudo será desenvolvido em 5 serviços das cidades de Porto Alegre, São Paulo, Ribeirão Preto, Fortaleza e uma quinta a definir conforme a característica do serviço. No primeiro componente, 3.200 indivíduos, 16 anos, não infectado pelo HIV, que procurarem os serviços para receber PEPsexual, serão acompanhados por seis meses, alocados em dois grupos: os que chegarem aos serviços em até 72 horas após a exposição e utilizarem a PEPsexual (Grupo

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com

ANEXO C

Declaração de participação na pesquisa

O estudo "*A efetividade da profilaxia da transmissão do HIV pós-exposição sexual consensual, do uso combinado dos métodos preventivos contra a infecção pelo HIV e da profilaxia pré-exposição sexual, em serviços públicos brasileiros.*" será desenvolvido com o meu consentimento no SAE/DST/AIDS/GDGCC, tendo como investigador responsável nesse serviço Maria da Glória Corrêa, CPF 491839400-06.

Durante a vigência do estudo será garantido o apoio institucional necessário ao desenvolvimento do mesmo, incluindo os aspectos físicos e materiais, conforme previsto no projeto original, que li e estou de acordo na sua íntegra.

Será permitido, ainda, o acesso integral aos registros clínicos dos pacientes incluídos no estudo, desde que o mesmo também seja consentido pelo paciente.

O estudo será desenvolvido conforme as normas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e os pareceres do Comitê de Ética em Pesquisa responsável pelo acompanhamento do estudo.

Desta forma, fico obrigado (a) a assegurar a confidencialidade e a privacidade dos dados e/ou das informações coletadas no processo de pesquisa, tanto no que diz respeito às entrevistas e depoimentos dos sujeitos envolvidos, aos registros das observações etnográficas realizadas no serviço, às gravações de consultas e às entrevistas com profissionais de saúde.

Fica reservado o direito de desistir da participação no estudo, caso, durante a fase de planejamento, surja dificuldades operacionais que impossibilitam a execução do estudo no serviço.

Data e Local: Porto Alegre, 07 de julho de 2014

Beatriz M. Schin
 Eudoxia Beatriz M. Schin
 Técnica de Enfermagem
 CGBEN 59713 Matr. 470834/02
 GDGCC/SMS/PMPA

Nome e função:

Liliane Maria dos Santos
 Liliane Maria dos Santos
 Assistente Social
 CRESS 3922 Matr. 365078
 Assessora Técnica
 GDGCC - C.TAC - PMPA

ANEXO D

Comissão de Pesquisa do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

Parecer sobre a aprovação do projeto de pesquisa: Políticas Públicas, Sexualidade e Direitos em Tempos de Risco: um estudo qualitativo sobre a implementação de respostas biomédicas à epidemia de HIV e Aids em Porto Alegre no sul do Brasil 17/09/2016

O projeto apresenta inegável mérito científico-acadêmico ao propor, como forma de avaliar a implementação das políticas públicas, a compreensão sobre “como os funcionários da administração pública usam de suas atribuições para interpretar plano, executar tarefas e perseguir objetivos”, ou seja, a avaliação das políticas públicas não devem se restringir à análise das macroestruturas sociais e políticas, mas mergulhar no universo microsociológico relações e atuações cotidianas dos funcionários da administração pública, responsáveis, de fato, pela concretização de tais políticas. Ainda mais em relação ao caso que a investigação se propõe a analisar, pois os funcionários encontram-se diante de novas tecnologias biomédicas de prevenção ao HIV, que, cabe ressaltar, também serão objeto da discussão proposta pela pesquisa.

Do ponto de vista ético, dimensão imprescindível do projeto ora proposto, os pesquisadores afirmam que (e cito trecho do próprio projeto): “este projeto de pesquisa teve sua origem em outro projeto de investigação (GRANGEIRO et al, 2012), que foi apreciado e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAAE 34145314.5.1001.0065) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CAAE 34145314.5.3001.5338) (Anexos A e B) e cuja execução foi autorizada pela coordenação do serviço de saúde – SAE e CTA do CSVC (Anexo C)”, i.e., os documentos apresentados quanto à avaliação dos Comitês de Ética responsáveis dizem respeito a uma outra pesquisa, realizada noutro Estado da Federação e datam dos anos de 2014 e 2015.

Por isso, reafirmo que o projeto de pesquisa em questão está aprovado quanto ao mérito, no âmbito da Compesq/IFCH, no entanto, por outro lado, deve ser remetido, via registro na Plataforma Brasil, ao Comitê de ética da UFRGS, a fim de resguardar a equipe de pesquisadores de quaisquer possíveis eventualidades.

Atenciosamente, Comissão de Pesquisa do IFCH

ANEXO E**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GERENTE**

Nome:

Idade:

Raça/cor (autorreferida):

Prática Religiosa:

Formação:

Tempo de atuação no serviço:

Tempo de atuação com PEP Sexual:

1. Descrevendo a PEP no serviço e a atuação do profissional:

- a) Você poderia falar um pouco sobre a importância de um serviço de PEP Sexual e como é o atendimento realizado aqui no serviço? (incluir: fluxo, equipe envolvida, procedimentos)
- b) Como foi a decisão de que haveria o atendimento dos casos de PEP Sexual aqui no serviço e que profissionais se envolveriam com esse novo tipo de atendimento?
- c) Como você começou a trabalhar com a PEP Sexual e o que sentiu no início? Você pode falar como é para você gerenciar um serviço de PEP Sexual? (explorar: o que ele(a) mais valoriza quando pensa no funcionamento do serviço? Quais são os maiores desafios que se colocam no dia a dia do serviço? que cara que ele(a) acha que o serviço possui ou que gostaria que o serviço tivesse?)
- d) Como foi a sua capacitação (formal e informal) para trabalhar com PEP Sexual? Você ainda sente alguma necessidade de formação? (se necessário, explorar que tipo de formação o serviço ofereceu, quando foi, se houve treinamento de outras instituições, quanto tempo durou, se o profissional julga que foi suficiente, se sente-se seguro e confortável em fazer esse tipo de atendimento)
- e) Como o serviço de PEP Sexual se articula com os outros serviços que são realizados aqui na instituição? Como eles se articulam, (no sentido de se complementarem)? Existem conflitos em termos de fluxos assistenciais?
- f) Em sua opinião, o que há de melhor e o que precisa ser melhorado no serviço de PEP Sexual estruturado hoje? (explorar o que está bem e o que poderia melhorar).

2. Conhecendo as percepções sobre quem usa PEP Sexual:

- a) Como você descreveria o perfil de quem procura PEP Sexual? (Explorar: quantidade comparando com outras demandas (teste rápido), características de sexo, idade, identidade de gênero e orientação sexual, tipos de parcerias sexuais, situação conjugal, ocupação, cor/raça, entre outras).
- b) Em geral, quais são as demandas (queixa/motivos) das pessoas que procuram PEP Sexual pela primeira vez? (Explorar: se exacerbam o risco e como apresentam a demanda por PEP Sexual)
- c) Há pessoas que buscam repetidamente por PEP Sexual? Como você caracterizaria este público? Há alguma diferença com quem busca PEP Sexual uma única vez? Se sim, o serviço faz algo para lidar com essa situação? (Explorar: quantidade, características de sexo, idade, identidade de gênero e orientação sexual, tipos de parcerias sexuais, situação conjugal, ocupação, cor/raça, entre outras).
- d) Você pode falar sobre as pessoas que não retornam ao serviço para completar o tratamento? Quem são eles e porque você acha que eles não retornam? Como o serviço pode lidar com essa situação?
- e) Você acha que a busca por PEP Sexual tem aumentado? Comente.

3. Conhecendo as percepções sobre a prática do profissional:

- a) Tem pessoas que buscam PEP Sexual sem uma indicação clara para a entrada no protocolo. Como o serviço pode lidar com esses casos? Fale sobre situações em que é fácil decidir sobre não usar a PEP Sexual e outras em que sempre ficam dúvidas. O que gera essas dúvidas?
- b) Com base em sua experiência, quais as facilidades e quais as dificuldades em prestar a assistência aos usuários de PEP Sexual? (explorar situações exemplares – positivas e negativas).
- c) Conte uma situação que foi marcante pra você como gerente do serviço e que mostra os aspectos mais positivos do serviço (Explorar diferentes dimensões: a perspectiva do usuário, a dos profissionais de saúde, os valores as noções envolvidas na situação).
- d) Você pode contar agora uma outra situação que mostra quais são os maiores desafios do serviço?
- e) Você gostaria de acrescentar mais alguma?

ANEXO F**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS**

Roteiro para gerentes nas unidades, profissionais da assistência de nível superior (Médico/as, Enfermeiro/as, Psicólogo/as, Educador/as, Assistentes Sociais, Profissionais da farmácia) e profissionais de nível médio (que atuam na recepção, na dispensação de medicamentos, entre outros).

Nome:

Idade:

Raça/cor (autorreferida):

Prática Religiosa:

Formação:

Tempo de atuação no serviço:

Tempo de atuação com PEP:

1. Descrevendo a PEP no serviço e a atuação do profissional:

- a) Você poderia nos contar como é o atendimento de PEP Sexual no serviço? (incluir: fluxo, equipe envolvida, procedimentos)
- b) Como você começou o atendimento de PEP Sexual? Como foi decidido nesse serviço quais os profissionais que se envolveriam com esse novo tipo de atendimento quando ele foi implantado? Descreva o que atualmente você faz no contexto do atendimento às pessoas que procuram PEP Sexual?
- c) Você recebeu algum tipo de capacitação (formal e informal) específica para fazer o atendimento das pessoas que buscam PEP Sexual? Como foi? (se necessário, explorar quando foi, que instituição ofertou, quanto tempo durou, se o profissional julga que foi suficiente, se sente-se seguro e confortável em fazer esse tipo de atendimento)
- d) Na sua opinião, a forma como o serviço de PEP Sexual está estruturado hoje, está funcionando bem? (explorar o que está bem e o que poderia melhorar).
- e) O que você recomendaria para que o serviço atendesse melhor os usuários de PEP Sexual?

- f) Como o seu trabalho se articula com o dos outros profissionais que fazem parte do atendimento às pessoas que buscam PEP Sexual (explorar: integração, fluxo de trabalho, discussão de casos, etc.)

2. Conhecendo as percepções sobre quem usa PEP Sexual:

- a) Como você descreveria o perfil de quem procura PEP Sexual? (Explorar: quantidade comparando com outras demandas (teste rápido), características de sexo, idade, identidade de gênero e orientação sexual, tipos de parcerias sexuais, situação conjugal, ocupação, cor/raça, entre outras).
- b) Em geral, quais são as demandas (queixa/motivos) das pessoas que procuram PEP Sexual pela primeira vez? (Explorar: se exacerbam o risco e como apresentam a demanda por PEP Sexual)
- c) Você considera que há pessoas que buscam repetidamente por PEP Sexual? Como você caracterizaria este público em comparação com quem busca PEP Sexual pela primeira vez? (Explorar: quantidade, características de sexo, idade, identidade de gênero e orientação sexual, tipos de parcerias sexuais, situação conjugal, ocupação, cor/raça, entre outras).
- d) Você acha que a busca por PEP Sexual tem aumentado? Comente.

3. Conhecendo as percepções sobre a prática do profissional:

1. (aconselhador/acolhedor) Na sua atuação no serviço de PEP Sexual, você avalia se a pessoa tem necessidade ou não de fazer uso da PEP Sexual? Se sim, como faz essa avaliação?
2. (aconselhador/acolhedor) Fale sobre situações em que é fácil decidir e outras em que você tem dúvidas. O que gera essas dúvidas?
3. Com base em sua experiência, quais as facilidades e quais as dificuldades em prestar a assistência aos usuários de PEP Sexual? (explorar as situações exemplares – positivas e negativas).
4. Conte uma situação que foi marcante pra você ao fazer atendimento a uma pessoa que buscou PEP Sexual (Explorar diferentes dimensões: a avaliação de risco que o profissional faz, suas pré-noções acerca do perfil do usuário, história do uso de PEP e/ou de outras atividades do serviço).
5. Já aconteceu alguma situação na qual existia uma indicação técnica pra a prescrição da PEP Sexual, mas você se sentiu desconfortável em recomendá-la? Ou o (Explorar no que ele

baseou sua decisão final). E o contrário, já aconteceu? Você já recomendou PEP em algum caso que não havia indicação técnica para PEP Sexual, mas que, por alguma outra razão, você achou que deveria indicar? Como foi?

6. Como você se sente atuando na PEP Sexual?
7. Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

ANEXO G

AUTORIZAÇÃO PARA OBSERVAÇÃO E COLETA DE DADOS DO SERVIÇO

Autorizo a observação da sala de espera e dos procedimentos de atendimento por parte da equipe de pesquisa responsável pela investigação que, dentre seus objetivos, visa:

- Conhecer a organização do atendimento de PEP no âmbito do serviço e apreender a percepção e a prática de profissionais de saúde frente à PEP e aos indivíduos expostos que procuraram o serviço para uso da profilaxia;
- Compreender as motivações de indivíduos na busca por PEP, explorando o conhecimento sobre a profilaxia, o contexto de busca por PEP, a percepção e o gerenciamento de risco de infecção pelo HIV e a relação estabelecida com o serviço de saúde e com o uso da PEP.

Além da observação será realizada a gravação do áudio dos atendimentos individuais realizados nos serviços, porém, para esse procedimento será solicitada a concordância dos profissionais de saúde e usuários envolvidos diretamente nos atendimentos, expresso por meio da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico.

Durante o período de observação também coletaremos dados sobre o atendimento no serviço. Para isso consultaremos livros de registros, relatórios e outros documentos indicados pelos profissionais. Eventualmente, poderemos utilizar um instrumento de coleta de dados para registrar o tempo e os procedimentos realizados no atendimento dos usuários, assim como solicitar para consultar prontuários clínicos, com a finalidade de observar as formas e procedimentos utilizados pelos profissionais de saúde para registrar eventos clínicos ou outros de interesse dos usuários.

O nome dos profissionais e usuários será mantido em segredo e as informações que forem fornecidas não serão identificadas individualmente em qualquer situação em que elas forem utilizadas.

A participação no estudo é voluntária e não implicará em nenhum dano à saúde dos profissionais ou usuários do serviço. Mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para solicitar, a qualquer momento, a interrupção da observação, das gravações do áudio ou da coleta de dados em documentos ou prontuários clínicos, ou mesmo solicitar a não utilização das informações já obtidas pelos investigadores, no todo ou em partes.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar na realização da observação e nos outros procedimentos de coleta de dados sobre o serviço.

Você também poderá, a qualquer momento, entrar em contato com os responsáveis pela pesquisa no âmbito desse serviço, assim como com os pesquisadores responsáveis pelo estudo e o Comitê de Ética.

A participação voluntária beneficiará a produção científica na área e o desenvolvimento de políticas de enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS no Brasil.

Eu _____, abaixo assinado (a), concordo na realização da observação e coleta de dados do serviço. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pela pesquisadora.

_____	_____	_____
(nome do gerente)	(assinatura)	(data)
_____	_____	_____
(nome do pesquisador do projeto)	(assinatura)	(data)

ANEXO H

AUTORIZAÇÃO PARA A GRAVAÇÃO DE CONSULTAS CLÍNICAS E ACONSELHAMENTO

Prezado Profissional de Saúde,

Solicito autorização para gravar o áudio da consulta que você realizará para o atendimento de casos de PEP Sexual. Eu não ficarei na sala nesse período e a gravação será feita com o uso do gravador. A gravação será utilizada para realizar uma pesquisa que procura, dentre seus objetivos:

- Conhecer a organização do atendimento de PEP no âmbito dos serviços e apreender a percepção e a prática de profissionais de saúde frente à PEP e aos indivíduos expostos que procuraram o serviço para uso da profilaxia;
- Compreender as motivações de indivíduos na busca por PEP, explorando o conhecimento sobre a profilaxia, o contexto de busca por PEP, a percepção e o gerenciamento de risco de infecção pelo HIV e a relação estabelecida com o serviço de saúde e com o uso da PEP.

Sua participação neste estudo é voluntária e não implicará em nenhum dano à sua saúde. Mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para solicitar, a qualquer momento, a interrupção da gravação ou, posteriormente, a devolução e não utilização da gravação ou das informações contidas nela.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante a nossa conversa. Seu nome será mantido em segredo e as informações que você nos fornecer não serão identificadas como suas em qualquer situação em que elas forem utilizadas.

Você também poderá, a qualquer momento, entrar em contato com os responsáveis pela pesquisa no âmbito desse serviço, assim como com os pesquisadores responsáveis pelo estudo.

Sua participação voluntária beneficiará a produção científica na área e o desenvolvimento de políticas de enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS no Brasil.

Eu _____, abaixo assinado, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pelo pesquisador.

_____	_____	_____
(nome do profissional)	(assinatura)	(data)
_____	_____	_____
(nome do pesquisador do projeto)	(assinatura)	(data)

Pesquisadoras responsáveis pelo estudo no SAE/ DST/AIDS

Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Pesquisador responsável pelo estudo:

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

ANEXO I

AUTORIZAÇÃO PARA A GRAVAÇÃO DE CONSULTAS CLÍNICAS E ACONSELHAMENTO

Prezado(a) Usuário(a),

Solicito autorização para gravar o áudio da consulta que será realizada para o seu atendimento nesse serviço. Eu não ficarei na sala nesse período e a gravação será feita com o uso do gravador. A gravação será utilizada para realizar uma pesquisa que procura, dentre seus objetivos:

- Conhecer a organização do atendimento de PEP no âmbito dos serviços e apreender a percepção e a prática de profissionais de saúde frente à PEP e aos indivíduos expostos que procuraram o serviço para uso da profilaxia;
- Compreender as motivações de indivíduos na busca por PEP, explorando o conhecimento sobre a profilaxia, o contexto de busca por PEP, a percepção e o gerenciamento de risco de infecção pelo HIV e a relação estabelecida com o serviço de saúde e com o uso da PEP.

Sua participação neste estudo é voluntária e não implicará em nenhum dano à sua saúde. Mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para solicitar ao profissional que estiver lhe atendendo, a qualquer momento, a interrupção da gravação ou, posteriormente, a devolução e não utilização da gravação ou das informações contidas nela.

Seu nome será mantido em segredo e as informações que você nos fornecerá não serão identificadas como suas em qualquer situação em que elas forem utilizadas.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante a nossa conversa. Você também poderá, a qualquer momento, entrar em contato com os responsáveis pela pesquisa no âmbito desse serviço, assim como com os pesquisadores responsáveis pelo estudo.

Sua participação voluntária beneficiará a produção científica na área e o desenvolvimento de políticas de enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS no Brasil.

Se, posteriormente, tiver alguma dúvida sobre sua participação nessa pesquisa ou sobre as informações contidas nesse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você

poderá, a qualquer momento, entrar em contato com o pesquisador responsável pelo estudo e o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Todos eles estão identificados com endereço, telefone e e-mail no final desse documento.

Eu _____, abaixo assinado, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pelo pesquisador.

_____	_____	_____
(nome do usuário do serviço)	(assinatura)	(data)
_____	_____	_____
(nome do pesquisador do projeto)	(assinatura)	(data)

No futuro poderemos ter o interesse de convidá-lo(a) para responder alguma entrevista sobre o tema ou o seu atendimento aqui no serviço. Se você concordar precisamos ter uma forma de contatá-lo, como telefone, e-mail, endereço ou outra forma mais adequada.

() Prefiro não ser contatada(o)

() Sim, concordo em participar e podem entrar em contato por:

Pesquisadoras responsáveis pelo estudo no SAE/ DST/AIDS

Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Pesquisador responsável pelo estudo:

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

ANEXO J

Ministério da Saúde		CTA - CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO		Nº Requisição	
PN-DSTAIDS					
Dados Orientação	1 Local (Instituição) de Origem / Encaminhamento	2 Data Atendimento	3 Tipo de Orientação (Pré-Teste)		
	4 Orientador(es)/Profissional	5 1º Atendimento no CTA	[1] Individual [3] Nenhuma		[2] Coletiva [4] Individual e Coletiva
	8 Nº Requisição Anterior (obrigatório p/ 2ª Amostra)	6 Vai Fazer Coleta	[1] Sim [2] Não		7 1ª Amostra
		9 Teste Nominal	[1] Sim [2] Não		10 Mostra Nome Etiqueta
			[1] Sim [2] Não		
Dados do Usuário	11 Nº do Prontuário/Protocolo	12 Nome do Usuário ou Senha			
	13 Sexo	14 Gestante	15 Idade Gestacional (Meses)	16 Data Nascimento	17 Estado Civil (Situação conjugal)
	[1] Masc. [2] Fem.	[1] Sim [2] Não			[1] Casado/Amigado [3] Separado
					[2] Solteiro(a) [4] Viúvo [99] Não infor
	18 Raça/Cor	19 Escolaridade (anos estudos concluídos)		20 Ocupação	
[1] Branca [3] Amarela [5] Indígena	[1] Nenhuma [3] De 4 a 7 [5] De 12 a mais				
[2] Preta [4] Parda [99] Invernis	[2] De 1 a 3 [4] De 8 a 11 [99] Ignorato				
21 Número do Cartão SUS	22 Nome da mãe				
Autorização de Contato	23 Permite Contato *	24 Tipo de Contato			Assinatura do Usuário
	[1] Sim [2] Não	[1] Telefone [3] e-mail [5] Outros: [2] Correio [4] Visita Domiciliar			
* Caso não venha buscar o resultado, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações.					
Dados de Residência	25 Logradouro (rua, avenida...)		26 Complemento (apto, casa ...)	27 Número	
	28 Município		29 Bairro		30 UF
	31 CEP		32 (DDD) Telefone	33 Zona	
				[1] Urbana [2] Rural	
34 País (se residente fora do Brasil)					
Dados Complementares					
Dados da Requisição	35 Motivo da Procura		36 Origem da Clientela (como ficou sabendo do serviço)		
	[1] Exposição a situação de risco [10] Janela imunológica		[1] Material de divulgação [7] ONG		
	[2] Encaminhado por serviço de saúde [11] Suspeita de DST		[2] Amigos/Usuários do serviço [8] Internet		
[3] Encaminhado por banco de sangue [12] Prevenção		[3] Jornais/Rádio/Televisão [9] Campanha			
[4] Encaminhado por clínicas de recuperação [13] Exame pré-nupcial		[4] Banco de sangue [10] Escola			
[5] Sintomas relacionados à AIDS [14] Testagem para hepatite		[5] Serviço/Profissional de Saúde [97] Outros:			
[6] Admissão em emprego/Forças Armadas [15] Contato domicil. p/ hepatites		[6] Serviços de informação telef. [99] Não informado			
[7] Conhecimento de status sorológico [16] Oficina em escola					
[8] Exame pré-natal [97] Outros:					
[9] Conferir resultado anterior [99] Não informado					
37 Encaminhamento Pré-Teste (até 3 opções)		38 Local Encaminhamento			
[1] Nenhum [6] Tratamento de DST [11] Realizar hepatite C					
[2] Repetir Exame/Inconclusivo [7] Orientações Gerais [12] Realizar hepatite D					
[3] Repetir Ex./Janela imunológica [8] Realizar ex. HIV [13] Realizar todos os Exames					
[4] Repetir Exame /2ª amostra [9] Realizar Ex. Sífilis [97] Outros					
[5] Assistência Psicossocial [10] Realizar hepatite B					
Notas da Orientação	39 Notas da Orientação Pré-Teste / Observações:				
	Notas da Orientação Pós-Teste / Observações:				

Continuação da Requisição -Página 2				
Antecedentes Epidemiológicos	40 Procurou Banco de Sangue para se testar nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não	41 Apresentou DST nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não	42 Se apresentou DST nos últimos 12 meses, como tratou [1] Serviço de saúde [3] Automedicação [5] Não tratou [99] Não informado [2] Farmácia [4] Não lembra [98] Não se aplica	
	43 Usou Drogas nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não	44 Se Fez uso de drogas nos últimos 12 meses, Especifique Quais e Suas Frequências [1] Alcool [3] Cocaína Aspirada [5] Crack [7] Anfetaminas [2] Maconha [4] Cocaína Injetável [8] Heroina [9] Outras	Legendas p/ frequência de uso de drogas: 1- Nunca usou 2- Já usou, mas não usa mais 3- Usa vez em quando 4- Usa frequentemente	
	45 Compartilhou Seringas/Agulhas nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não [3] Não lembra [98] Não se aplica [99] Não informado			
	46 Tipo de Parcerias Sexuais e Quantidade (em números) nos últimos 12 meses [1] Homens [4] Travestis/Transsexuais [99] Não informado [2] Mulheres [98] Não se aplica			
47 Tipo de Exposição (marque com X até 2 opções de resposta) [1] Relação Sexual [3] Compart. [5] Ocupacional (exp. mat. biológico) [7] Não relata risco Biolog. [99] Não informado [2] Transf. de sangue/hemod. [4] Hemofilia [6] Transmissão vertical [97] Outros				
Informações de Uso de Preservativos	48 Uso do Preservativo c/ Parceiro Fixo (atual) nos últimos 12 meses [1] Usou todas as vezes [4] Usou mais da metade das vezes [2] Não usou [98] Não se aplica [3] Usou menos da metade das vezes [99] Não informado		49 Uso do Preservativo na Última Relação com Parceiro Fixo [1] Sim [4] Sim, mas rompeu [2] Não [98] Não se aplica [3] Não lembra [99] Não informado	
	50 Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Fixo [1] Não gosta [6] Confia no parceiro [11] Negocio não usar [17] Distúrbio sexual [2] Não acredita na eficácia [7] Sob efeito de drogas/álcool [12] Não tinha informação [18] Violência sexual [3] Não sabe usar [8] Não consegue negociar [13] Não tem condições de comprar [19] Alergia ao Produto [4] Parceiro(a) não aceita [9] Achou que o outro não tinha HIV [14] Não deu tempo/tesão [97] Outros [5] Não dispunha no momento [10] Acha que não vai pegar [15] Desejo de ter filho [98] Não se aplica [99] Não informado			
	51 Risco do Parceiro Fixo [1] Relações bissexuais [3] Usuário de drogas injetáveis [5] Soropositivo p/ HIV [7] Outros [99] Não informado [2] Transfusão de sangue/hemofílico [4] Uso de outras drogas [6] Tem ou teve DST [98] Não se aplica			
	52 Uso do Preservativo c/ Parceiro(s) Eventual(is) nos últ. 12 meses [1] Usou todas as vezes [4] Usou mais da metade das vezes [2] Não usou [98] Não se aplica [3] Usou menos da metade das vezes [99] Não informado		53 Uso do Preservativo na Última Relação c/ Parceiro Eventual [1] Sim [4] Sim, mas rompeu [2] Não [98] Não se aplica [3] Não lembra [99] Não informado	
54 Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Eventual [1] Não gosta [6] Confia no parceiro [11] Negocio não usar [17] Distúrbio sexual [2] Não acredita na eficácia [7] Sob efeito de drogas/álcool [12] Não tinha informação [18] Violência sexual [3] Não sabe usar [8] Não consegue negociar [13] Não tem condições de comprar [19] Alergia ao Produto [4] Parceiro(a) não aceita [9] Achou que o outro não tinha HIV [14] Não deu tempo/tesão [97] Outros [5] Não dispunha no momento [10] Acha que não vai pegar [15] Desejo de ter filho [98] Não se aplica [99] Não informado				
Recorte	55 Recorte Populacional (marque com X até 3 opções de resposta) [1] População em geral [4] Profissional do sexo [7] Usuário de outras drogas [12] Travesti/Transsexual [2] População confinada [5] Homem que faz sexo com homem [8] Pessoa vivendo com HIV/aids [13] Pessoa em exclusão social [3] Caminhoneiro [6] Usuário de drogas injetáveis [9] Portador de DST [14] Portador Hepatite B/C/D [10] Hemofílico e politransfundo [15] Estudante [11] Profissional de saúde [97] Outros:			
	56 Encaminhamento(s) Pós-Teste (até 3 opções) [1] Nenhum [7] Tratamento para hepatites [2] Repetir exame HIV/Inconclusivo [8] Tratamento para HIV [3] Repetir Janela imunológica [9] Repetir ex. Hepatite/Incon. [4] Repetir exame 2ª amostra [10] Tratamento de Sífilis [5] Assistência psicossocial [11] Vacina Hepatite B [6] Tratamento de DST [97] Outros:		57 Local (is) de Encaminhamento (s) Pós-Teste	
Encaminhamentos Pós-Teste	58 Orientador da Entrega		59 Materias / Preser. fornecidos:	
	Dados de Resultado			
Resultado Laboratorial	60 Data da Entrega		61 HIV : Tipo de Teste Realizado Triagem: [1] Elisa [2] Teste rápido Resultado Triagem Resultado Final	
	62 Hepatite C Anti-HCV D Anti-HDV		B HBsAg Anti-HBc total ANTI-HBs	
63 Sífilis VDRL Titulação: [] Doença Ativa [] Cicatriz Sorológ.		Legendas de Resultados: 1-Não Reagente 4-Ignorado 2-Reagente 5-Discordante 3-Indeterminado 6-Não realizado		
64 Especificar Outras Doenças e Seus Resultados				

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO - SICTA v.2005

Instruções Gerais:

- O CTA pode optar: por um atendimento simplificado no pré-teste (preenchendo apenas a primeira página do formulário e a página seguinte preencher durante o pós-teste) ou por atendimento completo (preenchendo as duas páginas do formulário logo no pré-teste).
- Dados de orientação: as questões de 1 a 10 deverão ser preenchidas para todos os usuários que buscarem o CTA.
- Dados do Usuário: todas as questões deverão ser preenchidas, as questões 21 e 22 deverão ser preenchidas apenas para usuários que optarem por teste nominal.
- Dados de residência (questões 25 a 34): no caso de usuários que não autorizarem contato do serviço (questão 23), deverão ser preenchidos apenas os campos "28 - município e 29-Bairro". Os demais dados residenciais não deverão ser preenchidos.
- Dados os demais campos (35 a 63) deverão ser preenchidos para todos os usuários.

Instruções dos Campos da 1ª página :

- 1 - Local de Origem. Refere-se à unidade de saúde (instituição) que encaminhou o usuário. Caso seja demanda espontânea é o próprio CTA.
- 2 - Data de atendimento - Introduzir a data de realização do atendimento pré-teste no CTA. Deverá ser no formato dd/mm/aaaa.
- 3 - Tipo de orientação (Pré-Teste) - Registrar se o usuário passou pelo aconselhamento pré-teste individual, coletivo ou individual e coletivo. Não é esperado que qualquer usuário realize coleta de sangue sem qualquer abordagem (individual e coletiva), mas caso isto tenha acontecido, registrar "nenhuma" orientação/aconselhamento pré-teste.
- 4 - Orientador(es)/Profissional - Introduzir o nome do(s) profissional(is) responsável(is) pelo(s) atendimento(s) pré-teste.
- 5 - 1º atendimento no CTA - Introduzir a resposta fornecida pelo usuário quanto ao fato de ser ou não a primeira vez que é atendida neste CTA.
- 6 - Vai fazer coleta - Refere-se à coleta de sangue. Registrar se o usuário decidiu submeter-se a quaisquer das testagens oferecidas: HIV, Sífilis, Hepatites B, C e D.
- 7 - 1ª amostra - Registrar "sim" se corresponder à primeira coleta realizada para testagem (triagem sorológica). Registrar "não" apenas quando for coleta para exame confirmatório do resultado da primeira amostra (ou seja, quando o primeiro resultado tiver sido positivo/reagente ou indeterminado/inconclusivo). Todas as outras situações entram como 1ª amostra. Ex.: pessoa que retorna para realizar novo exame porque estava em janela imunológica entra como 1ª amostra.
- 8 - Nº da requisição anterior - Introduzir o número que identifica a requisição anterior do mesmo usuário atendido outras vezes no CTA. O preenchimento desta informação é particularmente importante (obrigatório) nos casos de segunda amostra, permitindo vincular a exame anterior.
- 9 - Teste nominal - Registrar se o usuário optou por identificar-se ou por manter o anonimato.
- 10 - Mostra nome na etiqueta - Opção de imprimir ou não o nome do usuário na etiqueta.
- 11 - Nº do Prontuário/Protocolo - Introduzir o número do prontuário/protocolo do usuário no serviço (se houver). Esta informação facilita a identificação e consulta do mesmo no sistema, principalmente daqueles que se identificaram e realizaram mais de uma testagem no CTA.
- 12 - Nome (Senha) - Introduzir o nome do usuário ou a senha escolhida por ele. No caso de testes nominais, deve ser checado com documentos.
- 13 - Sexo - Masculino ou feminino
- 14 - Gestante - Registrar se a mulher está gestante ou não.
- 15 - Idade gestacional - Registrar o tempo de gestação (em meses) referido pela mulher.
- 16 - Data de nascimento - Registrar a data de nascimento do usuário - preencher no formato dd/mm/aa
- 17 - Estado civil/ Situação conjugal - Registrar a situação conjugal atual do usuário. Casado/amigado será definido pelo fato de morar com o(a) parceiro(a). Por exemplo, se uma mulher é viúva e atualmente está amigada com alguém, prevalece a situação atual - casada/amigada.
- 18 - Raça/cor - Pedir ao usuário que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. É importante observar que esta classificação deverá ser autodeclarada, isto é, o profissional deverá pedir ao usuário que ele relate sua própria cor dentre as categorias oferecidas.
- 19 - Escolaridade - Registrar o número de anos de estudo concluídos pelo usuário, dentro das faixas disponíveis. Lembretes: até 3ª série do ensino fundamental marcar "1 a 3 anos de estudo concluídos"; 4ª a 7ª série do ensino fundamental marcar "4 a 7 anos de estudo concluídos"; ensino fundamental completo ou ensino médio marcar "8 a 11 anos de estudo concluídos"; ensino superior completo ou incompleto marcar "de 12 a mais anos de estudo concluídos".
- 20 - Ocupação - Deverá ser preenchida de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações. Não se trata de registrar a profissão/categoria profissional, mas sim de registrar a ocupação (trabalho) atual do usuário.
- 21 - Nº do cartão SUS - Registrar o número do cartão do SUS, caso o usuário possua. Este campo deverá ser preenchido apenas por usuários que optarem por teste nominal. Para aqueles que optaram por teste nominal e não possuem o cartão, registrar "não possui".
- 22 - Nome da mãe - Este campo deverá ser preenchido somente nos casos em que o usuário tenha optado por fazer o teste nominal.
- 23 - Permite contato - O preenchimento deste campo é obrigatório e requer atenção especial dos profissionais. O profissional deverá perguntar ao usuário se ele permite que o serviço entre em contato com ele em caso de necessidade; por exemplo, se ele não retornar para buscar resultados de exames, ou se o serviço necessitar mudar data de agendamento. Além de uma autorização de contato, implica também na assunção de compromisso ético dos profissionais. Através desta permissão, os aconselhadores comprometem-se a fazer uso cauteloso das informações prestadas, sempre visando resguardar ao máximo o sigilo e confidencialidade das informações. Na prática isto significa, por exemplo, não identificar o remetente (no caso, o CTA) nas correspondências enviadas e respeitar estritamente a forma de contato que o usuário autorizou. Com isso, o que se busca é evitar qualquer impacto social negativo que possa advir da realização deste procedimento.
- 24 - Tipo de contato - Caso o usuário autorize o contato do serviço, deverão ser registradas as formas de contato por ele autorizadas. Informações adicionais e outras formas de contato autorizadas devem ser registradas no campo reservado às anotações do aconselhamento pré-teste. **IMPORTANTE:** Caso o usuário autorize que o serviço entre em contato, ele deverá assinar o formulário, no campo ao lado da questão 24.
- 25 - Logradouro - Refere-se ao endereço de residência do usuário - nome da rua, avenida, entre outros. Observar que as informações de endereços (exceto município) só deverão ser preenchidas caso o usuário autorize contato.
- 26 - Complemento - Refere-se ao complemento de residência, podendo ser casa, apartamento, fundos etc. Se o usuário morar em prédio, registrar aqui o número do apartamento.
- 27 - Número - Número da casa ou do prédio em que reside o usuário.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO - SICTA v.2005

Instruções dos Campos da 1ª página :

- 28 - Município - Refere-se ao município, cidade de residência do usuário.
- 29 - Bairro - Refere-se ao bairro de residência do usuário.
- 30 - UF - Introduzir a sigla da Unidade Federada (Estado) de residência do usuário.
- 31 - CEP - Introduzir o Código de Endereço Postal correspondente ao endereço de residência do usuário.
- 32 - Telefone - Registrar o telefone fornecido pelo usuário.
- 33 - Zona - Registrar se o usuário reside em zona rural ou urbana.
- 34 - País - Registrar o nome do país de residência, caso o usuário não resida no Brasil.
- 35 - Motivo da procura - Registrar o motivo que levou o usuário a procurar o CTA. Observe-se, por exemplo, que nem todas as gestantes vão ao CTA para realizar exame pré-natal; podem chegar ao CTA, por exemplo, por terem vivido uma situação de risco, ou em função do aparecimento de sinais de DST.
- 36 - Origem da clientela (como ficou sabendo o serviço) - Registrar a forma através da qual o usuário ficou sabendo do CTA.
- 37 - Encaminhamentos pré-teste - Registrar o(s) encaminhamento(s) realizados após atendimento pré-teste. Poderão ser registrados até três encaminhamentos.
- 38 - Local de encaminhamento - Registrar o nome dos locais para onde foi encaminhado o usuário após o atendimento pré-teste.
- 39 - Notas da orientação pré-teste/orientações - Registro de informações complementares do atendimento pré-teste, quando houver.
- . Notas da Orientação pós-Teste /orientações. Registro de informações complementares do atendimento pré-teste, quando houver.

Instruções dos Campos da 2ª página :

- 40 - Procurou banco de sangue para se testar nos últimos 12 meses - Registrar se nos últimos 12 meses o usuário fez doação de sangue com o intuito de testar-se.
- 41 - Apresentou DST nos últimos 12 meses - É papel do aconselhador ajudar o usuário a identificar se teve ou não uma DST nos últimos 12 meses, verificar com ele se teve sinais/sintomas de DST (por exemplo, úlcera genital, corrimento uretral, corrimento vaginal/cervical, verrugas genitais, bolhas).
- 42 - Se apresentou DST nos últimos 12 meses, como tratou - Caso o usuário relate ter tido DST nos últimos 12 meses, registrar o tipo de tratamento que ele buscou.
- 43 - Usou Drogas nos últimos 12 meses - refere-se ao uso, relatado pelo usuário, de qualquer droga (inclusive o álcool) nos últimos 12 meses.
- 44 - Se fez uso de drogas nos últimos 12 meses - Especificar a frequência com que o usuário relata ter usado cada uma das drogas descritas, no período de 12 meses, observando a legenda no quadro ao lado da questão. Exemplo: no caso de um usuário que faça uso frequente de álcool e cocaína aspirada, já fez uso de merla, mas nunca usou outras drogas: álcool: 4; maconha: 0; cocaína aspirada: 4; cocaína injetável: 0; crack: 0; heroína: 0; anfetaminas: 0; merla: 2.
- 45 - Compartilhou seringas nos últimos 12 meses - Caso o usuário relate uso de drogas injetáveis, de anabolizantes ou de silicone injetável (prática bastante frequente entre as travestis), o aconselhador deverá investigar se ele faz uso de seringas e agulhas descartáveis ou se compartilha com outros usuários. Se o usuário não relatar uso de substâncias injetáveis, deverá ser preenchido o campo "não se aplica".
- 46 - Tipo de parceria(s) sexual(is) e quantidade - Registrar o número de parceiros homens, de parceiras mulheres e de parceiras travestis com os quais o usuário refere ter se relacionado sexualmente nos últimos 12 meses. Se o usuário não tiver tido relações sexuais com umas destas parcerias, deverá ser registrado 0 (zero). Se o usuário não tiver tido relações sexuais nos últimos 12 meses, deverá ser registrado o campo "não se aplica".
- 47 - Tipo de exposição - Registrar de que formas o usuário relata ter se exposto ao risco de infecção pelo HIV. Poderão ser assinaladas até duas formas de exposição.
- 48 - Uso de preservativo com parceiro(a) fixo(a) nos últimos 12 meses - Registrar com que frequência o usuário relata ter usado preservativo masculino ou feminino nas relações sexuais com seu(s) parceiro(s) fixo(s). Por "menos da metade das vezes" entenda-se "na maioria das vezes não usou preservativo" e para "usa mais da metade das vezes" entenda-se "usou preservativo na maioria das relações sexuais que teve" nos últimos 12 meses.
- 49 - Uso do preservativo na última relação com parceiro fixo - Refere-se ao uso do preservativo na última relação sexual que o usuário teve com parceiro fixo, nos últimos 12 meses.
- 50 - Motivo de não usar preservativos com parceiro(a) fixo(a) - Caso o usuário relate não usar sempre o preservativo com seu(s) parceiro(s) fixo(s), investigar qual a principal razão que a leva a não usar. Esta questão não deve ser lida para o usuário, mas preenchida após exploração do tema com usuário. A partir desta conversa o aconselhador deve registrar a principal razão identificada para o não uso do preservativo nos últimos 12 meses com parceiro fixo.
- 51 - Risco do parceiro fixo - O aconselhador deve procurar identificar junto ao usuário que riscos ele identifica em seu/sua parceiro(a) fixo(a) e caso ele não identifique nenhum risco, registrar "não se aplica".
- 52 - Uso do Preservativo com parceiro(s) eventual(is) nos últimos 12 meses - Registrar com que frequência o usuário relata ter usado preservativo masculino ou feminino nas relações sexuais com seu(s) parceiro(s) eventuais(s) nos últimos 12 meses. Por "menos da metade das vezes" entenda-se "na maioria das vezes não usou preservativo" e para "usa mais da metade das vezes" entenda-se "usou preservativo na maioria das relações sexuais que teve" nos últimos 12 meses.
- 53 - Uso do preservativo na última relação com parceiro(a) eventual - Refere-se ao uso do preservativo na última relação sexual que o usuário teve com um parceiro eventual.
- 54 - Motivo de não usar preservativos com parceiro eventual - Caso o usuário relate não usar sempre o preservativo com seu(s) parceiro(s) eventual(is), investigar qual a principal razão que o leva a não usar e registrá-la.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO - SICTA v.2005

Instruções dos Campos da 2ª página :

55 - Recorte populacional - Identificar a qual dos grupos populacionais relacionados o(a) usuário(a) pertence. Caso o usuário pertença a mais de um grupo, é permitido registrar até três opções. Por exemplo: Um usuário pode ser HSH, portador de DST e profissional do sexo. Obs: Mulheres que fazem sexo com mulheres devem ser categorizadas em "outros". Importante: A categoria "Pessoa vivendo com HIV/AIDS" refere-se ao portador do HIV/AIDS.

56 - Registrar os encaminhamentos feitos após a entrega do resultado ao usuário. Poderão ser assinalados até três encaminhamentos.

57 - Local(is) de encaminhamento(s) pós-teste - Descrever para que serviços de saúde, ONG, ou outro local, o(a) usuário(a) foi encaminhado(a) após ter recebido o resultado de seus exames.

58 - Orientador da Entrega - Identificar o profissional que realizou o aconselhamento pós-teste e a entrega do resultado dos exames.

59 - Materiais/ Preservativos fornecidos --Se houve entrega de materiais informativos e de preservativos, identificar qual e quantos foram disponibilizados para o usuário.

60 - Data de entrega - Registrar a data de entrega dos resultados dos exames.

61 - Tipo de teste realizado/ triagem - Registrar o tipo de teste utilizado para triagem sorológica do HIV e o resultado do teste de triagem. Caso tenha sido solicitado exame confirmatório, registrar no campo "resultado final" o resultado do exame confirmatório. Observar as legendas dos resultados, no canto inferior direito do formulário de atendimento.

62 - Anti-HCV - registrar o resultado da triagem sorológica para hepatite C; Anti-HDV - registrar o resultado da triagem sorológica para hepatite D; Para Hepatite B registrar, segundo legenda, se há presença dos marcadores HbsAg, Anti-HBc total, Anti-HBs.

63 - VDRL - Registrar qual o título de VDRL foi encontrado. Ex: 1:1; 1:2; 1:4; 1:8 etc.

Informações técnicas que apoiam o preenchimento dos resultados dos exames de sífilis: Doença ativa: considerar VDRL reagente em qualquer titulação, desde que não haja resultado de exames confirmatórios (FTA-abs, TPHA, ELISA) com resultado "negativo" ou "não reagente".

Cicatriz sorológica: VDRL com títulos até 1:4 podem ser considerados "cicatriz" sorológica se houver documentação de tratamento anterior para sífilis, com queda de 2 títulos ou quatro vezes (por exemplo, de 1:8 para 1:2 sem elevação que sugira re-infecção ou nova infecção). Caso não haja comprovação do tratamento e queda dos títulos considerar como doença ativa.

VDRL com titulação até 1:4, pode significar também um falso positivo (em razão de outras doenças), doença inicial (menos de 30 dias de infecção) ou com muitos anos de evolução e por isso requer a realização de testes confirmatórios e seguimento. VDRL reagente em qualquer titulação, caso não seja possível afastar cicatriz sorológica ou falso positivo, indica a necessidade de encaminhamento à unidade de saúde de referência; VDRL não reagente: considerar como não infectado; avaliar história clínica e epidemiológica para, se necessário, promover nova investigação laboratorial em 30 a 60 dias;

64 - Especificar outras doenças e seus resultados - Caso o usuário tenha feito mais exames, registrar seus resultados.