



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Laíse Navarro Jardim

**Profilaxia pós-exposição sexual: entre acordos e desacordos, protocolos e
(pre)conceitos**

Rio de Janeiro

2016

Laíse Navarro Jardim

Profilaxia Pós-Exposição Sexual: entre acordos e desacordos, protocolos e (pre)conceitos

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr.

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

J37 Jardim, Laíse Navarro.
 Profilaxia Pós-Exposição Sexual: entre acordos e desacordos, protocolos e (pre)conceitos / Laíse Navarro Jardim. – 2016.
 116 f.

 Orientador: Kenneth Rochel de Camargo Júnior.

 Tese (Doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

 1. Profilaxia pós-exposição – Tendências – Teses. 2. Síndrome da imunodeficiência adquirida – Prevenção e controle. 3. Políticas públicas de saúde – Teses. I. 4. Aconselhamento – Teses. 5. Comportamento sexual – Teses. I. Camargo Júnior, Kenneth Rochel de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.4:616.97

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Laíse Navarro Jardim

Profilaxia Pós-Exposição Sexual: entre acordos e desacordos, protocolos e (pre)conceitos

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 26 de abril de 2016.

Banca Examinadora: _____

Professor Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr. (Orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. André Luís de Oliveira Medonça
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof^a. Dra. Claudia Mercedes Mora Cárdenas
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Veriano de Souza Terto Junior
Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Estudos em Saúde
Coletiva

Prof. Dr. Richard Guy Parker
Columbia University

Rio de Janeiro

2016

DEDICATÓRIA

Para minha mãe, Lúcia Helena Navarro Jardim, por esse amor incondicional e tão grande. À minha querida avó Vilma Amaral (*in memoriam*), que desde a infância influenciou minha trajetória de busca pelo conhecimento. Ao meu pai Ewerton do Amaral (*in memoriam*), que acompanha meus pensamentos todos os dias.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Kenneth Camargo, por além de ser um excelente mestre, ser uma pessoa tão generosa. Seus abraços e preocupação comigo nunca serão esquecidos.

Aos colegas do IMS, por terem dividido seus conhecimentos comigo, sempre com um clima leve e de companheirismo.

Ao querido mestre André Mendonça, sempre disposto a ajudar, com sua inteligência fora do normal.

Aos professores Veriano Terto e Richard Parker, pela ajuda com suas considerações desde o início do trabalho.

À professora e orientadora de mestrado, Juliana Perucchi, por toda parceria e momentos de discussões produtivas que me fizeram crescer e os momentos descontraídos e necessários.

Aos entrevistados/as nesta pesquisa, pela disponibilidade e pela atenção.

À minha mãe, Lúcia Helena Navarro Jardim, meu maior exemplo. Aquela que foi mãe, pai, e o que mais pôde. Vivo pra te dar orgulho.

Aos meus queridos irmãos Marcelo Jardim e Juninho Jardim por estarem sempre por perto e me encherem de amor.

Aos meus afilhados amados Carlos Eduardo e Paula, por me trazerem momentos de tanta pureza e carinho.

Ao meu pai, Ewerton Jardim (in memoriam), minha maior saudade e minha certeza de proteção.

À minha amiga Lara Calais, pelo seu companheirismo e doçura de sempre. Mais do que dissertações e teses, construímos uma amizade eterna.

À minha irmã escolhida nesta vida, Monalisa Rocha, por estar sempre ao meu lado, por trazer tanta luz para os meus dias difíceis.

Às minhas queridas primas Cláudia Martins e Isabella Martins e ao primo Marcelo Bianco, por me acolherem de uma forma linda no Rio. Mais do que um lar, me deram muito amor.

A todos e todas que me ajudaram nestes quatro anos e que eu guardarei pra sempre no coração.

Em resposta a uma ética da exclusão, estamos todos desafiados a praticar uma ética da solidariedade.

Betinho

RESUMO

JARDIM, L. N. *Profilaxia Pós-Exposição Sexual: entre acordos e desacordos, protocolos e (pre)conceitos*, 2016. 116f. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Apesar de todos os avanços ocorridos desde o surgimento do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), ainda há muitas pessoas se infectando por este. As estratégias de prevenção, portanto, têm importância fundamental na luta contra a doença. A Profilaxia Pós-exposição sexual, apresenta-se como uma política pública de saúde que faz parte do arsenal biomédico de medidas em relação à aids, e que tem gerado discussões a respeito de sua implementação e preocupações a respeito da chamada compensação de risco. O objetivo desta tese é descrever e analisar o itinerário preventivo de pessoas que buscam a Profilaxia Pós-Exposição em dois serviços de saúde na cidade do Rio de Janeiro, bem como as tramas que envolvem sua prescrição. Esta pesquisa etnográfica foi realizada através de dois métodos: observação participante e entrevistas em profundidade com 9 pessoas que fizeram uso da PEP e 11 profissionais de saúde, entre médicos/as e enfermeiros/as. A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo do material coletado, que foram divididas em categorias analíticas. Através do estudo pudemos perceber diversas questões que envolvem a PEP e sua prescrição. Dentre elas estão: grande parcela da população ainda desconhece a existência da profilaxia, até mesmo alguns profissionais de saúde; o itinerário em busca da profilaxia envolve diversos percalços; apesar dos/as usuários/as da PEP entenderem a medida como algo positivo, os/as profissionais de saúde fazem ressalvas quanto sua distribuição, tendo sido possível observar diferenciações de postura em relação ao indivíduo que se expôs sexualmente. Percebemos a necessidade de discussões a respeito da PEP, que envolvam todos os atores sociais deste cenário, uma vez que o aparato biomédico, isoladamente, não é capaz de frear a doença. Para ser entendida, efetivamente, como uma política de saúde pública, a implementação da profilaxia necessita de respostas políticas e sociais, que incluam a perspectiva comunitária.

Palavras-chave: Profilaxia Pós-exposição. HIV/AIDS. Prevenção. Política pública. Sexualidade.

ABSTRACT

JARDIM, L. N. *Post-exposure prophylaxis: between agreements and disagreements, protocols and (pre)conceptions*, 2016. 116f. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Despite all the advances that have occurred since the appearance of Human Immunodeficiency Virus (HIV), there are still many people who are being infected by it. Prevention strategies, however, are of great significance in the fight against the disease. Post sexual exposure prophylaxis is presented as a public health policy that is part of the biomedical arsenal of measures concerning AIDS, and has created discussions about its implementation and concerns regarding the so-called risk compensation. The goal of this thesis is to describe and analyze the preventive itinerary of people who search for post-exposure prophylaxis in two health services in the city of Rio de Janeiro, as well as the plots involved in its prescription. This ethnographic research was accomplished through two methods: participant observation and in-depth interviews with nine people who used PEP and eleven health professionals, among nurses and doctors. The data analysis happened through the analysis of content from the collected material, which were split into analytical categories. Over the study, it was possible to notice various issues that involve PEP and its prescription. They are: A large share of the population is unfamiliar with the existence of prophylaxis, even some health professionals; the itinerary of the search for prophylaxis surrounds many issues; although the users of PEP understand the measure as something positive, health professionals show reservations about its distribution, enabling to observe different approach regarding the subjects who have been sexually exposed. We became conscious of the need of discussions about PEP, which involve all of the social actors in tis scenery, once the biomedical apparatus, by itself, is not capable of stopping the disease. In order to be effectively understood, as a public health policy, the implementation of prophylaxis needs political and social responses, which include the community's perspective.

Keywords: Post-exposure prophylaxis. HIV/AIDS. Prevention. Public policy. Sexuality.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Informações sobre a PEP.....	59
Figura 2 –	Informações sobre a PEP.....	59

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Indicação de quimioprofilaxia segundo tipo de exposição e parceria	18
Fluxograma 1 –	20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Dados socioeconômicos dos/as usuários/as da PEP.....	48
Tabela 2 –	Perfil dos/as profissionais entrevistados/as.....	49
Tabela 3 –	Tipos de Exposição.....	51
Tabela 4 –	Conhecimento dos/as entrevistados sobre a PEP	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com homens
MS	Ministério da Saúde
nPEP	Non occupational post exposure prophylaxis
ONG	Organização não governamental
PEP	Post Exposure Prophylaxy
PrEP	Profilaxia Pré Exposição
SAE	Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UE	Unidades de Emergência
UNAIDS/ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
VHB	Vírus da Hepatite B
VHC	Vírus da Hepatite C

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	14
1	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
1.1	Disponibilidade de PEP: por que e para quem?.....	17
1.2	“Prazer”, meu nome é PEP.....	22
1.3	Questionamentos e tensões acerca da PEP.....	26
1.4	A busca por cuidado.....	29
2	OBJETIVOS.....	33
2.1	Objetivo geral.....	33
2.2	Objetivos Específicos.....	33
3	METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO.....	34
3.1	Participantes.....	35
3.2	Instrumentos.....	36
3.3	Trilhando o caminho etnográfico.....	38
3.4	Análise dos dados.....	39
4	NARRATIVAS DA VIVÊNCIA ETNOGRÁFICA.....	42
4.1	Perfil dos sujeitos de pesquisa.....	47
4.1.1	<u>Usuários/as da PEP.....</u>	47
4.1.2	<u>Profissionais de Saúde.....</u>	48
5	AS NARRATIVAS QUE CARACTERIZAM A PEP.....	50
5.1	Da exposição ao itinerário preventivo.....	50
5.1.1	<u>Contextos e tipos de exposição.....</u>	50
5.1.2	<u>Da consciência de risco à ação: os itinerários de prevenção.....</u>	53
5.1.3	<u>A informação como estratégia no itinerário preventivo.....</u>	57
5.1.3.1	A internet e o “Dr Google”.....	57
5.1.3.2	Quando a informação vem de outrem.....	60
5.2	Percepções sobre HIV, PEP e cenários da prevenção.....	64
5.2.1	<u>Representações sobre a aids e estratégias preventivas.....</u>	64
5.2.2	<u>Representações sobre a PEP.....</u>	72
5.3	Relação usuário profissional no contexto da PEP.....	76

5.4	Prescrição da PEP e seus desdobramentos	81
5.4.1	<u>Avaliação do risco e prescrição da PEP: aspectos epidemiológicos ou subjetivos?</u>	81
5.4.2	<u>Acompanhamento da PEP e seus efeitos colaterais</u>	91
5.4.3	<u>(Re)utilização da PEP e possíveis efeitos</u>	93
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
	REFERÊNCIAS	102
	ANEXO A – Roteiro de entrevista com profissionais do serviço de saúde.....	111
	ANEXO B – Roteiro de entrevista com usuários/as do serviço de saúde.....	112
	ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	114

INTRODUÇÃO

Mesmo com todos os avanços ocorridos desde o surgimento do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), ainda há muitas pessoas se infectando por este. Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS/ONUSIDA) (2010), cerca de 2,6 milhões de pessoas foram infectadas com o HIV em 2009 - aproximadamente 50.000 novas infecções a cada semana -; 1,8 milhões de pessoas morreram, e apenas um terço das 15 milhões de pessoas vivendo com HIV que precisam de tratamento estão recebendo a medicação.

No Brasil, assim como em outros países, as estratégias de prevenção por via sexual são fundamentalmente orientadas para o incentivo ao sexo seguro, através da adoção de medidas relacionadas à promoção do uso do preservativo em todas as relações sexuais. Contudo, já se sabe que há uma gama de fatores e forças sociais que envolvem o uso (ou não) do mesmo, como por exemplo, o significado do sexo para cada uma das partes envolvidas, os contextos em que a relação ocorre, as estruturas e scripts estabelecidos nos encontros sexuais, desigualdades de gênero, as culturas (e subculturas) existentes em determinadas sociedades, bem como conjunturas políticas e econômicas (PARKER, 2009).

Na Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (BRASIL, 2011), realizada com homens e mulheres com idade entre 15 e 64 anos, foi possível observar que quase 61% das pessoas disseram ter usado o preservativo na primeira relação sexual, enquanto 35,1% afirmaram ter usado o preservativo na última relação sexual. Um percentual de 45,7 respondeu ter usado preservativo em todas as relações dos últimos 12 meses com parceiro casual, e, no que diz respeito a todas as relações sexuais dos últimos 12 meses com parceiro fixo este número cai para 19,4%. Em pesquisas realizadas com casais sorodiscordantes¹ também é possível perceber que há pessoas que não fazem uso de preservativo (REIS e GIR, 2009).

Mais recentemente tem surgido novos métodos preventivos ao HIV, bem como novas oportunidades de tratamento da doença, dentre eles a circuncisão masculina (UNAIDS, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2012), a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) (LEIBOWITZ e PARKER, 2011; MYERS e MAYER,

¹ O uso do termo sorodiscordante é utilizado na literatura nacional e internacional para designar casais em que apenas um dos parceiros é portador do HIV e o outro não.

2011), e a carga viral indetectável (BRASIL, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2013). Nossa atenção nesta pesquisa está focada na PEP.

A Post-Exposure Prophylaxy (PEP)², ou Profilaxia Pós-Exposição é uma medida de prevenção utilizada após a pessoa ter tido uma possível exposição ao HIV, que consiste no consumo de medicamentos antirretrovirais durante 28 dias, sem interrupção, a não ser sob orientação médica após avaliação do risco. Esta medicação deve ser ingerida em até 72 horas após a exposição, sendo que sua eficácia pode diminuir à medida que as horas passam.

Essa forma de prevenção já era usada satisfatoriamente nos casos de violência sexual e de profissionais de saúde que se acidentam com agulhas e outros objetos cortantes contaminados, e a partir do final dos anos 90 e início dos anos 2000 a medida se estendeu para exposições não ocupacionais em diversos países, como França, Áustria, Alemanha, Luxemburgo, Suíça, Espanha, Austrália, Reino Unido, Estados Unidos. No Brasil, segundo recomendação do Ministério da Saúde (MS), a PEP também passou a estar disponível nos Serviços de Atenção Especializada em HIV/Aids (SAE), a partir de 2010, para pessoas que tenham tido relações sexuais desprotegidas.

Pelo fato de não ser um processo tão simples e exigir diversas estratégias, as informações contidas no site do Ministério da Saúde³ ressaltam que a PEP sexual não é indicada para todos/as e não deve ser usada a qualquer momento. É enfatizado que ela não substitui o uso da camisinha e não deve ser utilizada em exposições sucessivas, uma vez que seus efeitos colaterais pelo uso repetitivo ainda são desconhecidos em pessoas HIV negativas.

Segundo Vives et al. (2008), a demanda e prescrição da Non-occupational Post-exposure Prophylaxis (nPEP) vem aumentando nos países aos quais ela está disponível. Contudo, apesar da eficácia desta profilaxia, existem posicionamentos ambivalentes sobre sua distribuição em larga escala, com preocupações a respeito de que seu uso poderia ocasionar uma desinibição comportamental, bem como potenciais efeitos tóxicos (LURIE et al. 1998; KELLY et al., 1993; RICHENS et al. 2005).

As mais recentes diretrizes dos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2005) estimulam o aconselhamento sobre prevenção ao HIV durante o uso da nPEP, e ressaltam que os médicos devem utilizar este momento como um importante aliado no que se refere a ações preventivas direcionadas a pessoas de comportamentos de risco, que, talvez, não fossem a um serviço de saúde por outros motivos. Nesta perspectiva, a PEP poderia trazer

² Também chamada de Non-occupational post exposure prophylaxis (nPEP). Neste texto, ora nos referiremos como Profilaxia Pós-exposição (PEP), ora como Profilaxia pós-exposição não ocupacional (nPEP).

³ Site: www.aids.gov.br

benefícios para a saúde pública, uma vez que impediria que a pessoa fosse infectada pelo HIV e posteriormente o transmita a seus parceiros/as sexuais, além de proporcionar um momento de aconselhamento para sexo seguro direcionado a indivíduos que provavelmente possuem altos índices de comportamentos de risco (KELLY et al., 1993).

Parker (2009) considera de extrema importância que haja uma compreensão dos contextos sociais e culturais em que a sexualidade ocorre, entretanto, o autor aponta que parece haver uma certa carência nos últimos anos de abordagens que se debruçam sobre a sexualidade propriamente dita - na experiência corporal -, ilustrando um quadro que nomeia como “de-sexualização da epidemia”. Coincidência ou não, esta lacuna parece vir acompanhada de avanços significativos de alternativas biomédicas (o que incluiria a PEP) disponíveis para prevenção e tratamento ao HIV, produzindo uma espécie de "re-medicalização" do campo do HIV e da aids (PARKER, 2009).

Entendendo que a PEP é uma medida controversa, e que pode acarretar diversos desdobramentos no que se refere a comportamentos individuais e à saúde pública, apresentaremos a seguir, uma revisão sobre publicações que envolvem esta temática. Após esta exposição, serão explicitados os objetivos da presente pesquisa, bem como o percurso metodológico seguido.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Disponibilidade de PEP: por que e para quem?

Por compreenderem que a PEP poderia ter seus efeitos expandidos para outras pessoas, que não só profissionais de saúde vítimas de acidentes ocupacionais e pessoas que sofressem violência sexual, os sistemas de saúde de diversos países começaram, a partir do fim da década de 90 e início dos anos 2000, a prescrever a Non-occupational Post-exposure Prophylaxis (nPEP) para pessoas possivelmente expostas ao HIV através de exposição sexual ou por uso de drogas injetáveis. Na França, por exemplo, as autoridades em Ciências da Saúde produziram, em 1998 e em 2003, diretrizes nacionais detalhadas para a nPEP (CIRCULAIRE, 1998, 2003). O tratamento está disponível gratuitamente em todos os hospitais franceses, para todas as pessoas potencialmente expostas ao HIV, podendo ser prescrito por médicos/as em unidades de emergência (UE) ou em Unidades de Cuidados para Aids. Além dos 28 dias de ingestão de medicamentos antirretrovirais, a PEP também envolve sessões de aconselhamento realizadas por profissionais de saúde, assim como uma série de exames laboratoriais que devem ser realizados periodicamente, até seis meses após a exposição.

Assim como na França, no Brasil, a distribuição da PEP também vem ocorrendo de forma gratuita, contudo, sem uma ampla divulgação (BELOQUI, SEFFNER e TERTO JÚNIOR, 2013). De acordo com o Suplemento sobre Tratamento e Prevenção ao HIV, divulgado pelo Ministério da Saúde em 2010, como recomendação geral, os Serviços de Assistência Especializada em HIV e aids (SAE) são os locais que devem ser preferenciais para o atendimento inicial. Caso a pessoa procure o atendimento em horários em que o SAE não esteja em horário de funcionamento, sugere-se que os serviços que já realizam o atendimento de urgência da violência sexual e a profilaxia pós-exposição ocupacional realizem também o atendimento inicial a estas pessoas (BRASIL, 2010). Ainda de acordo com o suplemento:

O atendimento da exposição sexual com potencial transmissão do HIV implica acolher a demanda, avaliar a circunstância da exposição, caracterizar o risco de transmissão e conhecer a frequência das exposições para considerar a indicação da quimioprofilaxia. Deve-se reforçar que a proteção de barreira, com uso de

preservativo masculino ou feminino, é a estratégia central de prevenção, enfatizando necessidade de proteção sexual a futuras exposições. (...) O aconselhamento deve permear todos os momentos do atendimento, de forma dinâmica, com conteúdos específicos para a situação de urgência e para o seguimento (BRASIL, 2010, p. 53).

Também deve ser realizada a testagem para HIV, hepatite B (VHB), hepatite C (VHC) e sífilis (VDRL), objetivando definir se ocorreu transmissão prévia desses agravos; além disso, deve-se investigar como e quando ocorreu a exposição. Mais recentemente, o Ministério da Saúde publicou um “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-exposição de Risco à Infecção pelo HIV” (BRASIL, 2015), com algumas orientações diferentes daquelas publicadas no protocolo de 2010.

Na publicação de 2010, o profissional de saúde poderia avaliar o risco que o paciente teve na relação sexual, indicando ao médico que prescreveria ou não a PEP sexual, baseando-se em alguns critérios (parceria sexual e o tipo de exposição (BRASIL, 2010)), como descrito no quadro abaixo:

Quadro 1 – Indicação de quimioprofilaxia segundo tipo de exposição e parceria

		Maior risco			Menor risco
Status sorológico do parceiro	Tipo de exposição	Anal receptiva	Anal ou vaginal insertiva	Vaginal receptiva	Oral receptiva com ejaculação
	Parceiro sabidamente HIV positivo		Recomendar	Recomendar	Recomendar
Parceiro de sorologia desconhecida, mas de população de alta prevalência		Recomendar	Considerar	Considerar	Considerar
Parceiro de sorologia desconhecida e de população de baixa prevalência		Considerar	Não recomendar	Não recomendar	Não recomendar

Fonte: BRASIL, 2010.

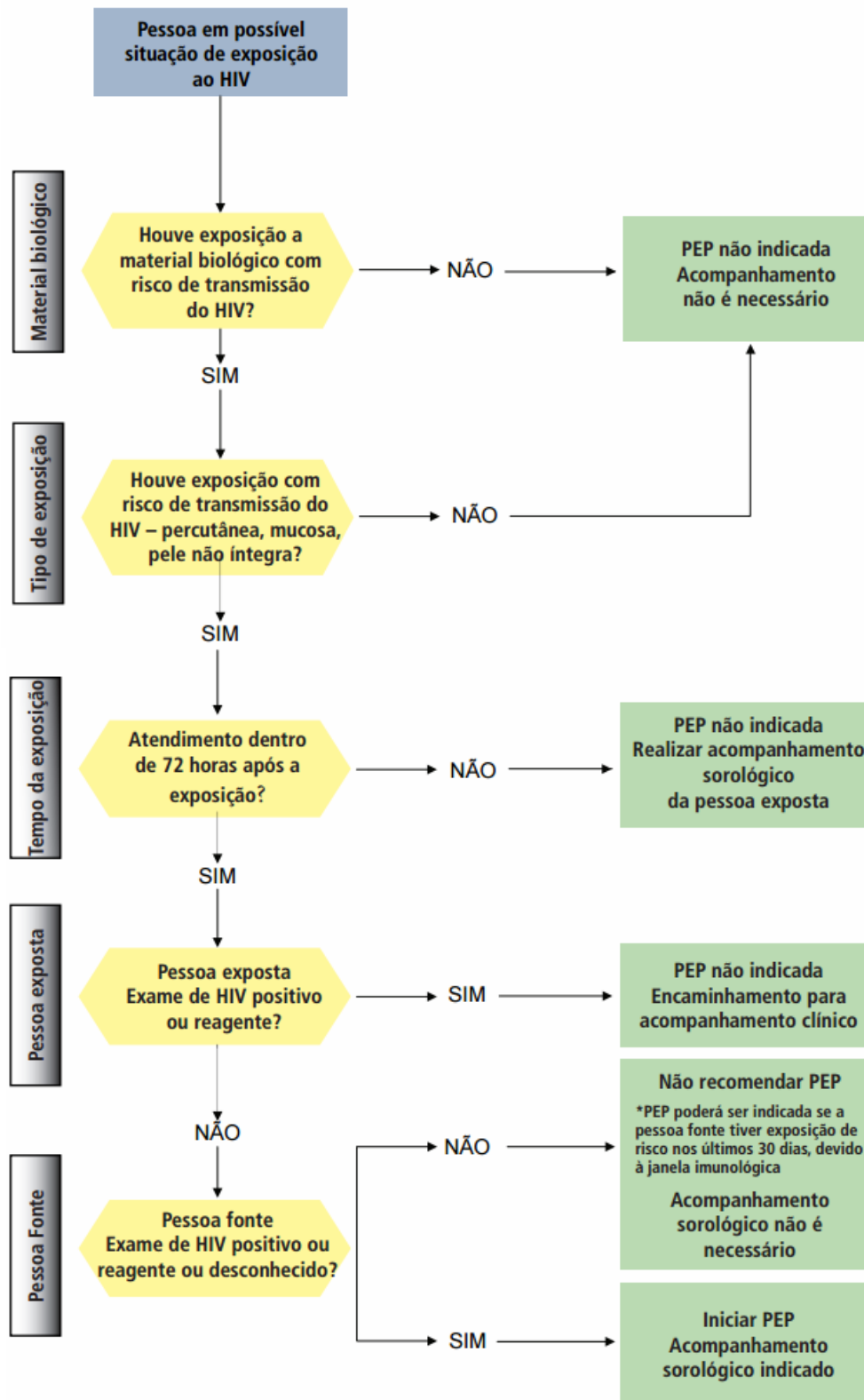
Caso a quimioprofilaxia seja indicada, a pessoa que se expôs deve receber as orientações necessárias, como os objetivos da utilização dos medicamentos e seus possíveis

efeitos colaterais, sendo reforçada a importância da adesão ao tratamento. Portanto, durante o seguimento de cada caso, o serviço deve avaliar a necessidade da indicação da quimioprofilaxia, deixar clara a importância da adesão ao tratamento, bem como acompanhar este processo, manejando os possíveis efeitos adversos, e enfatizar a adoção de práticas sexuais seguras.

Para que seja encerrado o acompanhamento, é necessário obter os resultados de testagem para HIV e hepatites após 24 semanas, e da sífilis após 12 semanas da exposição. Se a pessoa tiver sido infectada, é necessário iniciar o tratamento, e, caso não tenha havido transmissão, o profissional deve frisar que a ausência de transmissão no episódio atual não garante que em exposições futuras a pessoa estará imune ao vírus, reforçando mais uma vez a importância da adoção de práticas seguras, considerando o contexto de cada caso (BRASIL, 2010).

Dentre as mudanças que podemos notar no novo protocolo produzido pelo Ministério da Saúde está a mudança dos critérios para análise do risco de exposição para o uso da PEP. O quadro avaliativo que cruzava os dados sobre tipo de exposição e status sorológico do parceiro foi substituído por um fluxograma que não mais está focado em questões relativas a exposição com população de baixa ou alta prevalência. Além disso, o novo fluxograma refere-se à avaliação da PEP de uma forma geral, não sendo mais relacionado com a profilaxia para exposição sexual especificamente. Abaixo, a ilustração do fluxograma atual:

Fluxograma 1 – Indicação de PEP

Fonte: www.aids.gov.br.

De acordo com o Ministério da Saúde, para avaliação do risco, o profissional de saúde deve avaliar os seguintes aspectos: A indicação de PEP requer a avaliação do risco da exposição, o que inclui: 1 - tipo de material biológico envolvido (sangue e outros materiais contendo sangue, sêmen, fluidos vaginais, líquidos de serosas; 2 - tipo de exposição (percutânea, membranas mucosas, cutâneas envolvendo pele não íntegra, mordeduras com presença de sangue); 3 - O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento; 4 - A condição sorológica para HIV da pessoa exposta e da pessoa fonte (BRASIL, 2015). Apesar destas novas recomendações, abordaremos nesta tese, principalmente, as informações contidas na publicação de 2010, uma vez que os dados empíricos foram coletados anteriormente à publicação mais recente.

A procura pela PEP não ocupacional vem crescendo consideravelmente nos últimos anos, sendo a exposição sexual a principal razão para a solicitação da profilaxia (LAPORTE et al., 2002). Os usuários de drogas injetáveis (UDI) ainda representam um número muito baixo nas taxas de solicitação destes medicamentos (KAHN et al., 2001; LAPORTE et al., 2002). Em diversos estudos é possível observar que a maioria das pessoas que a solicitam são homens (KAHN et al., 2001; SHOPTAW et al., 2008; REY et al., 2008; ROLAND et al., 2011). No estudo de Shoptaw et al. (2008) com pessoas que procuraram PEP, a maioria era de homens que fazem sexo com homens (HSH), e o dia mais procurado foi a segunda-feira (31%), provavelmente refletindo eventos do fim de semana anterior. E as relações sexuais desprotegidas são mais comuns (60%) do que falha do preservativo (40%) (LAPORTE et al., 2002).

No que se refere aos determinantes de risco à infecção pelo HIV, Korner, Hendry e Kippax (2005) realizaram uma pesquisa com o objetivo de explorar em profundidade detalhes que levaram à exposição, bem como a compreensão de “risco” em narrativas de homens e mulheres que buscaram a PEP. Foi possível constatar que o comportamento de risco aconteceu, mesmo com a existência do conhecimento sobre o sexo seguro por parte dos/as participantes, em consequência de uma “ausência momentânea de controle” (*temporary absence of control*). Os autores listaram cinco temas que caracterizam contextos sociais de sexo inseguro, identificados nas narrativas, sendo: problemas no relacionamento amoroso; uso de drogas recreativas (incluindo o álcool); o espaço social; estresse; e aventura. Tais resultados nos chamam atenção para o fato de que disseminar o conhecimento de práticas de sexo seguro com base no uso do preservativo por si só não foi suficiente. Kahn et al. (2001) também encontrou resultados semelhantes, uma vez que a maioria dos indivíduos pesquisados

em San Francisco disseram não fazer parte de um padrão de comportamento habitual de alto risco, e que, portanto, o episódio que ocasionou a procura pela PEP representou um lapso em suas práticas de sexo seguro.

Devido ao fato de as taxas de infecção pelo HIV estarem significativamente concentradas em homens que fazem sexo com homens, diversos estudos sobre a PEP têm sido feitos utilizando como sujeitos de pesquisa esta população. Tais investigações têm se proposto a analisar diversas conjunturas, como o conhecimento da profilaxia por parte deste grupo (MEHTA et al., 2011), contextos sociais e práticas que levam a exposições ao HIV e posteriores solicitações para PEP (KORNER, HENDRY e KIPPAX, 2005), principais fatores de risco durante a ingestão da PEP (GOLUB et al., 2008), aceitabilidade e impactos comportamentais após o uso da profilaxia (SCHECHTER et al., 2004).

O grupo de HSH também é apontado, em análises sobre custo-eficácia da PEP, como o que mais seria rentável para os programas em saúde. Em uma análise sobre os programas de PEP em áreas metropolitanas dos EUA, foi observado que esta profilaxia pode ter um custo-benefício favorável junto aos esforços de prevenção do HIV existentes, devendo reforçar as estratégias e direcioná-las para pessoas com exposições de alto risco, principalmente, sexo anal receptivo. A pesquisa destaca que o uso da profilaxia é rentável para HSH, possivelmente rentável para UDI, mas de valor econômico questionável para todos os outros tipos de exposição (PINKERTON, 2004). Em estudo realizado na França (HERIDA et al., 2006), sobre as 8958 prescrições de PEP durante 1999-2003, foi possível observar que este programa foi pouco lucrativo, sendo menos rentável do que outros programas, como o citado anteriormente (PINKERTON, 2004). A principal diferença entre estes dois programas são suas populações-alvo. Em San Francisco, a maioria dos beneficiários da PEP são HSH (81%) em relações sexuais, enquanto na França, a maior parte é exposta por meio de relações heterossexuais (HERIDA et al., 2006).

1.2 “Prazer”, meu nome é PEP

Apesar da divulgação de diretrizes de prevenção para recomendações sobre o uso de nPEP, bem como o aumento nos últimos anos de procura pela profilaxia, o conhecimento sobre sua existência ainda é relativamente baixo (MEHTA et al., 2010). Em pesquisa

realizada em Nova York, por estes autores, foi possível observar que mesmo entre HSH de classe média alta, com elevadas taxas de comportamentos de risco, o percentual de indivíduos que tinham conhecimento sobre a profilaxia apresentou-se baixo. Dos 554 homens participantes do estudo, 63% relataram ter feito sexo desprotegido com um parceiro do sexo masculino nos últimos 90 dias, menos da metade disseram ter um profissional de saúde ciente de seu comportamento homossexual e, somente 201 homens (36%) estavam cientes da existência da nPEP ou PrEP. Um estudo recente realizado por Liu et al. (2008) relatou taxas um pouco mais elevadas de conhecimento, tanto para nPEP (47%) e PrEP (16%) entre os HSH, na Califórnia.

No que se refere aos profissionais de saúde, em pesquisa realizada com enfermeiros que trabalham em clínicas de saúde sexual no Reino Unido a respeito de conhecimento sobre a PEP, bem como atitudes relacionadas ao oferecimento da profilaxia, pôde ser observado que 72% dos entrevistados estavam cientes da distribuição da nPEP, e 17% tinham experiência da sua utilização em sua clínica (HAYTER, 2004). Contudo, apesar das taxas de conhecimento serem mais altas quando se fala em profissionais de saúde, alguns estudos sobre o impacto das recomendações de nPEP sugerem que ela é frequentemente prescrita em cenários não abrangidos pelas recomendações, ou seja, em exposições de pouquíssimo risco (LAPORTE et al., 2002). Em pesquisa realizada na Espanha, com o objetivo de descrever as características dos indivíduos que buscaram PEP, como tipos de exposição e tratamento prescrito, 45% dos casos foi considerado de baixo risco, contudo, em 33,8% destes casos foi prescrita a medicação (VIVES et al., 2007).

Rey et al. (2008) também encontraram achados semelhantes neste sentido em pesquisa realizada no sudeste da França. Os autores observaram que o tratamento foi prescrito em 87,9% dos casos. A PEP foi recomendada em 93,3% das consultas que ocorreram em menos de 48 horas após a exposição, 88,6% entre 48 e 72 horas, e 66,7% depois de 72 horas. Casos cujas consultas haviam sido realizadas nas Unidades de Emergência (onde os médicos não são especialistas em aids) foram mais propensos à prescrição. Nas exposições de alto risco e exposições de risco moderado resultou na prescrição em 92,5% e 85,0% dos casos respectivamente, enquanto que 57,1% das exposições de risco insignificante também resultou na prescrição.

Laporte et al. (2002) afirmam que os médicos franceses que prescrevem a PEP mesmo em situações de baixo risco justificam a sua ação no pedido do paciente. Os autores também lembram que as recomendações sobre o uso da Profilaxia Pós-exposição não ocupacional nos

EUA são distintas das recomendações francesas no que diz respeito à importância que deve ser dada ao pedido do paciente. Enquanto nas recomendações francesas há um trecho que indica: *“It is important to consider the perception of risk leading a person to request prophylaxis”* (Ministère de l'emploi et de la solidarité), nas recomendações dos EUA, *“PEP should never be administered routinely or solely at the request of a patient”* (CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC), 1998), o que pode ajudar os médicos a exercerem o seu julgamento com menos receio das possíveis consequências jurídicas e resistir à pressão de pacientes em casos onde o tratamento não é apropriado.

Vives et al. (2008) consideram ser essencial que a PEP seja utilizada em situações excepcionais e que em nenhum momento possa ser vista como prevenção primária ao HIV. Além disso, destacam a importância de as instituições de saúde avaliarem e atualizarem suas recomendações: *“La monitorización de la práctica de la PPE no ocupacional es relevante, pues, tanto para mejorar los criterios de prescripción como el acceso a la misma por parte de las poblaciones que más pueden beneficiarse de ella”* (p. 550).

Até mesmo no que diz respeito ao número de sessões de aconselhamento necessárias para minimizar comportamentos de risco e aumentar a adesão à PEP, Roland et al. (2011) consideram não haver um consenso. Em um estudo randomizado realizado por estes autores, que comparou os efeitos de duas versus cinco sessões de aconselhamento para 457 indivíduos que procuraram a PEP, durante doze meses, foi possível perceber que aqueles/as que receberam cinco sessões apresentaram melhores resultados tanto no que se refere à adesão à PEP, quanto na redução de comportamentos de risco. Somente entre indivíduos que já apresentavam baixo índice de comportamentos de risco anteriormente ao pedido de PEP, o número maior de sessões não resultou em melhores resultados. Fato este que ressalta a importância da avaliação de riscos na iniciação da PEP, bem como a qualidade do aconselhamento, que devem ser ainda mais elaborados para indivíduos de maior risco (ROLAND et al., 2011).

Bentz et al. (2010) também encontraram resultados semelhantes ao compararem a eficácia de dois tipos de aconselhamento na melhoria tanto a adesão à PEP, quanto aos testes de acompanhamento subsequentes. O grupo de pessoas que receberam intervenções de aconselhamento interativas focadas na adesão aos medicamentos e aos testes de acompanhamento de HIV, liderado por enfermeiros especialmente treinados, obteve melhores índices de adesão e prosseguimento.

Entendemos que a forma de acolhimento que o profissional de saúde prestará à pessoa neste momento é fundamental para a formação de um vínculo que pode favorecer sua adesão às medidas recomendadas. De acordo com o Suplemento do Ministério da Saúde, no aconselhamento, o profissional deve atentar para as seguintes necessidades:

Fornecer informações técnicas atualizadas, utilizando linguagem acessível; reconhecer vulnerabilidades individuais e sociais; oferecer apoio emocional; avaliar a capacidade do usuário de aderir ao tratamento e às medidas de prevenção; estabelecer estratégias para fortalecer práticas de prevenção. (BRASIL, 2010, p. 57)

O Departamento de Saúde da Austrália Ocidental desenvolveu, em 2005, uma estratégia de comunicação com o objetivo de aumentar a conscientização e uso apropriado da profilaxia pós-exposição não-ocupacional (nPEP) no país. Tal estratégia incluiu o desenvolvimento de um folheto de informação sobre a profilaxia, o estabelecimento de uma linha de telefone 24 horas para tirar dúvidas e a distribuição de orientações para profissionais de saúde. A ação de comunicação foi direcionada a homens que fazem sexo com homens, pessoas em relacionamentos sorodiscordantes, pessoas que vivem com HIV, usuários de drogas injetáveis e profissionais de saúde que atendem pacientes destes grupos populacionais (MINAS et al., 2012).

Os resultados foram positivos, uma vez que o conhecimento da nPEP entre HSH teve um aumento de 17,2% em 2002 para 54,9% em 2008, em seguida, diminuiu para 39,9%. Além disso, em 2010 a proporção de prescrições que cumpriam os critérios de elegibilidade aumentou significativamente (61,2% em 2002-2005 para 90,0% em 2008-2010), e a proporção de pacientes que concluíram o curso prescrito foi de (46,6% em 2002-2005 para 66,9% em 2008-2010). Portanto, foi possível observar que a introdução da estratégia de comunicação melhorou significativamente o uso adequado de PEP na Austrália, embora os autores chamem a atenção para a necessidade de ações contínuas neste contexto, com o intuito de mobilizar pessoas em alto risco, como homens que fazem sexo com homens (MINAS et al., 2012).

1.3 Questionamentos e tensões acerca da PEP

A questão mais discutida nos estudos sobre nPEP é a respeito de uma possível desinibição para comportamentos de risco para a infecção pelo HIV. Dados de vários estudos longitudinais sobre comportamento sexual após o tratamento de nPEP indicam que tomar a medicação não leva a um aumento na tomada de riscos. Já Dilley e Coker (1997), em uma pesquisa americana de homens que fazem sexo com homens, descobriram que um número de entrevistados citou o conhecimento sobre a profilaxia pós-exposição sexual como sendo um potencial fator que influenciou a atividade sexual de alto risco.

Em um estudo realizado entre dezembro de 1998 e maio de 2001, com 200 HSH no Rio de Janeiro (SCHECHTER et al. 2004), foram oferecidas sessões de aconselhamento e tratamento de PEP, quando necessário. Um total de 68 participantes (34,0%) iniciaram a PEP em resposta a um comportamento de alto risco, 86 (43%) não tomaram a PEP, apesar de relatarem pelo menos um exemplo de comportamento de alto risco, e 46 (23,0%) negaram quaisquer comportamentos de alto risco durante o período de estudo. Dentre as razões mais comuns para não iniciar a PEP, destacam-se: o sexo ser com um parceiro estável (n = 150); o participante não considerar a exposição a ser suficientemente de alto risco para justificar a PEP (n = 94); e as preocupações com os possíveis efeitos colaterais (n = 23). De acordo com os autores, apesar de alguns membros do grupo terem relatado que as suas condutas de maior risco aumentaram, a maioria disse ter diminuído tais comportamentos. Em comparação com o comportamento relatado no início do estudo (ou seja, antes da disponibilidade da PEP), em média, o comportamento sexual de alto risco diminuiu ao longo do tempo, tanto para aqueles que não usaram a PEP, quanto para aqueles que acabaram fazendo uso da profilaxia, uma vez que 32 (47,1%) dos utilizadores de PEP relataram sexo desprotegido anal nos 6 meses anteriores ao início do estudo, contra 27 (39,7%) na última visita. Os valores correspondentes para os homens que não utilizaram a profilaxia foram de 48 (36,4%) e 32 (24,2%), respectivamente.

Em Los Angeles, um estudo feito com homens e mulheres que receberam a PEP, após o acompanhamento de 26 semanas, os/as participantes relataram reduções significativas no número de parceiros sexuais ao longo do mês anterior; além disso, não houve evidência de comportamentos de risco aumentados para estas pessoas (SHOPTAW et al., 2008). Martin et al. (2004) também encontraram resultados semelhantes ao realizarem uma análise em São

Francisco, com HSH que receberam a PEP. Dentre os homens pesquisados, mais de 75% relatou uma diminuição no número de relações desprotegidas com parceiros de alto risco após 6 e 12 meses ao recebimento da medicação (MARTIN et al., 2004).

Para discutir sobre a PEP, foi realizada uma reunião em dezembro de 2010 pela Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), que envolveu gestores e profissionais de instituições públicas de saúde de municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro e representantes de ONGs. Nela, os participantes relataram que a demanda por profilaxia pós-exposição sexual já existe desde antes da publicação do Suplemento do Ministério da Saúde, e identificaram a profilaxia pós-sexual como um avanço nas políticas voltadas para o HIV/Aids. Contudo, também levantaram questionamentos sobre o impacto da oferta da profilaxia nas práticas convencionais de prevenção, como o uso da camisinha, podendo ser identificadas três visões entre os participantes: alguns acham que a oferta desestimulará o uso da camisinha; outros pensam que o medicamento e uso da camisinha não devem ser vistos como opções concorrentes; outros acreditam que o medicamento pode estimular o uso do preservativo e o cuidado de si, dependendo da qualidade do acolhimento dos profissionais para com estes sujeitos.

Além disso, foi levantado o argumento de que a oferta da PEP expõe os problemas da rede de atenção, uma vez que existe uma grande carência de recursos humanos, materiais e estruturais. Há poucos serviços que oferecem a profilaxia no Rio de Janeiro, e uma dificuldade de articulação da rede de serviços, especialmente emergências e Unidades de Pronto Atendimento (UPA). A capacitação dos profissionais de saúde para que possam realizar a PEP também precisa ser discutida, uma vez que até muito recentemente o foco da capacitação desta profilaxia era voltado para o atendimento de gestantes, de mulheres vítimas de violência sexual e de profissionais que sofreram acidentes ocupacionais (ABIA, 2010). Ainda de acordo com a relatoria:

Como implementar o aconselhamento em grandes hospitais de emergência, onde a rotina é estressante e há casos que serão considerados mais graves? Há falta de consenso entre profissionais da saúde, inclusive entre os participantes da reunião, sobre quais casos devem receber a profilaxia. O Suplemento contém um quadro que cruza dois grupos de variáveis: o tipo de exposição sexual e o status sorológico conhecido ou presumido do(a) parceiro(a). (...) No entanto, os participantes consideram que faltam recursos de toda ordem para garantir isso e que, frequentemente, há preconceitos e julgamentos de ordem moral envolvidos na avaliação (ABIA, 2010, p. 6-7).

Estas são questões fundamentais, que tentaremos nos aprofundar nesta tese. No estudo de Hayter (2004), foi observado um alto grau de incerteza nas respostas de profissionais de saúde sobre questões relativas à prescrição de PEP e seus possíveis desdobramentos. No que se refere ao item "conhecimento da nPEP poderia levar mais pessoas a fazerem testes de HIV", 33% dos/as entrevistados/as concordou com isso, 30% discordou e 37% estavam incertos/as. Sobre a afirmativa "Existe uma diferença ética clara entre ofertar PEP aos profissionais de saúde e oferecê-la para pessoas em exposição sexual", 37% concordaram, 41% discordou e 22% estavam incertos. Um menor índice de ambiguidade foi visto nas respostas que relacionavam o tipo de exposição e a prescrição da nPEP. Para o item "nPEP deve ser oferecida a uma pessoa que tenha um relacionamento de longo prazo com uma pessoa que é HIV positivo e o preservativo falhou", 91% concordou, 3% discordou, e 6% estava incerto. Por outro lado, houve uma resposta muito menos enfática ao item "Uma pessoa que tem uma relação sexual desprotegida com um parceiro casual que, posteriormente, descobre ser HIV positivo": 54% concordou, 25% discordou e 21% dos/as profissionais estavam incertos/as.

Portanto, nestes dados em relação às percepções e atitudes de profissionais de saúde, é interessante observar que há (des)acordos sobre a viabilidade da PEP, assim como uma tendência destas pessoas a serem mais positivas à oferta da medicação em relação a uma exposição ao HIV dentro de um relacionamento de longo prazo do que a uma exposição dentro de um relacionamento casual, ou seja, a forma de exposição atuou como uma ferramenta na justificação sobre a oferta ou não de PEP. Este raciocínio nos faz lembrar uma lógica moral e perversa que permeou a sociedade nos primeiros anos do surgimento da epidemia da aids no mundo.

Tal lógica era baseada em crenças e interpretações morais, principalmente sobre sexualidade, e estabeleciam valores e julgamentos sobre a situação que provocou a exposição (NUNES, 2008). O posicionamento moral da sociedade somado ao discurso normalizador da medicina atribuiu responsabilidade às pessoas infectadas pelo vírus, uma vez que seu estilo de vida rompeu com os comportamentos aceitáveis socialmente, sendo estas as "vítimas culpadas" da doença, enquanto as pessoas infectadas através de transfusões sanguíneas ou pela transmissão vertical não carregariam esta culpa, sendo consideradas "vítimas inocentes" (CAMARGO JR., 1995). Neste sentido, Hayter (2004) argumenta:

Given that PEP is offered to health care workers who have been accidentally exposed to HIV, on what grounds do we then deny PEP to individuals who have

been exposed through sexual exposure? Here, there is a danger of attempting to define the type of sexual exposure that merited NONPEP and those that did not (...). (p. 68)

Ribeiro, Coutinho e Saldanha (2004) consideram que as representações sociais sobre a aids e seu tratamento por profissionais de saúde diretamente envolvidos no trato com o paciente soropositivo para o HIV estruturam-se de forma interligada, colocando em jogo conhecimentos científicos, bem como valores sociais e contextuais. Para Latour (2000), “o papel desempenhado pelos militares ao recrutar, treinar e obrigar todo o mundo a estar simultaneamente interessado e obediente tem sido desempenhado há séculos por médicos, cirurgiões e trabalhadores da saúde” (p. 283). Neste sentido, é interessante nos perguntarmos que tipo de relações têm sido estabelecidas entre profissional/paciente no momento em que este último parece não ter tido o comportamento “correto” e “esperado”.

Para tal, lançaremos mão da teoria de Mol (2005), mais especificamente de seu livro *The Body Multiple*, no qual a autora constrói uma narrativa sobre a dinâmica da arteriosclerose, envolvendo contextos e relações entre sujeitos e objetos da prática. Tal prática abarca uma multiplicidade de sentidos e configurações, e fé nesta atmosfera que se desenvolve o que a autora denomina como “encenação” (*enactment*) entre os “atores” envolvidos. Assim sendo, nesta tese intentaremos observar as “encenações” que são realizadas por profissionais de saúde e pacientes, e aspectos que tornam a prescrição da PEP como legítima ou não.

Entendendo que a relação estabelecida entre serviço de saúde/profissional de saúde com o paciente é parte essencial para a criação de significados a respeito do cuidado de si, torna-se relevante uma pesquisa que se debruce em esmiuçar os itinerários de pessoas em busca de atenção à saúde, aqui especificamente a prevenção ao HIV através da PEP, e seus desdobramentos. O tópico seguinte traz uma revisão de literatura sobre o conceito de itinerário terapêutico.

1.4 A busca por cuidado

O momento em que os indivíduos buscam ajuda para resolver suas demandas ou problemas de saúde, bem como o caminho que estes percorrem até sua resolutividade ou não tem se tornado muito importante para os estudos que envolvem planejamento, organização e

avaliação de serviços assistenciais à saúde (TRAVASSOS et al., 2002). Isto porque já vem sendo percebido que os trajetos que as pessoas realizam em busca de cuidado não necessariamente coincidem com aqueles já pré-determinados pelos gestores e trabalhadores da saúde.

Os primeiros trabalhos sobre itinerário terapêutico foram elaborados através de uma concepção conhecida como “comportamento do enfermo” (*illness behaviour*), termo criado por Mechanic e Volkart (1960). Tais pesquisas tinham um forte caráter pragmático, trabalhando com a ideia de que os indivíduos orientam racionalmente sua busca por saúde, como um consumidor que avalia suas escolhas pensando na relação custo-benefício. Este modelo considerado utilitarista e racionalista foi criticado por alguns autores, pelo fato de simplificar o processo (ALVES e SOUZA, 1999).

A partir da década de 70, os trabalhos etnográficos, que observaram diferentes grupos sociais, passaram a ilustrar e problematizar o fato de que os indivíduos, mesmo aqueles que pertencem a um mesmo grupo social, produzem distintas concepções a respeito do processo saúde-doença, bem como se comportam de maneiras diversas quando estão doentes. Após esta constatação, a análise sobre o itinerário terapêutico passou a dar especial atenção para os aspectos cognitivos, culturais e interativos que tangem o processo de busca por saúde (ALVES e SOUZA, 1999). Estes autores apresentam o conceito de itinerários terapêuticos de uma forma ampla e abrangente:

A idéia de itinerário terapêutico remete a uma cadeia de eventos sucessivos que formam uma unidade. Trata-se de uma ação humana que se constitui pela junção de atos distintos que compõem uma unidade articulada. (...), é um nome que se designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição. No curso dessas ações, evidentemente, fazem-se presentes interesses, emoções e atitudes circunstanciais. (...) o itinerário terapêutico não é necessariamente produto de um plano esquematizado, pré-determinado. (...) se podemos dizer, por um lado, que o itinerário terapêutico é uma experiência vivida real, por outro, sua interpretação é uma tentativa consciente de se remontar ao passado com objetivo de conferir sentido ou coerência a atos fragmentados (ALVES e SOUZA, 1999, p. 133-134).

Portanto, compreende-se que o conceito de itinerário terapêutico, bem como os estudos acerca do tema, intentam esmiuçar as características que se apresentam no que se refere à busca por cuidado, objetivando conhecer mais profundamente o “universo simbólico” vivenciado pelos sujeitos, assim como suas condutas singulares (ALVES e SOUZA, 1999).

Segundo Cabral et al. (2011) apesar da importância dos estudos sobre itinerários terapêuticos tanto para o planejamento e gestão em saúde, quanto para a análise das relações

estabelecidas entre profissionais e pacientes, é possível observar que a literatura sobre esta temática ainda é limitada. As autoras realizaram uma pesquisa sobre a produção científica nacional sobre o tema nos últimos 20 anos, através do portal da Biblioteca Virtual em Saúde, identificando esta carência. Através do estudo, foi possível constatar que o principal interesse nas pesquisas sobre itinerários terapêuticos refere-se às percepções do indivíduo em relação à doença, bem como a influência que estas estabelecem sobre seu comportamento no que se refere à busca por cuidado ou tratamento. Contudo,

em geral apresentam um enfoque microssociológico, comunitário ou de grupo, sem aprofundar questões sobre contextos socioeconômicos ou organização de serviços de saúde. (...) Poucos são os estudos que nessa discussão associam aspectos sobre o acesso e utilização dos serviços e fatores relacionados ao contexto do paciente (CABRAL et al., 2011, p. 4440).

No que se refere aos estudos que relacionam itinerários terapêuticos e HIV, conseqüentemente, também existe uma grande lacuna. Em uma busca feita por Ferreira (2011), em base de dados (LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, Scielo), em maio de 2011, utilizando os termos “HIV” ou “Aids” e “Itinerário terapêutico”, foram apontados somente dois trabalhos: o de Maliska e Padilha (2007) e o de Pinho (2010). Esta autora, que realizou sua pesquisa de mestrado sobre o itinerário terapêutico de pessoas vivendo com HIV na cidade de Juiz de Fora, tendo analisado as construções singulares sobre o processo de adoecimento e suas implicações na vida cotidiana dos indivíduos, pôde perceber uma gama de vivências e significações que determinam as trajetórias e formas de lidar com a doença adotadas por 19 pessoas, desde o momento do diagnóstico até a terapêutica. Segundo Ferreira (2011):

Através dessas narrativas pode-se observar as polaridades presentes nesse adoecimento como: ao mesmo tempo que é uma doença crônica, pode ser aguda; ao mesmo tempo que pode ser invisível, pode formar marcas; que sendo tratável, não é curável e sendo conhecida é tão desconhecida. Esse jogo de contradições formou, ao longo das histórias analisadas, uma complexa teia de significados e vivências capazes de, em seu conjunto, trazerem contribuições para se repensar esse processo de assistir à saúde dessas pessoas (p. 108).

O estudo aqui proposto trata-se de uma análise um pouco distinta, uma vez que não serão analisados os itinerários de indivíduos sabidamente soropositivos, mas sim, daqueles que buscaram um serviço de saúde após terem tido uma exposição de risco para o HIV, ou seja, de pessoas que estão em busca de um atendimento de cunho preventivo, visando a manutenção de sua saúde. Objetivamos analisar tal itinerário, desde a forma pela qual o

indivíduo obteve informações sobre a profilaxia, bem como suas concepções sobre esta tecnologia preventiva, até o momento posterior aos atendimentos no serviço de saúde, tanto daqueles que tiveram a indicação da PEP, quanto dos que não a tiveram.

Sendo assim, esta pesquisa apresenta as seguintes questões norteadoras: Como se dá o itinerário terapêutico de pessoas que buscam pela PEP? Quais são os significados e condutas que tais pessoas adotam ao procurar esta profilaxia? Como os profissionais de saúde têm apreendido as questões que envolvem as novas tecnologias de prevenção ao HIV? Suas concepções a respeito destas tecnologias influenciam, e de que forma, sua atuação profissional?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever e analisar o itinerário preventivo de pessoas que buscam a Profilaxia Pós-Exposição em dois serviços de saúde na cidade do Rio de Janeiro, bem como as tramas que envolvem sua prescrição.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar os significados que indivíduos que buscam PEP atribuem ao processo de manutenção de sua saúde;
- Investigar o caminho percorrido pelos indivíduos que procuraram a PEP, bem como suas concepções acerca da profilaxia e de suas práticas sexuais;
- Investigar as concepções de profissionais de saúde acerca da PEP, procurando compreender se tais concepções produzem efeitos, quais são/seriam e como operam/operariam na prática no serviço de saúde;
- Entender como a PEP tem sido administrada nos serviços de saúde;
- Fornecer subsídios para o campo de discussões e avaliação das ações das novas tecnologias de prevenção do HIV.

3 METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

Trata-se de uma pesquisa de cunho etnográfico com o propósito de observar e compreender o itinerário terapêutico de pessoas que procuraram pela Profilaxia Pós-Exposição não ocupacional em dois serviços de saúde, bem como as concepções de profissionais de saúde sobre a profilaxia, e seus desdobramentos na prática. A etnografia caracteriza-se por ser uma modalidade de pesquisa social, desenvolvida por antropólogos, e pode ser entendida como um processo sistemático de observação, detalhamento, descrição e análise de estilos de vida ou padrões constitutivos de uma cultura ou subcultura (LEININGER, 1985). Sobre os métodos etnográficos, Angrosino salienta que:

(...) são especialmente úteis quando pesquisadores precisam entrar numa situação de campo na qual as questões sociais ou os comportamentos ainda não são claramente entendidos. Esses métodos são também muito valiosos quando obter o ponto de vista das próprias pessoas é um importante objetivo da própria pesquisa (ANGROSINO, 2009, p. 43).

Segundo Fonseca (1999), “através desse método, em geral tecem-se conclusões também quanto aos ‘nativos’: seu modo de vida, suas formas de organização social, seus valores familiares, suas crenças religiosas, atitudes políticas etc” (p. 66). Assim sendo, o processo de etnografia, através de um mergulho profundo do/a pesquisador/a na realidade investigada, envolve uma tentativa de apresentar análises descritivas e verdadeiras, bem como respostas particulares e detalhadas de determinados contextos e organizações sociais (LOFLAND, 1996). Além do empenho em apresentar tais observações de forma minuciosa, o/a etnógrafo/a não se limita unicamente a expor tais descobertas como fatos, mas, além disso, ele/a deve procurar realizar um exercício reflexivo sobre tais descobertas, relacionando-as com as diversas tramas que envolvem o contexto pesquisado (BERG, 2001).

Para Angrosino (2009), é necessário lançar mão de diversas estratégias para alcançar uma boa observação etnográfica. O/a pesquisador/a deve ter o hábito de fazer anotações de campo bem delineadas que incluam: descrição detalhada do cenário pesquisado; características gerais dos/as participantes; cronologia dos eventos; descrições de comportamentos evitando interpretações, dentre outras. Enquanto a entrevista seria uma extensão da observação, que também exige cuidados por parte do pesquisador, como por exemplo, manter certa formalidade e sustentar o controle da conversa. O autor ainda complementa:

A entrevista etnográfica também é feita em profundidade. Ela não é uma mera versão oral de um questionário. Ao contrário, seu objetivo é sondar significados, explorar nuances, capturar as áreas obscuras que podem escapar às questões de múltipla escolha que meramente se aproxima da superfície de um problema (ANGROSINO, 2009, p. 62).

Assim como Mol (2005) destaca sobre o tom de sua obra “*The body multiple: ontology in medical practice*”, como sendo mais reflexivo do que argumentativo, nesta tese também tentamos fazer este exercício, pensando na maneira pela qual os corpos são moldados, e vidas são empurradas e levadas a se adequarem a determinados padrões.

De tal modo, é possível compreender que este tipo de pesquisa é significativamente apropriada para uma aproximação do ambiente de trabalho dos/as profissionais de saúde e de suas práticas. Isso favorece o entendimento das concepções destes/as frente às questões que envolvem a aids e suas formas de prevenção, e de como tais profissionais operam no seu cotidiano.

3.1 Participantes

Participaram da pesquisa pessoas que procuraram a Profilaxia Pós-exposição em dois serviços de saúde da cidade do Rio de Janeiro, e profissionais de saúde que atuam nestes serviços.

O primeiro serviço atua em ações de promoção de saúde, bem como ciência e aperfeiçoamento de políticas públicas na área. Esta instituição realiza pesquisas com a temática do HIV/aids, além de prestar assistência a estes indivíduos.

O segundo serviço é de um Hospital Universitário tradicional e muito respeitado na cidade do Rio de Janeiro. Tal hospital representa um marco referencial na assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), tendo iniciado esse trabalho ainda nos primórdios da epidemia na cidade do Rio de Janeiro. Além disso, é uma unidade formadora, que teve e continua tendo um papel de relevância no processo de formação e capacitação de vários profissionais que hoje prestam assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids em diversos serviços do país.

Portanto, podemos perceber que a escolha destes ambientes justifica-se devido ao importante papel que desenvolvem no que se refere à prevenção e assistência ao HIV.

Chamaremos no decorrer deste trabalho, o primeiro serviço citado de serviço1, e o segundo, serviço 2.

Dentre os critérios de inclusão para os/as profissionais de saúde, estão: a) ser um/a profissional que participe efetivamente de alguma das etapas que envolve a prescrição/acompanhamento da PEP; e b) ter uma experiência de atuação em prevenção ao HIV ou assistência a pessoas soropositivas de no mínimo um ano. Para os/as usuários o critério foi: a) ter procurado o serviço em busca da PEP.

Por se tratar de uma pesquisa que mantém o sigilo dos/as participantes (profissionais de saúde e usuários/as do serviço), usamos a partir de agora, ao analisarmos os dados do campo, códigos para cada um/a dos/as entrevistados/as. Usaremos as iniciais “P” para profissionais e “U” para usuários/as do serviço, e, em seguida, números. Portanto, teremos:

Serviço 1: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8

U1, U2, U3, U4, U5, U6, U7, U8, U9

Serviço 2: P9, P10, P11

3.2 Instrumentos

Esta pesquisa etnográfica foi realizada através de dois métodos: observação participante e entrevistas em profundidade, realizadas nos serviços mencionados. Em um primeiro momento foi realizada a observação participante, e, posteriormente, as entrevistas em profundidade com profissionais de saúde (anexo I) e com usuários/as do serviço (anexo II).

O método da observação participante é característico por acontecer em ambientes comunitários, onde o pesquisador aproxima-se dos participantes em seu próprio ambiente, favorecendo uma riqueza de observações que muitas vezes não poderiam ser alcançadas com outros métodos, como por exemplo entrevistas, uma vez que, segundo Mack et al. (2005), não é raro encontrar discrepâncias entre o que as pessoas dizem acreditar, e seu comportamento. Nesta pesquisa, a observação participante ocorreu nos dois serviços mencionados, contemplando toda a dinâmica destes ambientes no que se refere à demanda pela PEP, bem como os procedimentos adotados em relação a esta profilaxia.

Neste sentido, a pesquisadora objetivou tomar nota do máximo de observações descritivas e objetivas sobre o que foi possível visualizar no campo de pesquisa em questão, anotando-as em um diário de campo. Conversas informais, bem como interações com os membros da população de estudo também foram registradas nas notas de campo com o maior número de detalhes possível. Esta aproximação realizada no estágio da observação participante é de significativa importância, uma vez que ela propicia o desenvolvimento de relações positivas entre a pesquisadora e informantes-chave, que facilitarão a escolha dos sujeitos a serem entrevistados.

A fase seguinte consistiu na realização de entrevistas em profundidade com profissionais de saúde e usuários/as do serviço pesquisado. A entrevista em profundidade é um dos métodos qualitativos mais comuns, sendo destinada a obter uma imagem nítida da perspectiva do participante sobre o tema da pesquisa. Mack et al. (2005) consideram que ela é:

an effective qualitative method for getting people to talk about their personal feelings, opinions, and experiences. They are also an opportunity for us to gain insight into how people interpret and order the world. (...) Interviews are also especially appropriate for addressing sensitive topics that people might be reluctant to discuss in a group setting (p. 30).

Durante a aplicação desta técnica, a pessoa entrevistada é considerada o perito e o entrevistador ocuparia uma posição de aluno, tentando compreender ao máximo o contexto relatado adotando uma postura neutra, atenta e empática. De acordo com Mack et al. (2005), a realização e participação em entrevistas pode ser uma experiência gratificante tanto para os/as entrevistadores/as quanto para os/as participantes/as. Para os/as entrevistadores/as pelo fato de terem o privilégio de obter relatos tão pessoais de pessoas praticamente desconhecidas, e para participantes por lhe ser oferecida a oportunidade de expressar-se de uma forma na qual o campo de trabalho em muitas vezes não lhes proporciona, podendo ser este um momento catártico.

As entrevistas foram conduzidas individualmente, sendo assegurado o sigilo dos/as participantes. Foi usado o tipo de amostragem intencional. Elas foram gravadas com o auxílio de um gravador, e posteriormente transcritas na íntegra pela pesquisadora.

As entrevistas com os/as pacientes contemplaram questões relativas ao percurso percorrido em busca da PEP, enquanto, no caso dos/as profissionais de saúde foi abordada a forma pela qual eles/as entendem a problemática da aids e suas formas de prevenção, bem como o emprego das novas tecnologias preventivas, especificamente a PEP. Além do

gravador utilizado no momento das entrevistas, a pesquisadora utilizou o diário de campo, onde registrou dados não-verbais percebidos no campo.

3.3 Trilhando o caminho etnográfico

Como dito anteriormente, dos procedimentos que incluem a realização desta pesquisa etnográfica estão: 1) observação participante em dois serviços de saúde da cidade do Rio de Janeiro e; 2) aplicação de entrevistas em profundidade com profissionais de saúde e usuários/as dos serviços pesquisados. Uma das estratégias aplicadas foi a realização do contato com os chefes dos serviços pesquisados, para que a pesquisadora explicasse os objetivos do estudo, bem como sua relevância social, e assim obtivesse o consentimento para realização do estudo. Neste momento, também foi fundamental que a doutoranda investigasse o máximo de informações relevantes no que se refere à oferta da PEP no município do Rio de Janeiro, bem como informantes-chave. Após a autorização dos serviços a Secretaria de Saúde, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

Após o consentimento, foi realizado novo contato com os serviços pesquisados, apresentação da pesquisadora e da pesquisa, assim como o convite para a participação nesta investigação. A partir desse momento, pude iniciar a observação participante da dinâmica dos serviços, e, depois de criar familiaridade com o ambiente, iniciei o recrutamento de alguns sujeitos (profissionais de saúde e usuários do serviço) para realização de entrevistas em profundidade. Foi então apresentado a estas pessoas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo III), e, realizadas as entrevistas com aquelas que se dispuseram a participar.

Neste momento, a pesquisadora assegurou aos participantes que o que eles/as dissessem seria mantido em anonimato, uma vez que os serviços em questão não serão identificados e as falas obtidas através das entrevistas aparecerão na pesquisa com pseudônimos. Este procedimento é importante para ganhar a confiança dos/as entrevistados/as, provocando um efeito positivo que pode ocasionar respostas mais sinceras.

Como já citado, também foram realizadas entrevistas em profundidade com usuários/as que buscaram o serviço tendo solicitado a PEP. Assim como a conduta adotada com profissionais de saúde, a pesquisadora realizou uma aproximação com estes sujeitos,

adotando uma postura empática, apresentando a pesquisa e seus objetivos, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Desta forma, nos casos em que as pessoas aceitaram as condições do estudo, foram realizadas entrevistas em profundidade.

É relevante salientar que as entrevistas foram realizadas individualmente, nos serviços, em alguma sala que estivesse desocupada no momento.

3.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada de forma qualitativa, a partir das informações obtidas através da pesquisa de campo. A abordagem qualitativa nas ciências sociais, segundo Minayo e Sanches (1993), apoia-se na subjetividade e no simbolismo, considerando a complexidade de processos específicos de grupos mais ou menos demarcados e capazes de serem compreendidos intensamente. Ainda de acordo com esta autora, esta metodologia realiza uma aproximação muito valiosa entre sujeito e objeto, uma vez que considera ambos como sendo da mesma natureza: “ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas” (MINAYO e SANCHES, 1993, p. 244).

Pretendemos realizar as etapas propostas por Fonseca (1999), com o objetivo de viabilizar a transposição da experiência de campo para as interpretações analíticas no “método etnográfico”, sendo elas: estranhamento; esquematização; desconstrução; comparação e; sistematização do material em modelos alternativos.

De acordo com esta autora, o “estranhamento” refere-se aos momentos em que o pesquisador depara-se com elementos e/ou situações não esperados, mas que devem ser considerados. A “esquematização” dos dados empíricos consiste em organizar as informações coletadas, procurando fazer ligações entre estas. Na fase da “desconstrução” é necessário que o pesquisador tente abdicar ao máximo de estereótipos, segundo Fonseca (1999), “para ‘escutar’ o outro, para estarmos prontos a captar significados particulares, devemos primeiro rever certas noções de nossa própria cultura que permanecem obstinadamente no pensamento contemporâneo” (p. 69). A “comparação” dos dados com outras dinâmicas análogas também é importante para uma análise consistente, assim como a “sistematização do material em modelos alternativos” (FONSECA, 1999).

Nesta investigação qualitativa, lançamos mão da técnica da análise de conteúdo, que é um método de pesquisa que entrou em amplo uso na saúde estudos nos últimos anos. Segundo Hsieh e Shannon (2005), a análise de conteúdo pode ser definida “as a research method for the subjective interpretation of the content of text data through the systematic classification process of coding and identifying theme or patterns” (p. 1278). Bardin (1979) descreve a análise de conteúdo como

(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (p. 42)

O objetivo foi atingir uma descrição condensada e ao mesmo tempo ampla do fenômeno pesquisado, propondo categorias ou conceitos que o descrevem. Ao descrever o processo de análise, usaremos o termo "categoria", uma vez que este é mais usado na literatura sobre o tema (HSIEH e SHANNON, 2005).

Na análise aqui proposta, utilizamos mais especificamente a análise de conteúdo convencional ou indutiva, na qual as categorias de codificação são derivadas dos dados de texto, ou seja, elas não são predeterminadas, mas sim, fluem a partir dos dados (HSIEH e SHANNON, 2005). Este processo consistiu no debruçamento da pesquisadora sobre todo o material coletado, realizando leituras sobre cada entrevista ou notas de campo quantas vezes necessário, numa busca por apreender características essenciais que pudessem emergir. Somente depois deste momento de extensa leitura é que entrou em jogo a fase de criação de categorias, bem como de categorização do material.

Bardin (1979) propõe três etapas que devem envolver a técnica de análise de conteúdo, as quais foram seguidas nesta tese, sendo elas: pré-análise; exploração do material ou codificação, e; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na primeira etapa foram realizadas operações preparatórias para a análise propriamente dita. Consiste em estabelecer um contato com o material coletado, realizando a leitura “flutuante”, “deixando-se invadir por impressões e orientações” (p. 96). As intuições que irão operacionalizar e sistematizar as percepções iniciais, conduzirão um esquema analítico. Também foram escolhidos os documentos a serem submetidos à análise, formuladas as hipóteses e os objetivos, e, elaborados os indicadores que fundamentam a interpretação final.

A segunda etapa consistiu em transformar os dados brutos em unidades codificadas, as quais permitiram descrições adequadas das características condizentes ao conteúdo analisado.

Enquanto na terceira etapa, – tratamento dos resultados, inferência e interpretação – foi buscado evidenciar as informações obtidas no processo analítico, através de quantificações simples (frequência) ou mais complexas como a análise fatorial.

Na categorização do material foi adotado o critério semântico (categorias temáticas), com o intuito de que estas categorias refletisse todos os aspectos relevantes contidos no material coletado. Além do conteúdo manifesto, também foi analisado o conteúdo latente, que pode ser percebido em situações como silêncio prolongado, suspiros, risos, entre outras.

Intentamos no processo de análise, elucidar e descrever os resultados de forma minuciosa e detalhada, com o objetivo de proporcionar aos leitores/as uma compreensão clara de todos os passos adotados e estratégias analíticas, bem como os pontos fortes e limitações da pesquisa (GAO, 1996). Citações literais do material também ilustrarão a análise, apontando para os/as leitores/as de que lugar partiram as categorias formuladas (SANDELOWSKI, 1993).

4 NARRATIVAS DA VIVÊNCIA ETNOGRÁFICA

Ao adentrar no campo de pesquisa, muitas são as impressões e expectativas. Um novo contexto se abre para a observação do campo e seus atores. Uma realidade que deve ser experienciada pela pesquisadora, conviver com os “nativos”, entrar em sua rotina, compreender seus modos de sentir e agir.

Sobre o trabalho de campo propriamente dito, Boumard (1999) salienta que:

O trabalho de campo vai, portanto privilegiar a investigação, a estadia prolongada junto à população estudada, a impregnação dos costumes e das práticas dos grupos, decidindo-se aí se debruçar sobre o estranho e o seu significado. Para apreender o ponto de vista dos outros, é necessário partilhar a sua realidade, a sua descrição do mundo e as suas marcas simbólicas. (p. 2)

Explicitarei nesta seção um pouco de minha experiência no campo, bem como minha relação com as pessoas ali presentes. Como esta pesquisa foi realizada em dois serviços, citarei aqui ora um (serviço 1), ora outro (serviço 2), uma vez que a observação participante foi realizada no mesmo período de tempo nos locais.

Isso não significa dizer que minha experiência e impressões nestes locais tenham sido as mesmas, muito pelo contrário. As vivências nos serviços se deram de maneiras distintas, até mesmo por envolver diferentes atores, ambiente físico e localização.

Minha entrada no serviço 1 se deu de forma relativamente tranquila. Ao chegar ao local, pela manhã, procuro pela enfermeira, que é chefe do setor pesquisado neste trabalho. A mesma já conhecia a mim, pelos contatos anteriores, bem como o projeto. Digo que já possuo o consentimento do Comitê de Ética em Pesquisa e que a partir daquele momento, poderia iniciar a observação participante, bem como as entrevistas.

A profissional se dirige até sua sala e me convida para entrar. Iniciamos uma conversa sobre a pesquisa, meus objetivos, o dia da semana em que iria frequentar o serviço, qual seria minha conduta, quantos indivíduos realizariam a entrevista, entre outros aspectos. Sua sala é subdividida em duas partes, através de um biombo. Existe uma mesa e um armário. Sobre a mesa, um computador e algumas pastas. Ouço uma voz feminina do outro lado do biombo, mas não sei de quem se trata ou função exercida. Somente depois de algumas semanas sou apresentada a esta profissional e percebo que se trata de uma enfermeira do serviço.

Enquanto estou na sala de Helena (nome fictício), entram duas pessoas usando jaleco branco e pegando folhas que estão sobre a mesa. Esse comportamento de profissionais

(enfermeiros e médicos) entrando e saindo da sala de Helena é algo repetitivo. De maneira recorrente, as vozes dos/as profissionais que ali trabalham se misturam. As salas são bem próximas, o que favorece um cruzamento de vozes e até mesmo um esbarrar de corpos.

Helena afirma que pelo fato de ser a PEP uma política ainda não tão conhecida pela população, o número de pessoas que procuram pela medicação ainda não é tão alto. De acordo com a mesma, há semanas, por exemplo, que não aparece nenhum caso. Também me apresentou para duas das enfermeiras que trabalham no serviço e as comunicou sobre a pesquisa, sobre minha presença nos corredores uma vez por semana, bem como solicitou que quando aparecesse algum caso de demanda da PEP, que a mesma deveria ser informada, para que então ela me avisasse sobre a presença de um possível sujeito para a pesquisa.

Minha relação com Helena e com as quatro outras enfermeiras que trabalham no serviço deu-se de maneira positiva e solícita. As profissionais pareciam demonstrar confiança em mim, bem como nas ideias trazidas com a apresentação do projeto. Por vezes, me ofereciam lugares para que eu me sentasse em suas salas e me diziam para ficar à vontade. Entendia este “cuidado” como uma forma em que demonstravam não estarem incomodadas com minha presença. Por vezes, cheguei a ouvir conversas sobre trabalho e até mesmo vida pessoal, o que evidenciara existir um vínculo afetivo e de amizade entre as mesmas.

Tais situações não ocorreram em relação ao corpo médico da instituição. Somente via estes/as trabalhadores/as nos corredores, apressados/as, pegando alguns papéis e perguntando sobre situações de trabalho e conduta para Helena. Meus contatos verbais com estes/as profissionais se deram, quase em sua totalidade, no momento das entrevistas. Apesar de não ter estabelecido um contato verbal expressivo com estes/as, durante a observação participante, a maioria mostrou-se solícita em responder à entrevista.

As enfermeiras intermediaram o processo de aproximação com os/as profissionais médicos/as. Certo dia, uma delas aproximou-se de uma das médicas e pediu que ela respondesse à minha entrevista. Eu aguardava na sala ao lado e ouço: “de jeito nenhum! Não estou com paciência hoje”. Vejo que a enfermeira insiste, mas a mesma não aceita participar. A profissional retorna e me diz: “Olha, eu tentei, mas não teve jeito. Ela tá atacada hoje! Tá brava porque hoje não era dia dela”. Eu respondo que tudo bem. Em seguida, outra enfermeira, que também ouviu a conversa diz: “Não! Vou te ajudar. Vou falar com ela. Após a intervenção da segunda enfermeira, a médica aceita conversar comigo e responder à entrevista. Ela me pede desculpas e diz que vai participar da pesquisa.

Neste dia, ao perceber que causas pessoais, inicialmente, moveram a profissional a ter uma postura de distanciamento em relação a mim, pensei por alguns instantes na possibilidade de tal posicionamento áspero também fazer parte de seu atendimento médico em situações como a aqui exposta.

Apesar de, como dito anteriormente, por vezes, as enfermeiras oferecessem que eu ficasse em suas salas, tal convite não era aceito em todas as ocasiões, uma vez que, seguindo as considerações de Malinowski (1975), na observação participante, o pesquisador não deve permanecer estático e esperar que os dados apareçam. Segundo este autor, ele deve agir como um “caçador” de seus “nativos”, seguindo diversos lugares, até mesmo aqueles que parecem inacessíveis, onde a observação poderá enriquecer a pesquisa. Dessa forma, procurei não adotar uma postura estática, mas sim, tentando estar em diferentes locais, observando os diversos contextos do local.

No serviço 2 minha entrada ao campo foi um pouco mais difícil. Tal dificuldade, penso que podemos atribuir a dois fatores. O primeiro seria o fato de que o serviço muito raramente realizou a prescrição da PEP (segundo os/as profissionais, por não haver demanda); e o segundo pelo fato das salas de atendimento serem pequenas, minha presença parecia atrapalhar a dinâmica dos atendimentos.

Assim como no serviço 1, neste serviço também ocorreu o encontro com o responsável pelo setor, e uma conversa sobre minhas estratégias de investigação no campo. O mesmo me informou que o atendimento do serviço está mais focado na assistência às pessoas vivendo com HIV/aids e que a prescrição da PEP não faz parte do cotidiano do local, apesar de disponibilizarem a medicação no local. Segundo ele, quando há alguma prescrição da profilaxia, esta se dá em casos de acidente ocupacional.

Este dado foi confirmado em minha visita à farmácia do hospital. Em conversa com a responsável por este setor e procura no banco de dados do serviço, pude observar que todos os casos de prescrição da profilaxia estão registrados como exposição ocupacional. No ano de 2014 (ano de realização da pesquisa de campo), há apenas um caso de prescrição por acontecimento sexual. Como a mesma já havia sido prescrita a mais tempo, não consegui fazer contato com a pessoa para o possível agendamento de uma entrevista.

Pude observar neste serviço que além da prescrição da PEP sexual ser algo raro, também existe o fato de alguns profissionais desconhecerem a mesma. Certa ocasião, ao esperar em uma sala para falar com o chefe do serviço sobre algumas questões do estudo, um médico residente que também aguardava para falar com o profissional me perguntou se eu era

médica. Eu respondi que não, e disse ser psicóloga e estar realizando uma pesquisa no serviço sobre a profilaxia pós-exposição. Ele respondeu dizendo que atende muitos pacientes soropositivos e que inclusive estava atendendo um naquele momento. Ele então começa a falar sobre a PEP como se fosse a medicação para o tratamento de indivíduos soropositivos. Eu digo que a PEP é aquela medicação que o profissional prescreve no caso de o indivíduo ter se submetido ao risco de se infectar pelo HIV. Então ele diz “Ah tá! Mas essa aí é para pessoas que se acidentam no trabalho, não é?” Eu então respondo que não somente nestes casos, e que é uma política do Ministério da Saúde que em caso de outras exposições, como a sexual, a PEP deve ser prescrita. Ele me responde que não tinha conhecimento desta política.

No serviço 1, a maioria dos/as profissionais parecia conhecer a política da PEP, talvez pelo fato de que nesta instituição a prescrição da profilaxia já venha ocorrendo de maneira mais significativa do que no serviço 2. Em visita da pesquisadora até a farmácia do serviço, foi possível perceber que no mês de abril, nove pessoas haviam recebido a profilaxia. E, de janeiro a 30 de abril, trinta e nove indivíduos fizeram uso da PEP.

Apesar de neste serviço, a profilaxia ser mais notória pelos/as profissionais de saúde, devemos chamar muita atenção para um fato observado na pesquisa de campo, bem como nas entrevistas. O conhecimento sobre a política da PEP deve ir muito além somente do que está designado na política de saúde. Este conhecimento deve vir atrelado a discussões no que dizem respeito a autonomia, aos direitos humanos e sexuais dos indivíduos, pensados numa perspectiva social e política. Richard Parker (2015) discorreu sobre as tecnologias biomédicas de prevenção. Segundo este pesquisador,

Trata-se de uma abordagem que pode fazer muito sentido quando implementada como parte de um programa mais amplo de prevenção combinada, mas quando programas abandonam todas as outras metodologias que existem, o tratamento como prevenção perde sentido, e precisa ser criticado e questionado pelo movimento social da AIDS (p. 01).

Tal necessidade é levantada aqui pelo fato de terem acontecido fatos relevantes na observação participante, os quais nos chamam atenção para um entendimento de que, se pensarmos que somente as novas estratégias biomédicas serão capazes de combater a epidemia da aids, estaremos cometendo um grave erro. Para que a política da PEP seja implementada de maneira eficaz, muitos aspectos devem ser observados e (re)pensados no que diz respeito às crenças e julgamentos de valor por parte dos/as profissionais que atuam diretamente com esta política.

A seguir, descrevo duas situações vivenciadas durante a observação participante, as quais me chamaram muita atenção e que devem nos fazer refletir sobre em que contexto vem se desdobrando a prescrição da profilaxia pós exposição. A primeira se deu em uma manhã em que cheguei no serviço e pedi para uma das enfermeiras, que déssemos uma olhada no livro de atendimentos, afim de checarmos se a equipe havia realizado alguma prescrição da PEP naquela semana. Encontramos um registro e ao ver o nome do paciente, a enfermeira disse “Nossa! Eu me lembro bem deste paciente. Ele é casado, acredita!? O povo aqui, as meninas ficaram revoltadas. Ele trai a mulher e ainda vem aqui!”. Eu apenas continuo olhando para a profissional, e ela complementa: “Aí a gente mandou ele ser atendido pela A. (médica). Não mandamos ele para o médico. Ele ia ter que confessar mais uma vez para a médica”.

Em outra ocasião, também em minha chegada ao serviço, uma das enfermeiras, ao me ver, foi logo dizendo animada “olha, tenho uma boa notícia pra você!”. Eu, no mesmo momento, imagino que tenha chegado ao serviço alguma pessoa em busca da PEP, a qual eu poderia entrevistar. Contudo, ela continua “Um paciente que já fez PEP aqui várias vezes, foi diagnosticado como soropositivo”. Eu então, fico surpresa com essa fala, me perguntando por que eu ficaria satisfeita com tal notícia. Outra enfermeira que passava por perto e escutou parte da conversa diz “Procurou tanto que uma hora vem, não é verdade!? Parecia que queria se infectar!”.

Apesar de muito já termos avançado na luta contra todo tipo de preconceito, estigmatização e moralização do discurso da aids, podemos, após mais de 30 anos do surgimento da doença, fazer uma associação deste momento com algo que nos remete o passado. Ao passado onde as pessoas infectadas eram culpabilizadas por sua condição sorológica por terem agido de maneira “promíscua”.

A pesquisa de campo teve início em março de 2014 e término em outubro deste mesmo ano. No período inicial foi realizada a observação participante e em seguida as entrevistas em profundidade com os profissionais e usuários dos serviços. Estive presente nos serviços, portanto, durante oito meses, em frequência semanal, mais especificamente nas quintas-feiras, de oito da manhã até as dezessete horas. Passava o turno da manhã no serviço 1 e turno da tarde no serviço 2 (por vezes, invertia os turnos, devido a particularidades do campo). O objetivo inicial era realizar entrevistas com profissionais e usuários em ambos os locais, contudo, a particularidade do campo não nos permitiu realizar entrevistas com usuários

do serviço 2, uma vez que no tempo em que permaneci imersa no campo, não houve nenhuma procura pela profilaxia pós exposição.

Desta forma, foram realizadas no serviço 1, oito entrevistas com profissionais (cinco médicos e três enfermeiras) e nove entrevistas com pessoas que procuraram pela profilaxia pós exposição, e no serviço 2 foram realizadas três entrevistas com profissionais da área médica e nenhuma com usuários do serviço. Assim sendo, a pesquisa totalizou vinte entrevistas.

4.1 Perfil dos sujeitos de pesquisa

As entrevistas foram realizadas com nove usuários da profilaxia e onze profissionais de saúde (oito médicos/as e três enfermeiras). A seguir, descrevemos algumas características da amostra de nosso estudo, como sexo, idade, local onde reside, nível de escolaridade, profissão, identidade sexual, estado civil, renda familiar. Falaremos aqui, inicialmente dos usuários da PEP, e posteriormente dos/as profissionais de saúde.

4.1.1 Usuários/as da PEP

No que se refere ao sexo, a quase totalidade dos indivíduos são do sexo masculino – oito homens e uma mulher. Mais adiante tentaremos fazer algumas associações de tal predominância do sexo masculino na procura pela medicação. Destes oito homens, cinco disseram ser homossexuais, dois afirmaram ser heterossexuais e um sujeito considera-se bissexual. A única mulher da amostra afirmou ser heterossexual. Todos os indivíduos disseram ser solteiros, sendo que dois deles afirmaram ter um relacionamento estável e morar com o parceiro.

Foi possível observar que as pessoas entrevistadas são adultos jovens, com idades variando entre 20 e 35 anos (média de 24 anos). Todos possuem segundo grau completo ou ensino superior, o que evidencia uma amostra com escolaridade mais alta. A renda familiar aproximada varia entre um salário mínimo a dez mil reais mensais (média 4.090,00 reais).

Todos os indivíduos residem no Estado do Rio de Janeiro, sendo que seis moram na capital do estado e três em outras cidades (Paraty, Araruama e Duque de Caxias). Os bairros citados por aqueles/a que residem na cidade do Rio de Janeiro foram Guadalupe, Brás de Pina, Pavuna, e Jesuítas. A tabela abaixo indica alguns dados socioeconômicos dos/as participantes da pesquisa.

Tabela 1 – Dados socioeconômicos dos/as usuários/as da PEP

Usuário/ a da PEP	Idade	Sexo	Identidade Sxual	Estado civil	Profissão	Cidade onde reside
U1	35	Masculino	Homossexual	Solteiro (reside com parceiro)	Autônomo	Paraty
U2	21	Masculino	Homossexual	Solteiro	Balconista	Araruama
U3	22	Masculino	Homossexual	Solteiro	Estudante Universitário	Duque de Caxias
U4	31	Masculino	Bisexual	Solteiro	Advogado	Rio de Janeiro
U5	22	Masculino	Heterossexual	Solteiro	Desempregado	Rio de Janeiro
U6	32	Feminino	Heterossexual	Solteira (reside com parceiro)	Autônoma	Rio de Janeiro
U7	24	Masculino	Homossexual	Solteiro	Estudante	Rio de Janeiro
U8	20	Masculino	Heterossexual	Solteiro	Estudante	Rio de Janeiro
U9	26	Masculino	Homossexual	Solteiro (namorando)	Autônomo	Rio de Janeiro

Fonte: O autor, 2016.

4.1.2 Profissionais de Saúde

Diferentemente do que observamos na amostra de usuários da PEP, onde houve um predomínio de pessoas do sexo masculino, quanto aos profissionais de saúde, as mulheres apresentaram-se como maioria. No total, foram sete mulheres e quatro homens.

Sobre orientação sexual, também de forma diferente da amostra anterior, a maioria dos/as profissionais disseram ser heterossexuais. Somente um profissional relatou ser homossexual. Seis pessoas disseram ser casadas, e cinco são solteiras.

As idades variaram entre 24 e 70 anos, tendo uma média de 36,4 anos. A maioria dos/as profissionais afirmou residir no município do Rio de Janeiro, apenas duas pessoas moram em cidades vizinhas. Os bairros de moradia citados pelos profissionais foram bem diversos, podendo citar: Cosme Velho, Barra da Tijuca, Copacabana, Jacarepaguá, Campo Grande, Lagoa, Tijuca, Vila Isabel.

Todos/as os/as profissionais apresentam ensino superior completo, até mesmo por se tratar de enfermeiros/as e médicos/as. A renda familiar relatada variou entre 10.000,00 e 50.000,00 mil (média de 19.900,00 reais). A seguir, uma tabela com informações sobre os/as profissionais entrevistados/as.

Tabela 2 – Perfil dos/as profissionais entrevistados/as

Profissional	Idade	Sexo	Identidade Sxual	Estado civil	Profissão	Cidade onde reside
P1	34	Masculino	Heterossexual	Casado	Médico	Rio de Janeiro
P2	31	Feminino	Heterossexual	Casada	Enfermeira	Rio de Janeiro
P3	33	Feminino	Heterossexual	Solteira	Médica	Rio de Janeiro
P4	29	Feminino	Heterossexual	Casada	Enfermeira	Rio de Janeiro
P5	24	Masculino	Heterossexual	Solteiro	Médico	Rio de Janeiro
P6	25	Masculino	Homossexual	Solteiro	Médico	Petrópolis
P7	35	Feminino	Heterossexual	Casada	Enfermeira	São João de Meriti
P8	33	Feminino	Heterossexual	Solteira	Médica	Rio de Janeiro
P9	33	Masculino	Heterossexual	Solteiro	Médico	Rio de Janeiro
P10	53	Feminino	Heterossexual	Casada	Médica	Rio de Janeiro
P11	70	Feminino	Heterossexual	Casada	Médica	Rio de Janeiro

Fonte: O autor, 2016.

5 AS NARRATIVAS QUE CARACTERIZAM A PEP

5.1 Da exposição ao itinerário preventivo

5.1.1 Contextos e tipos de exposição

As exposições sexuais relatadas nesta pesquisa deram-se em diversas maneiras e contextos. Pelo fato do tipo de exposição ser uma variável levada em consideração pelo Ministério da Saúde, achamos pertinente compreender como estas se deram em relação aos sujeitos pesquisados.

Como já exposto anteriormente, o quadro avaliativo fornecido pelo MS aos profissionais de saúde apresenta um cruzamento de dados entre status sorológico do parceiro (parceiro sabidamente soropositivo; parceiro de sorologia desconhecida, mas de população de alta prevalência; ou parceiro de sorologia desconhecida e de população de baixa prevalência), e tipo de exposição (anal receptiva; anal ou vaginal insertiva; vaginal receptiva; ou oral receptiva com ejaculação). A partir desse cruzamento de dados o profissional médico deverá avaliar o risco de uma possível infecção, podendo recomendar, considerar, ou não recomendar a PEP.

Das nove entrevistas realizadas nesta pesquisa com pessoas que usaram a profilaxia, a maioria (seis), relatou ter tido uma exposição através de relação homossexual, evidenciando a prática do sexo anal como preponderante, uma vez que o público masculino homossexual apresentou-se como maioria na pesquisa.

Com o intuito de ilustrar as situações descritas pelos sujeitos de pesquisa acerca de suas formas de exposição, construímos a seguinte tabela:

Tabela 3 – Tipos de Exposição

Usuário da PEP	Sexo	Tipo de exposição	Status sorológico do parceiro
U1	Masculino	Homossexual – Anal insertiva	Sabidamente soropositivo
U2	Masculino	Homossexual – Anal receptiva	Sabidamente soropositivo
U3	Masculino	Homossexual – Anal receptiva	Desconhecida, mas de população de alta prevalência
U4	Masculino	Homossexual – Anal receptiva	Desconhecido, mas de população de alta prevalência
U5	Masculino	Heterossexual – Insertiva vaginal e anal	Desconhecido, mas de população de alta prevalência
U6	Feminino	Heterossexual – Anal receptiva	Sabidamente soropositivo
U7	Masculino	Homossexual – Anal insertiva	Sabidamente soropositivo
U8	Masculino	Heterossexual – Vaginal insertiva	Desconhecida, mas de população de alta prevalência
U9	Masculino	Homossexual – Contato com esperma	Sabidamente soropositivo

Fonte: O autor, 2016.

Como podemos observar, a maioria das exposições relatadas foram homossexuais, tendo sido o público heterossexual minoria dos entrevistados. Apesar do Ministério da Saúde não mais adotar o conceito antigo de “grupos de risco”, sabemos que este grupo de pessoas apresenta uma maior vulnerabilidade a contrair o vírus, até mesmo pelos fatores biológicos que aumentam o risco de infecção no caso de relações anais.

Dados do Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre HIV/AIDS (UNAIDS) (2011) nos indicam que a epidemia de aids em alguns dos países da América Latina tem apresentado tendência de concentração da prevalência das taxas de infecção pelo HIV em populações em situação de vulnerabilidade, principalmente entre HSH. Apesar da transmissão por via heterossexual na população maior de 13 anos ter tido um aumento entre 1990 e 2010, sendo de 42,4% no último ano, na categoria de exposição homossexual, entre homens de 15 a 24 anos, no mesmo período, houve aumento de 25,2% em 1990 para 46,4% em 2010. A chance de um jovem gay estar infectado é 13 vezes maior do que a dos jovens de 18 a 24 anos em geral (BRASIL, 2011).

Para além dos fatores biológicos, sabemos que a vulnerabilidade ao vírus envolve, como afirma Ayres (1996), diversas outras questões que podem influenciar o comportamento individual e social dos indivíduos, como questões políticas, econômicas, institucionais, sociais, culturais, familiares e emocionais. De acordo com Luiz (2011), a maneira como os HSH lidam com a relações sexuais varia de acordo com o gosto de cada um, podendo envolver a prática do sexo oral e anal nas posições insertiva e/ou receptiva. A forma como se lida com os fluidos corporais durante o ato, bem como as posições preferenciais de cada um, dependem dos sentidos que os indivíduos atribuem à vivência de sua sexualidade. Este autor, que investigou estratégias de gestão de riscos adotadas por homens que fazem sexo com homens em parceria casual, relata sobre as falas de um dos entrevistados:

Segundo Daniel, sua preferência é pela prática do sexo oral, e inclusive, gosta de engolir os fluidos corporais, mais precisamente a “porra”. Porém, quando ocorre a possibilidade de envolver-se em situações de penetração, ele a faz. A primazia dada ao sexo oral é contrastada com a efetivação da prática de coito, quando surge a oportunidade de fazê-la. Dito isso, ele demonstra preferência por ocupar a posição de receptivo na relação onde ocorre inserção. Parece que tanto a opção pelo sexo oral, quanto pela posição receptiva estão diretamente relacionada com a recepção dos fluidos corporais. Assim, Daniel é que recebe e engole o sêmen do parceiro (LUIZ, 2011, p. 59-60).

A prática de Daniel, adotando a preferência pelo sexo oral poderia diminuir o risco de infecção em relação a exposições insertivas ou receptivas, contudo, ao engolir o esperma, o mesmo corre risco de infecção ao vírus semelhante ao das outras práticas, uma vez que o sêmen entra em contato com a corrente sanguínea (LUIZ, 2011). Em nossas entrevistas também pudemos observar que os indivíduos possuem preferências, e também, formas e tentativas de gestão do risco ao HIV. No caso do entrevistado U3, o posicionamento posterior do parceiro apresentou-se como forma de um alerta, ocasionando o comportamento de busca pela PEP.

U2 - Eu fui só ativo, e ele passivo, como usamos na linguagem gay. Por uma questão de proteção assim eu sempre prefiro ser ativo, por que eu sei que essa exposição é menor. Eu prefiro, por gostar.

U3 - Quando teve a relação, aí a camisinha rompeu, mas a gente só descobriu no final. Era um cara que eu tinha conhecido, assim, do nada. Aí, eu pedi o telefone dele, caso acontecesse alguma coisa né, caso tivesse alguma coisa, aí eu, ligava pra ele e avisava. Aí, quando eu fui ligar pra ele de manhã, o telefone era errado, aí eu falei “caramba, vai que ele tem alguma coisa”.

Ao relatarem suas formas de exposição, alguns dos indivíduos falaram sobre o preservativo, bem como o acontecimento do rompimento do mesmo (como expresso na fala acima). Fernandes (2013), em seu estudo com casais sorodiscordantes, pôde observar que entre os casais entrevistados, que referem uso contínuo do preservativo, alguns não utilizavam o mesmo antes do relacionamento sorodiscordante, mas passaram a fazê-lo a partir de certo momento da vida conjugal. Nas situações descritas a seguir, ambas de casais sorodiscordantes (a primeira de uma relação heterossexual e a segunda de uma relação homossexual), os indivíduos relataram que apesar de usarem o preservativo com frequência, a exposição que levou a busca pela profilaxia tratou-se de um acidente (rompimento) em relação à camisinha.

U6 - Nós tivemos relação e na hora a camisinha estourou, no início do ato mesmo estourou. Aí...eu já tinha plena ciência que eu não tinha risco nenhum né, mas o desespero dele é tão grande de me contaminar que ele ‘não, a gente tem que ir no médico’, eu falei ‘calma, não vou me desesperar não, todas as suas consultas eu venho aqui, eu converso com o doutor, eu sei como é que é’.

U7 - Eu tenho um companheiro que ele é... a gente teve um... nós chegamos ao contato sexual, foi a primeira vez que... houve o rompimento do preservativo, né, na ejaculação. Eu fiquei preocupado por que nunca tinha acontecido e aí eu fiquei preocupado.

Sobre os locais de exposição, entendemos que eles podem se dar em distintos ambientes. Apesar deste assunto não ter sido diretamente abordado nas entrevistas, foi possível observar que várias relações sexuais aconteceram em ambiente domiciliar, na residência de um dos parceiros. Segundo Luiz (2011), casas, apartamentos, saunas, clubes de sexo, cinemas pornográficos, são alguns dos locais nos quais HSH costumam se envolver em práticas sexuais, que podem culminar no não uso do preservativo. Tais práticas também podem se dar em pares, trios, “suburas”, grupos de “orgia”, contudo, nas relações citadas pelos entrevistados/a desta pesquisa, todas as relações envolveram somente duas pessoas.

5.1.2 Da consciência de risco à ação: os itinerários de prevenção

O momento da exposição ao risco de contrair o HIV, bem como a consciência sobre a possibilidade de infecção podem gerar os mais diversos sentimentos, como angústia, desespero, medo, arrependimento, entre outros. Tais sentimentos foram relatados pelos/as usuários da PEP, e pelos/as profissionais de saúde.

U3 - Eu fiquei com um super medo quando rompeu. Eu sei que é muito difícil você contrair HIV com uma relação só né, que é muito mais fácil quando tem várias. E é muito mais fácil quando você tem o contato direto. Mas uma vez já eu não queria arriscar.

P2 - Chegam com muito medo, então, eles falam, eles querem ser logo atendidos, pra poder ser feito logo a medicação, porque, na cabeça deles, a maioria vai fazer uma medicação, pra que não seja contaminado.

Podemos entender que a partir da exposição e do medo, os indivíduos busquem formas de tentar manter sua saúde e bem-estar. Como discutido em capítulos iniciais desta pesquisa, o itinerário que as pessoas percorrem na busca pela saúde se dão de maneiras distintas, e o significado que cada um atribui a este processo é algo muito singular, que depende de inúmeros fatores, que não somente os arranjos de disposição dos serviços de saúde.

Além de compreender os aspectos individuais e comportamentais que envolvem os itinerários terapêuticos adotados pelos sujeitos, é preciso reconhecer que a busca por cuidados em saúde depende de uma gama de variáveis situacionais, sociais, psicológicas, econômicas entre outras, que estão atreladas tanto a atitudes, valores e ideologias, quanto pelas características da doença, o acesso econômico e a disponibilidade de tecnologias (MASSÉ, 1995). Assim sendo, Alves e Souza (1999) ponderam que “é necessário que os estudos sobre itinerário terapêutico possam ‘descer’ ao nível dos procedimentos usados pelos autores na interpretação de suas experiências e delineamento de suas ações sem, contudo, perder o domínio dos macroprocessos sócio-culturais” (p. 132).

Gênero, por exemplo, é uma variável que pode influenciar na busca por serviços de saúde. As diferentes formas pelas quais homens e mulheres se reconhecem em seu ambiente, bem como seus papéis sociais, fazem com que a doença seja expressada de maneiras diferentes, por conseguinte, os motivos na busca por serviços de saúde também tornam-se distintos (MARCUS e SIEGEL, 1982). Apesar de neste estudo termos contado com apenas uma mulher usuária da PEP, e oito homens, em um estudo realizado nos Estados Unidos foi possível verificar que as mulheres procuram serviços preventivos com mais frequência do que os homens, e usam mais medicamentos do que estes. Com relação ao uso de serviços curativos não foram observadas diferenças importantes de gênero (VERBRUGGE, 1989).

Em pesquisa realizada no Brasil, a qual analisou o uso de serviços de saúde por homens e mulheres, através de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada em 1998, também constatou uma maior frequência do público feminino na busca por tais serviços. (TRAVASSOS et al., 2002). De acordo com estes autores, as mulheres

brancas, com maior escolaridade e poder aquisitivo, com empregos formais, apresentaram as maiores chances de uso de serviços de saúde. Em relação aos homens, os que mais apresentaram chances de utilização de serviços de saúde foram os que apresentaram maior poder aquisitivo, e os que ocupam posições de patrão e empregado no setor formal da economia, independentemente da raça, da escolaridade.

Dos Santos e Silva (2014) ao pesquisarem sobre as condições de vida e itinerários terapêuticos de duas comunidades de quilombolas do estado de Goiás, puderam perceber que a falta de recursos financeiros ocasiona iniquidades no que se refere aos cuidados em saúde, uma vez que o acesso à saúde por populações com menores condições econômicas é mais difícil. As autoras identificaram que em suas trajetórias terapêuticas, os quilombolas utilizam-se de diversos meios, como a utilização de remédios caseiros. Tais estratégias podem estar relacionadas a aspectos culturais destes indivíduos, bem como suas possibilidades de acesso aos serviços de saúde.

Entendendo que aspectos socioeconômicos podem influenciar os itinerários terapêuticos dos sujeitos, nesta pesquisa podemos fazer associações de tais aspectos com o acesso à PEP. Diferentemente do estudo acima referenciado (DOS SANTOS e SILVA, 2014), onde a média de renda familiar da maioria dos participantes foi de 1 a 2 salários mínimos, em nossa amostra, a renda média é de aproximadamente 6 salários mínimos. Portanto, trata-se de pessoas com poder aquisitivo superior à maioria da população brasileira⁴. Seguindo este raciocínio, podemos pensar que os aspectos socioeconômicos destes indivíduos podem ter influenciado positivamente o acesso dos mesmos aos serviços de saúde e à profilaxia pós-exposição. O acesso a tecnologias de informação também pode empoderar o sujeito no que se refere a tal acesso. Aprofundaremos tal aspecto ainda nesta seção.

A procura pelo cuidado em saúde, aqui pensando na prevenção ao HIV, portanto, deve envolver o conhecimento do indivíduo sobre as formas de prevenção ao vírus, de forma que elas possam fazer sentido em sua realidade, e que, baseado nesta última, bem como em sua autonomia, o mesmo possa avaliar de maneira consciente e traçar suas estratégias de prevenção. Segundo Parker (2015):

[...] no caso da resposta à Aids, somente um paciente consciente de todo o processo ao qual está sendo submetido é capaz de aderir ao tratamento preventivo plenamente. É preciso ir além da camisinha e trazer a prevenção para os novos

⁴ Pesquisa Datafolha, 2014. Disponível em: <http://media.folha.uol.com.br/datafolha/2014/09/29/expectativas_economicas.pdf>.

métodos do século XXI. Desenvolver a pedagogia da prevenção é, portanto, um dos grandes desafios do nosso tempo⁵.

Entendemos que para utilizar-se do “pacote preventivo” disponível no contexto atual da aids, os indivíduos devem conhecer as possíveis alternativas e usos que podem fazer de tais estratégias. Contudo, foi possível perceber neste estudo que a população em geral ainda desconhece a possibilidade do uso da PEP, algo que vem ao encontro de outros estudos já mencionados (MEHTA et al., 2010; MINAS et al., 2012).

Dos indivíduos que usaram PEP, entrevistados nesta pesquisa, apenas dois sabiam, no momento da exposição, da prevenção através da profilaxia. Na seguinte tabela, descrevemos o conhecimento da PEP e o meio pelo qual teve informações sobre a medicação.

Tabela 4 – Conhecimento dos/as entrevistados sobre a PEP

USUÁRIO	CONHECIMENTO PRÉVIO SOBRE A PEP	MEIO DE INFORMAÇÃO
U1	Não	Internet
U2	Sim	Mãe (enfermeira)
U3	Não	Amiga (enfermeira)
U4	Não	Tio (trabalha em uma ONG)
U5	Não	Internet
U6	Sim	Parceiro sabidamente soropositivo (instruído pelo médico)
U7	Não	Equipe do Centro de Testagem e aconselhamento
U8	Não	Internet
U9	Não	Parceiro sabidamente soropositivo (instruído pelo médico)

Fonte: O autor, 2016.

Podemos observar que a maioria dos indivíduos que estiveram no serviço de saúde em busca da PEP, não possuíam conhecimento da oferta da mesma. Dentre as formas pelas quais essas pessoas tiveram acesso a informações sobre a profilaxia foram: internet; amigo ou familiar profissional de saúde ou ligado à uma ONG; parceiro sabidamente soropositivo instruído por um profissional de saúde. Tais estratégias e circunstâncias acabaram por colocar esses indivíduos em posição de escolha diante da exposição. A seguir, abordamos cada uma delas.

⁵ Entrevista para o jornal O Dia. Disponível em: <http://odia.ig.com.br/noticia/opiniao/2015-11-27/richard-parker-pedagogia-da-prevencao-a-nova-luta-contra-o-hiv.html?fb_action_ids=10204854695199761&fb_action_types=og.recommends>.

5.1.3 A informação como estratégia no itinerário preventivo

5.1.3.1 A internet e o “Dr. Google”

Como dito anteriormente, o acesso às tecnologias de informação é um fator que pode influenciar positivamente na busca por cuidado em saúde. A internet foi citada pelos indivíduos do estudo como fonte de informação para, após a exposição ao risco de contraírem o HIV, poderem traçar um itinerário de prevenção, a fim de evitar a infecção pelo vírus.

U1 - Ah, foi assim... Eu coloquei alguma coisa relacionada a sexo, contato com uma pessoa que tem HIV. O que fazer quando você faz sexo com uma pessoa que é soropositiva? Aí já abriu algumas janelas que davam informação. Inclusive, Dráuzio Varela tinha uma parte, você deve conhecer ele. Tem se não me engano no G1, tem uma informação falando da importância, da urgência que é o tratamento começar em 72 horas, todas essas informações.

U5 - Ah, eu procurei no google, no caso em relação ao meu caso foi o furo que teve no preservativo. Eu procurei saber se o furo era capaz de transmitir o vírus. Eu vi que era capaz e tal. E tava citando esse tratamento como, a nível de prevenção.

U8 - Quando aconteceu eu cheguei em casa aí eu comecei a pesquisar na internet. Aí eu vi lá que tem o prazo de 72 horas pra poder prevenir. Aí quando amanheceu eu liguei aqui pra Fiocruz e a atendente me explicou. Eu expliquei pra ela a situação e ela falou pra eu vir aqui na hora. [...] Eu vi muito blog também. Blog de pessoas que também fizeram e também aparece lá.

Através destes relatos podemos perceber que o fato dessas pessoas terem acesso à internet fez com que elas identificassem uma forma possível de evitarem a infecção, ou seja, o uso da tecnologia agiu como facilitador na busca pelo cuidado em saúde. Contudo, devemos pensar que muitas pessoas podem se expor e não entenderem que a internet pode conter informações nesse sentido, ou, mais do que isso, muitas pessoas ainda não possuem acesso à internet no Brasil.

Freitas (2015) ressalta o grande crescimento do uso da internet no Brasil. De acordo com o autor, desde 2014, o país ocupa o quarto lugar em relação à quantidade de internautas no mundo, após China (643,6 milhões), EUA (252,9 milhões) e Índia (215 milhões). Dados significativos também foram encontrados na pesquisa do Nielsen Ibope (2014). Segundo este levantamento, em janeiro de 2015, cerca de 101,4 milhões de brasileiros acessaram a internet em diversos locais (domicílio, escola, lanhouse, trabalho, centros de acesso gratuito etc), enquanto, em 2003, o número de internautas era apenas 19 milhões (NIELSEN IBOPE,

2014). Em 2013, de acordo com IBGE (2013), a quantidade de internautas no Brasil atingiu mais de 50% de toda a população. Pensando nos locais de acesso, o uso no domicílio, desde 2009, ultrapassou o acesso em lanhouses e outros centros públicos de acesso pago. A maioria das pessoas (69%), prefere acessar a internet em domicílio, enquanto 28% nas lanhouses.

Apesar desses avanços, ainda existem iniquidades em relação ao uso de tecnologias de comunicação entre as classes socioeconômicas. De acordo com o Comitê Gestor da Internet (COMITÊ GESTOR DA INTERNET, 2014), em 2013, a proporção de domicílios com internet em famílias pertencentes às classes D e E foi de 8%. Segundo esta pesquisa, 27,2 milhões de domicílios brasileiros ainda não possuem internet, e 24,2 milhões destes domicílios são de pessoas com renda familiar de até dois salários mínimos. Outra desigualdade existente é geográfica, uma vez que apenas 15% de domicílios da área rural no Brasil estão conectados (COMITÊ GESTOR DA INTERNET, 2014).

É possível observar uma relação existente entre o pouco acesso à internet pelas classes menos favorecidas ao nível educacional. De acordo com a Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República, em 2014 apenas 8% das pessoas que cursaram até o 4º ano do ensino fundamental acessam a internet pelo menos uma vez por semana. Ao passo que, para os que terminaram o curso superior, esse número aumenta para 87% (AGÊNCIA BRASIL, 2014).

O nível educacional dos participantes desta pesquisa variou entre segundo grau completo, ensino superior completo ou incompleto. Portanto, podemos observar aqui que tanto o aspecto educacional quanto socioeconômico dos pesquisados podem ser citados como fatores que favoreceram o acesso destes indivíduos à internet, e, conseqüentemente, a obtenção de informações sobre a profilaxia.

Ao visitarem sites, as pessoas entrevistadas disseram ter encontrado informações em blogs e notícias de jornais. Nenhum deles afirmou ter encontrado instruções sobre a PEP em sites do Ministério da Saúde. Este é um fator que nos chama atenção, uma vez que, consideramos de suma importância que o MS ofereça e disponibilize informações claras para que os indivíduos possam avaliar suas estratégias de prevenção. Ao entrarmos no site do MS, referente ao HIV, aids e hepatites virais, para encontrarmos informações referentes à PEP, devemos clicar, na página inicial, em “Previna-se”, e então clicar em “Uso de medicamentos como prevenção”.

Figura 1 – Informações sobre a PEP.

Fonte: www.aids.gov.br.

A seguir, o internauta é direcionado a um breve texto com orientações sobre a PEP.

Figura 2 – Informações sobre a PEP.

Início > Previna-se > Uso de medicamentos como prevenção

Send to Imprimir

Uso de medicamentos como prevenção

Além de distribuir preservativos para serem usados pela população em todas as relações sexuais (vaginal, anal, oral), o Ministério da Saúde recomenda, desde outubro de 2010, o uso de medicamentos antirretrovirais como mais uma forma de se prevenir contra o HIV, vírus causador da aids (**conheça as recomendações**). Chamada de PEP sexual (sigla em inglês de profilaxia pós-exposição sexual), a medida de prevenção consiste no consumo de remédios até 72 horas após a relação sexual, quando ocorrer falha ou não uso da camisinha.

Quando a PEP sexual é indicada?

A PEP sexual é indicada somente para situações excepcionais em que ocorrer falha, rompimento ou não uso da camisinha durante a relação sexual. É indicada, ainda, em casos de violência sexual contra mulheres ou homens.

Quando a PEP sexual não é indicada?

A PEP sexual não é indicada para todos e nem deve ser usada a qualquer momento. Ela não substitui o uso da camisinha e não deve ser utilizada em exposições sucessivas, pois seus efeitos colaterais pelo uso repetitivo são desconhecidos em pessoas HIV negativas. Além disso, as pessoas que se expõem ao risco com frequência podem ter sido infectadas pelo HIV em alguma dessas exposições e necessitam de uma avaliação médica - clínica e laboratorial - cuidadosa.

Avaliação do risco para a PEP sexual

O profissional de saúde avaliará o risco que o paciente teve na relação sexual e informará ao médico que indicará ou não a PEP sexual, baseado em dois critérios:

1. Tipo de relação sexual - o risco da transmissão do HIV varia, dependendo do tipo de relação sexual.

Fonte: www.aids.gov.br.

Apesar do site divulgar tais informações, podemos observar que elas poderiam e deveriam vir acompanhadas de outras discussões que problematizassem o uso da profilaxia para além do campo exclusivamente biomédico, mas pensada em uma perspectiva ampliada, considerando aspectos socioculturais e psicológicos, amparados na ideia de prevenção combinada e autonomia do indivíduo. A ausência de uma campanha do Ministério da Saúde, específica para este tema, por exemplo, é algo que nos leva a pensar que, apesar de ser uma política pública desde 2010, faltam ações que façam com que, de fato, a PEP seja uma política pública propriamente dita, uma vez que tal política, após cinco anos de implementação, parece ser limitada a um “público” restrito de pessoas.

Outro fato que devemos chamar atenção é para a falta de conhecimento sobre a PEP, pelos próprios profissionais de saúde, como já comentado anteriormente. A fala a seguir, de uma profissional da enfermagem, ilustra a falta de conhecimento a respeito das novas tecnologias de prevenção ao HIV. A mesma cita a prevenção através da PreP, contudo, entendendo que essa medida se encaixa somente em casos de sorodiscordância.

P2 - Não tenho conhecimento de novas tecnologias de prevenção. O que a gente tem é do preservativo e de alguns medicamentos, que agora, reduzem o risco de pacientes que são... Parceiros sorodiscordantes, eles usam o medicamento que previne, e tem uma resposta boa, mas, mesmo assim, eles têm que usar preservativo. Só esse mesmo que a gente tem conhecimento aqui. Mais recente.

5.1.3.2 Quando a informação vem de outrem

O conhecimento sobre a PEP, como apontado pelos entrevistados, também aconteceu por outras fontes, que não a internet. Alguns entrevistados relataram terem obtido informações sobre a PEP através de algum amigo ou familiar profissional de saúde ou ligado à uma ONG, como exemplificado nas falas abaixo. De acordo com Cohen, Bernstein, Philip (2013), em pesquisa realizada em San Francisco, a comunidade gay organizada tem funcionado como um importante disseminador de informações sobre a profilaxia e seu acesso.

U3 - Eu tive uma relação que a camisinha rompeu e eu falei com uma amiga minha, que é enfermeira, e ela me falou sobre a PEP. Eu não fazia ideia de que existia, aí eu só descobri porque ela me falou. Aí depois eu fiquei pensando em todas as pessoas que não sabem disso e ficam meio que a

mercê da sorte. Fazem exame só depois pra saber se foram infectadas. Demora.

U4 - O meu tio trabalha na ONG Arco-íris. Como aconteceu o fato do preservativo ter rasgado, eu automaticamente comuniquei à ele. Ele chegou, me explicou essa questão, disse pra mim poder vir aqui, que me dariam mais informações.

U6 - Fiquei sabendo por ele [parceiro]. Por ele ser portador do HIV né, e os médicos sempre alertaram a ele, então quando aconteceu, nós corremos pra cá pra começar logo o tratamento. Que o maior medo dele é me contaminar.

Aqui, também podemos pensar que conhecer um profissional de saúde, ou alguém envolvido com o movimento social, foi um fator de proteção na busca pelo cuidado em saúde, aqui pensando especificamente na prevenção ao HIV. Oliveira Neto (2015), em sua pesquisa, que teve como objetivo reconhecer e problematizar as formas de busca e interação de pessoas soropositivas com o conteúdo em saúde na internet, focalizando aspectos relativos à medicalização, condutas em saúde e relação com movimento social, também pôde perceber a interferência do contato com pessoas que fazem parte da luta contra o vírus.

De acordo com o autor, entrevistados que possuíam algum contato com trabalho envolvendo HIV/AIDS, através de ONG ou Estado, entendiam tal contato como algo que privilegiava o acesso às informações referentes ao vírus (OLIVEIRA NETO, 2015). Falas como estas foram identificadas nas entrevistas: “acaba que a gente vira uma espécie de privilegiado, acaba que a gente sabe os novos medicamentos quando aparecem pelas conferências, quais os medicamentos são mais ou menos complicados, ou que produzem mais efeitos adversos”.

É fundamental chamarmos atenção para a importância do movimento social na democratização de informações, luta pelos direitos e autonomia dos indivíduos quanto à adoção de suas estratégias preventivas, bem como acesso a tratamento, diminuição do estigma e preconceito, proposição de laços de solidariedade. Vale lembrar que no Brasil, os primeiros casos de aids surgiram em meio a um movimento marcante: a reforma sanitária. O movimento da reforma sanitária, que cresceu no início da década de 1980, na luta pela redemocratização política do país e luta pelas liberdades individuais, deu lugar à luta de pessoas que buscavam por direitos seja por informações claras a respeito do vírus da aids, tratamento adequado e humanizado, tendo constituído a principal estrutura da estruturação da política de aids desenvolvida em âmbito governamental, fundamentando princípios e diretrizes sobre a doença (GRANJEIRO, SILVA e TEIXEIRA, 2009).

Com os registros dos primeiros casos de aids, em 1983, o movimento homossexual, que encontrava-se enfraquecido, intensificou suas ações articulando-se em torno da luta contra a doença. O movimento gay, portanto, situado principalmente nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador, através da militância que passou a agregar ações frente à epidemia foi o grande propulsor de discussões que culminaram em políticas públicas no contexto da aids (GRANJEIRO, SILVA e TEIXEIRA, 2009).

Os grupos Outra Coisa, em São Paulo, o Auê, no Rio de Janeiro, o Grupo Gay da Bahia (GGB), desempenharam um papel fundamental referente à luta pelos direitos dos homossexuais, incluindo acesso à saúde e prevenção ao vírus da aids (CONDE, 2014). O Grupo de Apoio e de Prevenção à Aids (GAPA), fundada em 1985 e composta em sua maioria por homossexuais, profissionais de saúde, pessoas infectadas e seus familiares, foi a primeira ONG de aids a atuar no Brasil. No Rio de Janeiro, o envolvimento da sociedade civil na luta contra a aids também ganhou forma em 1985, culminando na criação do GAPA-Rio e da Associação Interdisciplinar de Aids (ABIA). Constituída pela classe médica, intelectual, política e artística, a ABIA apresentou-se de forma muito significativa no cenário da luta contra a aids, contribuindo no plano político e de produção do conhecimento (PARKER, 2001).

O acesso ao tratamento no Brasil foi possível através de um forte posicionamento da sociedade civil, que lutou pelo direito aos medicamentos e acesso aos serviços de saúde (GAVIGAN et. al, 2015). Até mesmo a mudança da política referente à profilaxia pós exposição - que até 2010 era restrita a dois públicos: profissionais de saúde que sofressem acidente ocupacional com possível risco de infecção, e vítimas de violência sexual – e passou a ser ofertada também para a população em geral, como em casos de exposição sexual consentida, deve-se a pressões exercidas pelo movimento social, que reconhecia que o acesso a essa medida de prevenção deveria ser direito de todos, e não somente de grupos específicos.

Reconhecemos, portanto, que além de influenciar a mudança de política pública, buscando um caráter de democracia na prevenção e tratamento referente ao HIV, o movimento social apresenta-se também como importante dispositivo na disseminação de informações referentes à possibilidade do uso da PEP, pensada em uma perspectiva de prevenção combinada.

O contato com profissional de saúde, a partir do parceiro soropositivo também foi citado pelos usuários da PEP entrevistados, como meio de obtenção de informações a respeito da profilaxia. Em pesquisa desenvolvida por Fernandes (2013), com dezessete casais

sorodiscordantes, foi possível observar que a maioria dos indivíduos possuía conhecimento sobre a profilaxia pós exposição. Dos trinta e quatro participantes do estudo, seis não sabiam da possibilidade do uso da PEP. Tal fato pode estar associado ao fato de que o parceiro, por estar em acompanhamento com uma equipe de saúde, obteve informações referentes a formas de lidar com sua sexualidade e possíveis situações que exponham o parceiro ao risco de contrair o HIV.

Aqui, chamamos atenção para a importância do estabelecimento de um vínculo do profissional de saúde com o paciente soropositivo, buscando compreender as formas pelas quais os indivíduos lidam com o vírus, seus projetos de vida e expectativas, e dando orientações claras sobre a vivência com o vírus, e aspectos como uso da medicação, risco de reinfeção, prevenção combinada, como lidar com parceiros/as dentro de uma lógica preventiva. É fundamental também que os/as parceiros também participem de determinados atendimentos a fim de que obtenham informações claras sobre possíveis riscos de infecção e medidas preventivas.

Contudo, apesar desta necessidade, a prática e o contato destes serviços e profissionais com os indivíduos soropositivos ainda acontece com muitas falhas. De acordo com Rodrigues (2013):

A prática dos profissionais, bem como o modo como o serviço se organiza, tem sido alvo de críticas tanto por parte dos pacientes como entre os próprios profissionais de saúde e a população em geral. Essas críticas são formuladas a partir de fatores como: demora no acesso a primeira consulta no ambulatório de HIV/AIDS, serviços fechados por falta de profissionais, especialmente infectologistas, demora no resultados de exames que monitoram a doença AIDS, dificuldade de referenciar o paciente para outros especialistas, pela falta do profissional ou agenda lotada onde a espera acaba comprometendo as condições de saúde do paciente, insuficiente número de leitos para internação, sem contar com a falta de preparo dos profissionais de saúde para realizar um atendimento mais humanizado (p. 23).

Rodrigues (2013) destaca a precariedade de muitos atendimentos aos soropositivos em serviços de saúde. Atendimentos estes que negam ao indivíduo a lógica da integralidade, tão necessária para o bem-estar destas pessoas. O encontro com o serviço e o momento da consulta parece privilegiar a lógica biomédica e prescritiva, na qual o profissional, numa postura verticalizada e de saber superior, apenas escreve em uma receita aquele/es medicamentos aos quais o indivíduo deve tomar e agenda o retorno, o que muitas vezes não acontece. A autora chegou a identificar, em sua vivência em um ambulatório, profissionais que atendiam pessoas soropositivas de maneira a não estabelecer um vínculo significativo que fizesse com que elas se sentissem acolhidas e compreendidas em suas dificuldades e anseios.

Foi possível observar inclusive um atendimento em tempo “recorde” de 5 minutos, de um paciente que havia descoberto recentemente a infecção pelo vírus, e apresentava-se em meio a muitas dúvidas e necessidade de informações.

5.2 Percepções sobre HIV, PEP e cenários de prevenção

5.2.1 Representações sobre a aids e estratégias preventivas

Desde o seu surgimento, a aids suscitou uma gama de impressões no âmbito social, econômico e político. O aparecimento de uma doença, que rapidamente se alastrou para os cinco continentes, e com causas e tratamento desconhecidos na época, chocou o mundo. Seu conceito e suas implicações para a sociedade foram, aos poucos, sendo construídos pela ciência, de acordo com a evolução da doença. Ainda no início da década de 80 a aids era retratada como uma doença misteriosa, cujas causas eram desconhecidas e o prognóstico era o pior possível – a morte (MARQUES, 2003).

Inicialmente chamada de peste gay, por acometer principalmente este grupo de pessoas – que passaram a ser ainda mais estigmatizadas – a aids, posteriormente, começou a ser percebida também em outros grupos populacionais, como usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo e hemofílicos, sendo introduzido o conceito de grupos de risco (PAIVA, 2000). Este conceito ainda sofreu transformações, passando a ser designado como comportamentos/práticas de risco, e, ainda sendo questionado por estar centrado apenas no comportamento dos indivíduos e deixar de lado o contexto sociocultural ao qual os indivíduos estão submetidos, Mann e colaboradores em 1992, sugeriram a perspectiva da vulnerabilidade ao HIV (PARKER e GALVÃO, 1996). De acordo com Ayres et al. (2006):

A noção de vulnerabilidade busca responder à percepção de que a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela Aids não é a resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES et al., 2006, p. 396).

Também a partir da década de 1990, foi possível observar uma transição do perfil epidemiológico da aids, resultando em significativas mudanças, como a heterossexualização, a feminização, a pauperização, a interiorização (PARKER e CAMARGO JR., 2000) e, ainda, o envelhecimento da epidemia (SALDANHA e ARAÚJO, 2006). Ou seja, a doença passou a atingir diversos grupos populacionais.

Com o avanço das medicações oferecidas aos indivíduos soropositivos, foi possível perceber que as pessoas começaram a viver por mais tempo sendo portadoras da doença. A aids, antes vista como uma doença que gerava pavor, estando fortemente associada à morte, passa a ser vista com menos amedrontamento, em uma lógica de cuidado contínuo. Ou seja, estar infectado com o HIV, atualmente, parece gerar conotações diferentes para a sociedade em geral, tendo a aids adquirido um caráter de doença crônica.

Em pesquisa realizada por Gomes, Silva e Oliveira (2011), com o objetivo de analisar as representações sociais relativas à aids, de pessoas soropositivas em acompanhamento ambulatorial, foi possível observar que estes indivíduos enxergam o viver com HIV de forma otimista, e associam a aids a outras doenças crônicas, como a diabetes, e que possui controle através de fármacos disponíveis por programas governamentais.

Ao serem questionados sobre os fatores que podem fazer com que as pessoas não se previnam contra o vírus, os/as entrevistados também relacionaram essa mudança de perspectiva em relação à aids, na qual ela passa a ser vista como uma doença que pode ser tratada e controlada.

UI - O médico disse que hoje em dia o HIV virou uma doença crônica [...] Então eu acho que as pessoas perderam um pouco do medo né? Daquele... e por que acham que tem tratamento, acham que podem viver, hoje a vida é mais livre, menos medo, ainda que pegue uma doença. Isso deixa as pessoas livres. E aí elas não querem saber de se prevenir.

U2 - Eu acho que achar que não vai ter tanto prazer, e fazer as coisas muito rápidas com pressa e quando foi já fez, e achar que como tem tratamento tá normal, não sei o que... achar que não é tão ruim ter HIV.

U5 - Ah, também pelo caso de hoje em dia a AIDS não tá matando igual, era antigamente. Teve aí, acho que, um relaxamento por parte das pessoas. Num tá... Num ter levado o preservativo como a prioridade, assim.

Também foi abordado com os/as entrevistados/as quais seriam suas estratégias de prevenção ao HIV, bem como possíveis dificuldades neste sentido. Todos/as os/as participantes possuíam conhecimento da camisinha e afirmaram ser sua principal estratégia preventiva. Contudo, algumas pessoas relataram não fazer uso do preservativo em todas as

relações sexuais. Dentre os fatores associados ao não uso, citados pelas mesmas podemos citar: diminuição do prazer sexual; impulso momentâneo; estar em relacionamento estável; uso de substâncias psicoativas. As falas abaixo ilustram situações as quais os/as entrevistados/as relacionam o não uso do preservativo.

U7 - O sexo anal a gente já tá habituado a fazer com a camisinha. Embora aconteça alguns deslizes como aconteceu da última vez. A gente tinha, né, o preservativo estourou. A gente não se ligou, a gente não prestou atenção. Mas na hora do sexo oral, nem sempre a gente, né, fixa isso na cabeça. Né, também com camisinha. Sabe, é muito difícil você habituar a fazer uma coisa sem agora.

UI - Não... não, por que é sempre de camisinha, só quando eu to namorando fixo... e aí acontece, né, o sexo, aí você... Permite acontecer tudo. Namoro, e não sexo por sexo. Mas geralmente de camisinha. Na verdade não adianta explicar essas coisas, é momento, a pessoa... envolve outras coisas também, né, que te faz até... cometer loucura. Eu, no caso nesse dia eu estava drogado, o cara tinha levado um baseado, que não é uma droga mas pra mim me causa uma... um relaxamento, eu fico tão relaxado, e tão... que acaba sendo mais receptivo, as coisas né... E isso aconteceu, eu acho que foi até por conta disso.

U3 - Tem também o problema da camisinha diminuir um pouco o prazer. E eu acho que só isso, talvez.

No Brasil, desde as primeiras respostas políticas ao HIV, a camisinha foi, e continua sendo, um dispositivo importante no campo da prevenção (PAIVA et al., 2003). A proposta da camisinha nos anos 80, através de iniciativas do movimento gay organizado nos EUA, foi importantíssima, e excluía as instruções provenientes da Saúde Pública, que preconizavam o “Isolamento sanitário” dos chamados grupos de risco, bem como a abstinência sexual. A incorporação do preservativo como forma de prevenção que possibilitava a continuidade da vivência da sexualidade pela população foi muito relevante no cenário dos direitos humanos (AYRES et al., 2006). Segundo Pinheiro, Calazans e Ayres (2013):

Dessa forma, a promoção do uso de camisinha articula-se, numa historiografia dos conceitos operativos da prevenção da aids, à superação da ideia de grupos de risco por uma concepção comportamentalista da prevenção, articulada em termos de comportamentos de risco versus práticas seguras. Tal processo produziu uma tendência à universalização da preocupação com a aids, sendo possível trabalhar mais abertamente e com maior legitimidade as informações e orientações a respeito das práticas de sexo (mais ou menos) seguras e divulgar e ensinar como usar camisinha (p. 816-817).

Entretanto, apesar da importância da camisinha e das inúmeras ações que enfatizam seu uso, é sabido que muitas pessoas não fazem uso da mesma. Desde o final dos anos 1990 e ao longo dos anos 2000, têm sido frequentes queixas e constatações sobre o que se convencionou chamar de “fadiga do preservativo” ou “fadiga da prevenção”, ou seja, já é

percebido no cenário mundial, que o uso da camisinha envolve uma grande teia de fatores, que podem favorecer ou não o uso da mesma (PINHEIRO, CALAZANS e AYRES, 2013).

O aparecimento de alternativas que possam agregar ao pacote de prevenção combinada, que são as chamadas novas tecnologias de prevenção, como a PEP, PREP, tratamento como prevenção e circuncisão, demonstram a dificuldade em relação a focar as ações de prevenção exclusivamente no uso do preservativo.

Em pesquisa realizada por Pascom et al. (2011), com população brasileira entre 15 e 64 anos, foi possível observar que 96,6% dos/as dos participantes afirmam que o uso do preservativo é a melhor maneira de se proteger contra o HIV. Ou seja, podemos entender que a maioria da população brasileira tem consciência sobre a importância do uso da camisinha, pressupondo que cada um estabelece suas próprias noções de risco. Entretanto, na prática, os desdobramentos sobre o uso ou não da mesma são os mais diversos.

Segundo De Luiz (2013) homens que fazem sexo com homens, de classe média, com acesso a publicações científicas internacionais, possuem diferentes formas de gerir a noção de risco individual, seguindo uma lógica autônoma, que não necessariamente reproduz a política de prevenção do governo brasileiro. Dentre algumas das estratégias de diminuição do risco citadas por homens que fazem sexo com homens, sem uso do preservativo foram: não ejacular no reto do parceiro; realizar sexo insertivo em detrimento ao receptivo; transar com parceiros com carga viral baixa; circuncisão). Esses dados dão margem para realizarmos uma reflexão sobre as abordagens das políticas públicas, bem como seus efeitos, ou talvez, a ausência deles.

Na pesquisa de De Luiz (2013), os entrevistados são homens de classe média que possuem acesso a meios de comunicação nacionais e internacionais e utilizam dos mesmos na sua gestão de risco de contraírem o HIV. Problematizarmos, portanto, de que forma as pessoas de classes sociais e nível educacional mais desfavorecidas, que não possuem acesso a tais meios, fazem sua avaliação e utilizam-se de estratégias de prevenção.

Camargo Jr. (2012) pondera que o fato de as pessoas conhecerem as medidas preventivas, não quer dizer que saibam e que utilizem na prática o conceito de probabilidade da melhor forma possível. O autor defende reforço na educação, principalmente no nível fundamental e ressalta que as informações acerca das diversas medidas preventivas devem vir associadas a problematizações e estratégias que não enfraqueçam a importância do uso do preservativo.

Dentre as estratégias de prevenção utilizadas pelos/as entrevistados/as desta pesquisa, além do uso da PEP, a mais citada foi a camisinha. A preferência pelo sexo insertivo (no caso

dos HSH), como forma de diminuição do risco também foi citada, além da diminuição de parceiros.

U3 - Camisinha. Basicamente é camisinha. É um hábito. Tanto que eu fiquei com um super medo quando rompeu.

UI - Não... eu fui só ativo, e ele passivo, como usamos na linguagem gay. Por uma questão de proteção assim eu sempre prefiro ser ativo, por que eu sei que essa exposição é menor. Eu prefiro, por gostar. [...] Então eu, eu procuro não ter muitos parceiros sexuais, só quando eu tô assim, naquela... aflição né? De vontade de sexo e tal, e aí eu acabo procurando, mas é só pra aquela... sabe? Aquela necessidade física, satisfazer a necessidade física e mais nada. Mas geralmente de camisinha.

Apesar da camisinha ter sido citada por todos/as os/as entrevistados/as como uma estratégia fundamental de prevenção, foi possível observar que há situações que acabam por deixar o indivíduo em situação de vulnerabilidade. Entre casais, sorodiscordantes, por exemplo, foi possível observar que, para estes, essa deve ser uma discussão frequente.

U6 - Vontade dá, né. Até porque eu já tive outros parceiros antes dele, então a gente tem alguns costumes né. Então eu acho que a necessidade maior é pra ele né, que a camisinha deve, não deve passar toda a sensação boa pra ele no ato sexual. Mas ele é bem conformado nisso, eu também. Lógico, a gente sente falta? Sente, muita. Principalmente na questão de poder engravidar normalmente, sabe. Mas não tem jeito.

Sabemos que o tema do uso do preservativo, por envolver aspectos históricos e culturais sobre a construção da sexualidade e do prazer, é bastante complexa. Em pesquisas com casais sorodiscordantes, Maksud (2009) e Fernandes (2015), encontraram grandes dificuldades no que se refere ao uso do preservativo. Relatos sobre diminuição do prazer sexual e incômodo em usar a camisinha foram frequentes nos dois estudos.

A grande maioria dos casais entrevistados disse não utilizar o preservativo antes de vivenciarem o relacionamento sorodiscordante. A partir do diagnóstico, em ambas as pesquisas, foi possível perceber um certo rearranjo dos roteiros sexuais. No estudo de Maksud (2009), todos/as os/as entrevistados/as relataram preferência pela realização de sexo sem preservativo. Alguns disseram ter se acostumado com o mesmo, contudo, a maioria declarou certo desconforto em usar - especialmente os homens. “Sentir a pele” foi uma das expressões masculinas citadas para explicar o fato de não gostar do preservativo (MAKSUD, 2009).

Fernandes (2015) também pôde observar uma mudança na dinâmica dos relacionamentos sorodiscordantes a partir do diagnóstico. Entretanto, apesar de alguns casais passarem a incorporar o uso do preservativo em suas relações sexuais, em ambos estudos foi

possível observar que tal mudança envolve uma gama de variáveis, que, por vezes, inviabilizam o uso. Ou seja, foi possível perceber que mesmo com o diagnóstico de soropositividade do/a parceiro/a, muitos casais continuam optando por manter as relações sem o uso do preservativo.

É fundamental observar que em diversas situações, mesmo com orientações recebidas por profissionais de saúde, os indivíduos avaliam outros fatores na hora de optar ou não pelo uso do preservativo. Destacamos, portanto, a necessidade de entendimento e diálogo entre ambas as partes, na busca de formas de prevenção combinada e administração de riscos, que não exclua as particularidades e contextos vivenciados pelos sujeitos. Maksud (2009) relata que apesar da interferência de profissionais de saúde na vida sexual dos casais sorodiscordantes, prescrevendo o que pode ou não pode ser feito para evitar a transmissão do HIV ao parceiro negativo, o fato de a sexualidade ser influenciada por aspectos culturais, prescrições com lógicas de prevenção baseadas no pensamento racional da biomedicina, muitas vezes não serão incorporadas e seguidas pelos casais.

Os/as profissionais entrevistados/as, ao serem indagados sobre estratégias de prevenção que realizam com a população geral, afirmaram não realizar muitas ações a nível de prevenção, sendo estas mais voltadas para casais sorodiscordantes, e seguindo uma lógica mais ambulatorial.

P1 – Realizo ações com os meus pacientes e parceiros né, dos pacientes. Então, parceiros que sejam HIV, ou não HIV, pra prevenção de outras doenças sexualmente transmissíveis, e dos parceiros que são sorodiscordantes eu sempre peço pra pelo menos de vez em quando, uma vez por ano, vir na consulta junto. Estamos sempre reforçando.

P4 - Aqui dentro do ambulatório, só quem fica dentro dessa área, são as meninas da adesão, com os pacientes que já tem, e com os parceiros que não tem, que vem nas consultas, ou mesmo para adesão. É explicado, é dito como pode ser usada a camisinha, é dado essas camisinhas, tanto que na farmácia a dispensação com remédios sempre vai uma camisinha. Então, na adesão, as enfermeiras puxam muito para o lado do companheiro.

P5 - A gente reforça com todo paciente que vem, sexo seguro. Quando acontece do parceiro, o paciente ser sorodiscordante, a gente recruta o parceiro pra vir, para o ambulatório pedir as sorologias pra ele. Mas, assim, nada muito enfático. A gente orienta, sempre, toda receita tem o preservativo masculino, orienta sempre, tanto o homossexual quanto o heterossexual, a gente sempre orienta sobre o risco.

É essencial destacarmos a necessidade de interação entre educação e saúde, esta se dando através de práticas pedagógicas dialógicas. Assim sendo, o papel do profissional de saúde é o de construir formas de educação em saúde juntamente aos atores sociais envolvidos,

considerando e valorizando todos os saberes presentes, e, sobretudo, as necessidades apresentadas pelos indivíduos (VASCONCELOS, GRILLO e SOARES, 2008).

Compartilhando a reflexão de Maksud (2009):

A gestão do risco sexual não significa uma simples introdução do preservativo nos encontros sexuais, como talvez imaginem as políticas de prevenção. Esta “negociação” entre desejos e práticas pode resultar em diferentes estratégias e pode ter vários outros significados, como um uso irregular do condom, ou a adoção de outras formas cotidianas de minimizar o risco da transmissão do HIV. Esta gestão do risco sexual leva em conta aspectos de gênero, de conjugalidade, do processo de internalização da doença e outros fatores (p. 362).

A fala a seguir, de um profissional de saúde, nos ilustra uma ausência de diálogo e falta de uma busca de entendimento por parte do profissional sobre as particularidades dos indivíduos quanto à vivência da sexualidade. O médico aqui em questão afirma que as pessoas não usam o preservativo porque “não querem”, sem pensar na trama de variáveis que envolvem o uso do mesmo.

P1 - O mais difícil é eles quererem fazer né. E na maioria das vezes os pacientes são muito mais corajosos que a gente imagina. Assim, até me habituei com isso um pouco ainda, no fim das contas. Apesar de continuar forçando a ideia de que tem que prevenir, mas... na maioria das vezes eles não seguem por que não querem.

Foi possível observar que há profissionais que discutem questões de vulnerabilidade com os/as pacientes, contudo, também existem aqueles/as que focam seu atendimento no uso do preservativo sem uma abordagem psicossocial, ou seja, algumas ações ficam focadas somente nas chamadas tecnologias “duras” (aqui mais especificamente no uso da camisinha). Pesquisadores da área da aids têm feito uma separação entre o que nomearam de tecnologias “leves” e “duras”, sendo que a segunda está mais focada no risco individual. As tecnologias leves dizem respeito a questões ligadas à administração de ações programáticas e de participação social, à gestão do processo de trabalho, aos recursos humanos, ao desenvolvimento de estratégias educativas e comunicacionais, ao acolhimento, ao aconselhamento e à assistência que visa a integralidade. Enquanto as tecnologias duras abrangem: o preservativo, as vacinas, os microbicidas, as estratégias cirúrgicas, como a circuncisão, e as estratégias medicamentosas, por exemplo, a profilaxia pré-exposição (PREP) e pós-exposição sexual (PEP) em situações de riscos (PINHEIRO, CALAZANS e AYRES, 2013).

Quando perguntado a estes profissionais se existe uma abordagem de informação aos pacientes soropositivos sobre a possibilidade do uso da PEP, caso tenham relações desprotegidas com parceiros, visando a prevenção do parceiro, alguns dos/as trabalhadores disseram abordar a possibilidade do uso da profilaxia. Contudo, parece ainda haver um certo receio destes/as profissionais ao fornecer tais informações aos pacientes e os mesmos abandonarem o uso do preservativo.

P6 - Nos meus ambulatórios eu sou paranoico com camisinha, eu encho o saco de todos os meus pacientes pra camisinha, sempre aviso aos parceiros sobre a possibilidade de PEP quando eles falam pra mim que o parceiro ou parceira deles é HIV negativo, eu sempre falo com eles sobre a possibilidade do PEP, que funciona 24 horas. E encho muito saco dos meus pacientes, acho que é o que eu mais faço com eles é perturbar mesmo e usar sempre, eu sou radical sempre, sem possibilidade e não uso pra mim, ninguém me convence o contrário.

P5 - A gente fala: "Se acontecer alguma relação, alguma exposição sexual, você pode vir a hora que for, porque é 24 horas." Tanto é que, as PEPs que a gente atende aqui, geralmente é no final da noite ou na madrugada, que o pessoal se expõe e acaba vindo pra cá. A gente orienta que se caso se expor tem que vir em até 72 horas para coletar os exames e tudo mais. [...] Eles ficam surpresos. Eles falam: "Nossa, eu não sabia que isso existia. Muito bom saber, porque..." E, às vezes eles entregam, porque acontecia algumas vezes já, principalmente os sorodiscordantes, eles já se expuseram algumas vezes e que não sabiam o que faziam e acabava passando batido e eles não se importaram com isso. Mas, às vezes, eu fico meio receoso de falar desse tipo... De falar da PEP, porque há o risco deles se exporem mais: "Ah, já que tem a profilaxia depois, pra que eu vou prevenir?" Mas a reação é sempre de surpresa e de uma alternativa a mais. E, aparentemente, eles aderem isso, a gente tá tendo bastante PEP ultimamente.

Essa é uma questão a qual destacamos como fundamental ao discutirmos as políticas públicas de prevenção ao HIV. Ao pensarmos em um pacote de prevenção, no qual os indivíduos teriam acesso e determinariam suas formas de avaliação de risco e estratégias de prevenção, aqui pensando na estratégia da profilaxia pós-exposição, é difícil pensar na ideia de autonomia de escolha dos indivíduos, uma vez que a o acesso às informações a respeito da mesma é limitado.

Apesar de, como observado nesta pesquisa, as ONGs estarem realizando ações de informação e discussões sobre as novas tecnologias de prevenção, e também a internet conter blogs e páginas de notícias sobre a PEP, o Ministério da Saúde até o momento não realizou nenhuma campanha de divulgação nacional sobre a profilaxia, e, além disso, profissionais de saúde, baseados em suas concepções individuais, ainda avaliam a necessidade ou não de abordarem essa temática com seus pacientes. A seguir, descrevemos as percepções de usuários/as da profilaxia e profissionais de saúde a respeito desta política pública de saúde.

5.2.2 Representações sobre a PEP

Como discutido anteriormente, a oferta da profilaxia pós exposição envolve ainda questionamentos a respeito de uma possível desinibição para comportamentos de risco para a infecção pelo HIV. Na pesquisa aqui referida, procuramos abordar com os/as usuários da PEP, e com os/as profissionais de saúde, suas percepções sobre a PEP, se ela é compreendida de forma positiva ou negativa.

No que diz respeito aos usuários/as, a totalidade da amostra disse compreender a profilaxia como uma estratégia de saúde positiva. As falas a seguir demonstram que a medida, apesar de anteriormente desconhecida na maioria dos casos, apresenta-se como uma forma alternativa de prevenção para estes indivíduos.

U1 - A oferta é positiva, muito positiva, eu acho até que a PEP devia ser mais divulgada, muito mais divulgada e tinha que ter em todos os lugares, em posto de saúde! Embora a pessoa não faça o exame na hora, só de ela poder tomar o remédio isso já vai trazer uma tranquilidade no coração dela. Por que afinal é o mesmo remédio que uma pessoa soropositiva toma, então se ele já tá, então é por que ele já está se prevenindo, já começou a se prevenir, já começou a se cuidar. É importante que seja divulgado, muito.

U4 – Vejo a PEP positivíssima. Absolutamente. Porque... Vamos dizer que esse cara tem HIV, hoje eu seria é soropositivo. Então, é muito positivo, sim. Claro que eu não recomendo a ninguém. Eu acho que a pessoa tem que se cuidar. Porque, não só a questão da doença, tem várias outras coisas.

U5 - Eu considero uma coisa positiva já que é um... um tratamento gratuito e é uma medida de prevenção a mais e... é... outra coisa que eu queria saber: É... Essa profilaxia que é iniciada, pode ter algum colateral, assim, lá pra frente?

U7 - Ah, assim, é... eu acredito que se eu não tivesse feito supostamente eu teria adquirido o vírus. Assim, por que foi uma exposição direta, né, no caso houve um contato com o esperma diretamente no anus e havia machucado. Então assim, a probabilidade... a carga viral dele tava muito alta. Então eu acho que a probabilidade de pegar era certa, mas se não tivesse feito a profilaxia poderia ser certo. Eu acho então que é uma medida muito cabível.

U9 – Vejo a PEP positivamente por que é um meio de... ir acabando um pouco com essa doença também. É um tratamento que você pode fazer e que você tendo quase 90 por cento de chance de cortar imediato, mesmo você pegando, tipo, que cria uma imunidade pra você sua doença não... se você tiver igual eles dizem, 72 horas, se você pegou ali esse medicamento bloqueia ele pra ir pra suas veias, sua corrente sanguínea e se espalhar.

No que se refere aos profissionais de saúde, a grande maioria também afirmou compreender a PEP como uma estratégia preventiva importante no contexto da aids. Em pesquisa realizada por Filgueiras (2015), a autora também percebeu que tanto usuários da

profilaxia, quanto os profissionais de um determinado hospital da cidade do Rio de Janeiro consideram a oferta da profilaxia como uma medida positiva. Contudo, a questão da falta de informação acerca da mesma foi citada como fator dificultador no que se refere ao acesso da população a esta política pública.

P1 - Acho que a profilaxia pós-exposição ela é bastante útil e efetiva. É uma maneira que a gente tem de segurar um pouco a disseminação e tudo, para pelo menos quem quer né!? Porque também depende um pouco da paciente ter a orientação de que se aquilo acontecer ele pode procurar um serviço de saúde para se proteger. E isso nem sempre é sabido. Até porque não tem, pelo menos que eu lembre, eu nunca vi nenhuma campanha nesse sentido, de prevenção é sempre focado em usar camisinha né, e saber fazer exame para saber se tem se não tem e tudo mais. Mas nunca vi nenhum meio que divulgasse a possibilidade de, se você for exposto, procurar um serviço de saúde que pudesse usar uma prevenção medicamentosa.

P5 - Então, a ênfase na PEP, fora daqui (do serviço de saúde em questão), não é muito boa. Às vezes eles nem sabem como abordar o caso e prescrever, e se prescrever ou não. Às vezes nem considera uma profilaxia. Então, eu acho que precisa trabalhar um pouco mais isso, divulgar mais isso. E eu acho que é fundamental, isso, porque, evita mesmo, principalmente o AZT. Tá comprovado que realmente inibe a infecção da célula, e ao HIV tá aí, cada vez tá aumentando, e a cura nada de vir. Paciente morrendo, então, assim, se puder evitar essa infecção, eu tentaria o máximo evitar esse tipo de infecção. Eu, particularmente, recomendo pra todo mundo procurar o pessoal da PEP pra gente poder discutir isso e sempre que possível e indicado, indicar mesmo a profilaxia.

Apesar dos relatos com relação à necessidade de ampliação da divulgação da PEP sexual para população, observamos que a opinião dos/as profissionais entrevistados/as também reflete a preocupação das pessoas deixarem de usar o preservativo e passarem a recorrer à profilaxia com um excesso indevido. Ou seja, mesmo considerando a PEP como um direito de todo cidadão, tais profissionais demonstram receio quanto às formas pelas quais a população pode apreender e fazer uso de tal medida.

Tais preocupações relacionadas à possibilidade das pessoas virem a se expor mais frequentemente a situações de risco para o HIV, em decorrência de terem conhecimento e acesso à profilaxia, é discutido por Cohen, Bernstein, Philip (2013). Para estes autores, este seria um processo conhecido como “compensação do risco”, ou seja, um possível aumento no índice de comportamentos de alto risco, em consequência ao uso da medicação aqui discutida.

Embora não haja dados que demonstrem que a disponibilidade ou utilização da PEP sexual, ocasione um crescimento na prevalência de comportamento sexual de alto risco (POYNTEN et al., 2010; COHEN, BERNSTEIN, PHILIP, 2013), encontramos relatos que levantam o questionamento da “compensação de risco”. Essa discussão será abordada em

tópico de análise posterior, sobre os desdobramentos da PEP. A seguir, algumas falas dos sujeitos de nossa pesquisa.

P1 - Então acho que uma coisa que pode se pensar como negativa da profilaxia pós-exposição, é deixar uma ideia falsa na cabeça de que tudo tem uma solução. Melhor ou não, mas tem uma segunda solução que então você pode se expor que você tem um jeitinho de se tratar depois e prevenir de novo. (...) ‘Vamo’ ver, depois eu vou lá faço um tratamento de um mês e a gente vê como é que fica. Então é uma coisa que a gente ainda deveria pensar um pouco, mas de forma geral tem mais benefício do que malefício.

P2 - Eu acho que facilita muito o risco. Porque, eles sabem que, se acontecer algum acidente, ou se tiver que ter a relação, e no momento não tiver o preservativo, eles vão, não vão deixar de ter a relação, porque eles sabem que se eles chegarem aqui eles vão ser atendidos, e tem um monte que acabam fazendo isso. Tem os que não gostam de usar, e que vem de tempos em tempos pra poder fazer o exame. Pra poder saber se foi contaminado ou não. Os casais não têm medo, nenhum deles demonstram medo, consegue se relacionar bem com as pessoas que tem vírus. Tem pontos positivos e negativos.

P9 - Eu acho que, complicativo, é, se não tiver uma educação, algumas pessoas vão banalizar isso, acho que isso pode levar a tudo como uma forma muito simples e chegam no serviço de saúde e é muito simples, é bem atendido, faz serviço de referência, vai tomar medicação. [...] Porque eu acho que se não tiver educação, propagandas, uma coisa séria por trás, eu acho que isso tudo vai acabar desandando, porque eu já peguei paciente que já fez dois, três. Duas a três profilaxias. Aí você já entra naquela coisa de risco, que na verdade não é mais profilaxia. Acho que isso tem que ficar bem amarrado. Acho que pode sobrecarregar o serviço também. Aqui, acho que com o tempo pode sobrecarregar o serviço. Eu acho que se tem que dar uma medida de proteção, é válido, mas o preservativo, essas campanhas também têm que ocorrer. Não é só se expor e tomar o remédio. Deve ser, não expor, mudar a cabeça da população em relação a isso, pra não ter realmente exposição.

Filgueiras (2015), em sua pesquisa de mestrado encontrou discursos que vão ao encontro, também, de dúvidas a respeito dos desdobramentos da oferta da profilaxia. De acordo com a autora, nas oficinas de capacitação de profissionais de saúde para a PEP, dentre as opiniões, depoimentos e questionamentos dos participantes, foi possível destacar falas como a descrita a seguir, de uma assistente social, ligada a uma ONG atuante no interior do estado, sobre a coordenadora de DST/Aids de seu município: “ela entregou os folhetos para gente, dizendo que não era para divulgar porque senão poderia virar moda e que era só para casos de estupro” (p. 41).

Além das falas dos profissionais de saúde, também foi possível perceber que usuários da PEP entendem que a medida deve ser utilizada com cautela. Foi interessante observar que, frequentemente, os usuários diziam ter consciência sobre o uso da medida, que ela deve ser usada em caso de emergência, e não de forma consecutiva, contudo, disseram acreditar que a

população em geral talvez não compreenda da mesma forma e acabe por banalizar o uso do preservativo e recorrer à medicação de forma sistemática.

U3 - Porque, eu achei que é super positivo, mas da mesma forma que eu acho que é positivo e que eu tomaria a PEP e continuaria usando a camisinha, vai ter muita gente que vai tomar a PEP e não vai nem ligar pra camisinha. Eu pensei assim, será que as pessoas realmente vão entender, porque, eu não sei a forma que vai rolar a publicidade sobre a PEP, mas pode parecer que é uma alternativa à camisinha, e não como método complementar.

Na pesquisa de Filgueiras (2015) também foi possível perceber que usuários da profilaxia fazem julgamentos sobre as formas pelas quais a PEP deve ser prescrita. A usuária D. entende que o acesso à profilaxia deva ser indicada para casos de “acidente sexual” e não para “exposição sexual” (consentida/voluntária). Ou seja, se a pessoa teve um acidente com o uso do preservativo, a prescrição seria válida, entretanto, se a mesma não usou o insumo preventivo por vontade própria, a medicação não deveria ser indicada. Segundo a mesma:

Pra algumas pessoas isso vai ser uma forma da pessoa estar se cuidando, mas também cada um tem uma forma de pensar. [...] Nem todo mundo brinca com a saúde. A pessoa que vai fazer o sexo sem camisinha com a intenção de no dia seguinte procurar o serviço de saúde pra poder tomar remédio, isso aí é brincar com a própria saúde. Então nem todo mundo brinca com a saúde, tem pessoas sérias também que querem se cuidar, né. Agora se isso acontecer com frequência teria que ter um controle, não sei um cadastro do atendimento pra poder estar embarreirando este tipo de atitude – ‘pô você não veio aqui, tem tanto tempo, como você está aqui de novo?’ Então tem que ter um meio da pessoa que realmente sofreu o acidente ser tratada direitinho e essas pessoas que vêm por vir, porque isso não está livre de não acontecer (FILGUEIRAS, 2015, p. 90).

Relatos dessa natureza, mais uma vez nos colocam diante de uma problemática a ser discutida a respeito da PEP e seu acesso pela população. O uso da profilaxia parece exigir uma chancela não só do Ministério da Saúde, quanto de gestores e profissionais em saúde – e até mesmo usuários da medida -, baseadas em julgamentos e avaliações individuais, que por vezes ignoram os direitos humanos e contextos de vulnerabilidades. De acordo com Filgueiras (2015):

a forma como a política é aplicada no cotidiano dos serviços é atravessada por diferentes aspectos que conformam a visão de mundo tanto dos profissionais de saúde quanto dos usuários. A política ganha vida no trabalho em ato e, neste sentido, está condicionada ao modelo hegemônico de atenção à saúde, que tem se focado mais no controle do risco e na recomendação de práticas sexuais mais seguras, "cientificamente comprovadas", ou seja, o uso do preservativo e menos nas condições de vulnerabilidade que a pessoa vivencia, as suas possibilidades e limites, o modo como entende ser viver bem a vida. (p. 91-92)

5.3 Relação usuário profissional no contexto da PEP

Entendemos que a relação estabelecida entre profissional e usuário do serviço de saúde, no que se refere à prevenção e assistência ao HIV, seja de extrema importância quando pensamos nos desdobramentos e enredos de vivências amorosas e sexuais dos sujeitos. A prática do aconselhamento torna-se fundamental, entendendo que a pessoa que busca pela PEP envolveu-se em uma situação de risco. De acordo com o Ministério da Saúde:

O aconselhamento é definido como um processo de escuta ativa, centrado no contato direto com o cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito da sua própria saúde e transformação. Trata-se de uma prática que visa mudança de comportamentos de risco e, ao mesmo tempo, apoio emocional para o manejo eficaz da situação de comunicação do diagnóstico, através da consistência, uniformidade e precisão das informações prestadas. Para tanto, o aconselhamento, no âmbito dos CTA, não precisa restringir a atendimentos pontuais pré e pós-teste. (BRASIL, 1999, p. 12)

Apesar da importância do aconselhamento, como um momento de troca entre profissional de saúde e indivíduo, onde este último pode compreender e (re)significar situações de vulnerabilidade, e a partir daí gerir da melhor maneira possível sua vivência sexual, diversos estudos apontam que o modelo de atenção à saúde mais predominante é aquele em que exclui a perspectiva das pessoas atendidas. Monteiro et al. (2014), ao analisarem os discursos sobre sexualidade entre profissionais de saúde e usuários em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Estado do Rio de Janeiro, puderam observar que durante a prática do aconselhamento, os profissionais estavam mais atentos ao preenchimento dos formulários, em informar sobre DST/Aids, fornecer orientações voltadas para prevenção, do que em estabelecer um diálogo sobre as práticas e opções sexuais do usuário, suas dúvidas e demandas relativas à sexualidade e HIV.

Neste mesmo sentido, Filgueiras e Deslandes (1999), em um estudo nacional sobre a prática de aconselhamento em HIV/Aids, perceberam que, na maioria dos serviços pesquisados, esta prática não era realizada em conformidade com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde. De acordo com as autoras, prevalecia um atendimento “técnico”, em que os profissionais restringiam-se a aplicar um roteiro de anamnese ou de entrevista e dar informações sobre a doença. Segundo as autoras, “a percepção e um diálogo sobre a real

demanda do cliente ficava prejudicada. [...] Na realidade o caráter normatizador foi a tônica da maioria dos aconselhamentos” (p. 125).

Nos relatos produzidos nesta pesquisa foi possível perceber que há momentos de envolvimento do profissional de saúde com o usuário da PEP, no que se refere a contextos de vulnerabilidade individuais, contudo, a maioria das falas ilustra aquilo que vai ao encontro das pesquisas citadas acima, ou seja, uma lógica prescritiva e normatizadora.

Quando perguntados sobre a relação estabelecida com os profissionais de saúde, a maior parte respondeu ter ficado satisfeito com o atendimento, assim como obteve informações adicionais ao que já tinha conhecimento. Em contrapartida, alguns entrevistados afirmaram não terem recebido informações as quais não tinha conhecimento prévio. A internet foi citada mais uma vez como forma de obtenção de conhecimento sobre a aids.

U1 - Ele (médico) foi tranquilo. Ele me explicou bastante coisa, bem calmo. Acho que não tenho nada o que falar assim. Foi muito bom.

U3 - Foi muito bom o atendimento. Eu me senti bem, me senti meio abraçado, sabe? Agora sei um pouco mais. Descobri políticas públicas que a gente nunca nem ouviu falar, porque não é divulgado.

U5 - Não, não vou dizer que ela (médica) me falou outra coisa porque o que ela me falou eu já tinha lido na internet, né. Só me explicou mais detalhadamente como o vírus da aids atua dentro do organismo. Como se dá a infecção caso... Os sintomas, como que vão aparecer.

U7 - Olha, a enfermeira é ótima. Assim, ela me deu até o telefone dela, precisando de alguma coisa liga pra cá. Das dúvidas que eu tinha eu ligava pra cá ela sempre dava um jeitinho e me atendia, me dava as informações em relação ao medicamento. Quando eu ‘tava’ super mal eu ligava pra cá pra falar com ela também. Me atendia super bem. (...) Então assim, até a forma de falar é diferente. A forma de olhar é diferente. Todo mundo sabe quando você chega num lugar que a pessoa não gosta de você. A pessoa não quer te atender, a pessoa não tá afim de estar perto de você, entendeu. E quando você chega e você vê que a pessoa quer te ajudar. Quando eu chego aqui eu vejo que aqui quando eu sou atendido, eu sou atendido por pessoas que querem me ajudar, né. (...) Em relação é, por exemplo, ao sexo oral. Eu sabia que podia transmitir outras coisas como, por exemplo, a... com ferida ou com verruga, HPV ou até mesmo a herpes, mas eu não tinha noção de que também transmitia o HIV. E entre outras informações relacionadas ao medicamento, em relação a tratamento de algumas pessoas com HIV, em relação a programas, é em relação a até mesmo a parte de saúde mesmo, como funciona algumas coisas, assim, tal, tudo que foi passado por eles.

U8 - Eu acho que tinha lido tudo na internet. Eu já me informei bastante na internet. Chegando aqui... foi o que eu vi lá na internet.

Também foi possível observar que o contato estabelecido é maior com o médico do que o enfermeiro. A triagem realizada pelas enfermeiras fica focada somente no reconhecimento de uma possível exposição ao HIV, e a contagem das horas a partir do

momento da exposição até a chegada no serviço. O fato dessa triagem acontecer na recepção do serviço, onde há movimentação de outras pessoas que estão à procura de atendimento, pode ser um dificultador no sentido de inibir as pessoas a falarem sobre o acontecido. Entendemos que o mais adequado seria haver uma sala onde o indivíduo pudesse falar com mais privacidade com o profissional da enfermagem.

U6 - É, chegamos na enfermeira. Ele chegou e falou assim “ah, eu preciso conversar com um médico”, a enfermeira “mas o quê? ”, ele “eu queria falar direto com o médico, posso?”, aí a enfermeira “não, tudo bem”, acho que ela sentiu que ele tava constrangido sabe? Aí facilitou bastante ela, aí quando chegou na frente do médico ele meio com vergonha ainda, aí eu fui e tomei a frente e falei o que que aconteceu. (...) O atendimento dele foi muito bom. Ele ainda levou a gente na varanda, ligou a televisão e disse “óh, vai demorar um pouquinho”, deixou a gente bem à vontade. Toda hora ele vinha “óh, ainda não saiu o resultado não, tá”. Deu bastante atenção pra gente.

P4 - Aí a gente acaba sabendo a realidade. Mas, quem vem fazer o exame, quem vem pra PEP, ele não quer dar muitas informações como foi o acidente. Ele fala o básico, não tem o que dizer muito, é o horário, acidente, pronto. Não quer muito falar não, com a enfermeira... Mas do médico ele não tem como esconder, o médico realmente deva saber até mais. Mas, chegou na estratificação, eles não dizem muita informação não. Tipo, vergonha. Eu pergunto só o horário, coloco pro médico qual foi horário e o dia e que foi exposição sexual e coloco se o parceiro sabia, se tinha procedência, se era HIV positivo ou não. As três perguntas que na verdade eu pergunto: o tempo, o dia, na verdade, que é a mesma coisa o tempo e o dia, e se foi com parceiro que conhecia, e se tinha, no caso, essa procedência disso, HIV ou não. Só. (...) Tava difícil pra manter. Porque, assim, aonde eu fico, não sou só eu, tem várias pessoas, então, como tem um fluxo muito grande, vai, volta, enfermeira, técnica, então, certas perguntas, não dá pra fazer, porque o paciente não vai dizer.

P7 - A gente faz na varanda, o ideal seria uma salinha pra gente, mas agente não tem espaço físico. Geralmente a gente vai na varanda, mas quando a gente percebe que a pessoa fica mais acanhada, aí a gente chama pra um lugar mais reservado, as vezes na salinha de procedimento, que aí a gente faz as perguntas, o tipo de acidente, com quem foi, a quanto tempo. (...) Tem umas que falam, tem outras que não, que ficam mais retraídas, aí tem que chamar no reservado. Outras falam ali mesmo e não tão nem aí, mas tem outras que falam abertamente mas a maioria é mais tímida, às vezes falar uma coisa pra gente mas chega pro médico fala outra. Fala mais, ou então fala uma coisa totalmente diferente, as vezes pacientes que é homem e tiveram relação com homem, as vezes falam só pro médico, com a gente não quer falar. Aí fala qual tipo de exposição, qual tipo de relação que teve. Com a gente já fica mais retraído.

Apesar de identificarmos uma aproximação um pouco maior com os profissionais médicos, em ambos os atendimentos foi possível perceber uma lógica confessional, na qual o indivíduo deve dizer abertamente sobre seu comportamento de risco, para que seja disponibilizada a profilaxia pós exposição. Após a avaliação, e também julgamento, o profissional de saúde, faz ou não a prescrição da medicação.

Ou seja, o atendimento parece ficar muito restrito a avaliação do risco e a necessidade da PEP, não focando nos aspectos subjetivos e contextos e conjecturas que envolvem a

sexualidade dos indivíduos. Dessa forma, o vínculo estabelecido entre profissional e sujeitos parece ser pouco significativo e, que pouco promova novas formas de pensar em alternativas que reduzam as vulnerabilidades que envolvem tais pessoas, como ilustrado nas falas abaixo. Esse aspecto será discutido no tópico de análise a seguir.

P1 - Fica mais ou menos no meio do caminho, muitas pessoas não detalham tanto assim o que aconteceu, não sei se as vezes por medo, por se sentir as vezes envergonhado em falar alguma coisa que a pessoa 'tá', não se sinta confortável de fato... mas a maioria das vezes, uma boa parte das vezes eles contam com detalhes o que aconteceu, porque facilita pra gente né, a gente pergunta detalhe, a gente é meio invasivo essas horas. A pessoa as vezes até se assusta, porque pra gente passa a ser uma coisa um pouco mais natural, então a gente pergunta mesmo, abertamente, a gente não fica enrolando, criando uma situação pra perguntar não. A gente pergunta objetivamente pra ter uma repostas objetivas de volta. Porque isso facilita nossa avaliação.eu acho que isso faz mais diferença, que a gente tenha esse detalhamento do que aconteceu e tudo, pra gente realmente pensar no que que a gente pode fazer.

P2 - Na maioria dos casos, falam, na maioria fala que foi uma relação que rompeu o preservativo, que na verdade a maioria nem usa. Mas o que eles passam é que rompeu o preservativo. (...) Com o tempo a gente acaba acostumando, que é uma coisa tão comum pra gente, que pra gente lidar com eles é fácil. Não tem problema nenhum. Mas, na maioria, eles falam sim, que chegou com muito medo, então, eles falam, eles querem ser logo atendidos, pra poder ser feito logo a medicação, porque, na cabeça deles, a maioria vai fazer uma medicação, pra que não seja contaminado. Então, eles chegam sem problema nenhum, pra contar. Quando é casado, fala que é casado, que foi uma relação com uma garota de programa, aí que eles falam mesmo, porque acho que eles ficam com medo, porque a contaminação é muito mais fácil, então, eles não tem problema nenhum de falar. Eles chegam muito desesperados. Eles já chegam contando mesmo.

P5 - Acontece das pessoas às vezes não falarem abertamente. Isso é muito comum. Principalmente, quando a pessoa vem com o parceiro, ou vem com o amigo, que não sabe, por exemplo, da opção sexual da pessoa. Mas eles ficam constrangidos. E, bem ou mal, a gente tem que abordar que tipo de relação foi, há quanto tempo foi, o que aconteceu. Todas essas perguntas constrangem um pouco o paciente, mas, geralmente, a gente tem que ser um pouco incisivo. Falar: "Oh, vamos tirar o pudor. O que aconteceu? Qual a sua posição. Qual foi o seu papel na relação? O que realmente aconteceu?" Mas eles ficam acuados. Não se abrem. A gente tem que ir instigando eles.

Filgueiras (2015) também obteve relatos em sua pesquisa sobre a importância que os usuários atribuem ao vínculo estabelecido com a equipe de saúde. Os mesmos dizem que a receptividade e postura do profissional de saúde podem determinar a fala do usuário, bem como a ocultação de informações sobre a exposição. De acordo com a afirmação de uma entrevistada:

O profissional de saúde precisa deixar o paciente mais à vontade, porque às vezes eles se limitam a fazer perguntas e você a responder. Até a forma como você recebe a pessoa, a pessoa já se sente mais à vontade. Um bom dia, um sorriso e não assim cara fechada, isso daí já deixa a pessoa mais apreensiva.

A pessoa simplesmente vai se limitar a falar o que aconteceu, se fala por completo todo o ocorrido, se a pessoa não selecionar aquilo que vai falar. As vezes fez sexo vaginal, sexo oral e sexo anal, a pessoa vai se limitar a falar que fez o sexo vaginal que é a forma mais normal do sexo. Então assim, informações que podem ser importantes para o tratamento dela ela vai se restringir, ela não vai falar. Eu acho que o jeito com que você é recebido pelo profissional que vai te atender, se a pessoa te deixar a vontade eu acho que as coisas fluem melhor. O profissional vai ter mais informações e eu acho eu o tratamento vai ser mais eficaz. Porque as vezes uma informação não dada prejudica todo o tratamento. Acho que é a maneira como a pessoa vai ser atendida mesmo (U. Denise) (FILGUEIRAS, 2015, p. 100).

Considerando a dimensão da subjetividade e condições de risco, em que medida a postura do profissional em investigar o comportamento de risco e repassar informações sobre o preservativo, pode contribuir para adoção de comportamentos mais seguros, ou até mesmo aumentar a angústia do usuário? Para além da prescrição da PEP, as necessidades deste usuário foram discutidas?

Paiva (2002) considera que os serviços de saúde, bem como os profissionais, dão foco a um atendimento voltado aos aspectos biomédicos, e de repasse de informações sobre formas de transmissão e métodos preventivos, centrados no uso do preservativo. Neste sentido, CASTIEL et al. (2010) ressaltam a importância dos profissionais passarem a observar aspectos que vão além das prescrições biomédicas. De acordo com os autores,

As pessoas lidam e percebem seus riscos (e dos outros) de modos variados, que envolvem aspectos que ultrapassam os saberes científicos e mesclam dimensões simultaneamente biológicas, psicológicas, socioculturais. Enfim se pode haver uma certeza estabelecida acerca das verdades sobre os riscos é que essas são inevitavelmente relativas (p. 127).

Uma das possíveis justificativas para tal postura dos profissionais de saúde pode ser a falta de treinamento adequado para lidarem com a prescrição da PEP. Em pesquisa realizada por Filgueiras (2015), a autora destacou o fato de que os profissionais que estavam prescrevendo a profilaxia não receberam nenhum treinamento oficial sobre PEP sexual, e que o processo de inclusão dessa tarefa no cotidiano do serviço não foi algo discutido entre a equipe. Segundo a mesma, os profissionais afirmaram que leram os manuais do Ministério da Saúde sobre o assunto, por conta própria, bem como buscaram trocar informações entre si.

A gente era referência do MS com a enfermaria de Sida aqui do hospital. Já atendíamos acidente ocupacional e foi uma evolução natural aparecer a profilaxia pós- exposição sexual e a gente da enfermaria também abraçou mais esta tarefa. Não houve discussão [...] aqui historicamente é assim 'HIV é de vocês'. Não houve preparo e não houve como tirar porque não houve ninguém que quisesse pegar e até porque a referência ficou aqui – 'é lá na enfermaria de Aids do ...'. Então o fluxo,

não foi um fluxo construído, foi um fluxo realizado pela demanda e por ter pessoas que foram assumindo. Tudo começou e ficou aqui por causa da fama (FILGUEIRAS, 2015, p. 39).

Corroborando os dados de Filgueiras (2015), também pudemos observar nos serviços pesquisados, que a maioria dos profissionais incorporaram em sua rotina a prescrição da PEP sexual sem que houvesse um treinamento sobre o assunto ou uma discussão sobre a medicação entre a equipe. Portanto, a profilaxia vem sendo prescrita como uma “extensão” do que estes profissionais vivenciavam nos casos de acidente ocupacional e violência sexual. Alguns entrevistados citaram um protocolo que passou a estar disponível no serviço, sobre a prescrição da PEP sexual, e um profissional afirmou ter tido um dia de treinamento sobre o assunto, tendo este sido ofertado pelos próprios profissionais do serviço.

P2 – Especificamente sobre a PEP não tivemos treinamento, não. Porque a gente recebe é mais as orientações. De orientar como é feito, como faz a administração do medicamento, das reações que podem causar, o período que toma. (...) De qualquer maneira, esse protocolo, ele fica disponível aqui, se você tiver dúvida, vamos dizer que na hora você não lembra, não sabe, você tem como consultar. Consulta e indica. Ou não. Isso tem tudo. Tem tudo um protocolo, os exames que você tem que pedir, qualquer coisa que você esquecer, ele fica disponível aqui. Qualquer médico pode consultar.

P1 - É, assim, durante a residência a gente acaba aprendendo de tudo um pouco, então na minha residência, no hospital que eu fiz residência, a gente atendia violência sexual, então assim, foi a primeira maneira de eu aprender a fazer prevenção com a exposição.

P8 - Não, só estudando mesmo. Vendo os artigos, aí é postura mesmo profissional. Capacitação publica assim não, né. Até por que a gente teve a especialidade, né, na verdade a gente tem que tá capacitação. E essa parte a gente vê os protocolos, né.

P9 - Foi, acho que se não me engano, foi no início do ano passado ou retrasado, que saiu para o Ministério da Saúde, saiu o novo conceito de profilaxia e de exposição e a gente teve, acho que foi uma manhã inteira, uma aula, um treinamento na verdade, mostrando como era o protocolo, no auditório. Foi bem legal. Bem proveitoso.

5.4 Prescrição da PEP e seus desdobramentos

5.4.1 Avaliação do risco e prescrição da PEP: aspectos epidemiológicos ou subjetivos?

Como exposto anteriormente, a prescrição ou não da PEP depende da avaliação que o profissional médico fará do risco atribuído à relação narrada pelo indivíduo, com o auxílio da

tabela do Ministério da Saúde, que leva em conta os fatores “tipo de exposição” e “parceria”. Através desta tabela o profissional tem três opções em relação à profilaxia: “não recomendar”, “considerar”, “recomendar”.

Ou seja, o profissional deve se basear em uma visão epidemiológica, utilizando como critério de indicação para a profilaxia: (1) a sorologia do parceiro fonte, (2) o tipo de prática sexual vivenciada e (3) a prevalência do HIV no segmento populacional ao qual o parceiro fonte pertence (BRASIL, 2010). Sobre os critérios e conduta dos profissionais, a maioria dos usuários entrevistados afirmou ter concordado com a avaliação do risco e prescrição da profilaxia por parte do médico.

U5 - Concordei com a avaliação da médica, porque ela falou que o tipo de ação que eu tive foi uma relação de risco e realmente tava precisando iniciar esse tratamento. Então eu achei válido sim.

U8 – Eu concordei com a avaliação que ele fez. Ele falou que primeiro ele ia analisar meu caso, se ia ser necessário ou não, mas depois ele preferiu passar a profilaxia pra mim.

Entendemos que a opção “considerar” faz com que o médico utilize de critérios subjetivos, uma vez que deixa sob a custódia deste profissional, decidir se a medicação deve ser utilizada ou não. Contudo, nesta pesquisa, foi possível observar que não somente nos casos em que o cruzamento de dados indica que o profissional deve “considerar” a prescrição que são utilizados critérios subjetivos. Constatamos que, de uma maneira geral, aspectos subjetivos são considerados quando pensamos na prescrição da PEP. Ou seja, mesmo em casos em que a profilaxia não é recomendada, há situações em que o médico acaba prescrevendo a mesma.

Fatores como, desespero ou insistência do paciente e receio pela história contada pelo indivíduo foram citados como justificativa para a prescrição da PEP, mesmo quando não indicada.

P1- Esse assunto da prescrição aí realmente é um ponto que normalmente pode ser que dê divergência. Pois é, eu acho assim, quando uma pessoa procura você por conta de uma exposição ocasional, né, sexual, droga é porque ela sentiu medo daquilo acontecer. (...) E aí é difícil você dizer que a pessoa não vai tomar porque ela não se enquadra no grupo específico que aconteceu ou deixou de acontecer. “ah porque é profissional do sexo, usuário de droga venosa” enfim, e as pessoas muitas vezes não contam exatamente o que aconteceu. Falam “ah, que houve uma exposição com uma pessoa que eu não conheço” uma pessoa que eu não conheço mas é o que? Uma profissional do sexo, ou simplesmente uma pessoa comum que ela não conhece né. Às vezes ficam um pouco receosas de falar que foi uma relação homossexual, quando a pessoa não se assume assim. Então assim, é difícil você dizer que

aquilo foi de mais risco ou menos risco. É difícil você deixar de recomendar pra uma pessoa que te procurou pra isso, eu acho que é mais complicado. Então, claro que vai depender muito da maneira como ela se expôs. (...) Talvez você pode até orientar que aquilo ali a pessoa não precisa ficar tão preocupada assim, porque o risco é muito, muito pequeno ou quase nenhum.

P3 - Porque isso é uma questão muito pessoal. Você não vai ter uma resposta certa pra isso. Algumas pessoas, provavelmente você deve ter falado com outras pessoas, alguns consideram, outros não consideram. Isso é muito individual. É caso a caso, porque depende muito da situação. Você tem que analisar. No geral, a gente acaba indicando. Mas, a gente sempre avalia na hora, de acordo com o tipo de exposição que foi.

P5 - Fazemos uma análise do risco. Acaba virando uma rotina, você já sabe mais ou menos. O tipo de exposição, se você vai indicar ou não. (...) Por mais que tenha aquela tabela, às vezes a gente individualiza um pouco a consulta. (...) Eu acho que, se a pessoa veio procurar a PEP, ela tá preocupada porque ela se expôs, então, se ela veio, e tá afim de tomar, eu não vejo contra-indicação à isso. Claro que tem os efeitos colaterais, tem alteração renal, mas se ela veio e se ela quis vir, então é sinal que ela realmente tá preocupada. Eu, particularmente, levo isso em consideração. Se a pessoa veio, e a exposição não é tão grave, não indica a profilaxia, só considera, e a pessoa quer tomar, falo: "Oh, não tem indicação de tomar, mas se você quiser tomar, a gente oferece. Tem aqui disponível." Eu acho que é um alívio no peso da consciência da pessoa. Cientificamente não teria indicação, mas, dependendo do caso, eu recomendaria sim.

P9 - Mas a gente acaba decidindo com o paciente. Geralmente, os pacientes, quando chegam aqui, é porque eles querem que a gente faça alguma coisa. Eles estão ansiosos, geralmente, pela medicação. A gente também divide isso com o paciente. Muitas das vezes a gente acaba fazendo, pecando, por excesso de zelo. Então, a gente acaba fazendo, liberando, botando na balança o que é importante ou não e acaba fazendo a medicação. (...) Aí, a anamnese é levada em conta, o tipo de sexo, e a gente acaba dividindo com o paciente essa questão do considerar. Aí, vai de cada médico, de cada caso.

Outros estudos que buscaram analisar os critérios utilizados pelos profissionais de saúde ao prescreverem ou não a PEP vão ao encontro do posicionamento encontrado nesta pesquisa (LAPORTE et al., 2002; REY et al., 2008; FILGUEIRAS, 2015). Em trabalho realizado no Rio de Janeiro, foi possível constatar que o risco atribuído pelo profissional envolve uma questão de “incerteza”, que interfere em suas condutas mais do que os critérios epidemiológicos estabelecidos na recomendação técnica do MS (FILGUEIRAS, 2015). De acordo com um profissional:

Como eu não consigo ter certeza do risco, porque a gente não lida com certezas... Então assim se a pessoa..., você explica, mas eu não posso dar risco zero – “você não tem indicação, mas você tem direito de tomar”. O que acontece é o seguinte, como você não consegue dar risco zero você vive uma situação muito complicada (FILGUEIRAS, 2015, p. 53).

Dessa forma, podemos compreender que a PEP vem sendo ofertada mesmo em contextos de baixo risco, pensando nos critérios que subsidiam as recomendações do Ministério da Saúde, devido a fatores como incerteza sobre o risco, dúvidas sobre a história narrada pelo paciente, desejo/ansiedade daquele que procura a medicação. A maioria dos profissionais entrevistados disse que a não prescrição da profilaxia acontece em pouquíssimos casos, sendo um dos principais motivos o tempo de exposição (se ultrapassadas as 72 horas).

Um dos objetivos centrais de nossa investigação, era buscar compreender de que forma os profissionais de saúde apropriam-se do “poder” de prescrição da profilaxia. Ou seja, perceber se, os médicos, ao avaliarem o risco, utilizam valores pessoais e morais que inviabilizariam o acesso à medicação.

Do ponto de vista dos usuários entrevistados, a respeito dos serviços pesquisados, apenas um disse ter percebido resistência do profissional em prescrever a profilaxia. O mesmo afirmou que o parceiro é soropositivo e faz tratamento no serviço. Ao dizer que teve uma relação de risco no dia anterior, e uma outra há três meses atrás, o profissional teria dito que a PEP não devia ser prescrita, uma vez que o comportamento de risco vinha sendo repetido.

U2 – Se eu não tivesse insistido acho que não conseguiria. Porque eles viraram e falaram que não ia dar, aí tentaram no caso, me convencer que não era necessário. Aí eu fui e continuei pedindo. Mas no final mesmo ela concordou que era necessário, porque eu tinha feito um dia antes, então não tinha o por que. O argumento deles é porque eu já vinha tendo. Então eles, tipo assim, o critério era tipo assim, o que é pra ser será, você já vinha tendo. Todo mundo muito educado, mas o que percebi, foi assim... “o erro, você já tá fazendo o erro não é de agora, então porque agora você tá querendo se você já tava fazendo esse erro?”. Tudo de uma maneira muito educada, mas o que me passou foi isso. (...) Aí ela analisou, e achou que tava dentro do que poderia ser. Nisso ela foi pra ver a medicação, nisso já deu uma negativa falando que não poderia. Aí passou pra outra medica e depois passou pra coordenadora que também era médica e a coordenadora que fez a consulta comigo e prescreveu.

A fala deste usuário do serviço nos leva a refletir sobre o posicionamento do profissional médico. Como exposto no trecho acima, este indivíduo entendeu que a não prescrição inicial se deveu a um certo tipo de “julgamento” da médica em relação ao seu comportamento de risco, pelo fato do mesmo ter ocorrido outras vezes. A avaliação precisou ser feita também por outra profissional (coordenadora do serviço) para que a medicação fosse liberada.

Outros indivíduos também relataram posicionamentos de resistência de profissionais em prescrever a PEP em outros serviços de saúde da cidade.

U7 - Aconteceu com um amigo meu, que ele me falou que passou em 28 postos de atendimento até ele conseguir um lugar que atendesse ele. Ele falou que teve que chorar, esperar, reclamar e falar que era lei, era direito ele não tava pedindo. Ele tava pedindo ajuda. Ele falou que teve que gritar falando que o prazo dele tava acabando, era só de 72 horas. Ele foi abusado sexualmente. Pelo fato de ser homossexual as pessoas: “ah, foi por que quis” e sexo é consentido. Até que o médico veio e aí deu a receita pra ele pra ele conseguir pegar os medicamento. Mas assim, não era fácil conseguir entendeu? (...) Acompanhei outros 3 amigos. Um deles conseguiu num hospital maternidade. Os outros, os médicos não queriam dar falando que a gente tava tirando medicamento de uma grávida pra dar pra outra pessoa, o argumento foi esse, né. Mas o médico virou e falou assim, “oh, ele tá precisando tem grávida que não precisa. É fato. Tem medicamento que estraga, acabou a gente vai dá e acabou. Vai ser o meu CRM e ponto”. Ele foi lá, assinou e acabou.

Neste exemplo podemos observar claramente os julgamentos de valor utilizados por alguns profissionais ao se depararem com pessoas em busca da profilaxia. Existem médicos, portanto, que compreendem que alguns são “merecedores” da medicação – casos de acidente ocupacional e violência sexual – enquanto aqueles que fizeram sexo consentido sem o uso do preservativo não deveriam receber a PEP.

Embora os profissionais entrevistados nesta pesquisa não tenham dito negar a profilaxia para aqueles que se expuseram sexualmente de maneira desprotegida, ficou evidente um certo desconforto ao abordarem a questão do uso da camisinha. Algumas falas ilustram julgamentos dos profissionais a respeito da história relatada pelos usuários sobre os contextos de exposição, atribuindo aos mesmos, rótulos de “irresponsáveis” e “mentirosos”.

P4 - Na verdade, quando é acidente, a gente percebe que quando é acidente mesmo a pessoa tá mais calma. Eu já prestei atenção nisso: "A camisinha estourou mas eu sabia", o paciente até fala, "eu sei de todos os perigos, a gente não deixa de usar", eles dão até uma explicação maior. O paciente que fala que foi acidente, a gente percebe logo que não foi, é uma pessoa mais desesperada, tipo: "O que foi que eu fiz?", eu já notei isso. É tanto que, você vai puxando, se você conseguir puxar um pouco mais, acaba dizendo que já fez sem camisinha, como eu já peguei paciente que disse que era acidente, aí depois foi atendido, ficou esperando o resultado, eu chamei, fiquei conversando, a pessoa disse: "Não, não foi acidente. A gente usou a camisinha a primeira vez, na segunda vez a gente não utilizou". A pessoa tá com o companheiro que tem aids, sabe que se fizer sem camisinha vai pegar. E aí? Faz o que? A gente vê muito isso. Eu vejo a pessoa que sabia do perigo, e mesmo assim botou a cara à tapa, ela vem muito mais nervosa do que o paciente que foi acidente. (...) Eu acho que assim, eles são muito irresponsáveis. Tem muito paciente irresponsável que não quer saber.

P7 - Eles mentem a respeito disso, às vezes falam que usam mas não usam, também tem disso... muito. Aí chega lá “ah eu não usei não”, fala que estourou, então eles mentem, mas não to aqui pra julgar ninguém não. As pessoas ficaram falando. Tem até pouco tempo, um paciente que veio que era casado, e ele foi e traiu a esposa com outra mulher, aí a camisinha estourou. Ele veio pedir o atendimento, aí as meninas falaram “gente ele não traiu a mulher? Não tinha que fazer nada”. Aí eu falei, gente mas ele tem o direito como outra pessoa qualquer! Vai fazer o que? É um paciente como outro qualquer, agora se ele traiu a mulher é até outra história, mas as meninas

ficaram tudo doida, reclamaram pra caramba. “Traiu a mulher e ainda veio procurar atendimento?” Aí eu falei “que bom, pelo menos ta procurando atendimento pra não passar pra mulher né?” Pior são os outros que fazem e deixa ir, e pode contrair HIV e passam pra mulher. Tem algumas pessoas que nesses casos tem um certo preconceito ainda, que pensam dessa forma.

P9 - Acho que às vezes eles não querem falar que não usou preservativo. Acho que eles tem vergonha. Acho que o casal hétero, geralmente, os homens que eu pego, eles falam: "Paguei uma prostituta. Transei sem preservativo." Geralmente eles falam. Geralmente, o casal gay, acho que eles tem vergonha de falar que não usam o preservativo. Eles falam que furou: "É, porque furou o preservativo." Isso é bem comum, a gente ouve sempre. Mas, nos casais sorodiscordantes às vezes também acontece. "Você sabe que você é HIV e você não usou preservativo?" "Ah, usei, estourou." Isso é bem comum.

Nos trechos acima podemos observar uma lógica de julgamento, em que perpassam questões “confessionais”, onde os profissionais insistem em ouvir do próprio paciente (aqueles que não passam uma “verdade”) o relato de não uso do preservativo. Ou seja, apesar de afirmarem não negar a profilaxia por motivos pessoais e morais, parece fazer muita diferença para esses trabalhadores, saber se a exposição foi um acidente (rompimento do preservativo) ou não.

Tal constatação nos leva a refletir sobre o atendimento a estas pessoas. Mesmo tendo a profilaxia prescrita, o elo estabelecido entre paciente e profissional de saúde, a partir de uma lógica de desconfiança e confissão é positivo? Pudemos observar alguns profissionais avaliam que a exposição ao risco é fruto da prática irresponsável das pessoas, e acreditam que a intervenção modeladora do comportamento seria o suficiente. Sugerem uma intervenção baseada na transmissão de informações, como se a vivência da sexualidade dependesse apenas deste fator e da vontade do indivíduo, deixando de valorizar o contexto sociocultural e intersubjetivo em jogo (PAIVA, 2002). A fala desta profissional na pesquisa de Filgueiras (2015) ilustra essa questão:

O problema todo está na prática irresponsável, se a pessoa está se expondo muito ela tem muita chance de estar contaminada. As pessoas estão se expondo, elas continuam se expondo muito. Elas se expõem tanto que eu não sei onde é que isso vai parar. Então, tem que ter alguma mudança naquilo ali. Eu tento educar pra ver se a pessoa faz alguma mudança. Se você tem essa oportunidade de oferecer e colocar essa pessoa frente a um profissional de saúde que esteja interessado em passar informações, talvez você traga pra ele algum tipo de conscientização das práticas dele (FILGUEIRAS, 2015, p. 57).

Nos questionamos, portanto, se nestes encontros profissional-usuário, acontecem conversas baseadas na perspectiva apontada por Teixeira (2003), onde os sujeitos constroem uma relação dialógica e democrática, com enfoque no cuidado em saúde. Se esse diálogo é

pautado mais pelas necessidades do usuário do que no ensinamento e na prescrição de comportamentos que o profissional julga como pertinentes ao cuidado do paciente.

Ao serem indagados se acreditam existir diferenças éticas entre prescrever a PEP sexual e a PEP ocupacional, a maioria dos profissionais, a princípio, relatou não fazer diferenciações ou julgamentos de valor ao prescreverem a medicação para as pessoas que tiveram relações sexuais desprotegidas.

P6 - Da minha parte, não vejo nenhuma diferença. A pessoa se expôs. Tá correndo o mesmo risco. Não importa qual foi a fonte. Eu não quero que ela fique doente. Pra mim se ela foi isso por que ela transou sem camisinha, porque ela tava gostando de uma pessoa ou por que ela tava afim de fazer sexo selvagem no dia, pra mim pouco me importa. Ou se ela tava pegando uma lixeira e se espetou numa agulha que tava mal embalada. Não faz a menor diferença pra mim. Trato todos da mesma maneira e pra mim todos tem o direito de não ficarem doentes. Sem distinção pra mim. Eu nunca vi entre meus colegas. Nunca vi nenhum tipo de discriminação.

P7 - Acho que todo mundo tem direito, por que na verdade é um acidente né, acho que todos tem direito de se prevenir de receber a medicação. O Ministério dá, então por que não? Não sou eu quem vou julgar, acho que todo mundo tem o direito sim.

A palavra “direito” foi usada por alguns profissionais quando se referiram à prescrição da PEP, justificando que seus valores individuais não devem influenciar sua prática profissional, e que, portanto, os indivíduos devem ter acesso à medicação em casos de uma possível exposição ao HIV, independente da forma pela qual a mesma aconteceu. Apesar destes profissionais terem citado a questão do direito a ter acesso a essas tecnologias de prevenção (aqui pensando especificamente na PEP), sabemos que desde o surgimento da aids no início da década de 80, as drogas antiretrovirais so se tornaram disponíveis devido a fortes pressões realizadas pelo movimento social.

Em publicação recente da ABIA, Gavigan et al. (2015) falam sobre o momento em que as pessoas passaram a ter acesso à terapia antiretroviral. O uso da medicação deveria envolver o que estes autores chamaram de “pedagogia do tratamento”, ou seja, para que as pessoas soropositivas passassem a incorporar a ingestão dos antiretrovirais em suas vidas, elas deveriam entender os fatores que envolviam seu uso, como por exemplo os benefícios da medicação, sua ação, os efeitos colaterais. A Organização Mundial da Saúde também utiliza o conceito de pedagogia do tratamento, definido como ‘ter conhecimento adequado’ sobre o HIV e os medicamentos, entendendo que através do conhecimento adequado, os indivíduos possa tomar suas próprias decisões sobre o tratamento, tendo em vista uma adesão adequada ao tratamento, minimizando o efeito de informações falsas sobre as medicações.

Paralelamente a este termo, Gavigan et al. (2015) propõem o termo “pedagogia da prevenção”, fazendo referência à necessidade de disseminação de informação sobre a diversidade de métodos preventivos. É fundamental que a população conheça o leque de possibilidades preventivas, para que, de forma consciente e empoderada, possa praticar a prevenção. Segundo estes autores:

A prevenção mais dinâmica e customizada através de estratégias de prevenção e da incorporação das contribuições daqueles mais afetados pelo vírus promove o empoderamento e a luta pelos direitos humanos. (...) Empoderar as pessoas para que sejam seus próprios defensores permite que tenham voz e que comuniquem aos profissionais e gestores de saúde quando alguns aspectos dos cuidados (ou os cuidados como um todo) não estão funcionando corretamente (GAVIGAN et al., 2015, p. 6).

Contudo, o que pudemos observar com esta pesquisa é que a “pedagogia da prevenção” é algo que ainda não vem acontecendo de forma significativa, uma vez que muitas pessoas ainda desconhecem a PEP, não podendo acrescentar essa opção em seu leque preventivo. Como já discutimos anteriormente, a pouca divulgação do Ministério da Saúde sobre as novas tecnologias de prevenção, bem como a carência de discussões e capacitações para profissionais de saúde acerca dessa temática, são fatores que prejudicam o acesso da população à profilaxia.

A pouca discussão a respeito da PEP, pode acabar ocasionando, além de um desconhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre a profilaxia, e também compreensões errôneas sobre a medicação e até mesmo, compreensões que envolvem julgamentos morais individuais destes. Apesar de, inicialmente, os profissionais entrevistados nesse estudo terem dito não contar com a interferência de valores morais ao atenderem pessoas que se expuseram sexualmente, foi possível perceber que em alguns momentos eles se deparam com percepções subjetivas, e julgamentos aplicados por colegas de trabalho, como podemos observar nos relatos abaixo.

P8 - Na minha parte, atender um ao outro é indiferente. (...) Acho que já ouvi comentários. Acho que faz uma certa diferença, sim. Nem todo mundo é imparcial. Às vezes o serviço tá lotado, você tá cheio de paciente grave, e você tem que parar pra atender uma profilaxia de exposição sexual, que um cara resolveu fazer um programa, no dia anterior. Já ouvi comentários. Acho que tem. Mas eu acho que, não sei se isso é passado para o paciente.

P10 – Eu acho que alguns profissionais fazem uma distinção. Pode ser que isso tenha mudado. Porque as pessoas atendem, mudam de opinião, viveram uma situação, viveram alguém da família passou por uma situação semelhante e tudo pode acontecer. “Você não usa camisinha, a camisinha estourou, porque você não sabe usar ou você não usou?”. Tem graus, porque na hora você vai perguntar isso e

vai medir juízos de valor, entendeu? E aí até essa mais radical “como é que você tem coragem de transar com alguém que você sabe que é positivo?” Acho que ainda tem pessoas que pensam assim mesmo, acho que nós estamos em uma onda muito conservadora. Tudo o que a gente evoluiu houve um retrocesso. Tem que falar desse assunto. Então eu acho que o juízo de valor ainda é forte. O profissional de saúde tem juízo de valor.

P3 - Acho que os médicos fazem uma diferenciação sim. Mas, porque, assim, porque às vezes, por exemplo, você atende o paciente, caso de reincidência, entende? Então, acho que meio, uma coisa é você indicar uma terapia que é uma profilaxia pra um acidente. Agora, um acidente é o que nome diz, é um acidente. Uma coisa que aconteceu sem querer. Agora, você ter um acidente a cada dois meses, já não é mais um acidente. É um desleixo, é um descuido. Então, eu acho que por esse motivo a pessoa já fica naquela de... Você fica chateado, porque você dá a informação, você orienta e o paciente volta e não deixa de ter risco, você tá fazendo uma medicação, pode ter efeito colateral. Então, eu acho que tem um pouco de resistência nesse sentido, de você achar que: "Pô, eu to orientando o cara, e ele já tá aqui pela terceira, quarta vez". Que acontece, a gente já atendeu um paciente aqui que estava, tinha acabado de acabar uma PEP, foi até eu que atendi. Acho que tinha, talvez uma semana ou dez dias que ele tinha acabado e já tava de novo buscando uma PEP. Eu acho que tem uma tendência do próprio paciente de banalizar o evento em sim, já que você tem uma profilaxia depois. (...) Paciente não se previne, não usa camisinha, não tá preocupado. E ele sabe que no fim, ah, depois toma um remedinho, tá tudo tranquilo. As pessoas tem uma tendência à banalizar. Por isso que eu to te falando. Por isso que eu acho que, talvez, tenha um pouco de resistência da prescrição, diferente de quando é uma profilaxia ocupacional.

P5 - Acredito que não existe (resistência em prescrever a PEP em exposição sexual). Assim, pra falar a verdade, tem sim, uma certa... Você encara diferente. Bem, ou não, você tem estigma da pessoa que é homossexual, da pessoa que é hetero. To falando uma opinião minha... Mas se quer verdade mesmo, eu falo. Um paciente que atendi ontem, um cara de dois metros de altura, todo machão, teve uma relação anal receptiva. Bem ou não, você fica, isso tem uma implicação ética sim, você fica, meio atrás, você fala: "Nossa, hoje em dia tá disseminado..." Disseminado não, mas, assim, tá todo mundo pegando todo mundo e tá tudo certo. Mas, assim, não é uma forma de preconceito, mas, não vou mentir, fica sim um ponto ético à desejar. Tem um pouquinho... "Ah, vou prescrever e tal", mas você olha com outros olhos, principalmente quando tem mais de um, teve uma relação com todo mundo ali. É aquela velha história de não colocar os seus valores pra atender o paciente. Mas, eu não vou mentir, às vezes a gente coloca sim. Surge um ‘comentariozinho’ na sala de prescrição, uma risadinha, isso é verdade.

As falas acima demonstram a existência de julgamentos de valor no que diz respeito à forma de exposição que gerou o contexto de procura pela profilaxia. Tais relatos vão ao encontro de alguns estudos realizados em relação à PEP e os aspectos que envolvem sua prescrição. Na pesquisa de Hayter (2004), foi observado um alto grau de incerteza dos profissionais ao falarem sobre os benefícios da oferta da PEP não ocupacional. Além disso, foi possível perceber que quase 40% dos trabalhadores entrevistados acreditam existir diferenças éticas na prescrição por exposição sexual.

Filgueiras (2015) também encontrou achados que indicam certa resistência de profissionais médicos em atender pessoas que se expuseram sexualmente, e a presença de

padrões morais discriminatórios entre eles. Abaixo, podemos perceber tais julgamentos nas falas de dois médicos entrevistados pela autora.

Aí é que tá, o pessoal vai sempre chegar aqui e falar que a camisinha estourou. Depois de todos estes bloqueios, o cara vai sentar aqui nesta cadeira e vai falar ‘a gente estava transando sem camisinha’. Eu acho que o pessoal se defende também. Ele chega e já sente o naípe da galera, aí ele ajusta o discurso dele para levar um esporro menor. O objetivo dele é conseguir o remédio, se tiver que rezar um Pai Nosso, ele vai rezar, pede perdão, pega o remédio e vai embora” (FILGUEIRAS, 2015, p. 63).

Eu uma vez atendi aqui um rapaz muito jovem. Fazia um ano que estava formado em psicologia e ele trabalhava no programa de redução de danos. Um programa que eu também não gosto muito, mas também não é da minha conta. Pode parecer até preconceituosa a minha atitude, mas não é. Olha só o que acontece. São pessoas que não são muito bem preparadas para aquela situação. Ele era psicólogo, trabalhava com moças e rapazes de várias idades, usuários de drogas de várias natureza e que eles tentam assim oferecer materiais pra estas pessoas diminuírem o risco de se contaminarem com hepatite, com HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis oferecendo preservativos, seringas pra uso de drogas e várias situações. Mas aí olha o profissional que me procurou: ele era psicólogo, né? E ele teve um relacionamento com um paciente lá do grupo e após este relacionamento ele veio pra cá alegando que o preservativo tinha se rompido. Aí eu peguei e fiz o atendimento dele e no meio da conversa, embora eu ache que não deva externar minha opinião, mas às vezes você não consegue e eu disse pra ele assim: ‘olha só você me disse que é psicólogo, que tem um ano de formado, eu acho que você não está bem preparado pra trabalhar neste programa. (FILGUEIRAS, 2015, p. 97).

Tendo em vista a perspectiva do usuário do serviço de saúde, Filgueiras (2015) também observou certo desconforto de alguns entrevistados. Alguns relatos de sua pesquisa ilustram situações vivenciadas pelos indivíduos, nas quais estes sentiram-se julgados pelos profissionais de saúde, como relatado no trecho abaixo.

A primeira dificuldade foi encontrar a sala. A segunda dificuldade foi eu ficar completamente desconfortável da maneira como eu fui atendido. Tinha um médico que estava super ignorante. O que me atendeu foi super simpático, a gente conversou, ele tentou me acalmar falando tudo, mas esse outro... Primeiro eu passei na emergência, fiz meu cadastro e daí me mandaram subir aqui. Quando eu cheguei na sala tinham três médicos, eles estavam numa sala tipo uma reunião. Lá eles tomam café e tudo. Eles estavam conversando entre si e o outro médico, não o que me atendeu mas o outro médico e uma médica, eles estavam falando como se tudo fosse culpa das pessoas 'esse povo que não tem cuidado', não sei o que..., como se tivesse me destratando e eu me senti super desconfortável com isso (FILGUEIRAS, 2015, p.63).

5.4.2 Acompanhamento da PEP e seus efeitos colaterais

A adesão das pessoas no sentido de completar os 28 dias de uso dos antirretrovirais é essencial para a maior efetividade da profilaxia. Entretanto, pesquisas têm demonstrado que muitas pessoas não terminam o período de ingestão da medicação (DAY et al., 2006; REY et al. 2008; OLDENBURG, 2014; FORD et al., 2014).

Em pesquisa realizada por Day et al. (2006) foi possível constatar que apenas 53% das pessoas que tiveram a PEP prescrita terminaram a ingestão da medicação, 45% dos pacientes fizeram o acompanhamento de 3 meses, e somente 12% participou do acompanhamento até 6 meses. Os autores afirmam que embora a PEP tenha sido prescrita na grande maioria dos casos em que foi procurada, as taxas de conclusão do acompanhamento do tratamento precisa ser revista.

Em nosso estudo, também foi possível observar essa característica. Para ter acesso aos indivíduos que procuraram pela PEP, como citado anteriormente, a pesquisadora recorreu ao livro de registros dos serviços. Através desses registros, com os dados de retorno destes indivíduos para as consultas de acompanhamento, a mesma aguardaria no local para tentar uma possível entrevista.

Contudo, em muitos dos casos as pessoas não retornavam aos serviços para realizarem o devido acompanhamento. Pensamos em alguns fatores que podem ter levado esses indivíduos a não retornarem ao serviço. Dentre elas: 1 – não estabelecimento de um vínculo significativo com o serviço/profissional de saúde; 2 – tempo de acompanhamento extenso (6 meses); 3 – efeitos adversos da medicação.

Sobre a questão do vínculo com o serviço/profissional de saúde, já comentamos que a presença de valores morais e julgamentos durante a consulta médica podem fazer com que este indivíduo não se sinta acolhido e, portanto, não faça o tratamento da forma adequada ou não retorne ao serviço. Além de julgamentos durante o atendimento inicial, alguns profissionais entendem que o fato dos indivíduos não voltarem às consultas de retorno, está associado a um “desleixo” e falta de cuidado.

P3 - Você perguntou do retorno, eu falei que muitos pacientes não voltam, eles não voltam, porque são desleixados, eles banalizam, eles não voltam. E tem muito paciente que vem aqui, teoricamente eles inventam uma situação, porque eles querem fazer o anti-hiv.

No que diz respeito ao tempo de acompanhamento, antes estabelecido em 6 meses, a partir de uma publicação de 2015, o Ministério da Saúde propôs que o acompanhamento ocorra em 3 meses, o que poderia favorecer a adesão das pessoas à PEP até o final dos exames (BRASIL, 2015).

O terceiro fator, que está relacionado aos efeitos colaterais da medicação foi muito citado pelos entrevistados. Segundo o MS, as pessoas expostas que iniciam a PEP devem ser orientadas a procurar o serviço de saúde caso sintomas ou sinais clínicos apareçam, contudo, percebemos que há pessoas que desistem do tratamento devido a estes efeitos da medicação.

Segundo o BRASIL (2015), mais de 50% das pessoas que ingerem a profilaxia podem apresentar efeitos adversos. Os sintomas em geral são inespecíficos, e leves, como efeitos gastrointestinais, cefaleia, fadiga. Recomenda-se, portanto, a reavaliação da pessoa na primeira semana após a profilaxia, na tentativa de identificar esses possíveis efeitos e reforçar a necessidade de adesão para que a profilaxia seja ingerida até o final da quarta semana.

Na presença de intolerância medicamentosa, é importante que a pessoa exposta seja reavaliada para uma possível adequação do esquema terapêutico. Na maioria das vezes, não é necessária a interrupção da profilaxia, bastando a utilização de medicações sintomáticas, como antieméticos ou antidiarreicos. Nessa reavaliação, podem ser sugeridos esquemas alternativos na tentativa de manutenção da PEP durante os 28 dias. Também é recomendado que se investigue a presença de outros agravos e se existe uso de medicações concomitantes, para avaliação criteriosa dos esquemas prescritos visando possíveis adequações, caso necessário.

Em pesquisa realizada por Rey et al. (2008), num total de 437 pessoas que receberam a prescrição de PEP e retornaram para consulta no mês seguinte, 104 (23,8%) relatou ter sofrido efeitos colaterais relacionados com o tratamento. Foram citados sintomas como náuseas (10,8%), astenia (5,7%), diarreia (5,3%), e vômitos (3,4%).

Além dos efeitos físicos, também é frequente que surjam sintomas psíquicos e emocionais entre pessoas possivelmente expostas ao HIV, como ansiedade, medo, desespero, dificuldade de concentração, irritabilidade, entre outros. Em alguns casos podendo-se desenvolver quadros mais graves, como estresse pós-traumático. Por isso, é essencial que o profissional dê também um suporte emocional para essas pessoas (BRASIL, 2015).

A questão dos efeitos colaterais também apareceu nos relatos dos usuários da PEP, entrevistados neste estudo. Quase todos os indivíduos que já tinham iniciado a medicação ou terminado relatou ter sentido efeitos adversos da mesma.

U2 - Foi muito muito muito difícil, eu tive muito efeito, enjoo... Eu tomei, passou umas duas horas depois, eu já comecei, e depois que veio o enjoo. O enjoo não foi assim, vem e volta, foi constante, todos os dias, nenhum momento aliviado, até quando acabou o remédio, parou. Parou o remédio, passou um dia dois o enjoo foi embora, mas não teve um momento que “ah, tomei, tô normal”era sempre assim “tô passando mal”. Um enjoo muito muito muito ruim. Era tão forte, fazia ânsia de vômito e não queria comer nada. Eu cheguei a voltar e comentar do enjoo, mas perguntaram se o enjoo, se estava me impedindo de tomar o remédio, e eu falei que não. Tava tomando o remédio mesmo com o enjoo, aí eles não passaram mais nada. Falaram que no caso eles iam me passar só se tivesse impedindo de tomar.

U5 - Não vejo a hora de acabar. Por que enjoo é... tenho demais. Ah, não sei. Por que no começo meio quando deu umas tonturas também. E eu sou muito nervoso, então quando dava as tonturas eu ficava nervoso e ai piorava. Eu tive que procurar ficar calmo o máximo possível, mas foi complicado.

U8 - Tá meio difícil por que eu to sentindo muito enjoo e dor de cabeça. Às vezes fico tonto e... Tá sendo difícil.

U9 – O médico deixou claro que o medicamento é bem pesado. Dava enjoo, dor de cabeça, a boca fica com muita náusea. Assim, dá vontade de vomitar sempre. Às vezes fica tonto. É bem forte, e ele falou pra eu me alimentar bem, beber muita água, por que podia dar anemia. E eu senti tudo isso. Eu não sei se era no psicológico mesmo, mas eu senti tudo isso.

5.4.3 (Re)utilização da PEP e possíveis efeitos

Como citado anteriormente, um dos medos que envolvem a questão da PEP seria a possibilidade de sua utilização de modo indiscriminado. Alguns estudos internacionais realizados após a implementação da PEP sexual (MARTIN et al., 2004; SHOPTAW et al., 2008), concluíram que a maioria das pessoas que haviam usado a PEP, não aumentou seu comportamento de risco.

No Brasil, em pesquisa realizada por Schechter et al. (2004), com 200 HSH, na cidade do Rio de Janeiro, também foram encontrados achados semelhantes. De acordo com os autores em média, o comportamento sexual de alto risco das pessoas que participaram do estudo diminuiu ao longo do tempo.

Em nossa pesquisa, apesar de não ser um dos nossos objetivos principais, interrogamos aos usuários da profilaxia se ao terem conhecimento da mesma, poderiam aumentar seu comportamento de risco. Sobre essa questão, a grande maioria afirmou que o fato de ter esse conhecimento, não os fariam a deixar de lado o uso do preservativo.

U2 - De certa forma dá mais segurança, não sei se é certo ou errado, mas dá uma segurança a mais, uma alternativa a mais. Principalmente no meu caso que tem um relacionamento com uma pessoa que tem um resultado positivo. Mas não quero ficar sem usar o preservativo. Porque ainda tem o risco de mesmo com o remédio pegar, e o remédio foi muito muito muito ruim.

U4 - Eu acho que muda a perspectiva de que você tem uma nova opção né, e que se a camisinha rompe não é tipo, senta e esperar o resultado aparecer. É bom saber que você, tá sendo cuidado, que não é, que você não tá ao léu. Porque não faz sentido, sabe!?! (...) Até lá já é meio tarde. Então você ter um método de tratamento imediato é muito mais interessante. Acho que muda pra melhor, mas não vai me fazer deixar de usar camisinha.

U8 - Vai servir pra eu me prevenir muito mais do que eu me prevenia antes.

Sobre a reincidência no uso da PEP, apenas um dos entrevistados estava fazendo uso da medicação pela segunda vez. A grande maioria, apesar de afirmar que faria o uso da PEP novamente caso houvesse necessidade, disse que a experiência não foi algo agradável e que espera não usar de novo. O fato de sentir muitos efeitos colaterais e ter que voltar ao serviço de saúde por diversas vezes foi citado pelos participantes como pontos de tensão em relação à PEP.

U1 - Eu espero não usar, nunca mais. Mas sim. Caso aconteça.

U8 - se acontecesse de romper novamente ou ocorrer algum ato de risco eu usaria sim. Vai servir pra eu me prevenir muito mais do que eu me prevenia antes.

U7 - Usaria. Assim, é horrível. Fato. Mas se precisasse novamente eu usaria.

U5 - Olha, espero não usar né. Eu usaria por ser um método de prevenção a mais, né!?! Mas espero não usar mais. Nunca.

U2 - Eu acho que tomaria a PEP novamente. Eu acho que eu não vou passar... Não sei, mas por mim eu não passaria de novo por uma situação de risco. Mas se fosse o caso, se acontecer alguma coisa, eu tomaria de novo.

Além das questões associadas aos efeitos colaterais da PEP e os retornos ao serviço, percebemos a existência de sentimentos de culpa associados ao discurso dos entrevistados. Tais sentimentos podem ter relação com os efeitos adversos da medicação, e também com a forma pela qual esse indivíduo compreendeu o processo de ingestão da PEP.

Coelho (2013), em pesquisa sobre a profilaxia pós exposição, constatou que o processo de tomada de medicamentos e do aparecimento dos efeitos colaterais potencializam o medo e a culpa envolvidas no processo que envolve a PEP. Levantamos, portanto, questionamentos sobre as formas pelas quais os indivíduos que utilizam a medida entendem

este momento. Entendemos que sentimentos de empoderamento e de cuidado trariam efeitos mais positivos do que sentimentos de arrependimento e culpa.

Pensamos que seja de fundamental importância que os serviços e profissionais de saúde proporcionem a esses indivíduos, ambientes acolhedores e diálogos promotores de saúde, que rompam com a lógica de “educação bancária”, termo criado por Freire (1970), no qual os profissionais somente “depositariam” nos pacientes as informações em saúde, passando a existir momentos de troca e entendimentos, pensados na perspectiva da “educação libertadora”, promotora de direitos humanos e integralidade em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo de prevenção ao HIV/aids é algo amplamente discutido desde seu surgimento, na década de 80. Muitos foram os avanços desde essa época, como a descoberta do ‘sexo seguro’, a luta por solidariedade em relação às pessoas soropositivas, as descobertas dos medicamentos antiretrovirais e sua disponibilização, dentre outros fatores. O campo biomédico tem se apresentado como grande ator nesse cenário, seja em relação ao tratamento com o coquetel antiretroviral, seja através das novas tecnologias de prevenção já citadas nesta tese.

O tratamento contra o vírus, que antes era realizado com apenas uma medicação - o AZT - atualmente é realizado com mais de vinte antirretrovirais, combinados em esquemas terapêuticos. Surgiram medicações combinando mais de um antirretroviral, com menos efeitos adversos, possibilitando aos portadores do HIV e aids a ter uma qualidade de vida significativamente melhor.

Apesar de haver o discurso a favor das tecnologias biomédicas de prevenção como alternativas que venham a somar no chamado pacote de prevenção contra o HIV juntamente com os preservativos masculino e feminino, sabemos que existem discussões a esse respeito, as quais colocam em questão benefícios/malefícios que essas medidas poderiam trazer no campo da prevenção, como por exemplo a deseniibição a respeito da prevenção e abandono do uso do preservativo, também chamado por alguns autores de compensação de risco.

Para além dessa discussão, devemos pensar no efeito negativo que estas estratégias podem trazer se pensadas isoladamente, dando ênfase somente às questões biomédicas. A questão da medicalização da aids e do individualismo biomédico já foi questionada desde o surgimento e avanço dos antiretrovirais (Fee e Krieger, 1993). A discussão realizada por essas autoras na década de 90 parece fazer todo sentido novamente, pensando nos dias de hoje, uma vez que vivenciamos um quadro que indica uma remodelização da prevenção ao HIV.

Por entender a importância da PEP como uma estratégia de prevenção, que, somente através de muita pressão do movimento social, que entendeu que a medida não deveria ser restrita somente a situações que envolvessem acidente ocupacional e violência sexual, passou a ser incorporada também para exposições sexuais, entendemos ser relevante observar todo entorno que envolve sua utilização.

Portanto, ao longo deste estudo, procuramos entender a forma pela qual a Profilaxia Pós-Exposição vem sendo compreendida, recomendada e administrada como política pública de saúde no Brasil. Os dados e pesquisas sobre essa temática ainda são incipientes no contexto mundial. A realidade brasileira não se distancia dessa carência no que diz respeito a essas discussões.

A pouca divulgação de informações a respeito da profilaxia pelo Ministério da Saúde ficou evidente em nossas buscas. O fato de não termos no Brasil nenhuma campanha nacional do MS em relação à PEP deixa evidente além do despreparo dos profissionais de saúde para trabalharem com essa política pública, a falta de conhecimentos por parte da população sobre a medida.

Ao analisarmos o que chamamos de “itinerários preventivos” das pessoas em busca de prevenção contra o vírus HIV, entendemos que eles só acontecem em relação à PEP, a partir do momento em que o indivíduo possui informações a respeito da medida. Contudo foi possível observar que o conhecimento a respeito da profilaxia ainda é muito restrito. A maioria dos usuários/as entrevistados/as não tinham informações iniciais a respeito da PEP, e quando as obtiveram, não foi através de fontes do MS, mas sim através da internet, ou pessoas próximas.

A desinformação a respeito da profilaxia não é exclusividade das pessoas de uma forma geral, mas também de profissionais de saúde. Este é um dado que demonstra uma realidade preocupante em relação à oferta da PEP. O fato de existirem profissionais que desconhecem a profilaxia faz com que a política de saúde perca seu propósito, ou seja, inviabiliza o acesso dos indivíduos a essa estratégia de prevenção ao HIV. Podemos pensar aqui, na necessidade de inclusão das atualizações sobre a PEP em ações de educação permanente a serem propostas nos serviços de saúde, assim como a discussão dessa política no âmbito acadêmico.

Para além da desinformação, um outro fator, que também foi objeto de observação fundamental em nossa pesquisa, foi a respeito das atitudes em relação à PEP. Ao tentarmos compreender as concepções dos profissionais de saúde sobre a profilaxia e se tais concepções podem influenciar suas práticas no cotidiano de atendimento nos serviços de saúde, foi possível observar que rondam no imaginário de diversos profissionais avaliações de cunho moral e estigmatizante ao atenderem indivíduos que se expuseram sexualmente.

Apesar de não observarmos que, diretamente, os profissionais dos serviços pesquisados se neguem a oferecer a PEP sexual quando se deparam com indivíduos

solicitando a mesma, percebemos que diversos trabalhadores envolvem seus julgamentos e crenças no atendimento a estas pessoas. Julgamentos esses que culpabilizam o indivíduo por ter se envolvido em uma situação de risco, de forma “consentida”.

Utilizando-se de uma lógica confessional, na qual o indivíduo deve dizer a forma de exposição, alguns profissionais avaliam e caracterizam esses indivíduos como “irresponsáveis” e “inconsequentes”. Chegamos a encontrar relatos nos quais a profissional enfermeira julgava o indivíduo por ter se envolvido em uma relação extraconjugal. Outra situação na qual outra profissional atribuía culpa ao indivíduo que acabara de descobrir-se soropositivo ao procurar pela segunda vez a profilaxia.

Falas como essas evidenciam a necessidade de repensarmos em que contextos a política de prescrição da PEP vêm se desdobrando. Ou seja, para além de pensarmos se as estratégias biomédicas de prevenção são necessárias ou não, devemos pensar na forma pela qual elas são administradas, uma vez que tais medidas já são uma realidade.

Como discutido no início deste trabalho, a história da aids carrega um fardo de estigmatização e culpabilização daquele/a que possui o vírus, desde seu surgimento. O posicionamento moral da sociedade e o discurso normalizador da medicina traçaram dois perfis distintos para as pessoas soropositivas: aqueles que eram infectados através de transfusões sanguíneas eram considerados “vítimas inocentes”, enquanto aquelas pessoas que contraíram o vírus através de relações sexuais ou drogas injetáveis eram as “vítimas culpadas”, uma vez que se expuseram a comportamentos não aceitos pela sociedade (CAMARGO JR., 1995).

Parece haver uma ideia de julgamentos de valores por parte de profissionais de saúde, que delimitam aqueles indivíduos que “mereceriam” receber a PEP (pessoas que tiveram uma exposição ocupacional ao vírus, ou foram violentadas sexualmente), e os “não merecedores” (indivíduos que se expuseram sexualmente). Aqui ainda podemos pensar em uma outra forma de exposição, que ainda parece não ter nenhum contato com a PEP, que são usuários de drogas injetáveis. Tal público sequer foi mencionado pelos/as profissionais – e que acreditamos que também entrariam na classificação de “não merecedores” da profilaxia.

Podemos pensar na ideia de “encenações”, propostas por Mol (2005), a respeito das relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários da PEP. Ao entendermos que as pessoas que procuram pela profilaxia podem ser (ou são) vistas como possíveis ou futuras “vítimas culpadas” por terem tido possível contato com o vírus, os sentidos e configurações que perpassam essas “encenações” devem ser pensados por nós como algo a ser

problematizado, uma vez que elas parecem não ocorrer de maneira dialógica, com vista a promoção de saúde destes indivíduos.

Os itinerários dos indivíduos em busca da PEP, portanto, é algo que merece posição de destaque pensando neste contexto tão controverso. Apesar de ser uma política “pública” de saúde, devemos usar a palavra “pública” com inúmeras ressalvas, uma vez que esta política torna-se uma realidade completamente atravessada por diversas questões, desde falta de divulgação do MS sobre sua existência e disponibilidade, até os entraves encontrados pelas pessoas ao procurarem os serviços de saúde.

Ao se depararem com o momento de exposição, diversos foram os itinerários descritos pelas pessoas entrevistadas. Muitos desses relatos envolveram diversos percalços, como por exemplo ter a profilaxia negada anteriormente em outros serviços buscados, bem como a necessidade de deslocamento de cidade, uma vez que em sua cidade de origem alguns indivíduos disseram não possuir a profilaxia.

Quando pensamos em uma medicação que deve ser ingerida em um prazo estipulado de horas, este contexto deve ser considerado, uma vez que a necessidade de busca pela profilaxia em outra cidade pode inviabilizar seu uso. Além da contagem de horas, existe a questão financeira que pode impossibilitar tal deslocamento.

Ao compararmos o discurso dos profissionais de saúde com o das pessoas que procuraram pela PEP, observamos que sua administração como política pública de saúde é vista de forma positiva pelos seus usuários, como uma forma a mais de poderem se proteger contra o vírus HIV, enquanto para os profissionais, a mesma é pensada com ressalvas e perspectivas que, por vezes, vão ao encontro de uma visão de julgamento daquele que se expôs, que não fez uso do preservativo, avaliando este indivíduo de forma negativa e “menos merecedor” da profilaxia.

O grande número de indivíduos que não retornam ao serviço para fazerem o acompanhamento do tratamento, como podemos observar, pode ser reflexo de uma falta de estabelecimento de um vínculo positivo entre profissional de saúde com a pessoa que se expôs. A falta de treinamento dos profissionais de saúde para a administração da PEP e a divulgação do MS de um protocolo absolutamente técnico, podem ser fatores que contribuem para que a profilaxia seja ofertada de maneira desigual e rodeada de julgamentos de valor. Filgueiras (2015) chama atenção para esses fatores após pesquisa realizada em um serviço da rede pública da cidade do Rio de Janeiro. De acordo com a autora:

Podemos supor que a barreira referente ao desconhecimento sobre a indicação da profilaxia para os casos de exposição sexual ao HIV se deva ao fato de sua implantação no SUS ainda ser incipiente, por dificuldades de gestão de várias ordens. Entretanto, chamo atenção sobre a natureza das demais barreiras apontadas pelos entrevistados, que se referem a aspectos subjetivos de profissionais e usuários; ou melhor, referem-se à intersubjetividade gerada na relação de ambos - um que condena o ato do outro e o outro que se sente envergonhado por seu ato. (FILGUEIRAS, 2015, p. 105).

Não podemos negar o grande avanço que estamos presenciando no que diz respeito às novas tecnologias de prevenção, contudo, elas não devem ser pensadas como “pílulas mágicas” para o fim da aids. É fundamental que coloquemos essas alternativas em debate com todos os atores que envolvem a luta contra a doença. Como pondera Parker (2015), “são as respostas sociais e políticas, incluindo a perspectiva comunitária, que devem orientar as respostas biomédicas” (p. 01), para que de fato elas tenham eficácia.

A adoção efetiva das estratégias de prevenção também depende do acesso de indivíduos e comunidades a informações sobre os métodos disponíveis, além da conscientização sobre aquelas que são potencialmente mais eficazes pensando em suas situações específicas e do empoderamento para tomar decisões frente às as opções de prevenção que fazem mais sentido para suas vidas (GAVIGAN et al. , 2015). Ou seja, os indivíduos e comunidades devem ser capazes de apropriar-se desse aparato preventivo, considerando seus contextos particulares e situações de vulnerabilidade.

Tal sensibilização deve envolver todos os atores sociais que transitam neste contexto, como indivíduos e comunidades mais afetadas, pessoas do movimento social, profissionais de saúde, gestores. Como afirmam Ferraz e Paiva (2015):

Aproximar os conhecimentos científicos da vida cotidiana para produzir práticas preventivas factíveis de serem adotadas pelas pessoas depende do diálogo e, neste sentido, a ação dos serviços e programas será central para assegurar o direito à informação correta, além de favorecer o acesso aos diferentes insumos e à atenção de qualidade, sem perder de vista seu papel na transformação do contexto social em que as práticas sexuais se inserem. (...) Os impasses sócio-políticos produzidos pela defesa de um tecnicismo que despreza o debate sobre direitos, a sexualidade e a participação como a espinha dorsal dos programas de AIDS no Brasil devem ser superados. (p. 100)

Precisamos romper com este contexto complexo e controvertido, que por conter ainda influências de estigmas e discriminação, impedem o acesso dos indivíduos à prevenção. Permitir que as milhares de pessoas em risco de infecção pelo HIV assumam o controle de todo o leque de opções de prevenção disponíveis, deve fazer parte da agenda de ações contra a aids, incorporando a pedagogia da prevenção (GAVIGAN et al., 2015) como estratégia

fundamental. Ou seja, é essencial que estes indivíduos apropriem-se dessas alternativas e que não sejam passivos destinatários de tais políticas, mas sujeitos empoderados sobre sua saúde.

Sugerimos também que sejam realizadas pesquisas nessa área, que se proponham a investigar o entorno que envolve o acesso das pessoas ao pacote preventivo, uma vez que foram encontradas poucas referências de trabalhos que se debruçaram nestas questões. Tais pesquisas dão suporte essencial para discussões acerca da luta contra a aids.

É importante lembrarmos constantemente que a epidemia do HIV não foi construída somente de fatores científicos, mas também de ideologias e valores, que, por vezes foram incorporados de maneira discriminatória e estigmatizante. Como afirmam Grotz e Parker (2015), devemos lutar não somente contra o vírus biológico, mas também com o vírus ideológico, tão perigoso quanto o primeiro.

Consideramos que apesar de apresentar-se como uma alternativa importante, que pode ajudar a diminuir o número de infecções pelo HIV, a PEP ainda necessita de diversas modificações para se tornar uma política efetiva de saúde pública. Dentre os fatores que colocamos em destaque foram a disseminação de informações a respeito da medida, capacitação (para além de protocolos técnicos) com profissionais de saúde para atenderem tal demanda, além de discussões frequentes que envolvam aspectos subjetivos e conjecturais a respeito da prevenção.

Como enfatizava Herbert Daniel, desde a década de 80, os princípios da solidariedade, do acolhimento e da inclusão devem ser as bases para pensar em respostas à epidemia, que, ancoradas no paradigma dos direitos humanos, incorporem a participação da sociedade civil na construção das políticas de prevenção do HIV e da aids. Introduzir as tecnologias biomédicas de prevenção como “pilulas mágicas” para o fim da aids, sem que sejam entendidos os diversos contextos que envolvem a transmissão do vírus, trata-se de uma grande armadilha a ser evitada.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASIL. *Brasil passa mais tempo na internet do que vendo TV*. EBC. 2014. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/201412/brasileiro-passa-mais-tempo-na-internet-que-vendo-tv>>. Acessado em: 10 de dezembro de 2014.
- ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. et al. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- ANGROSINO, M. *Etnografia e observação participante*. Tradução José Fonseca. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- AYRES, J. R. C. M. *Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas: HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes*. São Paulo, SP: Casa da Edição, 1996. p. 5-6.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo, SP: Hucitec, 2006. p. 375-417
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, PT: Edições 70, 1979.
- BELOQUI, J.; SEFFNER, F.; TERTO JÚNIOR, V. Pontos de tensão e tesão: limites e possibilidades para a inovação da prevenção na quarta década da epidemia de HIV/AIDS. In: PAIVA, Vera; FRANÇA JUNIOR, Ivan; KALICHMAN, Artur O. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: planejar, fazer, avaliar*. Livro IV. Curitiba, PR, Juruá, 2013. p. 105-135.
- BENTZ L. et al. Evaluating counseling outcome on adherence to prophylaxis and follow-up after sexual HIV-risk exposure: a randomized controlled trial. *AIDS Care*. v.22, n.12, 1509-1516, 2010.
- BERG B. L. *Qualitative research methods for the social sciences*. - 4 th ed. Boston, EUA: Allyn and Bacon, 2001. Disponível em: <https://mthoyibi.files.wordpress.com/2011/05/qualitative-research-methods-for-the-social-sciences__bruce-l-berg-2001.pdf>. Acesso em: 4 mar 2016.
- BOUMARD, P. *O lugar da etnografia nas epistemologias construtivistas*. Disponível em: <<http://www2.ccb/psicologia/revista/textolvn22.htm>>. Acesso em: 30 de nov. 2006.
- BRAITSTEIN, P. et al. Prescribing practices in a population-based HIV postexposure prophylaxis program. *AIDS*, v.16, p.1067-70, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) Manual*. Brasília, DF, 1999.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV*. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Boletim Epidemiológico AIDS E DST. Brasília: Ministério da Saúde, ano VIII – n. 01, 27^a a 52^a semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2010 e 1^a a 26^a semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP)*. Brasília,DF: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2011. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2009/40352/pcap_2008_f_pdf_13227.pdf>. Acesso em: 30 mar 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Recomendações de terapia antirretroviral para adultos vivendo com HIV/AIDS no Brasil: versão preliminar*. 2012. Disponível em: <<http://www.emtct-iatt.org/wp-content/uploads/2013/05/Brazil-HIV-AIDS-guidelines-for-adults-living-with-HIV-Portuguese-version-2012.pdf>>. Acesso em: 13 abr 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV - 2008*. Suplemento III - Tratamento e prevenção. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.aids.df.gov.br/sites/400/446/00000066.pdf>>. Acessado em: 12 abr 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV*. Suplemento III - Tratamento e Prevenção. Brasília, DF, Outubro de 2010.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.16, n.11, nov. 2011.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. Entrevista. *Boletim ABIA*, v.58, 2012.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. A construção da AIDS In: CZERESNIA, D. (Org.) et al. *Aids: ética, medicina e biotecnologia*. Rio de Janeiro, RJ: Hucitec Abrasco, 1995.

CASTIEL, L. D.; GUILAN, M. C. R.; FERREIRA, M. S. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2010. (Coleção Temas em Saúde)

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC). Management of possible sexual, injecting-drug-use, or other nonoccupational exposure to HIV, including considerations related to antiretroviral therapy Public Health Service Statement. *Recommendations and Reports*, v.47, n. RR17, p.1-14, 1998. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00054952.htm>>. Acesso em: 27 mar 2016.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: Recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR Recommendation Report*, v.54, n.RR-2, p.1-19, 2005.

COHEN, S. E.; LIU, A. Y.; BERNSTEIN, K. T.; PHILIP, S. Preparing for HIV PreExposure Prophylaxis: Lessons Learned from Post-Exposure Prophylaxis. *Am J Prev Med*. V.44, n. 1S2, p.S80-S85, 2013.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET (CGLBR). *Pesquisa TIC domicílios 2013: pesquisa sobre o uso de tecnologias e informação e comunicação no Brasil*. 2014. Disponível em: <<http://www.cetic.br/pesquisa/domicilios/indicadores>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

CONDE, M. C. F. *O movimento homossexual brasileiro, sua trajetória e seu papel na ampliação do exercício da cidadania*. 2014. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Faculdade de Ciência Humanas e Filosofia, Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, 2004. Disponível em: <<http://www.fchf.ufg.br/pos-sociologia/dissert/Michele.pdf>>. Acesso em: 27 de outubro de 2014.

DAY, S. et al. Post-exposure HIV prophylaxis following sexual exposure: a retrospective audit against recent draft BASHH guidance. *Sex Transm Infect.* v.82, p.236–7, 2006.

DE LUIZ, G. M. *A gestão dos riscos no cenário da aids: um estudo sobre as estratégias adotadas por homens que fazem sexo com homens em parceria casual*. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo 2011. Disponível em: <http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca_crt/gestao_riscos.pdf>. Acesso em 21 out 2015.

DILLEY, N. M.; COKER, R. J. Are advances in treatment changing views about high risk sex. *N Engl J Med.* v.7, n.337, p. 501–502, 1997.

DOS SANTOS, R. C., e SILVA, M. S. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *Saúde Soc.* v. 23, n.3, p. 1049-1063, 2014.

FERRAZ, Dulce; PAIVA, Vera. Sex, human rights and AIDS: an analysis of new technologies for HIV prevention in the Brazilian context. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 18, supl. 1, p. 89-103, Sept. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000500089&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Apr. 2016.

FERREIRA, D. C. *O itinerário terapêutico de pessoas convivendo com HIV*. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Juiz de Fora, 2011.

FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cad. Saúde Pública.*, v.15, supl. 2, p.121-131, 1999.

FONSECA, C. Quando cada caso não é um caso: pesquisa etnográfica e educação. *Rev. Bras. Educ.*, n. 10, p. 58-78, 1999.

FORD, N. et al. *Adherence to HIV postexposure prophylaxis: a systematic review and meta-analysis*. *AIDS*, v.28, n. 18, p. 2721-7, 2014.

FRANCE. Circulaire 98/228. *Circulaire N° DGS/DH/DRT/DSS/98/228 du 9 avril 1998 relative aux de mise en oeuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH*. Paris: French Ministry of Employment and Solidarity. 1998. Disponível em: <http://www.sideralsante.fr/repository/pdfs/123_circulaire_dgs_dh_drt_dss_n98_22.pdf>. Acesso em: 31 mar 2016.

FRANCE. *Circulaire n° 2003/165. DGS/DHOS/DRT/DSS. Circulaire n° 2003/165 of April, 2th 2003 relating to the recommendations of implementation of a antiretroviral treatment after exposure to the risk of transmission of HIV [in French]. 2003. Disponível em: <<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-23/a0231611.htm>>. Acesso em: 31 mar 2016.*

FRANCE. *Circulaire DGS/DH/ DRT/DSS n898/228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en úuvre d'un traitement antiretroviral apres exposition au risque de transmission du VIH. Paris: Ministere de l'Emploi et de la Solidarite; 1998.*

FREIRE, P. Educação "bancária" e educação libertadora. In: _____. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 1970.

FREITAS, Miriam. *Brasil fechou 2014 como o país com mais acesso à internet*. 2015. Disponível em: <<http://www.taghos.com.br/brasil-fechou-2014-como-o-4o-pais-commais-ace-sso-a-internet/>>. Acesso em: 10 jan 2015.

GAVIGAN, K. et al. *Pedagogia da Prevenção: reinventando a prevenção do HIV no século XXI*. Observatório Global / Observatório Nacional de Políticas de AIDS Perspectiva Política. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2015.

GOLUB, S. A. et al. Determinants of high-risk sexual behavior during post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection. *AIDS and Behavior*, v.12, p.852-859, 2008.

GOMES, A. M. T.; SILVA, E. M. P.; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. *Rev Latino Am Enferm.*, v. 19, n.3, p. 1-8, 2011.

GOMES, Carla de Castro. *Reunião sobre Profilaxia Pós-Exposição Sexual ao HIV* Rio de Janeiro, RJ: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), 2011. Disponível em: <http://www.abiaids.org.br/_img/media/Relatoria%20profilaxia.pdf>. Acesso em: 3 mar 2016.

GRANGEIRO, A.; SILVA, L. L.; TEIXEIRA, P. R. Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. *Rev Panam Salud Publica*; v.26, n. 1, p.87-94, 2009.

GROTZ, F. e PARKER, R. "O retorno do vírus ideológico". *Boletim ABIA*, n.60, p.19-21, 2015.

HAYTER M. Knowledge and attitudes of nurses working in sexual health clinics in the United Kingdom toward post-sexual exposure prophylaxis for HIV infection. *Public Health Nurs*, v.21, n.1, p.66-72, 2004.

HERIDA, M. et al. Cost-effectiveness of HIV post-exposure prophylaxis in France. *AIDS*, v. 20, n.13, p.1753-61, 2006.

HSIEH H.; SHANNON S. E. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative health research*, v.15, n. 9, p. 1277-88, 2005.

IBGE. *Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios. PNAD. 2013*. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2013/Sintese_Indicadores/sintese_pnad2013.pdf>. Acessado em: dez/14.

KAHN J. O. et al. Feasibility of postexposure prophylaxis (PEP) against human immunodeficiency virus infection after sexual or injection drug use exposure: the San Francisco PEP Study. *J Infect Dis.*, v. 183, p.707–714, 2001.

KELLY, J. A. et al. Psychological interventions to prevent HIV infection are urgently needed: new priorities for behavioural research in the second decade of AIDS. *Am Psychology*, v.48, p.1023–1034, 1993.

KORNER, H.; HENDRY, O.; KIPPAX, S. It's not just condoms: Social contexts of unsafe sex in gay men's narratives of post-exposure prophylaxis for HIV. *Health Risk Soc.*, v.7, n. 1, p. 47-62, 2005.

LAPORTE, A. et al. Post-exposure prophylaxis after non-occupational HIV exposure: impact of recommendations on physicians' experiences and attitudes. *Aids*, v.16, n.3, p.397-405, 2002.

LATOURE, B. *Ciência em Ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo, SP: Editora UNESP, 2000.

LEIBOWITZ A. A.; PARKER K. B.; ROTHERAM-BORUS M. J. A US Policy Perspective on Oral Preexposure Prophylaxis for HIV. *Am J Public Health*, v. 101, p.982–985, 2011.

LEININGER, M. *Qualitative research methods in nursing*. Orlando, EUA: Grune & Stratton, 1985.

LIU A. Y. et al. Limited knowledge and use of HIV post- and pre-exposure prophylaxis among gay and bisexual men. *J Acquir Immune Defic Syndr.* v.47, p.241-7, 2008.

LOFLAND, J. Analytic ethnography: Features, failings, and futures. *J Contemp Ethnogr*; v.24, n.1, p.30-67, 1996.

LURIE, P. et al. Post-exposure prophylaxis after nonoccupational HIV exposure: Clinical, ethical and policy considerations. *JAMA*, v.28, n.20, p. 1769–1773.

MACK N. et al. *Qualitative Research Methods: a data collector's field guide*. North Carolina, USA: Family Health International, 2005. Disponível em: <<http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Qualitative%20Research%20Methods%20-%20A%20Data%20Collector's%20Field%20Guide.pdf>> . Acesso em 30 out 2015.

MAKSUD, Ivã. *O discurso da prevenção da AIDS frente às lógicas sexuais de casais sorodiscordantes: sobre normas e práticas*. *Physis [online]*, v.19, n.2, p.349-369, 2009.

MALINOWSKI, B. *Uma teoria científica da cultura*. São Paulo: Zahar, 1975.

MALISKA, I. C. A.; PADILHA, M. I. C. de S. AIDS: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. *Rev. Eletrônica Enferm.*, v.9, n.3, p.687-698, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a09.htm>>. Acesso em 13 set 2015.

MARCUS, A. C.; SIEGEL, J. M. Sex differences in the use of physician services: a preliminary test of the fixed role hypothesis. *J Health Soc Behav*; 23(Sept):186–197, 1982.

MARTIN, J. N. et al. Use of postexposure prophylaxis against HIV infection following sexual exposure does not lead to increases in high-risk behaviour. *AIDS*, v.18, p.787–792, 2004.

MASSÉ, R. *Culture et santé publique: les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur; 1995.

MECHANIC, D.; VOLKART, E. H. Stress, illness behavior, and the sick role. *Am. Sociol. Rev.*, v.26, p.86-94, 1960.

MEHTA et al. Awareness of post-exposure HIV prophylaxis in high-risk men who have sex with men in New York City. *Sex Transm Infect*, v.87, p.344-348, 2011.

MINAS B., et al. Improved awareness and appropriate use of non-occupational post-exposure prophylaxis (nPEP) for HIV prevention following a multi-modal communication strategy. *BMC Public Health*, v.12, p.906, 2012.

MINAYO, M. C.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad.Saúde Pública*, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MOL A. *The body multiple: ontology in medical practice*. London: Duke University Press, 2005.

MONTEIRO, S. S. et al. Discursos sobre sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): diálogos possíveis entre profissionais e usuários. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.19, n.1, p. 137-146, 2014.

MYERS G. M.; MAYER K. H. Oral preexposure anti-HIV prophylaxis for highrisk U.S. populations: current considerations in light of new findings. *AIDS Patient Care STDS*, v.25,p. 63–71, 2011.

NIELSEN IBOPE. *Classe C consome mais internet em domicílios do que classes A e B*. 2014. Disponível em: <<http://www.nielsen.com/br/pt/insights/news/2014/Classe-Cconsome-mais-internet-em-domicilios-do-que-classes-A-e-B.html>>. Acesso em: 3 jun 2015.

NUNES, L. M. S. *A percepção de soropositivos a partir de 50 anos de idade sobre sua condição de portadores do vírus HIV/AIDS e a assistência que recebem em uma policlínica do SUS*. 2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado de Minas Gerais, Divinópolis-MG, 2008.

OLDENBURG, C. E. et al. Adherence to post-exposure prophylaxis for non-forcible sexual exposure to HIV: a systematic review and meta-analysis. *AIDS and behavior*; v.18, n.2, p.217-25, 2014.

OLIVEIRA NETO, A. *Internet e HIV/AIDS: o poder da informação e da desinformação*. Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde. 2015.

PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface Comun. Saúde Educ.*, v. 6, n. 11, p. 25-38, 2002.

PAIVA, V. et al. *Uso de preservativos: Pesquisa Nacional MS /IBOPE, Brasil*. 2003. Disponível em: <http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/wp-content/uploads/2010/04/artigo_preservativo.pdf>. Acessado em: em 02 junho 2012.

PARKER R, ed. *Solidariedade: a ABIA na virada do milênio*. Rio de Janeiro: ABIA; 2001.

PARKER, R. Consequências não intencionais: a avaliação do impacto do HIV e SIDA em pesquisa sobre sexualidade e debates políticos. *Cad. Saúde Pública*. v. 25, supl. 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 jun 2015.

PARKER, Richard. *O fim da AIDS?*, 2015. Disponível em: <<http://abiaids.org.br/o-fim-da-aids/28618>>. Acesso em: 5 jul 2015.

PINHEIRO, T. F.; CALAZANS, G. J. e AYRES, J. R. C. M. *Uso de Camisinha no Brasil: um olhar sobre a produção acadêmica acerca da prevenção de HIV/Aids (2007-2011) / Condom use in Brazil: an overview of the academic production on HIV/AIDS prevention (2007-2011) / Uso de preservativo en Brasil: una mirada a la producción académica sobre la prevención de VIH/SIDA (2007-2011)*. Temas psicol. (Online); 21(2): 815-836, dez. 2013. ilus, tab.

PINHO, P. A. *Itinerários terapêuticos em construção: AIDS, biomedicina e religião*. 2010 164f.. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.

PINKERTON S. D. et al. Cost-effectiveness of post exposure prophylaxis after sexual or injection-drug exposure to human immunodeficiency virus. *Arch Intern Med.*, v.164, p.46-54, 2004.

POYNTEN, I. M.; JIN F.; MAO, L. et al. Nonoccupational postexposure prophylaxis, subsequent risk behaviour and HIV incidence in a cohort of Australian homosexual men. *AIDS*, v. 23, n.9, p.1119-26, 2009.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS) *Chegando a zero: estratégia do UNAIDS/ONUSIDA 2011-2015* Brasília, DF: UNAIDS/ONUSIDA Brasil, 2010. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_pt.pdf>. Acesso em: 5 set 2015.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS). *Joint Strategic Action Framework to Accelerate the Scale-Up of Voluntary Medical Male Circumcision for HIV Prevention in Eastern and Southern Africa*. Brasília, DF:

UNAIDS/ONUSIDA Brasil, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/strategic_action2012_2016/en/index.html>. Acesso em: 5 set 2015.

REIS, R. K. e GIR, E. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e a prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v.43, n.3, p.662-669, 2009.

REY D. et al. Physicians and patients' adherence to antiretroviral prophylaxis after sexual exposure to HIV: results from South-Eastern France. *AIDS Care*, v.20, n.5, p.537– 41, 2008.

RIBEIRO, C. G.; COUTINHO, M. P. L. e SALDANHA, A. A. W. Estudo das representações sociais sobre a aids por profissionais de saúde que atuam no contexto da soropositividade para o HIV. *Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 16(4), 14-18, 2004.

RIBEIRO, C. G. Concepção da aids: o que pensam os profissionais e os pacientes? Concepção da aids. *DST – J bras Doenças Sex. Transm.*, v.18, n.3, p.185-189, 2006.

RICHENS, J.; EDWARDS, S. G.; SADIQ, S. T. Can the promotion of post-exposure prophylaxis following sexual exposure to HIV (PEPSE) cause harm? *Sexually Transmitted Infections*, v.81, p.190–191, 2005.

RODRIGUES, MEC. *Escolha, acaso ou descaso? Itinerário terapêutico de pacientes que abandonaram o tratamento para o HIV/AIDS*. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde da Comunidade - Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2013

ROLAND et al. A Randomized Noninferiority Trial of Standard Versus Enhanced Risk Reduction and Adherence Counseling for Individuals Receiving Post-Exposure Prophylaxis Following Sexual Exposures to HIV. *Clin Infect Dis.*, v.53, n.1, p.76-83, 2011.

SANDELOWSKI, M. Theory unmasked: the uses and guises of theory in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, v.16, p.213–218, 1993.

SCHECHTER, M. et al. Behavioral impact, acceptability, and HIV incidence among homosexual men with access to postexposure chemoprophylaxis for HIV. *J Acquired Immune Defic Synd* v.35, p.519–525, 2004.

SHOPTAW S. et al. Non-occupational post exposure prophylaxis as a biobehavioral HIV-prevention intervention. *AIDS Care* v.20, n.3: 376–381, 2008.

TEIXEIRA, R. R. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *A Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, p. 89-111, 2003.

TRAVASSOS C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Pública*, v.11, n.5-6, p.365-73, 2002.

U.S. GENERAL ACCOUNTING OFFICE. *Content Analysis: a methodology for structuring and analyzing written material*. Washington, DC: GAO/PEMD, 1996.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*. Geneva: World Health Organization, 2011.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C. e SOARES, S. M. *Curso de especialização em atenção básica em saúde da família*. Unidade Didática I. Organização do processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG - Nescon UFMG, 2008.

VERBRUGGE, L. M. The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *J Health Soc Behav*, v.30, n.3, p.282–304, 1989.

VIVES, N. et al. Demanda y prescripción de la profilaxis postexposición no ocupacional al VIH en España (2001-2005). *Enferm Infecc Microbiol Clin*, v.26, n. 9, p.546-51, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *A guide to indicators for male circumcision programmes in the formal health care system*. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/hiv_mc_me.pdf>. Acesso em: 2 out 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach*. Ginebra, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf>. Acesso em: 30 set 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Framework for Clinical Evaluation of Devices for Male Circumcision*. 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/framework/en/index.html>>. Acesso em: 4 ago 2015.

ANEXO A – Roteiro de entrevista com profissionais do serviço de saúde**Roteiro de entrevista com profissionais do serviço de saúde**

Nome:

Idade:

Sexo:

Cidade onde reside:

Formação:

Estado civil:

Identidade sexual:

Bairro onde reside:

Renda familiar:

1 – Quando você começou a trabalhar neste serviço? O que levou você a trabalhar aqui?

2 – Quais são as principais dificuldades que você encontra em seu trabalho?

3 – Você desenvolve ações preventivas ao HIV? De que forma? Quais são as principais dificuldades que você encontra nestas ações?

4 - Você tem conhecimento sobre novas tecnologias de prevenção ao HIV? Você acha que elas podem ajudar a diminuir a infecção pelo vírus?

5 – Na sua opinião, quais seriam pontos positivos e negativos em relação à oferta da PEP?

6 – Quando você recebeu informações a respeito da Profilaxia Pós-exposição ao HIV? Como foi este momento? Você passou por algum tipo de capacitação?

7 – Em que casos a PEP seria recomendada?

8 – Em que casos a PEP não seria recomendada?

9 – Na sua opinião, há diferenças éticas em oferecer a PEP para pessoas que sofreram violência sexual ou profissionais de saúde que sofreram acidentes ocupacionais, e para pessoas que não usaram preservativo ou usuários/as de drogas injetáveis?

ANEXO B – Roteiro de entrevista com usuários/as do serviço de saúde**Roteiro de entrevista com usuários/as do serviço de saúde**

Nome:

Idade:

Sexo:

Cidade onde reside:

Nível de escolaridade:

Estado civil:

Identidade sexual:

Bairro onde reside:

Renda familiar:

1 – Como você teve conhecimento sobre Profilaxia Pós-exposição?

2 – O que fez você procurar pela Profilaxia Pós-exposição?

3 – O que fez você procurar este serviço, especificamente?

4 - Você poderia descrever o que você faz para se prevenir do HIV?

5 - O que você acha que impede as pessoas a se prevenirem contra o HIV?

6 – Você considera a oferta da PEP como uma alternativa positiva ou negativa? Por que?

7 – Você poderia descrever o caminho percorrido por você desde a relação sexual de risco que a faz procurar a medicação, até este momento?

8 – Como foi a relação estabelecida entre você e cada profissional de saúde que lhe atendeu?

9 – Seu contato com este serviço acrescentou-lhe informações as quais você não tinha conhecimento? Quais?

10 – Você concordou com a avaliação do/a médico/a sobre a prescrição ou não da profilaxia?

11 - Caso a profilaxia tenha sido prescrita: Como foi pra você o período de ingestão da medicação?

12 – Você usaria a Profilaxia Pós-exposição novamente?

13 – A oferta da PEP modifica de alguma forma a vivência de sua sexualidade? Por que?

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “Profilaxia Pós-Exposição e sua implementação”, sob a responsabilidade da pesquisadora Laise Navarro Jardim, a qual pretende analisar aspectos referentes a implementação da profilaxia.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevistas individuais que serão gravadas, transcritas e analisadas pela pesquisadora.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço Rua São Francisco Xavier, número 524, Pavilhão João Lyra Filho, 7º andar / blocos D e E, e 6º andar / bloco E, Maracanã, Rio de Janeiro CEP 20550-013, pelo telefone (21) 2334-0235 (92), ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), através do endereço Rua São Francisco Xavier, 524 – Maracanã, CEP 20550-900 - Rio de Janeiro – RJ, sala 7003 (7º andar) – bloco D (Anexo à secretaria acadêmica), pelo tel: (21) 2334-0235, ramal 108, e-mail cep-ims@ims.uerj.br.

Consentimento Pós-Infomação

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi

uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)