

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE – UNICENTRO
CAMPUS DE IRATI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM
DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO – PPGDC
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

WILLIAN NATHANAEL CARTELLI DE PAULA

**REAGINDO AO HIV: O ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PÓS-EXPOSIÇÃO
SEXUAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO NA REGIÃO CENTRAL
DO PARANÁ**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Irati-PR
2020

WILLIAN NATHANAEL CARTELLI DE PAULA

**REAGINDO AO HIV: O ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PÓS-EXPOSIÇÃO
SEXUAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO NA REGIÃO CENTRAL
DO PARANÁ**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção de grau de Mestre em Desenvolvimento Comunitário, Curso de Pós-graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Desenvolvimento Comunitário, da UNICENTRO

Orientador: Professor Dr. Gustavo Zambenedetti

Irati-PR
2020

Catálogo na Publicação
Rede de Bibliotecas da Unicentro

- P324r Paula, Willian Nathanael Cartelli de.
Reagindo ao HIV: o atendimento de emergência pós-exposição sexual nos serviços de saúde de um município na Região Central do Paraná / Willian Nathanael Cartelli de Paula. -- Irati, 2021. xi, 116 f. : il. ; 28 cm
- Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual do Centro-Oeste, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário. Área de concentração: Desenvolvimento Comunitário, 2020.
- Orientador: Gustavo Zambenedetti
Banca examinadora: Gustavo Zambenedetti, Luciana Rosar Fornazari Klanovicz, Atilio Butturi Junior
Bibliografia
1. Profilaxia Pós-Exposição Sexual. 2. HIV. 3. Atendimento de Urgência. 4. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário.

| CDD 360



Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

TERMO DE APROVAÇÃO

WILLIAN NATHANAEL CARTELLI DE PAULA

“REAGINDO AO HIV: O ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PÓS- EXPOSIÇÃO SEXUAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO NA REGIÃO CENTRAL DO PARANÁ”

Dissertação aprovada em 17 de dezembro de 2020, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Gustavo Zambenedetti (UNICENTRO) – Orientador

Prof.^a Dr.^a Luciana Rosa Fornazari Klanovicz (UNICENTRO)

Prof. Dr. Atilio Butturi Junior (UFSC)

Irati, 17 de dezembro de 2020

Home Page: <http://www.unicentro.br>

Campus Santa Cruz: Rua Salvatore Renna – Padre Salvador, 875 – Cx. Postal 3010 – Fone: (42) 3621-1000 – FAX: (42) 3621-1090 – CEP 85.015-430 – GUARAPUAVA – PR

Campus CEDETEG: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Fone/FAX: (42) 3629-8100 – CEP 85.040-080 – GUARAPUAVA – PR

Campus de Irati: PR 153 – Km 07 – Riozinho – Cx. Postal, 21 – Fone: (42) 3421-3000 – FAX: (42) 3421-3067 – CEP 84.500-000 – IRATI – PR

*Ao Billy, que viu esse trabalho ser concebido e viveu comigo o motivo dessa
(re)existência.*

AGRADECIMENTOS

São tantas pessoas que passam por nossas vidas e deixam marcas, tantas pessoas que eu queria agradecer aqui. Como diria Caetano, *Infinitamente pessoal*; ninguém pode fazê-lo por mim.

De começo, onde tudo se inicia... quero agradecer com palavras o amor que é infinito e imensurável da minha mãe, Rosana, que deixou de fazer muitas coisas para que eu pudesse estudar, que sempre me incentivou a continuar e que me convenceu, várias vezes, que eu era capaz. Dona Ro, você é o máximo! Agradeço também ao Paulo, que sempre esteve lá me apoiando, inclusive financeiramente.

E eu querendo querer-te sem ter fim, quero agradecer ao meu companheiro de vida, o Gabriel Soares Conrado, que passou comigo pelas piores e melhores coisas da vida, que segurou as pontas, que leu, releu, revisou meu texto, me explicou conceitos e ficou confuso junto comigo em outros, me disse que eu era capaz e ficou feliz a cada página escrita. NEOQEAV, Billy!

Agradeço ao meu orientador, Gustavo Zambenedetti, pelas orientações, pelos momentos em que me puxou de volta pra terra, pelos conselhos, pelas caronas, pelas conversas. Jamais esquecerei de uma das primeiras frases que me disse na primeira reunião de orientação: “a pesquisa não se separa nunca da militância”; continuemos a militar juntos. Aos membros das bancas de qualificação e defesa, professora Luciana Rosar Fornazari Klanovicz e professor Atílio Butturi Junior, por me emprestarem seu tempo, sua experiência de pesquisa e pelas riquíssimas contribuições com meu texto; vocês me ajudaram a melhorar e transformaram minha visão de mundo.

Agradeço ao mesmo tempo em que saudosamente homenageio a memória do meu parceiro na Pós-graduação, nas viagens a Irati, no grupo de pesquisa “Processos institucionais, saúde e subjetividade” e, principalmente, amigo até o fim: o Mario Henrique de Mattos, que dedicou sua vida acadêmica a compreender as questões da população trans, assunto que teria se dedicado por muito mais tempo se pudesse, por ter sido meu amigo de todas as horas; foi uma grande honra ter convivido contigo!

Quero agradecer à minha querida Jojo, amiga, irmã de alma, companheira de casa e de muitas revoltas. Obrigado pelos cafés, pelos conselhos, pelo ombro e ouvido amigos e pelas explicações de conceitos. Estamos e estaremos juntos na

caminhada! Meu lindo afilhado João Angelo, que me ajudou com sua doçura a relaxar por alguns momentos, assim como às suas mães Ju e Ange por serem tão parceiras durante todos esses anos. À querida Max, que me deu um conselho valiosíssimo numa crise: “Força na Raiva”. Ao Felipe Bini, o mestrando, pelos conselhos foucaultianos e a todas as pessoas que sentiram minha falta nessa imersão da escrita.

À Priscila Fortini, Psicóloga do SAE, que por estar licenciada não foi uma participante da pesquisa, mas que vem fazendo um trabalho incrível e me deu força para continuar com a pesquisa. Agradeço ainda a todas as profissionais de saúde que participaram da pesquisa.

À Universidade Federal da Fronteira Sul, pela liberação de horas de trabalho que se converteram em estudo. Aos colegas do Campus Laranjeiras do Sul que me apoiaram e incentivaram: Lucimara, Eliton, Eloir, Siomara, Felipe Monteiro e Líria, e especialmente aos colegas da Assessoria de Bibliotecas, que me acolheram primeiro como colega e depois como chefe, Elaine e Luiz.

Por fim, aos 3 H que conheci durante a vida e que talvez vivessem vidas diferentes se tivessem, em tempo oportuno, tido acesso à PEP Sexual.

*Todo corpo tem água
Lágrima, suor e gozo
Todo corpo tem água
Lágrima, suor e porra*

*Ou a gente chora, ou a gente sua
Ou a gente goza
Só não pode magoar [...]*

*(Déjà-Vu Frenesi
Leticia Novaes – Letrux, 2020)*

RESUMO: Diante das mudanças nas tecnologias de prevenção ao HIV, considerando o advento da prevenção combinada e pensando na produção de cuidado em saúde, essa pesquisa tem como objetivo problematizar as políticas públicas para o atendimento emergencial em casos de exposição ao HIV num município da região central do Paraná, especificamente objetivando compreender o funcionamento e o atendimento da Profilaxia Pós-Exposição Sexual – PEP Sexual, que pode ser utilizada quando uma pessoa teve uma exposição sexual consentida ao HIV. Para tanto, realizamos um estudo de abordagem qualitativa, com inspiração na perspectiva genealógica de Michel Foucault, tendo como ferramentas de produção de dados as entrevistas semi-estruturadas com gestoras e outras trabalhadoras da saúde atuantes em serviços de saúde que podem ser procurados por usuários que tiveram tal exposição ao HIV. A análise dos dados foi realizada com base na Análise de Discurso foucaultiana. A partir da sistematização dos resultados, organizamos a discussão em 3 linhas de análise: 1) A política de HIV e outras ISTs no município: fluxos, organização e gestão; 2) A Profilaxia Pós-Exposição Sexual em interlocução com as Tecnologias de Produção de cuidado e com a Análise de Implicação; e 3) A produção discursiva sobre aids, sexualidade, o dispositivo da sexualidade como dispositivo de gestão dos corpos. É importante indicar a existência de um tensionamento entre diferentes lógicas, perpassadas ora por discursos com caráter psicossocial, ora por discursos prescritivos, sendo estes últimos conformadores de uma dietética sexual que atravessa o fazer das trabalhadoras e resulta em hierarquização dos corpos. Concluimos que é iminente a necessidade de interrogar as práticas e de se ofertar formação continuada; entendemos o SAE/COAS como um lugar de protagonismo sobre as políticas relacionadas ao HIV, havendo dificuldade de diálogo entre gestão e trabalhadores da saúde quando se trata das políticas sobre HIV; destacamos também a realização dessa política com base em uma logística de treinamento e fornecimento de materiais, ficando o aspecto psicossocial relegado ao segundo plano.

Palavras-Chave: Profilaxia Pós-Exposição Sexual; HIV; Atendimento de Urgência; Sistema Único de Saúde.

REACTING TO HIV: EMERGENCY POST-EXPOSURE CARE IN HEALTH SERVICES IN A MUNICIPALITY IN THE CENTRAL REGION OF PARANÁ

ABSTRACT: Given the changes in HIV prevention technologies, considering the advent of combined prevention and thinking about the production of health care, this research aims to problematize public policies for emergency care in cases of HIV exposure in a municipality in the central region of Paraná, specifically aiming to understand the operation and care of Post Exposure Prophylaxis – PEP Sexual, which can be used when a person has had consented sexual exposure to HIV. To this end, we conducted a study with a qualitative approach, inspired by Michael Foucault's genealogical perspective, using semi-structured interviews with managers and other health workers in health services that can be sought by users who have had such exposure to HIV. We used Foucault's Discourse Analysis to analyze the speeches obtained in the interviews. Based on the systematization of the results, we organized the discussion in 3 lines of analysis: 1) HIV policy and other STIs in the municipality: flows, organization and management; 2) Post-Exposure Prophylaxis in dialogue with Care Production Technologies and Implication Analysis; and 3) Discursive production on AIDS, sexuality, the device of sexuality as a device for the management of bodies. It is important to indicate the existence of a tension between different logics, pervaded at times by discourses with a psychosocial character, at other times by prescriptive discourses, the latter being conformative of a sexual dietetics that impregnates the work of health workers and results in the hierarchy of bodies. We conclude that there is an imminent need to interrogate practices and offer ongoing training; we understand SAE / COAS as a protagonist place on HIV-related policies, there being dialogue difficulties between management and health workers when it comes to HIV policies; we also highlight the implementation of this policy based on training logistics and the supply of materials, with the psychosocial aspect being put to the background.

Key words: Post-Exposure Prophylaxis; HIV; Emergency Care; Unified Health System.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Possibilidades de Oferta da PEP

Figura 2 – Conjugação de Possibilidade de ofertas no CTA

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Prevalência de HIV por População

Quadro 2 – Indicação de quimioprofilaxia segundo tipo de exposição e parceria

Quadro 3 – Caracterização dos participantes

Quadro 4 – Caracterização dos locais de pesquisa

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

AD – Análise de Discurso

ARV – Antirretroviral

COAS – Centro de Orientao e Aconselhamento Sorológico

COMEP – Comit de tica em Pesquisa

COVID-19 – Doena do Coronavírus (Coronavirus Disease)

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DAES – Departamento de Ateno Especializada

GRID – Imunodeficincia relacionada a gays (Gay-related immune deficiency)

HIV – Vírus da imunodeficincia humana (human immunodeficiency virus)

HSH – Homens que fazem sexo com homens

IST – Infeco Sexualmente Transmissível

LACEN – Laboratório Central

LGBT – Lsbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais

OMS – Organizao Mundial da Saúde

PEP – Profilaxia Pós-Exposio

PEP Sexual – Profilaxia Pós-Exposio Sexual

PCDT – Protocolo Clínico e Diretrizes Teraputicas

PPGDC – Programa de Pós-graduao Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário

SAE – Servio de Atendimento Especializado

SINAN – Sistema de Informao de Agravos de Notificao

SUS – Sistema nico de Saúde

TARV – Terapia Antirretroviral

TB – Tuberculose

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICENTRO – Universidade Estadual do Centro-Oeste

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

VHB – Vírus da Hepatite B

VHC – Vírus da Hepatite C

VDRL – Pesquisa Laboratorial de Doena Venrea (Venereal Disease Research Laboratory)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	16
2 OBJETIVO GERAL	28
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
3 SEXUALIDADE, DISPOSITIVO DA AIDS E BIOPODER: AQUI NÃO SE FALA SOBRE SEXO	28
4 MÉTODO	38
4.1 LOCAL E PARTICIPANTES.....	39
4.2 PROCEDIMENTOS.....	41
4.2.1 Entrevista semiestruturada	42
4.3 INSTRUMENTOS.....	42
4.4 REGISTRO DE DADOS.....	42
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 A POLÍTICA DE HIV E OUTRAS ISTS NO MUNICÍPIO: FLUXOS, ORGANIZAÇÃO E GESTÃO.....	47
5.1.1 Descentralização da testagem e aids como um problema do outro	55
5.2 A PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO SEXUAL EM INTERLOCUÇÃO COM AS TECNOLOGIAS DE PRODUÇÃO DE CUIDADO E COM A ANÁLISE DE IMPLICAÇÃO.....	61
5.2.1 Tecnologias de Produção do Cuidado	67
5.2.2 Análise de Implicação	70
5.3 A PRODUÇÃO DISCURSIVA SOBRE AIDS E A SEXUALIDADE COMO DISPOSITIVO DE GESTÃO DOS CORPOS.....	75
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	85
ANEXOS	93

APRESENTAÇÃO

Mas, o que há, enfim, de tão perigoso no fato de as pessoas falarem e de seus discursos proliferarem indefinidamente? Onde, afinal, está o perigo? (FOUCAULT, 2012, p.8)

Penso ser relevante escrever sobre o lugar de onde parto e me debruço sobre essa pesquisa. De fato, esse texto preliminar servirá ao que convencionou-se chamar de apresentação e que utilizarei para me apresentar ao passo em que apresento a quem lê o assunto dessa dissertação de mestrado; isso se faz necessário para que se entenda a interlocução entre pesquisador e pesquisa. Não faz muito tempo que problematizo a aids e a tomo como um objeto de pesquisa, mas quando me deparo escrevendo e pesquisando sobre a temática, verifico que também não é algo tão recente. Parto de um lugar de (r)existência e, desde minha “saída do armário”, aos 18 anos, o tema vem à consciência como algo que preocupa as pessoas mais próximas que acabam, até mesmo de forma involuntária, perpetuando discursos que relacionam diretamente a aids à homossexualidade masculina, entre outros preconceitos. Pesquisar sobre HIV/aids me fez perceber que esses discursos estão profundamente enraizados em pessoas de todos os tipos, desde a pessoa mais simples, passando por líderes religiosos, Ministros de Estado e chegando ao Presidente da República.

Para além de uma análise sobre o comportamento das pessoas em geral, esta pesquisa tem motivadores pessoais diversos e compartilho, nesta oportunidade, o principal, que aqui chamarei didática ou drasticamente de um amalgamado de desinvestimento em atendimento especializado com falta de conhecimento (desenrolares de um Brasil tomado pelo neoliberalismo que se instala após o Golpe de 2016, onde se rejeita a ciência e se defende a destruição do SUS, por exemplo), culminando num atendimento aquém daquele preconizado pelos protocolos – que são estratégias utilizadas pelo Estado para exercer seu poder estrutural sobre as populações – sendo representado pelos profissionais de saúde que, veremos adiante, em geral têm grande dificuldade nos atendimentos em que é necessária uma conversa sobre sexo.

Enquanto sujeito homossexual, me deparo com a temática da aids desde sempre; é em virtude de um atendimento experienciado, no entanto, que me aproximo do campo interdisciplinar do saber sobre o HIV, a aids e as outras ISTs.

Não é ético descrevê-lo, não é fácil referi-lo. Daí o caráter sublimatório da pesquisa, impulsionada de igual modo pela necessidade e pela vontade de saber sobre os riscos, as estatísticas, as possibilidades frente a uma possível infecção.

Minha experiência acadêmica me distancia do campo da saúde. Entrei na universidade em 2009 para cursar licenciatura em Pedagogia, queria a gestão e não me adaptei ao que o curso podia me oferecer. Desisti e pensei em várias possibilidades, optando pelo bacharelado em Secretariado Executivo, pela característica interdisciplinar e o leque amplo de possibilidades para atuação profissional. Durante o curso, decidi que queria seguir a carreira acadêmica. Pesquisei sobre diversidade, mercado de trabalho e educação, mas não segui por nenhum desses caminhos. Me parece que a gestão corporativista oferecida como campo de trabalho pela maioria das formações na grande área das ciências sociais aplicadas não era meu lugar de fala. O lugar do social sempre exerceu grande atração sobre mim.

Partindo desse contexto, me deparei com um dilema: surgiu a vontade de saber sobre o campo do HIV/aids, mas como realizar uma pesquisa formal na grande área da saúde sem uma formação específica? A resposta, para mim, veio da interdisciplinaridade fortemente presente no PPGDC, e para falar disso não posso deixar de me referir a um texto trabalhado na disciplina de Interlocução entre serviços de saúde e comunidade que foi um divisor de águas em minha vida: Cuidar em Saúde (FEUERWERKER, 2013, p. 44), onde encontro uma clara resposta dada por Laura Feuerwerker: “Cuidar da saúde, então, é tema de todos os viventes, não somente dos profissionais de saúde”. Outra parte da resposta a essa pergunta veio dos estudos foucaultianos; Foucault (2012) se pergunta, em sua primeira aula no *College de France*, A Ordem do Discurso, “quem pode falar sobre isso e de que autoridade se investe para falar aqui e não em outro espaço?” (p.7). Uma resposta vem do desejo, da qual aqui me sirvo para ilustrar parte do sentimento – que, depois entendi, era o Estado exercendo seu poder sobre mim – que diz: “Eu não queria ter de entrar nesta ordem arriscada do discurso; (...) gostaria que fosse ao meu redor como uma transparência calma, profunda, indefinidamente aberta (...) eu não teria senão de me deixar levar, nela e por ela, como um destroço feliz” (p.7).

Refletindo sobre o percurso que traço para chegar aqui, constato que, apesar de toda explicação anterior, a saúde ainda não seria meu lugar de fala enquanto pesquisador; talvez até possa legitimamente ser como usuário do SUS ou

como cidadão brasileiro, mas não me parecia certo, até pouco tempo atrás, me enxergar no lugar de legítimo pesquisador que toma como objeto de pesquisa o SUS; não me via no direito de, enquanto pessoa com sorologia não-reagente para HIV, falar sobre o vírus, e não me sentia à vontade para falar sobre trabalhadores da saúde. Falo do lugar de homem, branco, cis e gay, que como muitos outros com essas mesmas características, fez um curso de graduação na área das ciências sociais aplicadas, que em princípio não teria legitimidade para falar sobre o que falarei nas próximas páginas; falo porque “O falar não se restringe ao ato de emitir palavras, mas de poder existir. Pensamos lugar de fala como refutar a historiografia tradicional e a hierarquização de saberes consequente da hierarquia social.” (RIBEIRO, 2017, p. 64). Foucault (2012) disse que existe em nós a consciência da não permissão de falar aquilo que se quer na hora em que se quer, que há interdição na fala sobre a sexualidade e sobre a política, mas que é “como se o discurso fosse um dos lugares onde estas regiões exercem, de maneira privilegiada, alguns dos seus mais temíveis poderes” (FOUCAULT, 2012, p. 9).

Dessa forma, me utilizando da arma chamada discurso (FOUCAULT, 2012), assumindo o lugar de pesquisador, sem deixar de revisitar outros lugares que fazem parte de minha trajetória até aqui, buscando a abertura e a transparência nas ações e a ordem dos discursos, levado pela vontade de saber, apresento a dissertação de mestrado resultante da pesquisa *Reagindo ao HIV: o atendimento de emergência pós-exposição sexual nos serviços de saúde de um município na região central do Paraná*, tendo como foco principal o atendimento relacionado à PEP Sexual, mas que está atravessada por assuntos relacionados ao SUS e às políticas sobre HIV/aids e outras ISTs.

Cabe ainda mencionar o importante papel que o movimento social tem no campo da aids, podendo-se afirmar que é um dos diferenciais da resposta brasileira à epidemia, influenciando o contexto global e fortalecendo a resposta dentro do país (GRANGEIRO; LAURINDO DA SILVA; TEIXEIRA, 2009); Grangeiro, Laurindo da Silva e Teixeira (2009), descrevem esse papel como parte do movimento da reforma sanitária, contextualizando os anos 1970 e 1980 como períodos de conquistas de direitos pelas ditas minorias marginalizadas. Para os autores, esse movimento “[...] permitiu a imediata reação de movimentos sociais frente à aids, tanto no plano da atenção à saúde como na prevenção e no combate às situações de discriminação dirigidas aos grupos mais afetados e às pessoas vivendo com HIV e aids.”

(GRANGEIRO; LAURINDO DA SILVA; TEIXEIRA, 2009, p. 88). Friso que entendo que a fala de Grangeiro, Laurindo da Silva e Teixeira (2009) evidenciam que os lugares sociais (movimento sócia, pesquisador, usuário do SUS) se interpenetram o que torna possível me colocar num lugar de pesquisador híbrido.

A Profilaxia Pós-Exposição Sexual (PEP Sexual) existe no Brasil desde o ano de 1999; a princípio ofertada apenas para profissionais de saúde que tivessem sofrido algum acidente ocupacional, em 2000 passou a ser disponibilizada às vítimas de violência sexual, e apenas em 2010 criou-se a possibilidade de prescrição da PEP para relações sexuais consentidas e realizadas sem nenhum tipo de prevenção.

Nesse contexto, reagir ao HIV fala da ação de quem se encontra frente a uma possível infecção pelo vírus, incluindo a procura pela PEP, a compreensão da equipe de saúde sobre o caso apresentado pelo usuário e o atendimento de emergência para avaliação da prescrição da profilaxia. Aqui procuramos, pelo filtro das profissionais de saúde, compreender como se dá o atendimento de emergência e como é a relação dessas trabalhadoras com os modos de fazer saúde preconizado pelos manuais do Ministério da Saúde, bem como, ainda pelo filtro das trabalhadoras entender a reação do paciente frente à possibilidade da prescrição de medicamentos diferenciados, que podem ocasionar efeitos colaterais e de uma possível soroconversão. Em suma, as ações relacionadas à PEP podem desencadear mudanças drásticas nas vidas dos sujeitos envolvidos, transcendendo, assim, a lógica das intervenções da ordem biomédica, marcadamente procedimentais e calcadas na operação de tecnologias duras. Ações e reações questionadoras das práticas em saúde, buscando a elaboração de reflexões com base nas possibilidades de subjetivação e produção de sentido, que se constroem a partir dos processos de trabalho e da interação das profissionais de saúde com o campo do HIV/aids, representado, nesse contexto, pelas políticas públicas e, sobretudo, pelos usuários que apresentam suas demandas.

Anteriormente, trouxe um trecho de Foucault que localiza o desejo. Para uma possível resposta que, segundo o autor, seria da instituição, recorro a ele novamente: “Você não tem por que temer começar; estamos todos aí para lhe mostrar que o discurso está na ordem das leis; que há muito tempo se cuida de sua aparição; que lhe foi preparado um lugar que o honra mas o desarma; (...)” (FOUCAULT, 2012, p. 7). Assim, mesmo temendo esse início, mas sabendo que

existe uma ordem do discurso, começamos¹ construindo o problema de pesquisa, pensando a aids desde seu surgimento, contextualizando sua característica de epidemia, inclusive de cunho social, trazendo, ainda, as definições para a PEP e discorrendo sobre o histórico do seu surgimento, procurando examinar também as relações que se estabelecem entre a política brasileira de prevenção e o risco. Detemo-nos também na forma como as políticas sobre HIV e aids estão mais focadas em algumas pessoas do que em outras; para finalizar essa construção, apresentamos a justificativa que também demonstra a relação do trabalho com o Desenvolvimento Comunitário.

Em seguida, apresentamos os objetivos da pesquisa, que relacionam-se diretamente ao atendimento nas unidades de saúde participantes da pesquisa e à análise dos discursos sobre sexualidade e gênero, a fim de compreender as possíveis interações desses tópicos com a produção da aids como dispositivo de gestão dos corpos. Apresentamos, na sequência, o referencial teórico utilizado para fundamentar o texto. Este capítulo compreende nossa busca pelo entendimento dos conceitos balizadores do trabalho: sexualidade, dispositivo, biopoder e aids como dispositivo.

Em seguida, apresentamos o método utilizado, a saber, análise de discurso de ordem foucaultiana inspirada na perspectiva genealógica. O capítulo sobre o método é também dedicado à exposição das ferramentas metodológicas utilizadas para se realizar a pesquisa. Por fim, procuramos discutir os resultados encontrados no decurso da pesquisa de campo que sistematizamos em três linhas de análise.

1 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (aids²), foi descoberto em meados dos anos 1980. Desde essa época ativistas, pesquisadores, acadêmicos e familiares debruçavam-se em pensar na forma de enfrentamento da infecção que impactava vidas e a sociedade como um todo. Eram realizadas oficinas de sexo seguro e campanhas contra o estigma e a discriminação. Mais do que isso, procurou-se ouvir das pessoas

¹ A partir daqui falamos no plural em virtude de o texto ter sido construído em conjunto com o orientador.

² Utilizaremos a palavra aids grafada em minúsculo compreendendo que, por se tratar de uma doença, é um substantivo comum.

afetadas sobre as formas de enfrentamento à epidemia. Duas décadas foram dedicadas às lutas pelo acesso ao tratamento, impactando diretamente sobre a prevenção e controle epidemiológico da aids. A partir dos anos 2000, o foco deslocou-se para a necessidade de se pensar a prevenção como inseparável do direito ao tratamento e à saúde integral que fora garantido pela Constituição Federal de 1988 (PAIVA, 2018).

Para Rios (2018), não restam dúvidas de que essa integralidade diz respeito a todas as pessoas, independentemente de suas identidades, territórios e especificidades, conforme preconizado pela Constituição Federal. No contexto do desenvolvimento comunitário, o trabalho pautado na saúde como direito de todos implica em alcançar e atender às demandas de cada comunidade, incluindo-se a prevenção como um direito que transcende o espectro individual, tendo consequências a nível comunitário, para além do tratamento.

Fatores de risco foram associados à aids, almejando o controle da epidemia e ocasionando respostas globais que caminharam para um conceito epidemiológico de risco, originando os conceitos de grupos e comportamentos de risco. Ayres *et al.* (1999) destacam que esse conceito de fator de risco transmutou-se no conceito de grupo de risco e que as estratégias de prevenção foram destinadas para os 4 H – homossexuais, hemofílicos, haitianos e adictos de heroína – pautando a prevenção em abstinência e isolamento; isso causou exclusão, estigmatização e preconceito.

A separação por segmento populacional, portanto, acarretou maiores danos aos denominados grupos de risco. Castiel *et al.* (2010) ressaltam que o ambiente riscofóbico configura-se como uma estratégia que limita a prevenção, produzindo ansiedade e insegurança, aliada à proposta de formatos restritivos, como foi o caso das estratégias focalizadas em grupos e comportamentos de risco. Para Ayres (2002, p. 15), “o risco é um conceito útil, mas limitado”: ao relacioná-lo com a pressão dos segmentos mais atingidos por essa separação, especialmente os movimentos organizados de gays norte-americanos, substituiu-se a estratégia pautada em grupo de risco por uma outra, a de redução de risco, com escopo no conceito de comportamento de risco. A intenção era reduzir o estigma imposto aos chamados grupos de risco e ressaltar que a aids é um problema que atinge todas as pessoas; na mesma via, também incentivar cada indivíduo a responsabilizar-se por sua prevenção.

Essa mudança de estratégia tem efeito duplo, desfoca do indivíduo ou da comunidade na qual este encontra-se inserido, para lançar o olhar para os comportamentos individuais que poderiam levar uma pessoa a ser infectada com o HIV. Ayres (2002) chama atenção para a necessidade de olhar para as práticas individuais que expõem as pessoas ao HIV não apenas como algo da ordem exclusiva da vontade, do conhecimento sobre o assunto. Para o autor, é importante que se interprete essas práticas ou esses comportamentos num sentido mais amplo, “como a resultante final de um conjunto de condições estruturais e contextuais de onde essas práticas emergem” (AYRES, 2002, p. 20).

Filgueiras e Maskud (2018) apontam a necessidade de uma ampla compreensão de contextos biológicos, psicológicos, sociológicos e culturais que tornam uma população vulnerável em maior ou menor grau. Nesse viés e com a participação forte dos movimentos sociais, afirmando que mudanças de comportamento não dependem exclusivamente de informação e vontade pessoal, começou-se a pensar em um conceito mais amplo, pautado em novos referenciais, para compreender a complexidade da epidemia e a forma mais efetiva de enfrentamento, iniciando-se assim a discussão do conceito de vulnerabilidade à infecção por HIV.

O deslocamento do foco para o conceito de vulnerabilidade evidenciou a necessidade de novas estratégias de prevenção, que passou a ser entendida como direito, levando-se em consideração o ordenamento constitucional. O Ministério da Saúde (2018) preconiza uma política de prevenção que combina abordagens biomédicas, comportamentais e estruturais. Como exemplo pode-se citar o preservativo, masculino e feminino, de fácil acesso e distribuição gratuita em unidades de saúde e demais locais, sendo o método que tem maior eficácia na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Ainda, é correto afirmar que nenhum método tem total eficácia, e nessa via está a importância da prevenção combinada. É necessário que cada pessoa tenha informação suficiente, adquirida nas instituições que frequenta, sobre métodos de prevenção diversos para que escolha a combinação mais adequada à sua realidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Concomitantemente, é importante que haja a oferta de métodos de prevenção em larga escala e grande variedade. A prevenção combinada traz benefícios quando associada a intervenções estruturais. Esta combinação de

métodos poderia refletir na maneira como os indivíduos e grupos lidam com os riscos e com a prevenção, pois fortalece a autonomia diante da epidemia e também abrange maior número de pessoas (GRANGEIRO *et al.*, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Ainda no âmbito do debate sobre as novas tecnologias, é importante destacar pontos que dependem de maior efetividade das ações: a dicotomia entre prevenção e assistência; a redução do usuário a um objeto de intervenção; a descon sideração de contextos e vulnerabilidades na construção de respostas para o controle da epidemia. Essas questões relacionam-se diretamente à resposta adequada às necessidades das pessoas; importa, então, pensar em ações que efetivem a integralidade do atendimento a partir de espaços com maior grau de personalização e que considerem o contexto do usuário, as especificidades das situações, a vulnerabilidade e os desafios, tanto dos usuários quanto dos profissionais de saúde (MASKUD; FERNANDES; FILGUEIRAS, 2015).

Para além de todos os métodos de prevenção, sabendo-se que a infecção por HIV é mais provável de acontecer pela via sexual (FILGUEIRAS; MASKUD, 2018), em 2010 o Ministério da Saúde acrescentou uma nova possibilidade de prevenção para o HIV: a Profilaxia Pós Exposição Sexual (PEP Sexual). Esse método é uma tecnologia biomédica existente desde 1999 no SUS e que consiste na utilização de Antirretrovirais (ARV) durante 28 dias.

A princípio, a PEP destinava-se apenas a profissionais de saúde que tivessem sofrido acidentes com materiais biológicos. Em 2000, a tecnologia é disponibilizada para pessoas vítimas de violência sexual, e somente a partir do ano de 2010 passa a ser ofertada em casos de relações sexuais consentidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A disponibilização da PEP Sexual é considerada um significativo avanço nas tecnologias de prevenção combinada e no reconhecimento, por parte do Ministério da Saúde, dos direitos sexuais das pessoas, especialmente aquelas pertencentes a populações mais vulneráveis. Embora as políticas para enfrentamento do HIV tenham se envolvido com o campo da diversidade sexual desde o processo de redemocratização do país, buscando uma política pautada no respeito aos direitos humanos, incluindo-se direitos sexuais, existe grande dificuldade de se transformar essa política em ação cotidiana dentro do SUS (FILGUEIRAS; MASKUD, 2018; GRANGEIRO *et al.*, 2009).

Mais do que levar em consideração a sexualidade no contexto das tecnologias biomédicas de prevenção, é de extrema necessidade que se desvincule o risco ocasionado pela prática sexual e se vincule o direito. Em 2010, o Ministério da Saúde publicou as Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – 2008 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), que no Suplemento III – Tratamento e prevenção faz a primeira menção ao que hoje é a Profilaxia Pós-Exposição Sexual; o documento dá conta da informação de que, ainda que não houvesse muitas evidências ou estudos científicos diretos a respeito da efetividade da utilização de antirretrovirais para prevenção ao HIV, considerando a plausibilidade biológica e experimentos realizados em animais, seguindo o modelo da profilaxia utilizada para acidentes ocupacionais com materiais biológicos foi possível estabelecer recomendações específicas para a prescrição da PEP Sexual.

O documento estabeleceu, então, que quando um paciente procurasse a unidade de saúde apresentando a demanda de ter sido exposto sexualmente ao HIV, o profissional deveria acolher a demanda, avaliar as circunstâncias da exposição, caracterizar o risco de transmissão e conhecer a frequência com que o paciente tinha exposições sexuais ao HIV; compreendidas todas essas variáveis, o profissional deveria começar a considerar a prescrição da quimioprofilaxia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Cabe ressaltar que o protocolo de 2010 já estabelecia que o primeiro atendimento após a exposição sexual é de urgência, visto que a primeira dose dos medicamentos deve ser ministrada idealmente nas duas primeiras horas após a exposição, não havendo benefícios caso essa dose fosse ministrada após 72 horas; a diretriz estabelece, ainda, que deveriam ser colhidos testes de HIV, VHB, VHC e VDRL, sendo o teste rápido preferencial para HIV; no caso de resultado reagente para HIV, não deveria ser indicada a profilaxia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Para concluir sua análise, o profissional deveria considerar para prescrição da PEP outros fatores: a) prevalência presumida do HIV no segmento populacional a que pertence a parceria sexual da pessoa exposta; e b) tipo de exposição. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Com relação à prevalência, o documento traz as informações constantes no Quadro 1:

Quadro 1 – Prevalência de HIV por população

População	Prevalência de HIV	Classificação
Geral	0,01	Baixa
Gays e outros HSH	0,11	Alta
Usuários de Drogas	0,06	Alta
Profissionais do Sexo	0,05	Alta

Observação: | ≥ 5 : Alta | > 5 : baixa |

Fonte: adaptado de Ministério da Saúde, 2010.

Por fim, o documento afirma que a decisão pela prescrição ou não da profilaxia deve ser individualizada, mas apresenta um quadro de referência que pode ser visto no Quadro 2:

Quadro 2 – Indicação de quimioprofilaxia segundo tipo de exposição e parceria

<i>Maior Risco</i>		<i>Menor Risco</i>			
		<i>Tipos de Exposição</i>			
<i>Status Sorológico do Parceiro</i>		Anal Receptiva	Anal ou vaginal insertiva	Vaginal Receptiva	Oral Receptiva com Ejaculação
<i>Menor Risco</i>	Parceiro sabidamente HIV positivo	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Considerar
	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: Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 62

Em resumo, pode-se afirmar que no primeiro Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para PEP, que vigoraram até junho de 2015, a análise para recomendação ou não da TARV é a do contexto da exposição. O profissional deveria verificar três principais aspectos sobre o paciente candidato à profilaxia: a sorologia do paciente fonte, o tipo de prática sexual e a prevalência de infecção por HIV no segmento populacional ao qual o parceiro pertence (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A partir de junho de 2015, o protocolo foi simplificado. Passou-se a recomendar a profilaxia pela avaliação do risco da exposição e não mais por

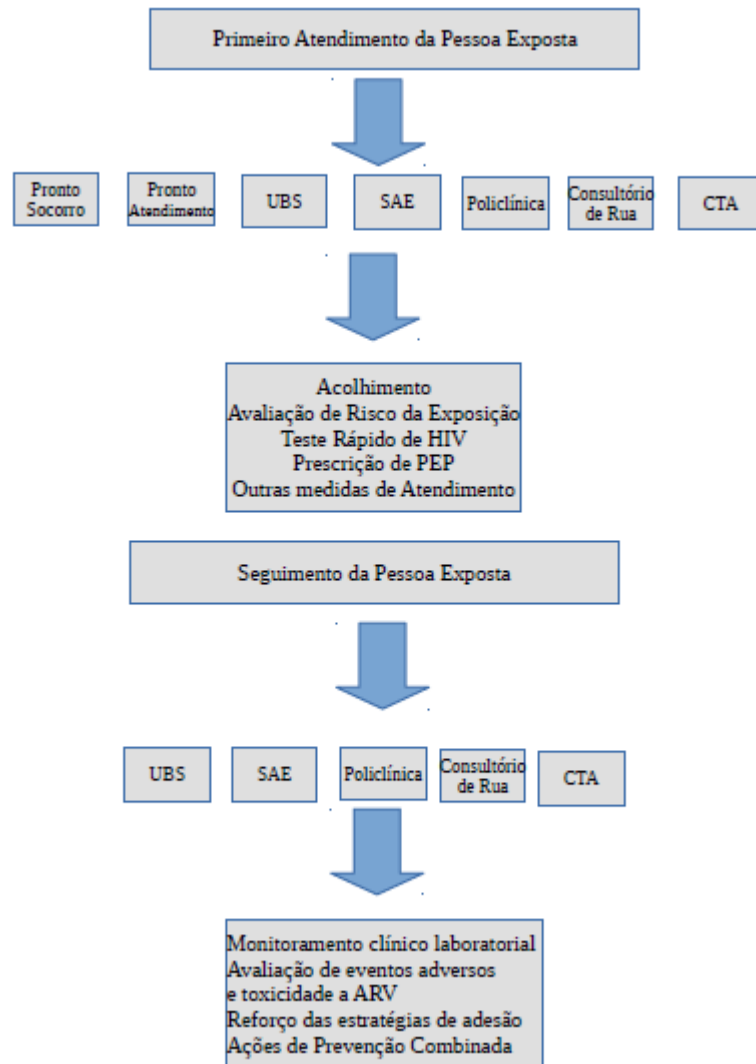
categoria e contexto de exposição. Pensando-se na atenção integral à saúde das pessoas expostas a Infecções Sexualmente Transmissíveis, as diretrizes vigentes atualmente recomendam que se analise a resposta para 4 perguntas, feitas a todas as pessoas potenciais usuárias de PEP: o tipo de material ao qual a pessoa se expôs, o tipo de exposição, o tempo decorrido entre a exposição e a consulta e a sorologia do paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). A partir das respostas, o profissional avalia a necessidade de prescrição da PEP. Ressaltamos que no decorrer do texto o PCDT atual será abordado de forma mais detalhada.

Levando em consideração todas as especificidades para avaliação da prescrição da PEP contidas no protocolo de 2010, a profilaxia era fornecida apenas nos serviços especializados, embora o próprio documento afirmasse que, com o objetivo de facilitar a organização dos serviços, essa poderia ser prescrita nos mesmos locais onde já eram atendidas as vítimas de violência sexual ou de acidente ocupacional com material biológico.

Após a simplificação do PCDT, o Ministério da Saúde lança as Diretrizes para a organização da Rede de Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV – PEP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Esse documento visa padronizar algumas ações para o fornecimento da PEP na rede pública de saúde defendendo que, com a simplificação do PCDT, a figura do profissional especializado é dispensável, sendo possível a diversificação de locais onde a profilaxia pode ser fornecida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Tendo como objetivo a organização de uma rede de locais onde se oferta PEP, o documento reafirma que são populações-chave para o desenvolvimento de estratégias de prevenção “profissionais do sexo; gays e homens que fazem sexo com homens; pessoas que usam drogas; pessoas trans (travestis, mulheres transexuais e homens trans); pessoas privadas de liberdade.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p. 13). Ainda, sugere que seja realizado um “diagnóstico situacional da rede local”, onde sejam mapeados os serviços que já realizam a profilaxia e a rede logística de insumos, bem como sejam identificados serviços elegíveis para ampliação do acesso à PEP; o documento ressalta que toda essa análise deve ser regionalizada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A Figura 1 – Possibilidades de Oferta da PEP traz um esquema que mostra as possibilidades do atendimento;

Figura 1 – Possibilidades de Oferta da PEP



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p. 17

Outro documento importante para se pensar no problema de pesquisa aqui apresentado traz dados estatísticos a respeito do HIV e da aids: conforme o Relatório de Monitoramento Clínico do HIV de 2019 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019), última edição publicada pelo Ministério da Saúde, o número de prescrições de PEP aumentou de 15.540 em 2009 para 87.241 em 2017 e 107.345 em 2018; O relatório ainda informa que houve uma mudança de perfil das dispensações de PEP. Enquanto, em 2009, 72% das prescrições ocorreram por exposição ocupacional ao HIV, no ano de 2018 a dispensação para essa categoria não ultrapassou 29%. Com relação à PEP sexual, prescrita para casos em que a relação sexual foi consentida,

em 2009 a prescrição foi 3% do total, aumentando para 57% em 2017 e chegando a 64% em 2018, o que totaliza 56 mil. Nos casos de violência sexual, houve também uma diminuição da porcentagem: de 21% para 13% entre 2009 e 2017; porém, a quantidade de dispensações foi quatro vezes maior: de 2 mil para 9 mil; em 2018 esse número foi 6%, ou seja, 5 mil dispensações. O relatório traz a informação sobre o tipo de exposição e população: em 2018 a prescrição da PEP para exposição sexual consentida ocorreu 38% para homens cis, seguida de 37% para gays e outros homens que fazem sexo com homens, 21% para mulheres cis, 3% para mulheres trans e travestis e 1% para homens trans. Em todos os casos, a faixa etária de cerca de 50% das pessoas que receberam a PEP situava-se entre 25 e 38 anos.

Esses dados corroboram a política do Ministério da Saúde, que entendeu, a partir de 2015, ao simplificar o protocolo para a PEP, a necessidade de considerar o tipo de exposição ao risco de infecção por HIV. Essa política se reflete no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais, onde se afirma que o acesso à PEP deve ser ampliado e a profilaxia, efetivamente prescrita nos serviços públicos e privados de saúde, incluindo unidades de urgência e emergência, unidades básicas de saúde e hospitais. Essa ampliação visa a atenção integral à pessoa exposta ao risco de HIV e outras ISTs (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O que todos esses protocolos indicam é que a oferta da PEP Sexual é mediada por uma conversa, onde procede-se a uma avaliação sobre a pertinência da PEP, orientações acerca desta, acolhimento às angústias que podem surgir associadas ao seu uso ou situação que produziu a procura pelo atendimento. Há uma incitação a “falar sobre o que aconteceu”, inserindo-se uma dimensão de análise a partir de questionamentos que busquem compreender como são abordados os temas que envolvem sexo e sexualidade.

Cabe ressaltar que a sexualidade ainda tem sido frequentemente abordada na perspectiva do risco e não do direito, entendendo-se as práticas e vivências sexuais como um problema que pode levar à aids; nessa lógica, um comportamento classificado como desviante ou transgressor pode levar o sujeito a infectar-se por um vírus. Tais convicções influenciam o profissional de saúde a buscar o controle da vida sexual das pessoas, impossibilitando um trabalho pautado pela perspectiva de sexualidade como um direito (FILGUEIRAS; MASKUD, 2018).

Costa e Coelho (2011), numa revisão integrativa a respeito da sexualidade e enfermagem, afirmam que mesmo a presença de sexólogos no campo da saúde não modifica o fato de que a sexualidade é marcada por um caráter normativo e somente são vistos seus aspectos biológicos. As autoras apontam também a feminilização da aids como um aspecto que evidencia sexualidade como algo importante na formação dos profissionais de saúde, mais especificamente dos profissionais de enfermagem. Em sua revisão, Costa e Coelho (2011) constatam que a formação de enfermeiros é realizada num modelo biomédico, focado na técnica e no corpo biológico, embora haja um movimento que busca ampliar o cuidado e trazer a sexualidade à tona, especialmente quando se trata de saúde da mulher e do adolescente.

Em 2017, Figueiroa *et al.* realizaram uma pesquisa que buscou entender a percepção de estudantes de enfermagem sobre a temática da sexualidade humana, levando em consideração o déficit do conhecimento dos profissionais de saúde a esse respeito, o que resulta em uma abordagem extremamente biológica da sexualidade, embora as diretrizes da formação em enfermagem preconizem que é função do enfermeiro educar e orientar, inclusive sobre sexualidade. Os autores afirmam que isso ocorre por preconceito, desconhecimento e necessidade de impor valores pessoais, tornando o comportamento dos profissionais bastante destrutivo (FIGUEIROA *et al.*, 2017).

Vera Paiva (2008) reúne afirmações de entrevistados à sua experiência no tema aids para afirmar: “Quando pegamos Aids não estamos pegando Aids, estamos fazendo outra coisa” (PAIVA, 2008, p. 642), e continua problematizando o discurso da prevenção, que desumaniza e descontextualiza a aids, se apropriando do risco e da vulnerabilidade, ao passo em que abandona o sexo propriamente dito (PAIVA, 2008).

É de grande importância entender que a enfermagem cuida de corpos e tem contato com a intimidade e, portanto, não deve reduzir a sexualidade ao ato sexual (COSTA; COELHO, 2011); pelo contrário, é mister que a sexualidade seja inserida no contexto do cuidado, compreendendo-se que aspectos sociais, culturais e contextuais são fundamentos à expressão da sexualidade como ação multidimensional humana (FIGUEIROA *et al.*, 2017).

Lima, Almeida e Vieira (2015) procuraram pensar a medicação da aids e a adesão ao tratamento antirretroviral numa perspectiva das biopolíticas, realizando

uma crítica ao modelo brasileiro de assistência por não oferecer acolhimento e desconsiderar as singularidades dos pacientes, o que leva à prescrição de condutas gerais e distancia o paciente do protagonismo e do direito ao seu próprio corpo. Para os autores, com o surgimento da aids cresce o desafio de se pensar em políticas públicas de saúde, que não ocasionem uma redução da subjetividade e sexualidade humanas a discursos biomédicos (LIMA; ALMEIDA; VIEIRA, 2015).

Grangeiro *et al.* (2015) afirmam que o acesso aos métodos de prevenção envolve vínculo com os serviços de saúde. Para que essa vinculação do usuário ocorra – o que facilita na adesão à TARV, por exemplo – é necessário que os profissionais de saúde aprimorem sua capacidade de escuta e diálogo (MASKUD; FERNANDES; FILGUEIRAS, 2015). Tal aprimoramento é de suma importância também quando se fala a respeito da implantação das novas tecnologias de enfrentamento à epidemia, uma vez que as principais barreiras para implantação acabam sendo padrões morais, conservadores e discriminatórios por parte dos profissionais de saúde (MASKUD; FERNANDES; FILGUEIRAS, 2015).

O caso específico da PEP Sexual auxilia neste apontamento. Conforme Maskud, Fernandes e Filgueiras (2015), quando o uso da profilaxia, até então indicada apenas em casos de acidentes ocupacionais e violência sexual, foi expandido aos usuários que tivessem relações sexuais consentidas, com rompimento ou não utilização de preservativo, houve grande dificuldade na organização dos processos de trabalho e na inserção do serviço na rotina das unidades de emergência, bem como nos serviços especializados em ISTs, além de intensa resistência à tecnologia por parte dos profissionais que atuavam nesses setores, por entenderem que a PEP Sexual era uma incitação ao não uso de preservativo. Não obstante, a oferta de novas tecnologias atravessa profissionais e usuários em dimensões individuais, estruturais e organizacionais (MASKUD; FERNANDES; FILGUEIRAS, 2015).

Maskud, Fernandes e Filgueiras (2015) informam que a PEP é demandada em maior escala por homens que fazem sexo com homens (HSH), que têm relações sexuais anais receptivas desprotegidas, independentemente da sorologia do parceiro; mulheres heterossexuais, também após sexo anal receptivo; e usuários de drogas injetáveis que compartilham agulhas com pessoas soropositivas. Deste modo, as autoras evidenciam a relevância da análise dos efeitos da medicação da prevenção (MASKUD, FERNANDES e FILGUEIRAS, 2015).

Concomitantemente, importa considerar que nenhum método de prevenção é perfeito e totalmente eficaz, especialmente se utilizado de forma isolada. Os melhores métodos de prevenção sempre serão aqueles que se adequam às necessidades e consideram os contextos nos quais os usuários estão inseridos, sendo ainda mais vantajosos por proverem os meios para intervenções estruturais e individuais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O estigma atinge as pessoas que vivem com HIV, mas de forma mais profunda as pessoas que são afetadas diretamente por uma hierarquia de classes sociais, gênero, raça, orientação sexual. Essas particularidades sugerem um contexto de maior ou menor vulnerabilidade conforme sua influência sobre o acesso à prevenção e/ou tratamento (GROTZ; PARKER, 2015).

Então, caberia o questionamento: esse saber médico ou biomédico pode ser equivalente aos soberanos aos quais Foucault (2018) atribuiu o direito à vida e o poder sobre a morte? Para Lima, Almeida e Vieira (2015), na atualidade, o saber biomédico equivale ao biopoder quando as suas prescrições exercem o status de verdade, que faz com que a medicação tenha o poder de fazer viver.

Lima, Almeida e Vieira (2015) verificaram que pacientes e profissionais têm dificuldade em abordar o tema do sexo. Na confissão descrita por Foucault (2018), num primeiro momento era necessário descrever o ato do pecado sexual com o maior número de detalhes possível; quando a sexualidade foi confiscada pela família conjugal, essa descrição foi transformada na simples admissão de que o ato aconteceu.

A PEP Sexual é uma estratégia biomédica que consiste na utilização de medicamentos controlados e, para que não haja riscos à saúde, a análise precisa ser minuciosa, sendo necessário, para tanto, um relato detalhado a fim de fundamentar a decisão dos profissionais de saúde; percebe-se, na literatura, que estes têm dificuldade em abordar as práticas sexuais, assim como os pacientes têm dificuldade em relatar o que fizeram, o que demonstra que o assunto sexo não é natural para todas as pessoas. Diante deste cenário, esta pesquisa busca interrogar como ocorre o atendimento da PEP Sexual em um município da região central do Paraná, a partir da compreensão dos profissionais que o realizam em caráter emergencial. A seguir apresentamos os objetivos do trabalho.

2 OBJETIVO GERAL

Problematizar o atendimento emergencial relacionado à oferta da PEP Sexual em um município de médio porte da região central do Paraná.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) descrever e analisar o atendimento existente no município em relação à oferta da PEP Sexual e como ela é vista e aplicada pelos profissionais que atuam nas unidades de atendimento de urgência e emergência e SAE/COAS;
- b) caracterizar o conhecimento dos profissionais de saúde atuantes nos serviços que disponibilizam a PEP Sexual;
- c) analisar a produção discursiva sobre sexualidade e gênero, buscando, com isso, compreender a implicação da aids como um dispositivo de gestão dos corpos.

3 SEXUALIDADE, DISPOSITIVO DA AIDS E BIODER: AQUI NÃO SE FALA SOBRE SEXO

Michel Foucault, em “História da sexualidade I: a vontade de saber” (2018³), afirma que a sexualidade não deve ser concebida como uma força da natureza que o poder tenta desvelar, mas como um dispositivo histórico.

Neste capítulo nos dedicaremos a explicitar os estudos que fundamentam esse trabalho. De início, procuramos entender a sexualidade, bem como o conceito de dispositivo, a partir dos estudos de Michel Foucault, trabalhando especialmente com a obra “História da sexualidade I: a vontade de saber”. A partir desse entendimento, junto a Perlongher, Pelúcio e Miskolci e Butturi Junior, falaremos a respeito da aids como um dispositivo de gestão dos corpos.

Percorrendo os estudos de Foucault (2018), entendemos que, aparentemente, no século XVII a sexualidade era tratada com naturalidade e franqueza; nada a respeito dos corpos era feito de forma reticente. Essa sexualidade mais aberta seria cuidadosamente encerrada e colocada dentro das casas das

³ O texto foi publicado originalmente em 1976. Aqui utilizamos a edição de 2018.

famílias tradicionais, com o intuito de reprodução e não de prazer, ganhando um novo lugar para existir: o quarto dos pais.

Assim, são alienadas as sexualidades não heterossexuais e não monogâmicas. Essas ficam oficialmente, mas não efetivamente, proibidas. Não efetivamente porque a prostituição, a homossexualidade e outras formas “não convencionais” de expressão da sexualidade humana continuam a existir e acontecer (FOUCAULT, 2018). Nenhuma relação – embora via de regra, monogâmica – seria apenas entre duas pessoas; o Estado faz parte dessas relações, procurando controlar o sexo, definindo qual é bom e qual é mau, em busca de uma higienização de práticas consideradas arriscadas à vida.

Apesar de, hegemonicamente, afirmar-se que houvera uma repressão da sexualidade, Foucault (2018) aponta que se a repressão tivesse acontecido efetivamente, o efeito desta seria o sumiço daquilo que fora reprimido; de forma contrária, segundo o autor, apesar de um rigoroso cuidado com as palavras utilizadas, houve uma explosão discursiva em torno e a propósito do sexo, sendo esse discurso, porém, valorizado no lugar da intimidade, do sigilo. Contrariando as afirmações de uma sexualidade reprimida, o autor constata que a partir da era vitoriana é ilusão denunciar o sexo como repressão. De fato, existiria uma imensa curiosidade de se tirar do pequeno fragmento de nós mesmos não apenas prazer, mas saberes (FOUCAULT, 2018).

Conforme Foucault (2018), uma demanda a respeito da verdade sobre o sexo que jamais estivera escondido, mas colocado em discurso, mesmo que na tentativa de reprimi-lo ou interdita-lo, além do silêncio, que também é uma forma de produção de discurso, foi necessário falar sobre o sexo, que por si mesmo fala, nos lugares de tolerância – a prostituição, a casa de saúde, a confissão – para categorizá-lo como pecado, mas também como desejo. Não há, de fato, censura sobre o sexo, mas incentivo à produção de discursos sobre ele, com ênfase na dualidade lícito-ilícito (FOUCAULT, 2018).

Além disso, Foucault (2018) postula que o dispositivo da sexualidade encadeia a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação do discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências a partir de grandes estratégias de poder e saber e procedimentos discursivos, parte de um esquema de transformação com necessidade de ser entendido como estratégia global que depende de relações precisas e tênues de suporte e de

fixação, articuladas nos discursos que veiculam e produzem o poder, mas também o minam, e nos segredos e silêncios que, na mesma medida, dão guarida, interditam e afrouxam laços, dando margem a tolerâncias (FOUCAULT, 2018).

Não há estratégia global que abranja todas as manifestações do sexo. Para Foucault (2018), tentativas de reduzi-lo à heterossexualidade, à função de reprodução, exclusivamente adultas e matrimoniais não deram conta do todo que é o sexo. Diante disso, o autor apresenta quatro grandes dispositivos específicos de saber e poder a respeito do sexo: a histerização do corpo da mulher (o processo pelo qual o corpo é qualificado e desqualificado como integralmente saturado de sexualidade); a pedagogização do sexo da criança (a criança masturbadora definida como ser sexual liminar); a socialização das condutas de procriação (incitação ou freio à fecundidade dos casais); e a psiquiatrização do prazer perverso (o instinto sexual isolado como instinto biológico e psíquico autônomo, procurando-se uma correção para todas as anomalias do adulto perverso) (FOUCAULT, 2018). Esses quatro dispositivos, segundo Foucault (2018), são de produção da sexualidade, e seu desenvolvimento se dá principalmente na família, nos eixos marido-esposa/pais-filhos, com o papel de suporte permanente da sexualidade.

Essa família estivera centrada no que Foucault (2018) designa como Dispositivo de Aliança, que está relacionado ao matrimônio, à transmissão de bens e de sobrenome, e que perde parte de sua importância quando deixa de dar suporte ao corpo social. Ele é sobreposto, mas não substituído, pelo Dispositivo da Sexualidade que, por sua vez, está articulado aos parceiros sexuais (FOUCAULT, 2018).

Enquanto o dispositivo da aliança está pautado num sistema de regras – lícito e ilícito, permitido e proibido – que mantém a lei e tem vínculo privilegiado com o direito, onde os parceiros têm status definidos e buscam a reprodução, o dispositivo da sexualidade articula-se em técnicas móveis, polimorfos e conjunturais de poder. Dá valor às sensações do corpo e às qualidades dos prazeres, tendo o intuito de proliferar, inovar, penetrar corpos e controlar populações de modo mais global. Foucault (2018) afirma que o dispositivo da sexualidade instalou-se a partir daquele da aliança, sem, no entanto, torná-lo inútil ou suprimi-lo.

Conforme Foucault (2018, p. 148), “São mortos legitimamente aqueles que constituem uma espécie de perigo biológico para os outros”. A partir do século XVII, desenvolveu-se um poder sobre a vida em duas formas principais, sendo uma delas

centrada sobre o corpo como máquina – disciplinas anátomo-políticas do corpo humano – e outra centrada no corpo-espécie – biopolítica da população (FOUCAULT, 2018). Esse poder anatômico e biológico, individualizado e especificante não quer matar, mas investir sobre a vida de cima para baixo, e produz um controle que inaugura a era do Biopoder, designado pelo autor como “[...] um elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos.” (FOUCAULT, 2018, p. 152).

Assim, viver não é mais inacessível, eventualmente emergente, como no caso da fatalidade da morte; cai, agora, no campo do controle do saber e da intervenção do poder. Essa sociedade da norma é o efeito de uma tecnologia de poder centrada na vida como direito, juntamente ao direito à saúde, à felicidade, a viver de forma política sem vincular-se ao direito tradicional. Nesse contexto, é possível compreender a importância do sexo como foco de disputa política (FOUCAULT, 2018). Conforme Foucault (2018), o sexo faz parte das disciplinas do corpo quando adentra, intensifica a distribuição de forças, ajusta e proporciona a economia das energias, bem como pertence à regulação das populações, já que vigia, controla e ordena meticulosamente. É acesso à vida do corpo e à vida da espécie.

O poder fala da/para a sexualidade, que é seu objeto ou alvo, tornando-a um efeito de poder, mas com valor de sentido e chave da individualidade, o que permite sua análise e constituição. Quando entendemos o sexo como elemento imaginário no dispositivo da sexualidade, evocamos um dos seus princípios mais fundamentais de funcionamento: o desejo do sexo, causador da vontade de saber e descobrir sua lei e seu poder (FOUCAULT, 2018).

Apresentada a concepção foucaultiana em torno da sexualidade, cabe identificar o que entendemos por Dispositivo. Michel Foucault não procurou traçar uma definição exata do conceito (CHIGNOLA, 2014). Braga (2018) afirma que “[...] noção de dispositivo, em Foucault, foi desenvolvida na abordagem metodológica de suas pesquisas, antes sequer de ser conceitualmente elaborada” (BRAGA, 2018, p. 81).

Em entrevista dada à revista *Ornicar?*, quando perguntado a respeito da função metodológica do termo Dispositivo, Foucault responde:

O que estou tentando identificar sob esse nome é, antes de tudo, um todo resolutamente heterogêneo, com discursos, instituições, arranjos arquitetônicos, decisões regulatórias, leis, medidas administrativas, declarações científicas, propostas filosóficas, morais, filantrópicas, enfim: o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo em si é a rede que pode ser estabelecida entre esses elementos. (FOUCAULT, 1994, p. 299).⁴

Conforme Agamben (2005), é possível resumir o que é dispositivo para Foucault em três pontos: é um conjunto heterogêneo – discursos, instituições, proposições filosóficas entre outras coisas –, que sempre tem uma função estratégica concreta inscrita numa relação de poder, e é também uma rede, que inclui aquilo que para Foucault permite distinguir o que é ou não um enunciado científico. Agamben (2005) defende que Dispositivo é um termo técnico essencial no pensamento de Foucault, ao mesmo tempo em que procura entender dispositivo de uma maneira ainda mais generalizada e ampla. Para Agamben (2005), dispositivo é “qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres viventes”. (AGAMBEN, 2005, p. 13).

Nas palavras de Foucault:

O dispositivo é, portanto, sempre inscrito em um jogo de poder, mas sempre vinculado também a um ou mais limites de conhecimento, que surgem dele, mas que também o condicionam. É isso, o dispositivo: estratégias de proporção de força que suportam tipos de conhecimento e são suportadas por eles. [...] o que eu gostaria de fazer é tentar mostrar que o que eu chamo de dispositivo é um caso muito mais geral da episteme. Ou melhor, a episteme é um dispositivo especificamente discursivo, diferentemente do dispositivo discursivo e não discursivo, cujos elementos são muito mais heterogêneos. (FOUCAULT, 1994, p. 299).⁵

⁴ No original em Francês: Ce que j'essaie de repérer sous ce nom, c'est, premièrement, un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, bref : du dit, aussi bien que du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif lui-même, c'est le réseau qu'on peut établir entre ces éléments. Tradução nossa.

⁵ No original em Francês: Le dispositif est donc toujours inscrit dans un jeu de pouvoir, mais toujours lié aussi à une ou à des bornes de savoir, qui en naissent mais, tout autant, le conditionnent. C'est ça, le dispositif : des stratégies de rapports de forces supportant des types de savoir, et supportés par eux. [...] ce que je voudrais faire, c'est essayer de montrer que ce que j'appelle dispositif est un cas beaucoup plus général de l'épistémè. Ou plutôt que l'épistémè, c'est un dispositif spécifiquement discursif, à la différence du dispositif qui est, lui, discursif et non discursif, ses éléments étant beaucoup plus hétérogènes. Tradução nossa

Conforme Chignola (2014), o termo “dispositivo” teria sido escolhido para ocupar o lugar de um outro termo foucaultiano, “episteme”, com o intuito de aprofundar a perspectiva genealógica e que faz com que Foucault emergja da análise discursiva para uma análise de conhecimentos filosóficos anônimos: “O que eu chamo de ‘dispositivo’, diz Foucault, é um caso de ‘episteme’ muito mais geral. O ‘dispositivo’ é caracterizado por uma forte heterogeneidade dos seus elementos constitutivos.” (CHIGNOLA, 2014, p. 6). Para além de uma ordem epistêmica de uma era, poderia se dizer que o dispositivo é uma força de saberes que se alimenta dos saberes.

Na interpretação de Chignola (2014),

Um dispositivo é, portanto, em primeiro lugar, o ponto de ligação de elementos heterogêneos: discursos, sim, mas também os regulamentos, soluções arquitetônicas, decisões administrativas, proposições filosóficas e morais, tecnologias. Isto se faz necessário, em um dado momento e em um campo específico, como resposta a um objetivo estratégico [...] (CHIGNOLA, 2014, p. 7)

Nas palavras de Foucault, “Em resumo, entre esses elementos, discursivos ou não, há, como num jogo, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes” (1994, p. 299).⁶

Dessa forma, utilizaremos o conceito foucaultiano de dispositivo para corroborar a análise de discurso que será realizada, tendo em mente que o conteúdo discursivo das entrevistas é importante, mas que os silêncios e os elementos não discursivos fazem parte do dispositivo, assim como o texto da legislação e o conhecimento dos profissionais a serem abordados sobre as políticas relativas às ISTs, especialmente ao HIV/aids. Assim, considerando os estudos de Perlongher (1987), Pelúcio e Miskolci (2009), Butturi Jr (2016) e Butturi Jr e Lara (2018), buscamos trabalhar com a compreensão da aids como dispositivo e sua implicação na gestão dos corpos.

Néstor Perlongher (1987), baseado nos estudos de Foucault, cunhou o termo dispositivo da aids, que está relacionado ao que Perlongher (1987) chama de “antiga confissão”, mas agora no consultório é que se deveria falar tudo sobre o sexo. Segundo o autor, esse dispositivo se refere:

⁶ No original em Francês: Bref, entre ces éléments, discursifs ou non, il y a comme un jeu, des changements de position, des modifications de fonctions, qui peuvent, eux aussi, être très différents. Tradução nossa.

[...] não a doença em si, mas a moralização desencadeada em torno dela. Para obter o disciplinamento do corpo deve-se confessar certas intimidades escabrosas [...] Se a moral pública não permitisse falar coisas assim, a AIDS seria – como foi a sífilis – uma “doença secreta” [...] exige como pré-requisito que tudo o que diz respeito à corporalidade possa ser dito, mostrado exibido, assumido; a partir disso é que se pode diagnosticar e regulamentar [...] (PERLONGHER, 1987, p. 74).

Para que seja possível essa regulação, o dispositivo da aids se exerce quando conselhos médicos procuram disciplinar as práticas sexuais, “especialmente as homossexuais” (PERLONGHER, 1987, p. 70). Conforme Pelúcio e Miskolci (2009), nas últimas décadas o dispositivo da aids tem sido eficiente para se refletir sobre prazeres perversos, tendo como molde padrões heterossexuais. Destacamos o que Foucault (2018) chama de psiquiatrização do prazer perverso, podendo ser concebido como toda interação sexual fora do seio da família, que não é heteronormativa ou, como dita pelo autor, anormal. Conforme Perlongher (1987), o dispositivo da aids não pretende erradicar os atos homossexuais, mas controlar os corpos perversos.

A despeito do status do Brasil enquanto referência na prevenção e no enfrentamento à epidemia de aids, Pelúcio e Miskolci (2009) trazem que a maneira de entender a grande epidemia dos anos 1980 pela saúde pública trouxe à tona a figura do aidético. Essa figura foi tratada de forma política e pasteurizada com o termo “pessoas vivendo com HIV/aids” para as políticas públicas. Da mesma forma, a inserção dessas pessoas nas políticas públicas emerge de uma série de procedimentos discursivos sobre autocuidado, que regulam os comportamentos e criam novas subjetividades, marcas deixadas por essa autoperitagem (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009).

Mesmo que tenha sido claro desde o início da epidemia o fato de que o sangue também transmite HIV, a aids foi definida e incutida na sociedade como uma doença sexualmente transmissível, criando um antagonismo entre o desejo e a ordem social, em virtude de, por meios duvidosamente científicos, o HIV ter sido associado aos homossexuais, criando o pânico sexual (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009). Essa associação fez com que o “mal sexo” possibilitasse a repatologização da homossexualidade, sobretudo a masculina, por conta da doença que chegou a ser nomeada como “câncer gay” e GRID (*Gay-Related Immune Deficiency*) (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009; BUTTURI JR; LARA, 2018). Essa patologização de

determinadas sexualidades perversas foi citada por Michel Foucault (2018). Sobre isso, Pelúcio e Miskolci escrevem:

Os discursos midiáticos, referendados no (parco) saber médico sobre a doença, instituíam no senso comum a ideia de que quanto mais “respeitável moralmente” fosse a pessoa – leia-se, praticante do “bom sexo” – menos risco ela correria. No seu início, a aids estava marcada por um tipo de sexualidade (a homossexual); por um viés de raça/etnia (negritude e latinidade) e por um gênero (o masculino). O Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos tratou de buscar o nexos dessa relação a partir da racialização e da homossexualização do vírus. (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009, p.135).

Os autores mostram um enfoque neoliberal de isenção das responsabilidades do Estado que, em 2009, pouco investia em tratamentos mais modernos (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009). Pode-se afirmar que essa realidade começa a se transformar em 2010, com a disponibilização da PEP Sexual e mais tarde, em 2017, com a adoção do protocolo da Profilaxia Pré-Exposição Sexual (PrEP). O que não se pode distanciar desses investimento é a questão do controle que o estado opera quando deposita atenção no uso dos corpos e prazeres, dando a entender que alguns gozos são mais legítimos que outros, atribuindo a acusação de irresponsabilidade aos indivíduos que fazem parte de um grupo de risco instituído por convergências, afinidades e homogeneização de interesses que consiste na a causa da contaminação e precisa, portanto, ser higienizado

Butturi Junior afirma a cronicidade do dispositivo da aids quando verifica que o tratamento é permanente. Trata-se de um dispositivo ancorado em discursos sobre o fazer viver quando o Estado cria protocolos de não transmissibilidade, levando a sexualidade a uma relação com a morte, justificando essa intervenção social planejada. Biopoliticamente, o Estado centraliza a saúde na produção da segurança (BUTTURI JUNIOR, 2016); em contraponto, Perlongher (1987) afirma que não se pode medir a vida apenas como deseja a medicina [o Estado], mas também pela intensidade de prazer.

Como se pode verificar, o dispositivo crônico da aids está cercado de discursos. De fato, parece possível inferir que o grande desejo do Estado – calcado em princípios higienistas – é que as pessoas vivendo com HIV, consideradas pacientes crônicos, se sujeitem completa e irrestritamente a esse dispositivo,

incluindo-se, de forma sutil, a adesão à medicação para não transmissibilidade daquilo que seria responsabilidade única e exclusiva do doente:

Nesse *dispositivo crônico da aids*, ainda é preciso inventariar dois discursos fundamentais: o de sujeição total aos dispositivos biomédicos, responsáveis pela adesão irrestrita (sob pena de morte) à TARV (...) o da relação entre cronicidade, adesão e culpabilização, que funciona como tática de responsabilização dos corpos (ainda) perversos – da ordem do discurso do pânico moral dos “contaminadores” ou dos “carimbadores” midiáticos, cuja injunção ao tratamento e ao cuidado é diretamente proporcional à possibilidade de cidadania. (BUTTURI JUNIOR; LARA, 2018, p. 398) (grifos dos autores).

Diante disso, há que se problematizar essas práticas higienistas e estigmatizadoras que afetam não somente as pessoas vivendo com HIV, como também todas as outras consideradas pelo Estado como parte de uma população mais vulnerável. Corroborando a ideia da cronicidade do dispositivo da aids, os discursos do risco relacionados a populações específicas retomam um problema higienista da população, a ser governada diante do iminente risco de contaminação – aidéticos a se disciplinar –, permitindo outros modelos de amplificação de perigos relacionados às sexualidades perversas e ao poder estatal sobre corpos e prazeres (BUTTURI JUNIOR; LARA, 2018).

Para Sontag (2007), um comportamento perigoso, de uma sexualidade divergente é o que, no imaginário das pessoas, produz aids. Embora escrita em 1989, a metáfora da aids traz uma fala adequada para os dias de hoje; conforme a autora, a transmissão sexual da doença é encarada como culpa da própria vítima (SONTAG, 2007). Em sua dissertação de mestrado, Filgueiras (2015) realizou um estudo com usuários que procuraram a PEP em uma unidade de saúde e verificou a presença desse sentimento de culpa por uma não prevenção ou prevenção inadequada durante uma relação sexual, levando os usuários a procurar pela profilaxia, o que refletiria na mesma culpa referida por Sontag (2007) em caso de soroconversão.

Afirmamos, junto com Butturi Junior e Lara (2018) que, se a sexualidade está relacionada à morte, o Estado assumirá uma necessidade de intervenção junto ao sujeito que atente sobre a manutenção da vida. Para tanto, o dispositivo crônico da aids lança mão de tecnologias de segurança, como o surgimento de campanhas internacionais pela adesão ao uso do preservativo – considerado como forma mais eficaz e barata de prevenção ao HIV (ALVAREZ, 2017) – enfatizando homens gays,

os esforços para adesão dos sujeitos vivendo com HIV à medicação (TARV) e a responsabilização dessas pessoas (BUTTURI JUNIOR; LARA, 2018).

Considerando os aspectos descritos, o da culpabilização e estigmatização, da imposição de uma pena de morte a uma sexualidade dita perversa e as estratégias de prevenção pautadas no risco, nos apoiamos em Butturi Junior e Lara (2018) para justificar a cronicidade do dispositivo da aids:

De uma doença que solicitava o discurso perverso dos “grupos de risco”, a infecção pelo HIV “democratizou-se” para sujeitos envolvidos em outras práticas (sociais ou sexuais): heterossexuais, mulheres, pessoas da terceira idade etc. Não obstante a permanência de uma memória estigmatizante, o surgimento das Terapias Antirretrovirais, em meados da década de noventa, promove um deslocamento em direção à cronicidade da vida com hiv. (BUTTURI JUNIOR; LARA, 2018, p. 398).

Isto posto, salienta-se que as políticas públicas sobre HIV representam mudanças, emergindo, entretanto, a necessidade de problematizar sua especificidade. Se por um lado empreendem-se esforços para a positivação das identidades soropositivas, por outro o dispositivo crônico da aids traz em sua memória processos de estigmatização ainda fortes, adquirindo traços que Foucault (2018) chamaria de confessionais e, de alguma forma, instrumentos disciplinadores dos quais o Estado se apropria. São, em essência, relações de poder, já que “a subjetividade soropositiva se constrói segundo estratégias de resistência.” (BUTTURI JUNIOR e LARA, 2018, p. 402).

Dessa forma, nossa pesquisa se assemelha e se inspira no conceito de dispositivo crônico da aids, mas tem como pretensão retomar o conceito de Perlongher (1987), revisitado por Pelúcio e Miskolci (2009), de dispositivo da aids. Justificamos: no atendimento da PEP Sexual, como visto anteriormente, os discursos de profissionais estão cercados de saberes a respeito tanto da política pública, quanto de valores morais pessoais; entretanto, verificamos ainda que profissionais e pacientes têm dificuldade de abordar sexo e sexualidade, o que poderíamos entender como a confissão de intimidades; por fim, para que a PEP Sexual possa ser prescrita é necessário que se detalhe, para o profissional de enfermagem que realiza a classificação de risco e para o médico que atende o usuário, os usos do corpo que levaram o paciente a procurar a unidade de saúde em busca de uma solução para a não infecção e o não uso prolongado de medicamentos em caso de uma possível infecção.

Essa pesquisa trata do dispositivo da aids em sentido ampliado, pois seria uma etapa anterior ao dispositivo crônico da aids que se afunila em alguns aspectos – como o uso prolongado de medicamentos – mas se assemelha na problematização das políticas públicas relacionadas ao HIV e à população a que são destinadas, ao discurso de uma saúde centrada no risco, da sexualidade vinculada à morte e da culpabilização pelo gozo.

4 MÉTODO

Essa pesquisa possui um viés qualitativo, inspirado na perspectiva genealógica de Michel Foucault. Conforme Castro (2009, p. 184), “Fala-se de um período genealógico de Foucault para fazer referência àquelas obras dedicadas à análise das formas de exercício do poder.” A escolha justifica-se na necessidade de se problematizar as relações de poder a partir dos discursos e conhecimentos dos profissionais que atuam com a efetivação da Política Pública Profilaxia Pós-Exposição Sexual.

O método genealógico é definido por Moraes (2018) como um instrumental de investigação que procura compreender sujeitos, objetos e significações nas relações de poder. A genealogia foucaultiana objetiva priorizar práticas sobre as teorias, saindo de uma posição contemplativa dos discursos e problematizando de dentro as práticas sociais, ao passo em que questiona relações causais lineares (LE MOS; CARDOSO JÚNIOR, 2009).

A genealogia associa o exame de práticas discursivas e não discursivas com o exame do biopoder, tornando-a aplicável a vários dispositivos, incluindo-se o da sexualidade. Busca problematizar a partir de três elementos: é dissociativa, refutando essências e existências eternas, apresentando acontecimentos múltiplos; é paródica, destruindo realidades e valores aceitos e permitindo a liberação de potências vitais; e é disruptiva do sujeito do conhecimento e da verdade daquilo que se conhece ao passo que propõe uma crítica ao fundamento do saber, do sujeito do conhecimento (MORAES 2018).

Partindo dessa premissa, Lemos e Cardoso Júnior (2009) destacam que a história é mutável e acontece pela metamorfose, sendo essencialmente descontínua. Faz-se necessário historicizar as racionalizações para que estas desapareçam. Assim, importa analisar as relações de poder e seus efeitos, já que

essas relações de poder produzem realidade, fabricam saberes e criam modos de ser.

4.1 LOCAL E PARTICIPANTES

A pesquisa foi realizada num município da região central do estado do Paraná⁷. Os participantes são a equipe gestora do Departamento de Atenção Especializada, que realiza a gestão da política de HIV no município, a Gestão e as profissionais de saúde que atuam no Serviço de Atendimento Especializado/Centro de Orientação e Apoio Sorológico (SAE/COAS) e enfermeiras e médica que atuam como plantonistas nas unidades de urgência e emergência municipais e que atuam nos atendimentos de urgência relacionados à exposição sexual ao HIV. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que não atuam nas unidades de saúde escolhidas ou que atuam nas unidades escolhidas, mas não nos atendimentos de urgência relacionados à exposição sexual ao HIV. Estimava-se a participação de 20 pessoas e foram entrevistadas, ao todo, 10 trabalhadoras. No Quadro 3 apresentamos a caracterização das participantes da pesquisa:

Quadro 3 – Caracterização das Participantes

Identificação no Texto	Função	Gênero	Profissão/Formação	Local de Atuação
Gestora 1	Gestora do SAE/COAS	Feminino	Enfermagem	SAE/COAS
Gestora 2	Gestora do DAES	Feminino	Fonoaudiologia	DAES
Gestora 3	Gestora da Atenção Primária	Feminino	Enfermagem	DAES
Gestora 4	Gestor da Atenção Farmacêutica	Masculino	Farmácia	DAES
Enfermeira 1	Enfermeira de Atenção Primária e Enfermeira Plantonista na Unidade de Urgência	Feminino	Enfermagem	UBS/ Unidade de Urgência
Enfermeira 2	Enfermeira de Atenção Primária e Enfermeira Plantonista na Unidade de Urgência	Feminino	Enfermagem	UBS/ Unidade de Urgência
Enfermeira 3	Enfermeira de Atenção Primária e Enfermeira Plantonista na Unidade de Urgência	Feminino	Enfermagem	UBS/ Unidade de Urgência
Enfermeira 4	Enfermeira do SAE/COAS	Feminino	Enfermagem	SAE/COAS
Médica	Médico da Atenção Básica/ Médico Plantonista na Unidade	Masculino	Medicina	UBS/ Unidade de Urgência

⁷ Visando a não identificação dos participantes da pesquisa, decidimos por suprimir o nome do município onde realizamos a pesquisa.

	de Urgência			
Farmacêutica	Farmacêutica do SAE/COAS	Feminino	Farmácia	SAE/COAS
Téc. Enfermagem 1	Técnica de Enfermagem do SAE/COAS	Feminino	Técnico Enfermagem em	SAE/COAS
Téc. Enfermagem 2	Técnica de Enfermagem do SAE/COAS	Feminino	Técnico Enfermagem em	SAE/COAS

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Visando preservar a identidade das participantes, as mesmas serão identificadas por suas funções, sendo que Gestora 1 é a gestora do SAE/COAS, Gestora 2 é a gestora do DAES, Gestora 3 é a Gestora da Atenção Básica e Gestora 4 é a gestora da Atenção Farmacêutica; ainda, as demais trabalhadoras serão identificadas por Médica, Enfermeira 1, Enfermeira 2, Enfermeira 3, Enfermeira 4, Farmacêutica, Técnica em Enfermagem 1 e Técnica em Enfermagem 2. Em um primeiro momento, havíamos apenas colocado nomes fictícios para proceder a desidentificação dos participantes das entrevistas, porém, pensando sobre a metodologia foucaultiana, entendemos ser importante destacar e relembrar o leitor qual o lugar de fala dos discursos apresentados. Ainda, sendo atravessados pelas discussões sobre gênero e entendendo que a língua é viva, embora as entrevistas tenham sido realizadas com mulheres e homens, em todos os casos utilizaremos o feminino para falar das profissionais.

A Gestora 3 e a Gestora 4 auxiliaram a Gestora 2 a responder algumas perguntas, mas não foram entrevistadas principais. Os outros 10 participantes que estimamos eram a médica, a assistente social e psicóloga do SAE/COAS, as duas primeiras licenciadas em virtude da pandemia do COVID-19 e a psicóloga afastada para cursar mestrado; ainda, pretendíamos entrevistar mais médicas e enfermeiras plantonistas, porém, não tivemos acesso às profissionais.

Quanto ao local, apresentamos o Quadro 4 com as informações:

Quadro 4 – Caracterização dos Locais da Pesquisa

Identificação no Texto	Nome do Local	Tipo
SAE/COAS SAE	Serviço de Atendimento Especializado/ Centro de Orientação e Apoio Sorológico	Ambulatório Especializado que centraliza as ações relacionadas ao HIV/aids, Hepatites virais e outras ISTs
DAES	Departamento de Atenção Especializada em Saúde	Órgão de Gestão municipal da Atenção Especializada em saúde, que gestiona, entre

		outros, a Política Municipal de HIV/ aids e outras ISTs
UBS	Unidade Básica de Saúde	Local fixo de trabalho de médicas e enfermeiras plantonistas
Unidades de Urgência e Emergência		
Urgência 1	UPA Batel	Unidade de Pronto Atendimento de Urgência e Emergência
Urgência 2	Urgência Primavera	Unidade de Pronto Atendimento de Urgência e Emergência
Urgência 3	Urgência Trianon	Unidade de Pronto Atendimento de Urgência e Emergência

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

4.2 PROCEDIMENTOS

Para realização da pesquisa foram utilizados as seguintes técnicas de coleta de dados

- × Entrevista individual e semi-estruturada com a gestora do Departamento de Atenção Especializada (Anexo I);
- × Entrevista individual e semi-estruturada com a gestora do SAE/COAS (Anexo II);
- × Entrevista individual e semi-estruturada com médica que realiza atendimento de urgência Pós-Exposição Sexual (Anexo III);
- × Entrevista individual e semi-estruturada com enfermeiras atuantes no atendimento de urgência Pós-Exposição Sexual (Anexo IV);
- × Entrevista individual e semi-estruturada com trabalhadoras do SAE/COAS, que em virtude da pandemia do COVID-19, substituiu o Grupo Focal que seria feito com essas profissionais (Anexo VI).

Foram realizadas 10 entrevistas, sendo que duas com gestoras, uma com médica, uma com farmacêutica, duas com técnicas em enfermagem e quatro com enfermeiras, profissionais atuantes na rede pública municipal de saúde, algumas em 2019 e outras em 2020. Começamos as entrevistas abordando acerca da pesquisa e quais eram os nossos objetivos com ela, assim como solicitando a assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), para só depois iniciar a entrevista e começar a gravar. Também foi importante registrar os aspectos emergentes na relação do pesquisador com o campo de pesquisa para o acesso aos participantes, assim como os aspectos não verbais que antecederam e sucederam a

realização das entrevistas. Essas observações foram registradas no diário de campo. Não era nosso método principal trabalhar com um diário de campo e utilizar informações extraídas dele nesse texto, mas à medida que a pesquisa de campo foi acontecendo, tornou-se relevante trazer para o texto final essas informações, esses discursos expressos no silêncio, nas ausências ou dificuldade de acesso a alguns participantes.

É importante que se destaque que pretendíamos realizar um grupo focal com as profissionais de saúde do SAE/COAS, porém a pesquisa de campo foi atravessada pela pandemia do COVID-19, e seguindo as orientações das autoridades de saúde, optamos por não realizar o grupo, que foi substituído por entrevistas individuais com as trabalhadoras que não foram afastados em virtude da pandemia.

4.2.1 Entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada, segundo Minayo (1993), possibilita dialogar de forma mais flexível, já que não fica restrita a perguntas formuladas, permitindo uma fluidez que proporciona a abertura para perguntas que venham a surgir no decorrer dos diálogos.

Foram realizadas 10 entrevistas, sendo que a primeira ocorreu em agosto de 2019 e a última em maio de 2020. Quando finalizávamos o texto, precisamos fazer uma nova entrevista com a Gestora 1, em novembro de 2020, visando acessar dados complementares.

4.3 INSTRUMENTOS

Para realização das entrevistas foram utilizados roteiros de entrevista (Anexos I, II, III, IV). Cabe ressaltar que, por se tratar de entrevistas semiestruturadas, os roteiros serviram apenas como base e não necessariamente foram feitas todas ou exclusivamente as perguntas neles constantes.

4.4 REGISTRO DE DADOS

Com o consentimento dos participantes, os áudios das entrevistas semiestruturadas com os profissionais foram gravados e transcritos na íntegra. O material digital foi apagado logo após as transcrições, sendo as visitas aos setores registradas em um diário de campo cujo sigilo também fica sob responsabilidade do pesquisador.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu as diretrizes dadas pela resolução 466/2012 e pela resolução 510/2016 e somente teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO, que ocorreu pelo parecer Nº 3.417.298 de 26/06/2019. A participação na pesquisa teve caráter voluntário e ocorreu mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo VII e VIII), que foi emitido em duas vias, de igual teor, que foram assinadas pelos pesquisadores responsáveis e pelos participantes. .

Em decorrência dos participantes serem profissionais da saúde de um município, precisamos também seguir o protocolo da Secretaria de Saúde, que possui um departamento específico para autorizar as pesquisas que envolvem suas unidades de saúde, profissionais que nelas atendem e pacientes que as utilizam. A autorização aconteceu rapidamente, assim como a autorização do COMEP. Assim, em 02 de agosto de 2019 a pesquisa de campo pode começar e iniciamos o contato com as pessoas que precisávamos entrevistar, a princípio o Departamento de Atenção Especializada (DAES) e o Serviço de Atenção Especializada/Centro de Orientação e Apoio Sorológico (SAE/COAS), o que tornou a pesquisa efetivamente mais real (DIÁRIO DE CAMPO, 2019).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Uma teoria de análise de discurso nunca foi um projeto de Michel Foucault, sendo que o autor apenas considerou que seu trabalho devesse ser tratado como

uma caixa de ferramentas: nessa caixa, conforme Gregolin (2016), o discurso é um conceito fundante de seu pensamento, articulando todo um sistema conceitual que perpassa pela, mas não se resume à linguagem. Isso significa que o discurso se materializa em forma de texto, de imagem, de línguas verbais e não-verbais, sempre sob determinações históricas. Ao longo de sua obra, Foucault tratará os efeitos do discurso sob algumas luzes, como demonstra Fernandes (2012):

[...] o discurso, na Arqueologia do Saber, possibilita a objetivação dos sujeitos pelos saberes científicos. Após a arqueologia, na Genealogia, seu estudo se desloca da noção de episteme para a de dispositivo, desloca do saber como centro para o poder, tendo como interesse o sujeito e como fundante o discurso. Como expressa Eribon (1990, p. 205), “procedimento genealógico, para reencontrar o discurso em seu surgimento, lá onde ele aparece malgrado ou com os sistemas de opressões”. Na terceira fase, o discurso é aquilo que promove a produção da subjetividade, sendo o sujeito do discurso como exterioridade que atua na produção da subjetividade, ressalta as seguintes palavras de Foucault (2004b, p 364), as quais caracterizo como expressão máxima do discurso como produção da subjetividade: “é para que ele [o discurso] possa vir a integrar-se ao indivíduo e comandar sua ação, fazer parte de certo modo de seus músculos e de seus nervos”. Tem-se, então, nessa fase, práticas subjetivadoras realizadas pelo sujeito, possibilitadas pelo discurso. (FERNANDES, 2012, p. 18).

É nesse sentido que Gregolin assevera que o discurso também está na relação daquilo que liga o sujeito à verdade, considerando essa última como da ordem da história, produzida nela e reproduzindo coerções múltiplas. Para Foucault (2012), pensar o discurso e a história é considerar menos a história viva dos filósofos e mais o trabalho próprio dos historiadores; mais do que isso, é levar em conta duas noções fundamentais que se impõe, a saber, a do acontecimento e a da série. Assim, o discurso aparece como uma série de acontecimentos descontínuos uns em relação aos outros, “trata-se de cesuras que rompem o instante e dispersam o sujeito em uma pluralidade de posições e funções possíveis” (FOUCAULT, 2012, p. 55). Porém, um discurso só pode se assumir como verdadeiro quando acata uma certa racionalidade de sua época:

Para que um enunciado seja aceito em uma época, para que possa ser legitimamente dito, para que esteja no verdadeiro, precisa seguir certas regras ditadas por um corpo social, histórico e anônimo. Por isso, segundo Foucault, não nos encontramos no verdadeiro senão obedecendo às regras de uma “polícia” discursiva que devemos reativar em cada um de nossos discursos. (GREGOLIN, 2016, p. 119).

É importante ressaltar que isso não significa uma completa passividade de todo discurso produzido a um “poder dominante”: primeiro, pois essa não é a concepção de poder para Foucault, que considera o poder como aquilo que coloca em jogo as relações entre indivíduos e que produz sujeitos (FOUCAULT, 2009); segundo, pois a própria relação de poder coloca em jogo uma certa relação que poderá (e esse verbo não é por acaso) dar espaço para formas de resistência.

Em *A Arqueologia do Saber*, Foucault (2015, p. 32) esboça as linhas desse projeto de uma “descrição dos acontecimentos discursivos”, separando dos estudos de análise da língua até então bastante proeminentes, especialmente graças a Chomsky; nas palavras do autor:

Eis a questão que a análise da língua coloca a propósito de qualquer fato de discurso: segundo que regras um enunciado foi construído e, conseqüentemente, segundo que regras outros enunciados semelhantes poderiam ser construídos? A descrição de acontecimentos do discurso coloca uma outra questão bem diferente: como apareceu um determinado enunciado, e não outro em seu lugar? (FOUCAULT, 2015, p. 33).

O enunciado, assim, vai surgir como uma função que serve como um átomo do discurso: ele não é estrutura, tampouco puramente linguístico, sequer é apenas frase, oração ou proposição lógica. O enunciado é justamente o que está dito, na singularidade de sua situação, no que condiciona sua existência, nos limites em que é fixado e nos laços que faz com outros enunciados, “um enunciado é sempre um acontecimento que nem a língua nem o sentido podem esgotar inteiramente” (FOUCAULT, 2015, p. 34). Na regularidade de sua existência e nas relações que podem ser apreendidas dessas regularidades, com o enunciado Foucault se afasta de qualquer forma de análise que se utiliza de operadores puramente psicológicos, coisas como a intenção do autor ou o projeto de sua vida. Propõe, se atendo nesse átomo discursivo, apreender outras formas de relações. Gregolin (2016), seguindo a formulação foucaultiana, caracteriza essa função enunciativa através de quatro elementos: referencial, posição-sujeito, domínio associado e existência material.

- × O referencial é o campo de emergência, aquilo que atribui sentido e valor de verdade, é também o que Foucault chamará de um “princípio de diferenciação”. (FOUCAULT, 2015, p.140-141);
- × a posição-sujeito é a perspectiva pela qual se constrói os sentidos do enunciado (GREGOLIN, 2016), é como a voz, o autor, a instância que o produz, podendo ser um ou mais sujeitos (FERNANDES, 2012), ou um

mesmo indivíduo, pode ter várias posições-sujeitos, não se esquecendo que não é necessariamente alguém de carne e osso, podendo ser também uma voz oficial do Estado, por exemplo. Foucault (2015, p. 141) chamará “uma posição que pode ser ocupada, sob certas condições, por indivíduos indiferentes”;

- ✘ o domínio associado se refere às ligações existentes entre enunciados, que são ditas e armazenadas na memória e retornam e se atualizam, seja negando ou afirmando as verdades do discurso (GREGOLIN, 2016). É um “domínio de coexistência para outros enunciados” (FOUCAULT, 2015, p. 141). Logo, como aponta Fernandes (2012), é da própria historicidade do enunciado que se trata e da maneira como os sentidos ali produzidos se vinculam à memória e se reatualizam;
- ✘ por fim, todo enunciado sempre comporta uma existência material – é, afinal, aquilo que é efetivamente dito, escrito, enunciado – e nessa existência constitui relações de sentido próprias: um jogo de palavras, de imagens, as características de uma determinada forma material como uma propaganda na televisão, um livro de romance, uma entrevista etc. Com Foucault (2015, p. 141), entende-se a abrangência desse aspecto: “não é apenas a substância ou o suporte da articulação, mas um *status*, regras de transcrição, possibilidades de uso ou de reutilização”.

Antes de encerrar essa descrição do método da análise dos dados, é necessário ressaltar que apesar da sistematicidade com que os elementos que formam a função enunciativa são colocados, é importante entender que eles se confundem durante o processo. Não é possível, por exemplo, retirar um dos elementos de um enunciado e substituir por uma substância diversa: ao analisar uma entrevista, não é efetivo supor como seriam esses mesmos enunciados em outro tipo de materialidade que não a da própria entrevista ou, então, dito por outra posição-sujeito. Fazer isso significaria tratar de um outro enunciado completamente diferente, com outra produção de sentidos. Logo, os elementos citados anteriormente sempre estão interligados intrinsecamente.

Assim, a análise desses discursos está dividida em três linhas: a primeira traz uma contextualização histórica sobre o HIV e a aids no município e a forma como a política está desenhada, sendo que pretendeu-se problematizar a descentralização da testagem para HIV e outras ISTs; na segunda linha, procuramos

entender como surgiu e como funciona a PEP Sexual no município trazendo esse tema em interlocução com as tecnologias de produção do cuidado e com a análise de implicação, busca-se entender o desdobramento daquele campo discursivo no município; por fim, a terceira linha de análise traz o aconselhamento como prática discursiva e confessional, procurando problematizar essa relação de poder e diferenciar cuidado e controles.

Para chegar a essas linhas de análise, realizamos a leitura das entrevistas, primeiro na ordem em que as entrevistas aconteceram, o que fez com que alguns discursos se destacassem e, conforme esses iam se relacionando aos objetivos da pesquisa, passamos a tratá-los como linhas de análise; em um segundo momento, conforme fomos escrevendo as análises e integrando os discursos das entrevistas com a teoria, voltamos a ler as entrevistas, de modo que uma ação complementou a outra. Destacamos que os participantes não são identificados pelos nomes, e sim como já foi indicado no Quadro 3 – Caracterização dos Participantes, do item 4.1.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentamos, nesse capítulo, a sistematização e a discussão dos resultados da pesquisa. Organizamos 3 linhas de análise: 1) A política de HIV e outras ISTs no município: fluxos, organização e gestão; 2) A Profilaxia Pós-Exposição Sexual em interlocução com as Tecnologias de Produção de cuidado e com a Análise de Implicação; e 3) A produção discursiva sobre aids e a sexualidade como dispositivo de gestão dos corpos.

5.1 A POLÍTICA DE HIV E OUTRAS ISTS NO MUNICÍPIO: FLUXOS, ORGANIZAÇÃO E GESTÃO

No município pesquisado existe um departamento na Secretaria Municipal de Saúde responsável por, entre outros programas, o programa de HIV, aids e outras ISTs, a saber, o Departamento de Atenção Especializada em Saúde (DAES); ainda, a cidade conta com o Serviço de Atendimento Especializado/Centro de Orientação e Apoio Sorológico (SAE/COAS), serviço vinculado ao DAES e responsável pela efetivação da política de HIV, aids e outras ISTs. Para compreender o funcionamento da política, entrevistamos a Gestora 1 e a Gestora 2.

Ao entrevistarmos a Gestora 1, procuramos conhecer o histórico do programa de ISTs no município. Ela trabalha no setor desde o ano de 2006, mas segundo informações que recebeu, o programa foi instituído pelo Ministério da Saúde no ano de 1983 e o município aderiu; o foco principal, nesse início, foi prevenção em ISTs e HIV. Conforme a Gestora 1, o programa funcionava de forma parecida com o que ocorre em municípios pequenos atualmente:

Foi um programa instituído pelo Ministério da Saúde e o município aderiu, de uma forma que ficou quase que focado na epidemiologia, como nos municípios pequenos hoje, que nós ajudamos a cuidar e orientar que é a epidemiologia que faz o programa das DSTs, da aids e da hepatite. No início, então, foi mais ou menos isso que aconteceu aqui. (Gestora 1, 2019).

Entre os anos de 1987 e 1988, estimulou-se a criação de Centros de Orientação e Aconselhamento Sorológico a nível nacional; o primeiro COAS foi implantado em Porto Alegre – RS, em 1987, e o segundo no município de São Paulo, em 1989 (WOLFFENBÜTTEL; CARNEIRO JUNIOR, 2007). Não houve, nas entrevistas, outra referência à data de criação do SAE/COAS no município, tampouco encontramos essa informação em outro local, portanto, não temos condições de compreender melhor o funcionamento do serviço na época referida pela Gestora 1, que também nos informou haver apenas 36 pacientes em acompanhamento quando assumiu a gestão do serviço. Pode-se afirmar que a criação desses serviços foi um passo importante na prevenção ao HIV, sendo que a política foi pensada relacionando a infecção a aspectos comportamentais e objetivando a promoção do sexo mais seguro (WOLFFENBÜTTEL; CARNEIRO JUNIOR, 2007). Conforme Wolffenbüttel e Carneiro Junior (2007, p. 184), era enfatizada a “realização do teste ‘quanto mais cedo melhor’, tanto para a prevenção como para a instituição precoce do tratamento.”

Perguntamos sobre a aproximação da Gestora 1 com o campo HIV/ISTs e ela nos contou a respeito do convite para trabalhar no SAE/COAS e também de uma experiência que viveu como enfermeira de unidade básica de saúde, no início de sua carreira profissional:

Para mim foi até um susto [quando a gestora chamou para trabalhar no SAE/COAS], porque até então, na vida toda eu tinha cuidado de apenas um paciente que tinha aids, lá nos anos 80, os primeiros que apareceram na minha cidade, [...] e foi uma experiência bem dolorosa, porque na época eu

conheci o paciente, que passou por umas dificuldades bem grandes e depois, como não tinha os medicamentos que tem hoje, veio a falecer. (Gestora 1, 2019).

A experiência da Gestora 1 expressa a mudança das políticas, ações e percepções sobre HIV/aids e outras ISTs. Como exemplo podemos citar a Lei nº 9.313 de 1996, considerada o marco legal do acesso ao tratamento da aids no Brasil, que só foi possível graças à mobilização da sociedade civil organizada, da academia e das instituições públicas de saúde (HALLAL *et al.*, 2010). Para Camargo *et al.* (2014, p. 230), “Tal garantia mudou o perfil da epidemia da Aids no país desde então, aumentando a sobrevivência dos pacientes e diminuindo a morbimortalidade relacionada tanto com a Aids, quanto com as infecções oportunistas”. Em estudo realizado em 2009, Oliveira (2009) observou que o fornecimento gratuito de ARV pelo SUS teve impacto alto na diminuição da mortalidade por aids; nas palavras da autora: “Indubitavelmente, a decisão teve impacto histórico sobre a epidemia no país: entre 1996 e 1998, a taxa de mortalidade associada à AIDS no Brasil passou de 9,6, para 6,7; atingindo 6,0, em 2005.” (OLIVEIRA, 2009, p. 259). Alencar, Nemes e Velloso (2008) entendem que essas modificações trazem uma nova possibilidade às pessoas vivendo com HIV que não “as ‘sentenças de morte’ decretadas ao longo dos anos oitenta” (ALENCAR; NEMES; VELLOSO, 2008, p. 1842).

Além disso, cabe ressaltar que como consequência do acesso aos antirretrovirais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passa a entender a aids como uma condição crônica, deixando de ser entendida biomedicamente como doença aguda, passando a ser classificada como crônica (ALENCAR; NEMES; VELLOSO, 2008; FIGUEIREDO *et al.*, 2014). Essa pode ser considerada uma das mudanças sobre a percepção da aids e pode ser explicada conforme segue:

Nos anos 1980, a aids era descrita como condição aguda, uma vez que se manifestava rapidamente depois do diagnóstico, não havia tratamentos disponíveis e seu desfecho era rápido, com altas taxas de mortalidade. Três fatores foram responsáveis para que a aids fosse redefinida como condição crônica: (1) os avanços no conhecimento sobre a história natural da infecção pelo HIV; (2) a possibilidade de monitorar a progressão da doença com o surgimento de marcadores laboratoriais tais como os exames de CD4 e de carga viral e (3) o surgimento e avanços do tratamento anti-retroviral. (ALENCAR; NEMES; VELLOSO, 2008, p. 1842).

Outro fator importante a ser analisado e que está relacionado com as mudanças que aconteceram ao longo das 4 décadas da aids é a testagem; sobre

isso, a Gestora 1 relata que, quando chegou para trabalhar no SAE/COAS, os exames levavam cerca de 40 dias para ficar prontos, não havia ainda teste rápido e o sangue colhido precisava ser encaminhado ao Laboratório Central do Estado – LACEN, em Curitiba, distante cerca de 260 quilômetros da cidade onde a pesquisa foi realizada. Nos chama atenção quando ela diz que “Em 40 dias, às vezes perdíamos o paciente sem saber o diagnóstico [...]” (Gestora 1, 2019). Na fala dela, percebemos que esse “perdíamos” estava relacionado ao não retorno do paciente ao serviço para receber o resultado do exame, assim como à iminente morte pela aids já avançada, segundo a profissional, perceptível: “quando a gente conversava com o paciente, quando fazia a coleta do material, a gente já percebia que ele estava doente de uma forma que talvez não fosse aguentar até vir o diagnóstico [...]” (Gestora 1, 2019).

Os testes rápidos para detecção de HIV no Brasil foram regulamentados pela Portaria nº 34, de 28 de julho de 2005, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. O documento leva em consideração quatro critérios para a implantação da testagem rápida:

Considerando que o conhecimento do status sorológico da infecção pelo HIV e a precocidade do diagnóstico torna possível a adoção de medidas que possibilitam a interrupção da cadeia de transmissão, além de permitir uma atenção adequada para os indivíduos infectados; considerando que, em alguns locais do país, há a ausência de uma rede de laboratórios que permita um atendimento eficiente e integral da demanda de testes anti-HIV existente; considerando que o Ministério da Saúde promoveu uma avaliação do uso dos testes rápidos, que validou o seu uso para o diagnóstico da infecção do HIV; e considerando a necessidade de buscar alternativas para a ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, em atendimento aos princípios da equidade e da integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde [...] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Conforme a Gestora 1, apenas no final de 2007 e início de 2008 é que os trabalhadores do SAE do município pesquisado foram convocados a realizar treinamento para testagem rápida, naquele momento apenas para detecção de HIV, e então implementar esse tipo de teste no SAE/COAS. A portaria 34, anteriormente referida, traz os critérios para implantação da testagem rápida e mostra que sua ideia principal era ampliar a quantidade de testes realizados, sobretudo em locais de difícil acesso. Em 14 de outubro 2009 foi publicada a Portaria nº 151, pela mesma secretaria, com o objetivo de “criar alternativas para a ampliação do acesso ao

diagnóstico da infecção pelo HIV.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Essa portaria revogou a Portaria nº 34 e abriu a possibilidade de utilização dos testes rápidos em um maior número de serviços de saúde, conforme consta em seu Art. 2º: “Determinar o uso do teste rápido para o diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais, conforme disposto no Anexo II a esta portaria. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009); note-se que o referido Anexo II da portaria traz as seguintes situações como especiais:

- a) Rede de serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial ou localizada em regiões de difícil acesso;
- b) Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA;
- c) Segmentos populacionais flutuantes;
- d) Segmentos populacionais mais vulneráveis;
- e) Parceiros de pessoas vivendo com HIV/AIDS;
- f) Acidentes biológicos ocupacionais, para teste no paciente fonte;
- g) Gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou cuja idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto;
- h) Parturientes e puérperas que não tenham sido testadas no pré-natal ou quando não é conhecido o resultado do teste no momento do parto;
- i) Abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional;
- j) Outras situações especiais definidas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

No caso do município pesquisado não havia o problema do difícil acesso, mas da demora em se obter o resultado, motivada pela distância e pela demanda ao LACEN. Sendo assim, a testagem rápida foi implantada no município um pouco antes do advento da Portaria nº 151. Cabe ressaltar que após a portaria de 2009 até 2020, quando esta dissertação foi escrita, a testagem rápida tem sido difundida em todo o território nacional e destaca-se, a título de exemplo, a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que instituiu a Rede Cegonha no SUS. Trata-se de:

Art. 1º [...] uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Com a criação da Rede Cegonha, passa a ser obrigatória a testagem rápida para sífilis e HIV durante o pré-natal, bem como devem ser adotadas outras estratégias de prevenção e tratamento ao HIV, tanto no pré-natal como no puerpério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Cabe citar que a testagem já estava prevista nos 3

trimestres da gestação, a criação da rede cegonha buscou estimular que essa testagem fosse disponibilizada nas unidades de atenção, para gestantes e suas parcerias sexuais (de modo prioritário), sendo que a oferta do teste poderia ser estendida a outros públicos; a vinculação com o teste rápido ocorre pelo fato das unidades de atenção básica não terem processamento laboratorial, o que acaba fazendo com que o teste rápido seja o dispositivo a ser usado.

Perguntada sobre o fluxo de atendimento no SAE/COAS, a Gestora 1 (2019) nos informou que, mesmo tendo uma equipe reduzida (a equipe do SAE/COAS é formada por uma enfermeira, uma psicóloga, uma farmacêutica, um médico, uma assistente social e duas técnicas de enfermagem, além de um técnico administrativo e uma auxiliar de serviços gerais) à prevenção é feita diariamente no serviço e fora dele, em escolas, universidades e empresas, sempre que demandado e possível. A testagem é realizada de segunda a quinta-feira. Na sexta-feira, conforme a Gestora 1, “Tem que fazer a parte burocrática do programa” (GESTORA 1, 2019). A profissional nos informou que são testados, em média, 1200 pacientes por mês.

Perguntamos sobre testagem em gestantes e fomos informados que todas as enfermeiras da rede municipal de saúde foram treinadas e fazem a testagem nas unidades, embora, caso deseje, a gestante pode procurar o SAE/COAS para realizar o teste. Com relação ao tratamento, a profissional nos informou que a consulta médica ocorre imediatamente após a realização do segundo teste de HIV, quando o primeiro tem resultado reagente. O paciente passa pelo médico, que solicita exame de carga viral e orienta que só inicie a TARV após o primeiro exame de CD4. O paciente consulta com o médico e realiza exames em média a cada 6 meses, retirando os medicamentos mensalmente. Em tempo, cabe ressaltar que, como forma de diminuir o fluxo de atendimentos presenciais durante a pandemia do COVID-19, fomos informados pela Farmacêutica (2020) que a dispensação de medicamentos está sendo feita em quantidade suficiente para dois meses de uso.

Procurando entender como está organizada a política sobre HIV/aids e outras ISTs no município, entrevistamos a Gestora 2, do Departamento de Atenção Especializada em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. O departamento é o responsável por, entre outras atividades, realizar a gestão da política sobre HIV/aids e outras ISTs.

A Gestora 2 nos informou que é formada na área da saúde e que é servidora municipal, porém atua apenas no cargo de gestão desde novembro de 2017; sua aproximação com a temática do HIV/aids e outras ISTs é apenas de gestão:

Quem direciona é a Gestora 1, dentro do SAE e ai ela vai me passando o que ela precisa, né? Ah, preciso de material, preciso de estrutura, essa questão, mas assim direcionamento, fazer acontecer é a Gestora 1 que é a coordenadora dentro do SAE. (Gestora 2, 2019).

Na fala da Gestora 2 fica claro que ela apenas realiza a parte administrativa da política, não se envolvendo no campo de atuação. Inclusive, afirmou isso quando perguntamos sobre a organização hierárquica da política. A gestora exemplificou isso informando que está sendo realizada uma tentativa de descentralização da testagem rápida, atualmente centralizada no SAE/COAS. Referindo-se à Gestora 1, a Gestora 2 nos diz qual sua função relativa à política:

Ela não consegue fazer o trabalho assistencial da enfermagem mesmo. Então foi feito a organização dessa descentralização para ela conseguir capacitar as 33 unidades de saúde, material para as 33 unidades, todo esse trabalho aí é aqui a gestão que está organizando [...] Quem vai fazer essa capacitação nas unidades, que já aconteceu, é ela; quem vai estar cobrando essa parte das unidades é ela. (Gestora 2, 2019).

Historicamente, os SAE/COAS (CTAs)⁸ foram criados como uma das faces da resposta brasileira à Epidemia de HIV/aids no final da década de 1980, “tendo como principais ações a oferta de testagem sorológica anti-HIV de forma confidencial e anônima, bem como a educação em saúde e aconselhamento para todas as pessoas que buscavam o serviço.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 13). A partir dos anos 1990, esses serviços se tornaram referência sobre HIV/aids e, a partir de 2004, sobre as hepatites virais, já que nesse ano foram incluídas essas testagens na lista de serviços dos centros.

Importa enfatizar que o documento referencial sobre os CTAs no Brasil, as Diretrizes para Organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde, foi publicado em 2017 e atualizado em 2018. Na Figura 2, podemos observar a conjugação de possibilidades ofertadas pelo CTA; entende-

⁸ Em meados dos anos 1990 esses serviços passaram a ser chamados de CTA, apesar disso, alguns locais, em decorrência da história do nome associado ao serviço, seguiram com o mesmo nome, como no caso do município analisado.

se, então, que os objetivos do Ministério da Saúde para os CTAs, atualmente, permeiam uma integração com a Rede de Assistência à Saúde, fortalecendo as ações relativas a diagnóstico e prevenção do HIV, hepatites virais e sífilis, mas atuando como apoio matricial para implementação de ações de prevenção combinada na Atenção Básica em saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Figura 2 – Conjugação de possibilidades de oferta no CTA



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Fonte: Ministério da Saúde, 2017, p. 18 – Diretrizes para Organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde.

No caso do município pesquisado, a preocupação da gestão, observada na fala da Gestora 2, é com a descentralização da testagem. Foi possível observar, nas entrevistas, que os esforços do DAES estão voltados à provisão de estrutura para que isso ocorra. Ainda, no final do excerto podemos perceber que a intenção é de que o SAE/COAS se torne um setor de matriciamento de ações referentes a HIV/aids, sífilis e hepatites virais. Conforme Zambenedetti (2014), na medida em que as ações são descentralizadas, o CTA vai reconfigurando seu papel na rede: deixa de ser o único ou principal ponto para testagem e porta para a assistência das

pessoas diagnosticadas, passando a ter também uma função de apoio para qualificação das práticas da atenção básica e outros pontos de atenção.

Temos observado, durante a pesquisa, algo que poderia ser dito por vários atores presentes no enfrentamento ao HIV: qualquer ação ou política de enfrentamento ao HIV não ocorre sem dificuldades e com a descentralização não é, necessariamente, diferente. A aids é ainda estigmatizada, ainda que não tenha mais uma “cara” em 2020. A seguir, adentraremos com maior profundidade em dois aspectos dessa linha de análise que, em nosso entendimento, estão entrelaçados: a descentralização das testagens para a atenção básica e a aids como um problema do outro.

5.1.1 Descentralização da testagem e aids como um problema do outro

Embora não seja o tema central do trabalho, a descentralização da testagem rápida era um assunto que abordaríamos durante a entrevista, com a intenção de entender o funcionamento do Programa de HIV/aids como um todo. Observamos vários momentos em que as participantes falam a respeito do tema e acreditamos, a partir dessas observações, que uma possível descentralização da testagem possa ter um efeito interessante na forma como as trabalhadoras da atenção primária operacionalizam questões relacionadas ao tema HIV, o que pode influenciar diretamente no atendimento da PEP nas unidades de urgência, já que são essas trabalhadoras que atuam como plantonistas. Como exemplo, apresentamos o enunciado a seguir:

Entrevistador: Eu até ia te perguntar se existe alguma proposta ou estudo de descentralização dessa testagem.

Gestora 2: Isso. Já foi feito várias, várias, várias, *mas a gente não sabe o que é que acontece realmente*. **Se as unidades por estar sobrecarregada com todos os programas, é muito mais fácil por ter o espaço lá, não vai lá que lá tem, entende, porque todo o amparo e suporte a secretaria já deu, para eles estarem fazendo, né? A gente acredita que seja realmente a demanda, e eu sei de uns pacientes que nem vão mais nas unidades, eles se direcionam sozinhos ao SAE e a unidade nem fica sabendo**, né, mas já tá acontecendo em algumas unidades, já está sendo feito, mas ainda a gente vê uma fragilidade nessa conversa com a rede.

Entrevistador: E aí, oficialmente, então, não está descentralizado?

Gestora 2: Oficialmente 100%, não. (2019).

Nesse excerto, é possível identificar questões sobre relações de poder e, sobretudo, que existem verdades ditas a respeito do dispositivo da aids. De fato, não

é possível, na compreensão de Foucault, separar verdade e poder, pois são construções interligadas que constituem a realidade social (VIEIRA; BRITO, 2015). Dessa forma, entende-se que:

Em Foucault não podemos falar de verdade universal, pelo contrário, podemos falar de verdades sociais, construídas não a partir de relações de sentido (racionalidade), mas através de processos ligados à normatização (modelo legal de poder) e às relações (modelo da guerra). (VIEIRA; BRITO, 2015, p. 78).

Ilustrando essa construção da verdade, pudemos observar que existem forças que abordam a questão da descentralização a partir de alguns diferentes discursos: uma dessas forças discursivas vem de um lugar que valoriza uma racionalidade, aquele que proporciona o suporte logístico e burocrático para que essa verdade seja produzida, como, por exemplo, o relato da Gestora 2 de que já foram feitas “*várias, várias, várias*” tentativas de descentralização da testagem, enfatizando que mesmo assim, com todas essas tentativas, desconhece o real motivo da não efetivação dessa descentralização, levantando algumas hipóteses: UBS sobrecarregada com os outros programas, a existência de um espaço especializado em ISTs. Além disso, no discurso entende-se que, na visão da gestora, todo o suporte foi dado pela Secretaria de Saúde para que os testes sejam feitos pelas unidades. Verificamos, na fala da gestão, a utilização de palavras de maximização quando se refere ao trabalho realizado: “*várias*”, “*todo*”; em contraponto, quando perguntamos a respeito de resultados, o discurso se amiúda: “*algumas unidades*”, “*100% não*”. Por fim, nesse enunciado a profissional refere que existe uma “*fragilidade nessa conversa com a rede*”.

Conforme Foucault (1999), “O poder não para de questionar, de nos questionar; não para de inquirir, de registrar; ele institucionaliza a busca da verdade, ele a profissionaliza, ele a recompensa.” (FOUCAULT, 1999, p. 29). Pudemos observar esse fenômeno a partir do olhar para uma outra força discursiva que poderia ser entendida como uma produção de verdade ou exercício de poder que pode ser apreendida quando analisamos um outro enunciado, de entrevista realizada com a Enfermeira 1, que trabalha em uma Unidade Básica de Saúde e também atua como plantonista em unidades de urgência:

Eu acho... primeiro, *eu sou contra a descentralização de vários ambulatórios que eles estão fazendo, sabe? Eu sou contra, porque a saúde, né, as UBSs e ESFs já são sobrecarregadas*. Por exemplo, aqui nós estamos com uma população de dez mil habitantes, mais ou menos. Um posto de saúde, um médico e um enfermeiro, sabe? *Então, o que acontece? Eu sempre falo: eu apago fogo aqui*. Uma população carente, sócio... é... educacional, sabe? Pobreza extrema, sabe? **Então gera muita demanda pra gente. Eu acho que o ambulatório tem condições de atender com muito mais qualidade**. Porque ele tá ali, ele atende aquilo, né? Mesma coisa em UBS, que é descentralizado, que é a tuberculose, né? *Então eu acho assim, que eles estão ali, toda hora eles estão se capacitando, se atualizando, sabe? E nós não, nós temos casos esporádicos. Temos casos esporádicos de HIV, sabe? Então é bem mais difícil... é bem mais difícil... é... sabe?* A gente, eu acho que a qualidade do atendimento nesses casos especiais seria muito melhor no ambulatório, sabe? *Não sei, é a minha opinião, sabe? Eu sou muito contra, né?* Que descentralizaram a UBS, descentralizaram o... outros ambulatórios aí que acabaram descentralizando, sabe? É... *mas eu acho que em termos de atendimento de qualidade, realmente, acho que seria melhor que continuasse, sabe? E outra coisa também: na UBS, muitas vezes o paciente não vem, de medo que o profissional não tenha ética e espalhe o problema dela... o problema dele* (Enfermeira 1, 2019).

Logo no início de sua fala, nota-se a veemente discordância em relação à descentralização da testagem, justificando que as UBS já estão sobrecarregadas e que um setor especializado tem condições de atender melhor aos pacientes. Especificamente no que se refere à ampliação da oferta da PEP em um serviço de Porto Alegre, Kauss (2018) entrevistou profissionais de saúde que não estavam, até então, envolvidos com atendimentos relacionados à PEP e que tinham como justificativas comuns para o não envolvimento com a política a “agenda cheia”, a sobrecarga do serviço e a escassez de profissionais. (KAUSS, 2018, p. 79).

No caso específico deste estudo, a fala da Enfermeira 1 vai ao encontro das hipóteses levantadas pela gestão, bem como dos dados levantados na pesquisa de campo realizada por Kauss (2018). É, portanto, de extrema importância compreender que para a implementação de uma política,

[...] não basta considerar exclusivamente o plano normativo, na suposição de que este se realizará conforme foi pensado para a política; é preciso examinar a implementação e averiguar a efetividade do que foi construído no processo de formulação. (KAUSS, 2018, p. 77).

Nos dois enunciados é possível inferir a existência do exercício de poder: a gestão exerce o poder sobre as outras unidades quando demanda que estas realizem o serviço de testagem e fornece os suprimentos necessários a esta finalidade; ao mesmo tempo, a profissional de saúde, mesmo sendo capacitada,

oferece resistência à demanda, afirmando que não realiza os testes e se posicionando contra a descentralização, alegando que já tem muitas outras funções em seu trabalho; ainda, seria correto afirmar que a profissional de saúde da UBS exerce poder sobre o paciente, quando orienta ou encaminha este ao SAE/COAS para realizar testagem. Isso tudo demonstra que as relações de poder são dinâmicas, operam em diversas direções e são perpassadas por saberes que informam tais ações.

Em nosso entendimento, parece haver um descompasso entre o que se diz e o que acontece em relação às ações de descentralização da política. O objetivo que se demonstrou nas falas da gestão – um processo mais homogêneo de descentralização – implica na necessidade de diálogo entre as partes envolvidas, equipes maiores e educação permanente em saúde, tema que traz à tona a pergunta que fizemos a respeito de educação permanente em saúde para a temática HIV/aids e outras ISTs:

O SAE acaba recebendo as informações e seria um multiplicador. De ter assim, um projeto específico pro HIV não tem, tem de todas as políticas, de todos os programas, mas sempre na medida do possível que ela [Gestora 1] é capacitada ela nos repassa e é repassado para os demais. (Gestora 2, 2019)

Em alguns trechos dos enunciados, pudemos observar que o discurso predominante é o da aids como um problema do outro: *“é muito mais fácil por ter o espaço lá, não, vai lá que lá tem”*; *“e eu sei de uns pacientes que nem vão mais nas unidades, eles se direcionam sozinhos ao SAE e a unidade nem fica sabendo”*; *“Eu acho que o ambulatório tem condições de atender com muito mais qualidade. Porque ele tá ali, ele atende aquilo, né?”*; *“Então eu acho assim, que eles estão ali, toda hora eles estão se capacitando, se atualizando, sabe?”*; *“E outra coisa também: na UBS, muitas vezes o paciente não vem, de medo que o profissional não tenha ética e espalhe o problema dela... o problema dele.”*; *“Então eu acho que pra respaldar o paciente também, né?”*. Esse outro é facilmente identificável: em alguns momentos esse outro é “lá”, ou seja, é o SAE/COAS; em outros momentos o outro é “dele”, o problema é do paciente.

Enfatiza-se que a Aids como um problema do outro é uma questão histórica:

[...] é possível supor que o movimento inicial de negação se apoiava na desqualificação da Aids como questão de saúde pública, seja através de sua 'insulação' a 'alguns pequenos grupos de indivíduos com hábitos bizarros', seja por intermédio de uma redução (deliberada e ingênua) da sua magnitude e escopo. Reiterados pronunciamentos de autoridades de então afirmavam ser a Aids um problema exclusivo das comunidades gays, ou dos haitianos, ou de ..., até que a enumeração se tornou por demais exaustiva e abrangente, a ponto de descaracterizar as exceções enquanto tais. (BASTOS, 2006, p. 47).

Francisco Inácio Bastos (2006), no excerto anterior, fala a respeito do início da luta contra a aids, referindo-se aos governos ultraconservadores de Ronald Reagan, nos Estados Unidos, e Margaret Thatcher, no Reino Unido da década de 1980. Os outros, naquele caso, eram os ditos 4Hs (Homossexuais, Haitianos, Hemofílicos e Heroinômanos).

Partindo do entendimento da aids como um problema do outro, levando em consideração os estudos de Bastos (2006), durante a entrevista fomos informados pela Gestora 1 que no final do ano de 2007 a equipe do serviço realizou um treinamento para a utilização de testes rápidos, a princípio apenas para HIV; durante esse treinamento “Foi recapitulada a parte do aconselhamento, da **população-alvo**, que na época ainda eram mais os **caminhoneiros** e os **homossexuais**, que **hoje não tem mais nada a ver**, mas a gente **passou por essa fase**, não tem como eu não falar, né?” (Gestora 1, 2019). A profissional afirma que “hoje não tem mais nada a ver”, referindo-se a caminhoneiros e homossexuais, procurando na sequência reafirmar que essa era a “população-alvo” no passado e justificando que “não tem como não falar” disso.

Como população-chave para HIV, o Ministério da Saúde entende que o maior risco de infecção está entre alguns segmentos populacionais. Essa população é composta por gays e outros HSH, pessoas trans, pessoas que usam álcool e outras drogas, mulheres profissionais do sexo e pessoas privadas de liberdade. Podemos então afirmar que em 2006 e atualmente, junto com outros segmentos populacionais, os homossexuais permanecem mais vulneráveis ao HIV do que a população geral.

Em 2018, o Ministério da Saúde reafirmou as populações-chave e publicou um documento afirmando importância de uma agenda estratégica de enfrentamento ao HIV entre essas pessoas, definindo que:

As populações-chave para a resposta brasileira à epidemia de HIV/aids são aquelas atingidas desproporcional e desigualmente em comparação à população geral, tanto sob o ponto de vista epidemiológico quanto em relação ao acesso à saúde, além de se encontrarem sob maior vulnerabilidade para outras IST, hepatites virais e coinfeção TBHIV. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p. 14).

Para pensarmos a partir de uma posição de análise do discurso sobre Populações-chave ou População-alvo, precisamos olhar para mudanças já vivenciadas de termos ou de conceitos para se referir a características que tornam uma população ou uma comunidade, levando em consideração suas características, comportamentos ou vivências, mais ou menos vulneráveis a serem infectadas com HIV. Observemos que, no início da epidemia, tínhamos os 4 H, conceito que foi substituído pelo de Grupo de Risco, em seguida pelo conceito de Comportamento de risco, passando para o conceito de vulnerabilidade. Apesar de uma sucessão aparentemente linear desses conceitos e sua apropriação no contexto das políticas públicas, no cotidiano eles coexistem e se sobrepõem. A mudança de nomenclatura designa novas formas de compreensão, mas pode passar por movimentos de captura e reprodução de antigos sentidos sob novos nomes. Podemos pensar nesses discursos como vivências de épocas distintas, e quando chegamos nos termos mais recentes – População-Chave/Alvo –, poderíamos entender essas transformações como uma pasteurização do discurso que tem como intenção fazer com que este pareça mais amigável ou menos segregador ou estigmatizador.

É importante lembrarmos que o Dispositivo é móvel e dinâmico: “Em suma, entre estes elementos, discursivos ou não, existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes.” (FOUCAULT, 2000, p. 244), então, ao passo em que determinada coisa em um momento serve para um propósito, em outro momento pode ser apropriada para outra função; desse modo, o termo “grupo de risco” surgiu como estratégia de prevenção, mas acabou servindo para a estigmatização de grupos sociais. Do mesmo modo, algo semelhante pode ocorrer com termos como “população-chave”. Apesar da intenção de evidenciar uma relação de vulnerabilidade – ou seja, não se trata de um grupo vulnerável, mas sim vulnerabilizado nas relações histórico-sociais – que possa orientar políticas públicas e dar visibilidade a determinados públicos, é também possível que tal termo seja interpretado através de uma ótica

estigmatizante, visto que o sentido não é intrínseco a um termo, sendo conformado em contextos específicos e em movimentos de (re)apropriação.

Ao mesmo tempo, concordando com Araújo (2017), para além de uma óbvia efetivação dos direitos da população LGBT e até mesmo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2013), existem intenções de outra ordem que não a da valorização dessa comunidade. Nas palavras do autor:

Se, por um lado, efetiva direitos relacionados à saúde de tais sujeitos, por outro, carrega consigo, de modo mais sutil e talvez por isso mais ardiloso, consequências de ordem moralizante, reforçando o estigma de tais subjetividades como portadoras de uma sexualidade perversa e que se apresentam, elas mesmas, como um risco biológico para a própria população. Figura, portanto, de modo eloquente, como exemplo de medidas relacionadas ao processo de construção da cidadania de pessoas LGBTI, da “sidadanização”. (ARAÚJO, 2017, p. 1836).

Assim, voltemos ao termo pasteurização, Araújo (2017) volta sua atenção para a ação do dispositivo da sexualidade ao refletir sobre o fato de que gays e outros homens que fazem sexo com homens tem sua definição de População-alvo para o HIV amplamente aceita, para o autor,

[...] segundo Michel Foucault, é nele que se entrecruzam práticas disciplinares dirigidas aos corpos individuais e técnicas de regulação e controle que operam sobre a população, lançando tais corpos – individuais e populacional – a um terreno disciplinado e regulado pelos efeitos do poder normalizador. (ARAÚJO, 2017, p. 1835)

É importante ressaltar que não se pretende, com essa análise, negar dados, como por exemplo o fato de que a prevalência de HIV entre gays e outros homens que fazem sexo com homens é de cerca de 18% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018), em contraponto, dos 17.873 casos notificados no SINAN em 2019, 4.899 foram de mulheres infectadas com HIV, o que representa aproximadamente 27,5% dos casos ou a razão 2,6, que seriam 26 homens para cada 10 mulheres vivendo com HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 36). Na forma mais simples de se dizer, o que procuramos analisar nesse trabalho é uma política pública de saúde, sua efetivação e os efeitos sobre seus atores.

5.2 A PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO SEXUAL EM INTERLOCUÇÃO COM AS TECNOLOGIAS DE PRODUÇÃO DE CUIDADO E COM A ANÁLISE DE IMPLICAÇÃO

Perguntamos à Gestora 1 como foi o início da PEP Sexual e ela nos informou:

Gestora 1: Eu não lembro nem como começou, porque assim, foi assim... eu me lembro que sempre que teve exposição sexual a gente entrava com a medicação, mas eu não lembro exatamente quando isso aconteceu pela primeira vez. Eu lembro que muitas vezes a gente foi chamado pra fazer esse atendimento, os médicos sempre nos amparavam com a prescrição e tudo, né? [...]

Entrevistador: Nesse momento já tinha na UPA ou só aqui?

Gestora 1: Não. Só era pra nós aqui, mas assim, a UPA chamava, a Urgência chamava, os postos chamavam; mas naquela época ainda era bem... bem poucas vezes, né? (Gestora 1, 2020).

Dessa forma, depreende-se que num primeiro momento o SAE era o único lugar responsável por prescrever PEP no município, conforme já apontamos, havia um plantão, que foi confirmado pela Gestora 2, os profissionais eram chamados e realizavam todos os atendimentos relacionados à PEP necessários no município, independentemente da motivação: se ocupacional, por violência sexual ou por via sexual consentida. Quando observamos o protocolo de 2010, verificamos que há coerência nessa afirmação da profissional, considerando que a complexidade da análise necessária para prescrição da PEP exigia experiência com ARV ou então profissionais especialistas na área. Somente a partir da simplificação do protocolo, em 2015, a prescrição da PEP se torna possível por uma quantidade maior de profissionais.

De acordo com o relato da Gestora 1, a partir de 2016 ou 2017 a procura pela PEP aumentou. Diante disso, relembramos a mesma que em 2015 o PCDT da PEP foi simplificado pelo Ministério da Saúde. Pensando ainda no plantão do SAE, citado pela profissional, perguntamos se este é encerrado em 2015 e se havia alguma relação com o novo PCDT; fomos informados que essa forma de serviço foi encerrada em 2014. Nas palavras da Gestora 1:

A gente não sabe até hoje por que nós não fazemos mais plantão. Você sabe que faz, eu acho, umas 3 semanas que a gente teve uma reunião com o secretário de saúde e ele até tocou no assunto pra volta do plantão, mas ele não fez muita questão de entrar nesse assunto, porque é uma coisa

muito... é... que eles tem que nos chamar pra falar, porque a gente simplesmente foi pega de surpresa e a partir de tal data não tem mais plantão. E a gente sabe que daí eles puseram outras pessoas pra fazer a entrega da medicação, as enfermeiras das unidades de urgência precisaram fazer treinamento pra fazer o teste; o médico, a gente levou os protocolos, deixou em cima da mesa do médico pra que ele soubesse que isso é uma urgência médica. Só que, às vezes, o paciente ainda vem aqui na segunda-feira e fala que não foi atendido. (Gestora 1, 2020).

Conforme verificamos nas entrevistas anteriores, existem dois tipos⁹ de local no município onde o usuário pode procurar a PEP: o SAE/COAS e as Unidades Municipais de Urgência. O atendimento do SAE é de segunda a sexta-feira, em horário comercial; duas das unidades de urgência funcionam 24 horas por dia e 7 dias por semana, e a terceira das 7 da manhã até a meia-noite, de segunda a sábado. Caso a exposição aconteça em dias úteis, o paciente sempre é orientado a procurar o SAE/COAS – mesmo que a exposição tenha ocorrido durante a noite ou de madrugada –, em vez de receber o atendimento nas unidades de urgência. Frisamos que as Diretrizes do Ministério da Saúde para a PEP preconizam que a primeira tomada do medicamento deve ocorrer preferencialmente duas horas após a exposição, não podendo ultrapassar 72 horas.

O fluxo para a PEP, quando o paciente a procura no SAE/COAS, foi descrito pela Gestora 1 (2019): é realizado o teste de HIV e, quando o resultado é “não-reagente”, o paciente passa pelo médico que receita a profilaxia, porém, apenas quando o usuário não traz junto o parceiro ou parceira. Quando as pessoas vêm juntas, todas são testadas e se busca evitar a prescrição da profilaxia em virtude dos efeitos colaterais. O prazo é de no máximo 72 horas.

Diante disso, perguntamos se durante o que poderíamos chamar de Descentralização da PEP e encerramento do Plantão do SAE aconteceu algum treinamento com os trabalhadores das Urgências, ou se houve algum debate sobre a decisão. A Gestora 1 afirmou que não houve um treinamento específico com as equipes mas foi realizada, juntamente à Farmacêutica, uma orientação para os enfermeiros plantonistas, tendo como assuntos abordados “o protocolo da farmácia, a gente falou sobre os testes rápidos, falou sobre o tempo que decorria do evento até o prazo máximo de tomar o antirretroviral; foi tudo muito bem explicado, sabe?

⁹ É possível solicitar a PEP no plantão dos hospitais da cidade, porém os dois existentes são particulares e aqui estamos considerando apenas o protocolo em serviços públicos de acesso universal através do SUS. Quando o paciente se dirige ao plantão dos hospitais para solicitar a PEP, essa é fornecida pelo próprio SAE, conforme informações obtidas na entrevista com a Farmacêutica.

Então, assim... mas ainda tem gente que não sabe.” (Gestora 1, 2020). De acordo com a profissional, não houve um momento específico de capacitação:

Específica não, assim, que eu chamei todo mundo pra fora da UPA e botei numa sala e conversei o dia todo, não. Foram conversas e orientações pontuais dentro do serviço, dentro do horário de trabalho. No hospital, a gente fez diferente: sentamos na sala de reunião com todos os farmacêuticos e os enfermeiros que puderam participar, foi uma coisa mais... como é que eu vou dizer... mais completa. A pessoa sentou pra fazer aquilo. Aqui nas urgências foi uma coisa pontual durante o trabalho. (Gestora 1, 2020).

Diante da forma como tudo foi feito, é compreensível que haja “gente que ainda não sabe”. A PEP é uma política bastante complexa que envolve um protocolo que vai além da realização de um teste rápido para HIV, incluindo a escuta do tipo de exposição a que o paciente foi submetido. São de crucial importância a escuta e a capacitação dos trabalhadores, caso contrário é muito provável que se reproduzam os discursos encontrados por KAUSS (2018), que indicam falta de capacitação, falta de conhecimento sobre o protocolo da PEP, centralização dos saberes sobre o serviço em um único local, apesar da descentralização da oferta. A Gestora 1, nessa segunda entrevista, menciona que, para que alguns problemas que ela aponta em sua fala possam ser resolvidos “[é necessário] fazer com que o pessoal leia bem os protocolos e se inteire do assunto que nem a gente faz, sabe? Porque até o momento que eles não entenderem que isso é necessário, não vai dar certo, né? É muito difícil trabalhar assim.” (Gestora 1, 2020).

As Diretrizes para organização da Rede da PEP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), conforme já apontado, sugerem alguns pontos necessários à organização do sistema de saúde para uma descentralização da prescrição da profilaxia e falam a respeito da capacitação das equipes, que deve abordar vários temas sensíveis para o funcionamento dessa descentralização, indo além do que foi realizado no município pesquisado:

A capacitação das equipes de saúde que atuarão na rede de PEP deve abordar temas como: • Acolhimento e aconselhamento; • Aspectos éticos e legais da prescrição de PEP, principalmente em casos de violência sexual; • Relações de gênero, como, por exemplo, o respeito ao nome social, conforme estabelecido pela Portaria MS nº 1.820, de 13 de agosto de 2009; • Não discriminação e não estigmatização do usuário pelo profissional de saúde, de acordo com as políticas específicas do Ministério da Saúde (Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, entre outras); • Testes

rápidos para HIV, hepatites B e C e sífilis; • Importância da adesão ao esquema antirretroviral para o sucesso da PEP. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p. 21).

Na entrevista, perguntamos à Gestora 2 sobre capacitação:

Entrevistador: Com relação à educação permanente em saúde pra essa temática, tem algum programa dentro da Secretaria, ou acaba ficando por conta do SAE também, pra fazer treinamento com o pessoal da enfermagem?

Gestora 2: O SAE acaba recebendo as informações e seria um multiplicador. De ter assim, um projeto específico pro HIV não tem, tem de todas as políticas, de todos os programas, mas sempre na medida do possível que ela é capacitada ela nos repassa e é repassado para os demais, né, como é o caso das hepatites virais, ela tá passando junto com o médico em todas as unidades, e já está falando do teste rápido também. A gente tá aproveitando o médico pra falar das hepatites e ela daí tá falando e novamente matriciando todas as unidades, as 33, sobre o teste rápido, tirando todas as dúvidas, né? Então ela tá correndo junto com o médico as 33 unidades. (2019).

O que podemos concluir é que não existe um programa de capacitação ou de treinamento para os trabalhadores da saúde. Na fala das duas gestoras, é possível observar que quando uma política é lançada ou quando é necessário abordar algum tema em saúde com os trabalhadores, alguém “passa” pelas unidades fazendo uma fala sobre o assunto. Pontamos a necessidade da existência de um programa de capacitação mais estruturado, que inclusive poderia ser visto como valorização do trabalhador da saúde.

Observa-se a existência de tensionamentos quando se procura entender o funcionamento de políticas públicas, e com as políticas sobre HIV/ aids e outras ISTs não é diferente. Para problematizar essa questão podemos observar o seguinte trecho da segunda entrevista feita com a Gestora 1:

Entrevistador: Entendi. E resistência? Quando vem a PEP Sexual, né, aí você tem colegas de trabalho, tem toda uma equipe, tem toda uma rede, é uma rede muito grande no município. Como foi isso? Todo mundo aceitou bem?

Gestora 1: Nããão (risos). É uma coisa muito de cada um, né? Eu não tenho preconceito, quando eu saio de casa meu preconceito fica atrás da porta, mas eu não posso jurar pelo colega que ele não tem, né? Então a gente teve muita resistência em relação aos médicos, porque eles não queriam admitir que isso era uma urgência médica até a gente mostrar “tá escrito aqui, ó”. Mas hoje ainda temos resistência de todos os profissionais, das várias áreas, né?

Nos estudos foucaultianos, aprendemos que para que haja poder é necessário que haja resistência:

“Para Foucault, a resistência ao poder não pode vir de fora do poder; ela é contemporânea e integrável às estratégias de poder [...] A possibilidade de resistência, para Foucault, não é essencialmente da ordem da denúncia moral ou da reivindicação de um direito determinado, mas da ordem estratégica e da luta.” (CASTRO, 2009, p. 387)

Essas lutas podem estar tanto a favor da conservação quanto da mudança. O que observamos nessa relação SAE-paciente-urgências é uma forma de resistência aos fluxos, que de fato são bastante descritos quando se fala de PEP com os participantes da pesquisa; em algum momento, nós realmente perguntamos à Gestora 2 sobre o fluxo da PEP Sexual: “Quem fez esse fluxo do atendimento da violência sexual daí, foi a Gestora 3” (Gestora 2, 2019). A Gestora 3 é responsável pela coordenação da Atenção Primária em Saúde, e se juntou a nós nesse momento. É importante ressaltar que deixamos claro, ao realizar o questionamento, nosso foco de interesse sobre a PEP para exposição sexual consentida, porém, em seguida da resposta da Gestora 2, que entendeu que gostaríamos de saber sobre o fluxo para atendimento a vítimas de violência sexual, a Gestora 3 foi imprimir o mesmo.

Respondendo à pergunta sobre como obter atendimento para PEP Sexual, a Gestora 3 informou que esse atendimento, nos feriados e finais de semana, é oferecido nas unidades de urgência, onde está o farmacêutico de plantão:

Teve a exposição, é feita a triagem pela enfermagem, é feita a consulta médica, o médico pede e a gente faz o teste rápido e aí com a classificação do teste rápido é feito né, o, foi a exposição e o PEP ele é entregue pelo farmacêutico. Já tem um farmacêutico de plantão e já tem o kit pronto. (Gestora 3, 2019).

A Gestora 3 sugeriu que a Gestora 4, responsável pelo departamento de atenção farmacêutica, se juntasse a nós na entrevista. A Gestora 4 explicou que na UPA Batel existe farmacêutico das 7 horas à meia-noite, e que da meia-noite às 7 é feita uma escala de plantão. Quando a enfermagem recebe novamente o paciente com a prescrição médica da PEP, este paciente é encaminhado ao farmacêutico: “quem estiver lá faz a entrega, faz a explicação de como é que funciona e tal, né?” (Gestora 4, 2019). A Gestora 4 também nos informou que o medicamento fica

disponível apenas na Urgência 1 e que a consulta médica pode ser realizada em qualquer uma das três unidades de urgência do município.

Nos chama bastante atenção, nas descrições realizadas pelas gestoras, as incansáveis descrições dos protocolos, fluxos e normas. Se não tivéssemos entrevistado outros participantes, poderíamos depreender que se fala de sexo nas unidades de saúde com a mesma naturalidade que se fala de outras coisas, como infarto, gripe ou até mesmo do novo coronavírus. Em comum, para todos esses casos, pouco se fala sobre a dimensão relacional, sobre a subjetividade. Dessa forma, traremos ainda dois assuntos nesse capítulo com o intuito de articular todas essas relações: as Tecnologias de Produção do Cuidado e a Análise de Implicação.

5.2.1 Tecnologias de Produção do Cuidado

Entendemos saúde de forma ampliada, a partir do conceito de Feuerwerker (2013):

Saúde é um tema da vida, um assunto de todos os humanos. Tem a ver com o estoque de recursos de que dispomos para levar a vida adiante da melhor maneira possível. Melhor maneira possível que tem algo a ver com um projeto de felicidade, com os modos de estar no mundo (FEUERWERKER, 2013, p. 43).

Dessa forma, compreendemos que a subjetividade e os relacionamentos entre usuários e profissionais de saúde são partes fundamentais do processo de promoção da saúde e, mais ainda, dos processos de produção do cuidado. Quando nos dispusemos a analisar os discursos de profissionais de saúde a respeito de uma política pública de saúde específica, buscávamos também encontrar o reflexo desses entendimentos.

Pensando na subjetividade, é importante que as demandas dos usuários sejam atendidas da melhor forma possível; em um trecho da segunda entrevista realizada com a Gestora 2, encontramos:

Eu já tive muito paciente que não pegou a PEP, voltou aqui e falou assim: “eu não vou pegar porque eu não vou ficar 3, 4 horas sentado lá esperando”. Então, sobre esse assunto a gente foi várias vezes falar com os médicos e com as enfermeiras, então parece que agora já tá quase que um pouco melhor, né, a gente não tem mais tanta reclamação; mas quando eu voltei do afastamento da pandemia, eu lembro que a Farmacêutica me comentou: “nós temos que conversar de novo com o pessoal da UPA,

porque tem muita gente voltando, dizendo que não tá sendo atendida ou que não recebeu a medicação, e a medicação estava lá”. (Gestora 2, 2020).

Usuários do sistema de saúde devem ser vistos como protagonistas de seu processo de saúde e doença, e isso justificaria a escolha dessas pessoas por não aguardar pelo tempo de espera para o atendimento. Além disso, os protocolos da PEP caracterizam a exposição ao HIV, independentemente de sua natureza, como uma urgência médica, estabelecendo que quanto mais cedo o paciente tomar a medicação pela primeira vez, maior a eficácia do tratamento. A partir de um olhar voltado à subjetividade, observemos o seguinte excerto:

O que um considera problemas e necessidades não necessariamente coincide com o que o(s) outro(s) considera(m). Um sabe de seus desconfortos; os outros olham para os usuários utilizando diferentes filtros (risco, vulnerabilidades, prioridades etc.) (FEUERWERKER, 2013, p. 45).

Pode-se afirmar, então, que cada profissional vai se utilizar de um filtro diferente para cada queixa, ao passo que, eventualmente, pode ocorrer que este se esqueça de olhar para a pessoa que está em sua frente buscando atendimento. Tudo depende da situação em que o encontro entre usuários e profissionais acontece. Feuerwerker (2013, p. 47) afirma que “Há diferentes situações, diferentes relações de poder, diferentes graus de proteção e governabilidade de parte a parte.”.

Nessa esteira, pensando em relações (e disputas) de poder, Merhy (2013) retoma o conceito das caixas de ferramentas tecnológicas, que conforme Feuerwerker (2013, p. 48) “Seriam três tipos de caixas de ferramentas: uma vinculada à propedêutica e aos procedimentos (diagnósticos e terapêuticos); outra aos saberes; e outra às relações trabalhador – usuário.”

Merhy (2013) entende que dentro dessas caixas de ferramentas acontece o ato produtivo do cuidado e continua:

Designo esses três componentes tecnológicos do ato de produção do cuidado como: dimensão tecnológica leve-dura, tecnológica dura e tecnológica leve/relacional do cuidado. Mesmo afirmando que não há um sem o outro, pois todo ato de cuidar só se realiza pela presença das três dimensões no processo produtivo, é possível dizer que as formas de combinações entre elas e os modos como se posicionam uma em relação à outra são variados, conforme os modos de cuidar. (MERHY, 2013, p. 63).

Considerando a necessidade de interação entre as três dimensões tecnológicas do ato de produção do cuidado, demonstraremos como isso se dá no protocolo para a PEP Sexual. A dimensão dura é a mais fácil de observar, já que a PEP é uma forma de prevenção ao HIV de abordagem biomédica, sendo baseada na utilização de ARV. Não se pode, no entanto, considerar que a política se resume ao fornecimento de medicamentos; assim, quando realizamos uma pesquisa que envolve a compreensão do protocolo clínico e das diretrizes terapêuticas da PEP, estamos nos valendo de uma tecnologia de dimensão leve-dura. A PEP Sexual está estabelecida no sistema de saúde brasileiro: os medicamentos são de distribuição gratuita no SUS e foi formulada uma diretriz pelo órgão competente para que seja caracterizada e efetivada a política pública.

No município pesquisado, através das entrevistas e pela análise de discurso, pudemos observar que a PEP Sexual acontece. Em diversos momentos ouvimos falar (e lemos, após transcrito) sobre a normatização da PEP, sobre os protocolos a serem seguidos, sobre quem pode e quem não pode receber ou prescrever a profilaxia. Merhy (2013) explica:

No modo mais comum como se cuida, hoje, a centralidade do trabalhador de saúde sobre o usuário é predominante, a ponto de este desaparecer em importância na possível construção conjunta do ato cuidador. Por exemplo, é assim no cuidado médico centrado ou profissional centrado em geral. Nesses casos, as dimensões leve-dura e dura são mais centrais que as leves/relacionais, pois estas estão completamente a serviço do domínio que o saber do profissional e seus procedimentos em si ocupam na condução do cuidado (MERHY, 2013, p. 64).

Ora, se existe um protocolo e estão disponíveis os medicamentos, então aparentemente a política é efetivada no município pesquisado; seguindo a lógica das tecnologias de produção do cuidado ainda falta uma dimensão, entendendo com Merhy (2013) que as três dimensões são indissociáveis, mas acontecem em diferentes combinações.

A dimensão tecnológica leve/relacional está, como o nome já afirma, ligada a questões relacionais e de vínculo entre usuário-trabalhador-serviço. Para a PEP Sexual essa é uma dimensão que poderia ser dita como essencial, pois centra a produção do cuidado no usuário. Conforme Merhy (2013, p. 64), “É o que deveria ocorrer em processos de cuidado nos quais as histórias de vida do usuário são

fundamentais e suas formas de compor os processos de cuidado também. E a seu serviço as outras dimensões se colocariam.”.

Sendo assim, podemos afirmar que uma efetividade maior da PEP, enquanto política, implica na necessidade de reflexão sobre os processos de trabalho que culminam na produção do cuidado em saúde, pautando-se o olhar sobre a dimensão subjetiva do usuário que busca atendimento. De forma correlata, importa também que os usuários lembrem-se que estão diante de uma pessoa; isso poderia ser entendido como o que Merhy (2013) chama de acolhimento:

Acolhimento, aqui, não é visto como um ato de compaixão ou de dó, muito menos uma simples recepção do outro. Acolhimento é a possibilidade de no encontro com o outro deixar aparecer a presença do outro por meio de suas falas e afetos, portanto no ato dos processos relacionais, que sempre funciona em mão dupla, do trabalhador para o usuário e vice-versa. (MERHY, 2013, p. 64).

Por fim, partindo da compreensão desse encontro entre profissionais e usuários e pensando que para cada atendimento os atores utilizaram um filtro diferente, a seguir abordaremos a implicação dos profissionais com a política de HIV no município e principalmente com a PEP. Trouxemos os dois tópicos em sequência por entender que existe uma ligação entre a produção do cuidado e a implicação dos profissionais.

5.2.2 Análise de Implicação

Todas as entrevistas que realizamos têm uma primeira pergunta em comum: qual seu nível de aproximação com a temática do HIV/aids e outras ISTs? Com esse questionamento não procuramos, necessariamente, entender a aproximação dos entrevistados no campo profissional, mas verificar se o participante estava envolvido com a temática ou apenas trabalhava – como na maioria dos casos – esporadicamente com pacientes que traziam à tona o assunto. O enunciado obtido como resposta a essa pergunta também foi comum; mesmo que com diferentes palavras, a resposta para esse questionamento pode ser traduzida como “a gente sempre tem, né?”, o que nos provocou a buscar na Análise Institucional o conceito de Análise de Implicação.

A Análise Institucional tem como objetivo “compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos sujeitos.” (L’ABBATE, 2012, p. 198), tendo como uma das ferramentas para essa compreensão a Análise de Implicação. A implicação pode ser compreendida como aquilo que “refere-se ao nosso envolvimento sempre presente e até de natureza inconsciente com tudo aquilo que fazemos” (L’ABBATE, 2012, p. 198). A implicação pode ser primária (relacionada às ligações entre analisador e analisado) ou secundária, ocorrendo em três níveis diferentes, mas ligados a todas as instituições que nos atravessam (FORTUNA *et al.*, 2016). Os três níveis definidos por Barbier (1995) são: “afetivo-libidinal, a existencial e a estruturo-profissional” (*apud* L’ABBATE, 2012, p. 201). A partir das respostas à pergunta sobre aproximação com a política do HIV, procuramos traduzir essa aproximação como nível de implicação com a política de HIV.

Poderíamos, então, procurar entender de qual lugar essas profissionais saem, de que lugar vêm as falas das trabalhadoras e por quais saberes são atravessadas. Anteriormente, quando refletimos sobre o uso das tecnologias de produção do cuidado, pudemos ver que na fala das gestoras está presente a questão relacionada aos protocolos, aos fluxos e às normas. Pensando nisso pelo viés da análise institucional, podemos afirmar que esses discursos estão atravessados por uma implicação racional/administrativa ou estruturo-profissional.

Com relação às demais trabalhadoras, não se excluindo a possibilidade de aparecerem outros trechos de falas das gestoras, poderíamos classificar as respostas recebidas em dois tipos: o primeiro tipo ilustra uma implicação profissional, que ainda enquadra-se no nível de implicação racional/administrativo, já que em algumas falas as participantes trazem informações do HIV como caso esporádico ou experiência passada; essas respostas mostram como pacientes relacionados ao HIV podem surgir na trajetória do trabalhador da saúde, mas não é algo tratado como diferente de outras demandas, apenas como algo a que as trabalhadoras da saúde estão sujeitas, conforme se pode observar na resposta da médica que, quando questionada sobre aproximação com a temática, relatou ter realizado estágio em um ambulatório para pessoas que vivem com HIV, mas que na sua prática profissional atual “[...] não é uma experiência que esteja habituada, só atendi pacientes que já tinham diagnóstico.” (Médica, 2019).

De forma similar sobre esta questão, verificam-se outros exemplos no discurso de algumas enfermeiras entrevistadas:

A gente sempre tem, né? Porque nos dias de hoje ainda existem muitos casos de hiv, muitas contaminações, inclusive hoje em adolescentes e idosos, né? Então a gente sempre está acompanhando esses casos. Aqui, inclusive, a gente tem vários casos (Enfermeira 1, 2019).

Aqui na Unidade tem casos que a gente acompanha. E na Urgência seguidamente a gente recebe pacientes que são soropositivos (Enfermeira 3, 2019).

Percebe-se que o atendimento a pacientes com HIV é um atravessamento possível e que não exige, necessariamente, um tratamento diferenciado. Essa informação foi referenciada pela Gestora 1 ao explicar que, quando o paciente precisa de um atendimento não relacionado ao vírus, ele deve procurar sua unidade de saúde de referência, mas se precisar de um atendimento em virtude de alguma complicação do HIV, deve se dirigir ao SAE. Nas palavras da profissional:

[...] mas eles gostam de vir aqui. Não gostam de se expor, tanto é que os há uns 2 anos o pessoal da secretaria queria que a gente mandasse todos os pacientes para sua unidade de residência, e não deu certo porque a pessoa não quer se expor, a equipe relatou que é difícil trabalhar com o paciente. Eu acho que eles tem a mesma dificuldade que eu tive quando entrei aqui, um pouco é receio e um pouco de conhecimento também; tudo que é desconhecido assusta, né? Eu penso que aids é muito mais fácil de tratar do que hepatite. (Gestora 1, 2019).

Dessa forma, é possível afirmar que uma implicação mais administrativa ou pautada na realização esporádica de atendimentos relacionados ao HIV pode ser um aspecto que influencia no atendimento realizado. A fala da médica sobre como realizar o atendimento de uma pessoa que se expôs ao HIV e que poderia utilizar a PEP Sexual ilustra isso:

Eu não lembro mais a metade disso, mas eu sei mais ou menos como é. Mas a gente faz nossas consultas, temos nossas ferramentas e aplicativos médicos para consultar. Porque ter tudo assim na primeira prateleira da cabeça ... são coisas que a gente não mexe todo o dia. A gente não é pego tão desprevenido assim caso for preciso fazer. (Médica, 2019)

A trabalhadora cita uma ferramenta até então não abordada por outros profissionais: aplicativo para celular. O Ministério da Saúde (2016) se refere à simplificação do protocolo da PEP como a instituição de um algoritmo único para todos os tipos de PEP; tanto o excerto da fala da médica quanto o documento do

Ministério da Saúde denotam uma implicação racional/administrativa. Pode-se dizer que nenhum dos dois sujeitos, no momento dessas afirmações, se ocupa de questões psicossociais ou de caráter subjetivo, mas apenas da utilização de ferramentas que possibilitem a objetividade do atendimento.

Um segundo tipo de resposta à pergunta mostra uma reflexão mais complexa, que poderia ser entendida como um “encontro” com a temática:

Quando eu entrei na prefeitura em 2013 eu já fui direcionada para um curso, uma capacitação em testagem, dos testes rápidos. Ficamos dois dias em curso e temos certificado tanto da parte, assim... Por exemplo, se eu faço um teste e dá positivo, eu tenho treinamento para conversar com esse paciente, para que eu possa dar o resultado, como também na realização do teste e laudar o teste. (Enfermeira 1, 2019).

Esse tipo de implicação, além de profissional, pode ser compreendido como uma implicação existencial/ideológica ou afetivo-libidinal. O comprometimento com o aconselhamento poderia ser percebido como implicação apenas profissional, mas essa trabalhadora foi a única plantonista que falou sobre isso de forma espontânea, como um descritor. Outros exemplos de discursos implicados profissionalmente e também de forma existencial/ideológica podem ser encontrados na fala das trabalhadoras do SAE/COAS. Podemos destacar o discurso da Enfermeira 4:

Teve uma situação em que um homem, um paciente veio relatando que foi seduzido por uma pessoa, por uma questão de dinheiro, tudo o mais, e ele veio aqui pra fazer... ele veio com uma irmã dele, tal... eles vêm todos cheios de preconceitos, às vezes, né, claro, é difícil para o paciente falar; e ele veio e me contou detalhes de como foi, então me marcou bastante, sabe? Daí ele tava meio resistente em fazer a PEP, daí eu conversei com o médico junto com ele, o médico achou melhor ele fazer. Depois ele voltou, com 28 dias, fazer o reteste, ele agradeceu muito, assim, uma coisa que ficou bem marcada, porque ele veio e agradeceu, sabe? Daí deu negativo, né... e ele refletiu nesse momento, falou que se não tivesse feito, talvez pudesse ter um resultado positivo.(Enfermeira 4, 2020).

Poderíamos, a partir do enunciado, caminhar para um outro ponto de análise: a abordagem psicossocial do sexo e da sexualidade. Os discursos sobre sexo feitos pelos trabalhadores vêm de um lugar em que saberes estão em disputa com a moralidade e as crenças pessoais. Paiva (2008, p. 642) nos leva a refletir a respeito dos discursos de prevenção existentes: “Fala-se de comportamentos e práticas sexuais de risco, sem sentido, sem contexto, sem pessoa.” O que a autora chama de cenas típicas da transmissão são diferentes desse discurso, elas estão no

lugar do sexo para descarregar o desejo, do sexo rápido para poder dormir, do sexo como fonte de renda, do sexo para não apanhar (PAIVA, 2008, p. 642); o caso citado pela Enfermeira 4 traz um desses aspectos, o do sexo como fonte de renda em um caso no qual poderia ter ocorrido uma infecção por HIV.

Outro aspecto de tensionamento verificado por Paiva diz respeito aos programas voltados para a sexualidade jovem na América Latina:

profissionais [...] quase sempre atuam com base em suas crenças e valores pessoais apenas ligeiramente informados por esse discurso científico mais típico do século passado, o “sexológico” disseminado pela mídia, por políticas públicas e reinterpretado no discurso religioso [...] embora atuem com base em sua autoridade técnica e científica [...] raramente foram formados para lidar com a sexualidade em contextos que não sejam propriamente terapêuticos. (PAIVA, 2008, p. 644)

Isso pode ser claramente observado no discurso expresso por uma participante, quando perguntamos se já solicitou que algum paciente fizesse um teste de HIV e outras ISTs:

Médica: Sim. A gente faz meio por praxe. Geralmente eu solicito os testes rápidos ou por risco populacional, ou então, na maioria das vezes, quando eu acho exames alterados que podem ser hepatites virais, aí eu resolvo investigar as hepatites virais e como já estarei investigando isso eu peço HIV também. Mas até hoje nunca veio positivo.

Entrevistador: E quando você fala de populações de risco, populações vulneráveis, você está se referindo a...?

Médica: O Ministério da Saúde considera pessoas com mais de 40 anos com maiores riscos para hepatites virais, é parte da rotina pedir. A gente pode antecipar isso, por exemplo, em grupos que adotam comportamentos considerados arriscados, mais de seis parceiros e aquelas coisas todas, relações sexuais desprotegidas. Mas de regra, a gente considera mais de 40 anos como faixa de risco. (Médica, 2019).

Entendemos que a fala desta participante expressa um discurso que veicula determinadas características ao risco de infecção. Este discurso é conformado tanto no senso comum quanto é referido, pela participante, como parte das orientações do Ministério da Saúde. Este discurso não é “da participante”, senão que a atravessa, assim como a diversos outros sujeitos.

Outro discurso sobre isso pode ser visto no seguinte trecho:

[...] Aconselhamento eu não gosto muito, não gosto muito daquele formulário... aquele questionário, eu acho ele horrível, na verdade. Acho constrangedor, às vezes fazer uma pergunta pra pessoa “quantos parceiros sexuais você teve?” homem, mulher, isso e isso... é uma coisa meio

constrangedora, tem gente que não gosta disso. (Farmacêutica, 2020).

Paiva continua seu argumento afirmando, sobre os profissionais, que esses “normatizam o sexo desejável, nomeando-o como ‘mais saudável’, baseado em valores e noções pessoais que reinterpretem a sofisticada teorização sexológica do século XX” (PAIVA, 2008, p. 644). Em nossa pesquisa, pudemos observar uma força discursiva que vem de um lugar similar ao que Paiva (2008) se refere:

A gente tem muita profissional do sexo, muitas coisas assim que com o aconselhamento a gente consegue tirar essa... que eles tinham de ter relação sem preservativo, a gente orientando, uma boa orientação, eu acho que tem salvado muitas pessoas de vir a se contaminar. (Téc. Enfermagem 1, 2020).

Barreto (2018, p. 121), com a intenção de refletir sobre questões que “vem tomando de assalto o campo do HIV/AIDS [...] com recortes da trajetória construída pelo movimento de prostitutas do norte do Brasil”, traz importantes reflexões que se relacionam ao discurso analisado anteriormente:

De fato, o ativismo institucionalizado engendra uma estrutura que pode exigir um enorme investimento de tempo na resposta ou adaptação a um edital, ou no caminho sinalizado por uma política que, embora se diga “pública”, não chega a todos. [...] Assim, o movimento de putas inseriu-se em todas as discussões possíveis [...] Nesse ir e vir, forjou-se um **corpo político** [...] Como se apresenta esse corpo político no campo da prevenção – institucionalizado, moralizado, asséptico? [...] que grau de moralidade se coloca? Qual é o grau de assepsia dessa possibilidade de troca? (BARRETO, 2018, P. 121-122, grifos da autora).

Não pretendemos, com Barreto (2018), negar o papel fundamental do aconselhamento ou a existência de populações mais vulneráveis ao HIV, mas é importante lembrar que vivemos na era da prevenção combinada, que o preservativo não é a única possibilidade de prevenção ao HIV e que principalmente as populações-chave devem ser orientadas quanto a todas as possibilidades de prevenção, para entender aquilo que melhor se adequa à sua realidade ou contexto.

No próximo tópico convidamos o leitor a refletir sobre os corpos, gerenciados por dispositivos como o da aids e o da sexualidade, que podem ser capturados e que resistem às formas de captura.

5.3 A PRODUÇÃO DISCURSIVA SOBRE AIDS E A SEXUALIDADE COMO DISPOSITIVO DE GESTÃO DOS CORPOS

Um dos pilares da política do HIV, aids e outras ISTs é o aconselhamento. Quando olhamos para a produção discursiva sobre a sexualidade, nosso foco era em como os profissionais de saúde poderiam observar os pacientes da PEP Sexual com um olhar de julgamento ou preconceito. Queríamos “pegar” esse dito preconceito no discurso da resposta às perguntas e falamos disso nesse parágrafo, entendendo que cometemos um erro ao iniciar a pesquisa embasados nesse pensamento de caça às bruxas.

Voltando nosso olhar à importância do aconselhamento, entendemos essa prática como o que Foucault classificaria como confessional, que “é um ritual de discurso onde o sujeito que fala coincide com o sujeito do enunciado” (FOUCAULT, 2018, p. 69). Compreendemos que o aconselhamento é o lugar onde e a partir do qual se fala, onde pacientes e trabalhadores produzem verdades e se estabelece uma relação de poder baseada no discurso. Sobre a aplicabilidade do conceito nesse texto, entendemos, junto com Castro (2009), que:

Ainda que a confissão tenha permanecido conservada no ritual da penitência durante séculos [...] começou a ser utilizada em toda uma série de relações [...] No que concerne ao sexo, o procedimento da confissão sofreu uma série de transformações que permitiram ajustar o ritual da confissão à regularidade científica [...] (CASTRO, 2009, p. 84)

Nos trechos das entrevistas, pudemos observar os relatos de experiência das trabalhadoras da saúde mesclados com o que elas ouviram dos relatos dos usuários que atenderam, isso porque não era nosso objetivo entrevistar usuários. Sendo assim, pretendemos, nesse tópico, observar a produção discursiva do cuidado e do controle dos corpos pelo filtro do olhar dos trabalhadores da saúde que participaram da pesquisa. O recorte a seguir traz um relato de um atendimento que resultou em utilização de PEP Sexual e foi uma experiência relatada por uma enfermeira plantonista na unidade de Urgência:

Na verdade, a gente nunca sabe “a real” da situação, algumas vezes eles falam a verdade, mas nem sempre. Mas a moça falou para mim que havia saído, não conhecia a pessoa, foi pra balada e teve relação com a pessoa sem usar preservativo. Disse que na hora não pensou, mas depois ficou com medo porque ela percebeu que o cara teve a relação com ela e logo

em seguida largou dela e foi com outra guria. Aí ela pensou “Bom... ele já deve ter tido muitas outras relações antes de mim!”. Então, ela ficou com medo e procurou a urgência, a gente fez só o de HIV, graças a Deus deu negativo, a gente fez o aconselhamento e orientamos para que ela buscasse o SAE para fazer os outros testes também. A moça estava bem preocupada e com medo, e assim, a gente orienta e tal (Enfermeira 2, 2019).

Pelo que podemos perceber nessa fala, uma pessoa que teve uma exposição sexual consentida confessou para a enfermeira que teve uma relação sexual com um parceiro desconhecido sem a utilização do preservativo, depois disso, a parceria deixou a paciente para ter relação sexual com outra pessoa. Esses são os fatos narrados pela paciente à enfermeira, na unidade de urgência, quando procurou atendimento pós exposição sexual, contados na entrevista com o filtro da enfermeira que atendeu a paciente; é possível verificar, ainda, que a paciente sentiu necessidade de justificar que “na hora não pensou”. Outro detalhe importante do enunciado está logo no início, quando a enfermeira diz “a gente nunca sabe ‘a real’ da situação”, referindo-se à impossibilidade de saber se os pacientes estão falando a verdade. Importa, porém, frisar a dificuldade de, numa relação rápida como é um atendimento de urgência, de fazer esse tipo de inferência, uma vez que não há, ainda, vínculo entre paciente e trabalhador, devendo a relação de confiança ser construída. Para analisar essa fala de forma comparativa, podemos nos utilizar de um parâmetro mais objetivo: o PCDT da PEP estabelece que quando o resultado do teste rápido de HIV é inconclusivo, a PEP deve ser prescrita e fornecida ao paciente. Trazendo isso para o caso narrado pela Enfermeira 2, percebemos a necessidade de uma escuta atenta da história do paciente, que estabelecerá – juntamente aos critérios constantes no PCDT da PEP – as bases para a decisão sobre a prescrição.

Já discorreremos sobre os aspectos subjetivos dos atendimentos e sobre o filtro utilizado pelo profissional. Ainda sobre isso, agora relacionando à confissão e ao caso relatado pela Enfermeira 2 que acabamos de analisar, a mesma encerra dizendo: “Mas parece que não existe o medo antes, existe o medo depois, medo depois da relação e de ter se contaminado e tal. Ela deu sorte! Porque que se der um positivo aí já é tarde.” (ENFERMEIRA 2, 2019). Essa segunda parte da fala da trabalhadora pode ser analisada sob dois aspectos: o primeiro diz respeito ao medo e o segundo à sorte; retomando a pesquisa realizada por Paiva (2008), “A Psicologia redescobrirá a sexualidade”, a pessoa entrevistada, L. (1987) diz:

no momento em que eu peguei o vírus da AIDS, eu não estava ali me contaminando... era muita paixão! Foi um momento de alegria, de prazer, tanto tempo desejado... Prazer corporal, mas espiritual também. Queria viver aquele meu amor, repetir outros momento iguais àquele (PAIVA, 2008, p. 642).

Dessa forma, é pouco provável que uma pessoa pense em HIV, aids ou outras ISTs na hora do sexo; então, de fato, é bastante compreensível que o medo só venha depois, sendo o papel do profissional de saúde abordar os acontecimentos da vida cotidiana, incluindo o sexo. O discurso expresso na fala da profissional está ligado a uma pressuposição normativa: ao fazer sexo, as pessoas deveriam pensar em doença e, portanto, prevenirem-se. O que está “fora” dessa normatividade parece surpreender. A PEP Sexual, entretanto, incorpora justamente a possibilidade de que esse “dar-se por conta depois” seja acolhido por ações em saúde que possibilitem também uma forma de prevenção.

O segundo aspecto abordado pela trabalhadora em sua fala é a sorte da paciente de não ter se infectado com HIV (o que não é apenas uma suposição possível de saber, já que a paciente fez o teste rápido no dia da exposição na unidade de urgência e, pelo protocolo informado, não foi acompanhada pela unidade de Urgência, e sim pelo SAE ou pela UBS), o que seria uma fala bastante generalista. Almeida Junior (2018) traz que existem diversas motivações para pessoas terem sexo sem preservativo, sendo uma delas a iminência da possibilidade de ser infectado com HIV.

Um outro questionamento que fizemos aos participantes da pesquisa foi com o objetivo de saber quais as perguntas feitas aos possíveis usuários de PEP. As respostas das trabalhadoras nos permitiram ter uma noção de como abordam essa questão:

É... A gente pergunta qual é o comportamento sexual, se ela costuma ter vários parceiros, se naquela noite ela esteve com outros também, né? E aí ela acabou falando que não foi só ele naquela noite, que ele esteve com outro rapaz também, por conta de ter bebido e tal. Aí a gente já fica um pouco mais preocupado e até aconselhamos e orientamos mais incisivamente a procurar o SAE. Agora se a pessoa foi até lá, aí a gente já não sabe, né? Mas a gente orienta que vá. (Enfermeira 2, 2019)

Em algumas entrevistas ouvimos mais sobre como as profissionais realizam a abordagem do que as perguntas que fazem:

É tranquilo. Vai muito da questão de você ter experiência, mesmo, de rotina. Eu falo sempre pras pessoas que a gente tá formando que o primeiro aconselhamento, o primeiro teste positivo a gente nunca esquece, porque a gente vai... deixa em casa, deixa guardadinho os nossos preconceitos pra ouvir coisas que, de repente, pra você é uma coisa absurda, mas para o paciente é uma coisa normal. Então a gente tem que tentar... às vezes o pessoal fala de cara o que aconteceu, como foi a relação, estourou camisinha, não estourou, não usou, como é que foi, o tipo de relação, e outras a gente tem que ir pelas beiradas pra tentar chegar no objetivo, então varia de cada pessoa. Com o tempo, com a experiência que a gente vai tendo, a gente vai percebendo como você consegue atingir o objetivo da melhor maneira. (Enfermeira 4, 2020)

E uma outra profissional demonstrou em sua fala que procura abordar a questão com maior objetividade:

A pergunta básica é se teve uma relação sexual sem proteção e o prazo, porque a PEP tem o prazo de até 72 horas pra iniciar a profilaxia. Se a pessoa teve uma relação sem proteção, assim... a gente pergunta se conhece a pessoa; não é uma questão de conhecer. Você conhece a sorologia da pessoa, né? Então, teve uma relação desprotegida dentro do prazo de 72 horas, se essa pessoa quiser, ela pode fazer uso da PEP. É o direito da pessoa, né? Então essa pessoa tem que querer, buscar, né? (Farmacêutica, 2020).

Anteriormente, lançamos o olhar para as perguntas feitas pelas profissionais de saúde no momento da classificação de risco, quando se depararam com pacientes que relatavam exposição sexual. Agora faremos a análise de um discurso relacionado à ação dos pacientes e à reação das profissionais. Como exemplo, pode-se afirmar que várias profissionais relataram uma atitude comum entre os pacientes: a solicitação de privacidade já no momento do acolhimento. Conforme a Enfermeira 2 (2019), “Não é um hábito nosso de fecharmos a porta durante a classificação, aí quando o paciente pede, você já subentende que é alguma coisa diferenciada que ele quer te falar”. A Enfermeira 1 também mostra preocupação em expor o paciente:

Com a classificação de risco, ahã. Só que na classificação de risco, muitas vezes o paciente fica muito exposto, porque fica o enfermeiro, os técnicos, né? Então quando é um caso assim, mais... né? A gente já procura... é... ir pra uma sala, né? [...] Reservada, né? A gente com o paciente e tal... pra não expor o paciente, né? (Enfermeira 1, 2019).

Essas situações e solicitações expressam um discurso que relaciona o sexo e a sexualidade com intimidade e privacidade. Por isso, precisam ser faladas a portas fechadas, ou em tom de voz mais baixo. Compreende-se, assim, que não se

fala disso como de qualquer outro assunto. Essas solicitações são formas de fazer falar a sexualidade.

Caso o usuário procure uma Unidade Municipal de Urgência, ele deve passar pela classificação de risco antes da consulta médica. Na classificação de risco, conforme preconizam as diretrizes da PEP, o primeiro atendimento ao paciente exposto ao HIV constitui uma urgência médica em virtude da necessidade de que a primeira tomada do medicamento ocorra precocemente. Para atendimentos nas unidades de Urgência e Emergência, o município adotou a classificação de risco por cores, conforme segue:

a) Vermelho: prioridade zero – emergência, necessitam de atendimento imediato; b) Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento em no máximo 1 hora; c) Verde: prioridade 2 – prioridade pouco urgente, atendimento em até 2 horas; e d) Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento em até 4 horas (GUARAPUAVA, 2016).

Entendendo o tempo transcorrido entre a exposição e a profilaxia como um fator relevante à análise da prescrição da PEP Sexual, perguntamos às enfermeiras plantonistas em qual estrato de risco classificaram ou classificariam um paciente que chegasse até a unidade de urgência informando uma exposição sexual consentida ao HIV. Para a Enfermeira 1 (2019) “Nesse caso não há necessidade de ser como urgência, como emergência. [...] A gente classifica... pode classificar como o normal mesmo, né?”; conforme a Enfermeira 2 (2019) “[...] a gente não passa como emergência. Você coloca “no azul” e deixa para atendimento. Aí o médico atende.”; a Enfermeira 3 (2019) informou que “[...] acredito que seria um verde, no meu ponto de vista. Porque a pessoa já está ali meio ansiosa e acho que teria que realizar logo para a pessoa se tranquilizar, né?”

Embora um Protocolo seja apenas uma sugestão, devendo cada gestão adequá-lo à sua realidade, o tempo é uma questão crucial no caso da PEP Sexual. O que poderia se inferir, no caso do município pesquisado, é uma não padronização do atendimento às pessoas que procuram as unidades de urgência e deveriam receber a PEP, o que compromete o paciente e aumenta seu risco de soroconversão. A mesma preocupação não pode ser descrita para o caso das outras exposições ao HIV – violência sexual e acidente de trabalho – que possuem um fluxo elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde. Do ponto de vista biomédico, o risco é o mesmo no caso da exposição consentida, por violência sexual ou por

acidente ocupacional. Entretanto, há o risco de que existam formas de hierarquização em que a pessoa que teve uma exposição sexual consentida seria considerada “menos merecedora” e, portanto, aquela que poderia aguardar mais tempo para a realização da PEP. Nesta hierarquização, observa-se o modo pelo qual o dispositivo da sexualidade atua, hierarquizando sujeitos, comportamentos e ações em saúde.

Dentro dos aspectos discutidos até o momento, podemos afirmar que as práticas em saúde fazem parte um jogo de capturas e resistências. Ao problematizarmos esses discursos a partir de todas as formas que os observamos até o momento, buscamos fazer uma afirmação sobre a necessidade de criar ou ampliar condições de resistência, condições para que identidades e comportamentos possam ser legitimados, por exemplo, e não julgados. Poderíamos pensar que os trabalhadores da saúde prescrevem, além de preservativo e ARV, uma dietética sexual, mas retomamos que a existência de uma relação de poder é indissociável da possibilidade de resistência. Um fala que nos chamou atenção expressa-se como ilustrativa do que colocamos como esse discurso prescritivo:

A gente sempre orienta e sempre fala, né? Que não... o que eu sempre falo pra todos, homens ou mulheres: se for sair beber, não tenha relação. Quando for sair com a vontade de ter uma relação sexual, só saia pra isso. Bebida e relação sexual não combina, não dá certo. Porque às vezes vai lá... a maioria das relações acaba não dando muito certo, que os preservativos rompem, que acontece isso, é que misturou bebida e sexo e não dá certo. (Téc. Enfermagem 1, 2020).

Essa perspectiva que atravessa a trabalhadora é prescritiva e normativa: “se beber, não transe”. Parte-se de prescrições, mais do que de tentativas de compreender ou de buscar construir, junto com o outro, o que é o melhor e/ou possível para ele, entendendo que o referido discurso prescritivo poderia estar inscrito:

[...] nos modelos clássicos de explicação do processo saúde-doença, pressupostos que sustentam a prescrição de comportamentos tecnicamente justificados como únicas escolhas possíveis para o alcance do bem-estar de todos os indivíduos, independentemente de sua inserção sócio-histórica e cultural. Por esse caminho, foi incorporada à nossa cultura sanitária a suposição de que comportamentos “não educados” por esses padrões são insuficientes, insalubres e inadequados (tanto do ponto de vista técnico-sanitário quanto do moral), constituindo o que vem sendo nomeado, contemporaneamente, como “comportamentos de risco”. (MEYER *et al.*, 2006, p. 1336).

Poderíamos então associar a pesquisa de Meyer *et al.* (2006) ao enunciado da Liberdade para Foucault, que só existe com base nas relações de poder. A prescrição da trabalhadora pode ser ouvida por diversos sujeitos, que tem a liberdade de seguir ou não, podem ser capturados ou resistir. Castro (2009), compila e explica como funciona a liberdade para Foucault e como se dão esses processos de captura e resistência nas relações de poder:

podem ser qualificadas como livres aquelas formas de relação entre sujeitos que, negativamente, não estão bloqueadas e, positivamente, aquelas em que se dispõe de um campo aberto de possibilidades; isto é, relações que são suscetíveis de modificação. “O poder não se exerce a não ser sobre 'sujeitos livres' e na medida em que eles são 'livres'” Entendemos por isso sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidade onde se possam dar muitas condutas, muitas reações e diferentes modos de comportamento (CASTRO, 2009, p. 246)

A perspectiva normativa e a da liberdade poderiam partir de um lugar parecido, o da educação em saúde, mas a educação em saúde que julgamos mais efetiva é aquela que tem como pano de fundo a liberdade. Assim, entendemos que “[...] o apoio e a resposta social que se busca alcançar envolvem a comunicação entre diferentes, que não objetiva a homogeneização de formas de pensar e levar a vida, mas a construção e o fortalecimento de cumplicidades na busca de proteção.” (MEYER *et al.*, 2006, p. 1336). Nas relações que são concebidas por processos de liberdade, nos colocamos ao lado do outro, não no lugar nem sobre o outro, buscando construir relações de diálogo, que auxiliem a pensar sobre si mesmo (não prescrever ao outro), reconhecendo o protagonismo na produção da saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A possibilidade de prescrição da PEP Sexual é uma grande conquista na luta por políticas públicas sobre HIV/aids, sobretudo quando pensamos em prevenção combinada. O fluxo dessa política está estabelecido no município, existem trabalhadores que se dedicam a entender e explicar como a política funciona, de forma que podem ser observados sem grandes dificuldades os aspectos técnicos que envolvem a PEP Sexual, especialmente a testagem para HIV e o fornecimento do antirretroviral.

A obra de Foucault que ajudou a embasar o desenvolvimento desse texto nos auxilia a compreender os jogos de saber e poder, não apenas mostra o quanto estamos "presos", ou o quanto somos disciplinados, mas também exprime as possibilidades de resistência, de mudança, de transformação de nós mesmos. Nesse sentido, ao problematizar a dietética sexual, apostamos na possibilidade de práticas em saúde que sejam promotoras de autonomia, de corresponsabilidade e, sobretudo, práticas que ampliem as possibilidades de produzir cuidado de si e do outro.

Percebemos que o SAE/COAS é, de fato, o setor que centraliza a efetivação das políticas sobre HIV, mas não tem autoridade (ou autorização) para tomar decisões de ordem logística, podendo ser entendido como um setor de referência para assuntos da política de HIV, aids e outras ISTs; nos chamou atenção o fato de não sabermos o motivo de não haver mais o Plantão do SAE, culminando na responsabilidade pelo atendimento emergencial de exposições ao HIV, durante os horários que o SAE/COAS não está atendendo, ter sido transferida para as Unidades de Urgência sem que houvesse uma capacitação específica dos trabalhadores fixos e dos trabalhadores plantonistas dessas unidades para o atendimento dessa demanda, o que ocasiona um retorno de usuários para o SAE, com ou sem prescrição de profilaxia. Ressaltamos, ainda, a necessidade de que os processos de trabalho possam ser constituídos por momentos de formação, reflexão sobre os saberes e as práticas, trazendo maior autonomia para os trabalhadores; como sugestão, entendemos que numa pesquisa futura, usuários devem ser entrevistados sobre sua experiência com a PEP Sexual.

Entendemos, ainda, que a descentralização da testagem rápida é importante e traz ganhos para os envolvidos. Nesse trabalho, podemos falar mais sobre um desses grupos: os profissionais de saúde, que ao trabalharem diretamente com a política, são atravessados pela oportunidade de estar mais próximos das questões relacionadas a HIV/aids e outras ISTs, o que possibilita a desmistificação do vírus e reflete no atendimento realizado. No entanto, para se falar de descentralização da testagem para HIV e outras ISTs, com a intenção de que esta ocorra da melhor maneira possível, é necessário que a dimensão psicossocial do HIV/aids e outras ISTs seja trabalhada, e percebemos durante a pesquisa que essa não parece ser uma prioridade ou característica do município ou da gestão. Pode-se dizer que todas as condições logísticas e materiais foram providenciadas, mas é preciso que ocorra

diálogo entre a Gestão do DAES, a Gestão do SAE/COAS e as trabalhadoras de saúde que atuam nas UBS e outros setores; assim como a PEP não é apenas fornecimento de medicamento e cumprimento de protocolo, a descentralização da testagem do HIV envolve as três dimensões tecnológicas da produção do cuidado em saúde.

Por fim, nos propusemos a analisar a produção discursiva sobre sexualidade e aids. Nesse âmbito, destacamos o discurso prescritivo: quando as trabalhadoras da saúde são atravessadas por esse discurso, prescrevem comportamentos que chamamos de dietética sexual, que em caso de não adesão, pode o usuário incorrer em uma exposição sexual ao HIV ou a outras ISTs. Quando acontece esse atravessamento, ocorre também uma hierarquização dos sujeitos, tornando possível a observação do modo pelo qual o dispositivo da sexualidade opera como gestor dos corpos que não se adéquam ou não cumprem esse sexo prescrito, dito “mais seguro”.

Assim, pensando em trabalhadores da saúde livres, que buscam ser protagonistas de um SUS possível, cada vez mais semelhante à legislação que o cria, e que procuram pensar sobre a produção do cuidado de si e não prescrever aquilo que serviria para o outro a partir de um lugar de superioridade é que concluímos esse processo de diálogo sobre produção de saúde.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. O que é um dispositivo? **Outra Travessia**, Florianópolis, v. 5, n. 5, p.9-16, jul. 2005. Tradução: Nilceia Valdati. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/Outra/article/view/12576/11743>>. Acesso em: 28 set. 2019.

ALENCAR, Tatianna Meireles Dantas de; NEMES, Maria Ines Battistella; VELLOSO, Marco Aurélio. Transformações da: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com hiv e aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 13, n. 6, p. 1841-1849, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232008000600019>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600019. Acesso em: 05 nov. 2020.

ALMEIDA JUNIOR, Wilson Nascimento. Escolhas conscientes pedem métodos pertinentes: barebacking e a prevenção do hiv. In: LEITE, Vanessa; TERTO JUNIOR, Veriano; PARKER, Richard (org.). **Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção**. Rio de Janeiro: Abia, 2018. p. 71-75. Disponível em: <http://abi aids.org.br/dimensoes-sociais-e-politicas-da-prevencao/32257>. Acesso em: 01 out. 2020.

ALVAREZ, V. S. **Masculinidade e prevenção**: a relação entre a prática sexual dos homens e a profilaxia pós-exposição sexual ao HIV (PEP). 2017. 105 p. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

ARAÚJO, Dhyego Câmara de. Disciplina, biopolítica e “sidadanização”: considerações a partir do aplicativo A Hora é Agora – Testar nos deixa mais fortes. **Revista Direito e Práxis**, [s.l.], v. 8, n. 3, p.1833-1862, jul. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2179-8966/2017/22533>. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/22533>>. Acesso em: 02 abr. 2019.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface: Comunic, Saúde, Educ**, [S.I.], v. 6, n. 11, p. 11-24, ago. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2002.v6n11/11-24/pt>. Acesso em: 05 nov. 2020

AYRES, J. R. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Org.). **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999.

BARRETO, Leila. Reflexões sobre desafios ao campo de HIV/aids a partir das experiências transadas pelo Movimento de Prostitutas Brasileiras. In: LEITE, Vanessa; TERTO JUNIOR, Veriano; PARKER, Richard (org.). **Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção**. Rio de Janeiro: Abia, 2018. p. 120-124. Disponível em: <http://abi aids.org.br/dimensoes-sociais-e-politicas-da-prevencao/32257#:~:text=Esta%20publica%C3%A7%C3%A3o%20re%C3%BAne%2021%20artigos,anos%20de%20trajet%C3%B3ria%20da%20institui%C3%A7%C3%A3o..> Acesso em: 10 out. 2020.

BASTOS, Francisco Inácio. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRAGA, José Luiz. Interagindo com Foucault: Os arranjos disposicionais e a comunicação. **Questões Transversais**: Revista de Epistemologias da Comunicação, São Leopoldo – Rs, v. 6, n. 12, p.81-91, jul. 2018. Disponível em: <<http://revistas.unisinos.br/index.php/questoes/article/view/18081>>. Acesso em: 01 nov. 2019.

BRASIL. **POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS**. Brasília: Ms, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 01 out. 2020

BUTTURI JUNIOR, Atilio; LARA, Camila de Almeida. AS NARRATIVAS DE SI E A PRODUÇÃO DA MEMÓRIA DO HIV NA CAMPANHA O CARTAZ HIV POSITIVO. **Linguagem em (dis)curso**, Tubarão, Sc, v. 18, n. 2, p.393-411, ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-4017-180208-12217>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-76322018000200393&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 13 ago. 2019.

CAMARGO, Brígido Vizeu *et al.* REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL. **Liberabit**, Lima, v. 20, n. 2, p. 229-238, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v20n2/a04v20n2.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2020.

CASTIEL, L. D. et. al. Correndo o risco: Uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009. Tradução de Ingrid Müller Xavier.

CHIGNOLA, Sandro. Sobre o dispositivo: Foucault, Agamben, Deleuze. **Cadernos Ihu de Ideias**, São Leopoldo, v. 12, n. 214, p.03-25, set. 2014. Quinzenal, Durante O Ano Letivo. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/images/stories/cadernos/ideias/214cadernosihuideias.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2019.

COSTA, Lucia Helena Rodrigues; COELHO, Edméia Coelho de Almeida. Enfermagem e sexualidade: revisão integrativa de artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem e na Revista Brasileira de Enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 3, p.631-639, jun. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692011000300024>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300024&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 29 set. 2019.

FERNANDES, Cleudemar Alves. **Discurso e sujeito em Michel Foucault**. São Paulo: Intermeios, 2012.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Cuidar em saúde. In: FERLA, Alcindo Antônio *et al* (org.). **Caderno de Textos do VER-SUS/Brasil**. Porto Alegre: Rede Unida, 2013. p. 43-57. (Coleção VER-SUS/Brasil). Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4447985/mod_resource/content/1/FINANCIAMENTO%201_VERSUS.pdf. Acesso em: 04 nov. 2020.

FIGUEIREDO, Luana Alves *et al*. Provision of health care actions and services for the management of HIV/AIDS from the users' perspec. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 48, n. 6, p. 1026-1034, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420140000700010>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1026.pdf. Acesso em: 06 nov. 2020.

FIGUEIROA, Maria *et al*. A formação relacionada com a sexualidade humana na percepção de estudantes de enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, [s.l.], v. , n. 15, p.21-30, 12 dez. 2017. Health Sciences Research Unit: Nursing. <http://dx.doi.org/10.12707/riv17044>. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832017000400003>. Acesso em: 29 set. 2019.

FILGUEIRAS, Sandra Lúcia. **HIV/AIDS E PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO SEXUAL: ESTUDO DE CASO DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE**. 2015. 159 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/handle/1/4875>>. Acesso em: 02 abr. 2019.

FILGUEIRAS, S. L.; MAKSDUD, I. Da política à prática da profilaxia pós-exposição sexual ao HIV no SUS: sobre risco, comportamentos e vulnerabilidades. **Sexualidad, Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro), [s.l.], n. 30, p.282-304, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.30.14.a>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872018000300282&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 31 mar. 2019.

FORTUNA, Cinira Magali *et al*. A análise de implicação de pesquisadores em uma pesquisa-intervenção na Rede Cegonha: ferramenta da análise institucional. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 32, n. 9, p. 1-10, 19 set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00117615>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2016.v32n9/e00117615/>. Acesso em: 18 ago. 2020.

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015. 254 p. Tradução de: Luiz Felipe Baeta Neves.

FOUCAULT, Michel. **A Ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 22. ed. São Paulo: Loyola, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no collège de france (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999. Tradução de Maria Ermantina Galvão

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. 7. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque.

FOUCAULT, Michel. Le jeu de Michel Foucault: (entretien sur l'Histoire de la sexualité). In: DEFERT, Daniel; EWALD, François; LEGRANGE, Jacques (Org.). **Dits et écrits III**: 1976-1979. 9. ed. S.i: Gallimard, 1994. Cap. 206. p. 298-329.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert L. & RABINOW, Paul. **Michel Foucault: Uma Trajetória Filosófica Para além do estruturalismo e da hermenêutica**. 2ª Edição Revista. Coleção Biblioteca de Filosofia. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. Disponível <em <https://faccasoficticia.noblogs.org/files/2015/08/O-Sujeito-e-o-Poder-Foucault.cleaned.pdf>> Acesso 23 mar. 2020.

FOUCAULT, Michel. Sobre a história da sexualidade. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2000. p. 243-276.

GRANGEIRO, A. et al. O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.43-62, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201500050005>. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/23025>>. Acesso em: 02 abr. 2019.

GRANGEIRO, A. et al. 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. Disponível em <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0409/pdfs/IS29\(4\)115.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0409/pdfs/IS29(4)115.pdf) > Acesso em 02 abr 2019

GRANGEIRO, Alexandre; LAURINDO DA SILVA, Lindinalva; TEIXEIRA, Paulo Roberto. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev. Panam. Salud Publica**, [S.l.], v. 26, n. 1, p. 87-94, nov. 2008. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v26n1/87-94/pt>. Acesso em: 04 nov. 2020.

GREGOLIN, Maria do Rosário. Michel Foucault: Uma teoria crítica que entrelaça o discurso, a verdade e a subjetividade. In: FERREIRA, Ruberval; RAJAGOPALAN, Kanavillil (Org.). **Um mapa da crítica nos estudos da linguagem e do discurso**. Campinas: Pontes, 2016. p. 117-132.

GROTZ, F, PARKER, R. O retorno do vírus ideológico. Boletim ABIA. 2015; 60:19–21. Disponível em: <http://abiadays.org.br/wp-content/uploads/2015/06/BOLETIM_ABIA_60_site1.pdf >. Acesso em 01 out. 2017

GUARAPUAVA. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Guarapuava (org.). **Relatório quadrimestral de gestão**: 3º quadrimestre. Guarapuava: Sms, 2016. 95 slides, color. Disponível em: https://www.guarapuava.pr.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/Audiencia_Publica-Saude-

Relatorio_3_Quadrimestral_de_Gestao%E2%80%93Guarapuava_2016.pdf. Acesso em: 20 ago. 2020.

HALLAL, Ronaldo *et al.* Access to antiretroviral treatment in Brazil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 4, n. 2, p. 53-65, 24 jun. 2010. Núcleo de Estudos em Saúde Pública. <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v4i2.791>. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/791>. Acesso em: 05 nov. 2020.

KAUSS, Bruno Silva. A implementação da Profilaxia Pós-Exposição na perspectiva dos trabalhadores da linha de frente em saúde. In: LEITE, V; TERTO JUNIOR, V; PARKER, R (org.). **Dimensões sociais e políticas da prevenção**. Rio de Janeiro: Abia, 2018. p. 76-81. Disponível em: <http://abiadays.org.br/dimensoes-sociais-e-politicas-da-prevencao/32257#:~:text=Esta%20publica%C3%A7%C3%A3o%20re%C3%BAne%2021%20artigos,anos%20de%20trajet%C3%B3ria%20da%20institui%C3%A7%C3%A3o..> Acesso em: 01 mar. 2019.

LEMO, F. C. S.; CARDOSO JÚNIOR, H. R. A GENEALOGIA EM FOUCAULT: UMA TRAJETÓRIA. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p.353-357, jan. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a08v21n3>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

L'ABBATE, Solange. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saúde coletiva. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 194-219, jan. 2012. Semestral. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41580/pdf_232. Acesso em: 15 ago. 2020.

LIMA, Ricardo; ALMEIDA, Cristina; VIEIRA, Luciana. A pessoa medicada e o HIV/AIDS: subjetividade, adesão ao tratamento e biopolíticas. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 15, n. 3, p.378-388, dez. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692015000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2019.

MAKSUD, I.; FERNANDES, N. M.; FILGUEIRAS, S. L. Technologies for HIV prevention and care: challenges for health services. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.104-119, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201500050008>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000500104&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 31 mar. 2019.

MERHY, Emerson Elias. Ver a si no ato de cuidar: educação permanente na saúde. In: FERLA, Alcindo Antônio *et al.* (org.). **Caderno de Textos do VER-SUS/Brasil**. Porto Alegre: Rede Unida, 2013. p. 58-71. (Coleção VER-SUS/Brasil). Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4447985/mod_resource/content/1/FINANCIAMENTO%201_VERSUS.pdf. Acesso em: 04 nov. 2020

MEYER, Dagmar E. Estermann *et al.* "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos**

de Saúde Pública, [S.L.], v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2006000600022>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600022. Acesso em: 17 nov. 2020.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.

Ministério da Saúde. **Diretrizes para a organização da Rede de Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção**. Brasília: Ms, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/diretrizes-para-organizacao-da-rede-de-profilaxia-antirretrovi>. Acesso em: 13 nov. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. : **Diretrizes para organização do CTA no âmbito da prevenção combinada e nas redes de atenção à saúde**. Brasília: Ms, 2017. 88 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/diretrizes-para-organizacao-do-cta-no-ambito-da-prevencao-comb>. Acesso em: 15 out. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Brasília, DF, 24 jun. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html Acesso em: 09 nov. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009. **Portaria Nº 151, de 14 de Outubro de 2009**. Brasília, DF, 14 out. 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0151_14_10_2009.html#:~:text=Considerando%20que%20o%20diagn%C3%B3stico%20sorol%C3%B3gico,Art.. Acesso em: 09 nov. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 34, de 28 de julho de 2005. Regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais.. **Portaria Nº 34, de 28 de Julho de 2005**. Brasília, DF, 28 jul. 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0034_28_07_2005.html. Acesso em: 15 out. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-peg-de-risco> >. Acesso em: 02 maio 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Relatório de monitoramento clínico do HIV**. 2. ed. Brasília: [S.I.], 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2019>. Acesso em: 11 ago. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Suplemento III - tratamento e prevenção:**

recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo hiv- 2008.

Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Dst, Aids e Hepatites Virais, 2010. 2010 p. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/pub/2016/59204/suplemento_consenso_adulto_01_24_01_2011_web_pdf_13627.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

MORAES, Marcos Vinicius Malheiros. 2018. "Genealogia - Michel Foucault".

In: **Enciclopédia de Antropologia**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de Antropologia. Disponível em:

<<http://ea.fflch.usp.br/conceito/genealogia-michel-foucault>> Acesso em 11 jun. 2019

OLIVEIRA, Isadora Borges Nolasco. Acesso universal?: obstáculos ao acesso,

continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em hiv/aids em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-268, jul. 2009.

Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/08.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2020.

PAIVA, Vera. A Psicologia redescobrirá a sexualidade? **Psicologia em Estudo**,

Maringá, v. 13, n. 4, p.641-651, 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n4/v13n4a02.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2019

PAIVA, V. Direito à prevenção, à felicidade e ao bem-viver. In: LEITE, V; TERTO

JUNIOR, V; PARKER, R (Org.). **Dimensões sociais e políticas da prevenção**. Rio de Janeiro: Abia, 2018. p. 24-28. Disponível em: <<http://abi aids.org.br/dimensoes-sociais-e-politicas-da-prevencao/32257>>.

Acesso em: 02 abr. 2019.

PELÚCIO, Larissa; MISKOLCI, Richard. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids

e a repatologização das sexualidades dissidentes. **Sexualidad, Salud y Sociedad**,

Rio de Janeiro, Rj, v. 1, n. 1, p.125-157, jan. 2009. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/29/27>>.

Acesso em: 23 ago. 2019.

PERLONGHER, Néstor. **O que é Aids**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

RIBEIRO, Djamila. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento, 2017. 112 p.

(Feminismos Plurais).

RIOS, R. R. Políticas Públicas de saúde e prevenção como direito. In: LEITE, V;

TERTO JUNIOR, V; PARKER, R (Org.). **Dimensões sociais e políticas da prevenção**. Rio de Janeiro: Abia, 2018. p. 29-34. Disponível em:

<<http://abi aids.org.br/dimensoes-sociais-e-politicas-da-prevencao/32257>>. Acesso em: 02 abr. 2019.

SONTAG, S. A doença como metáfora. Aids e suas metáforas. São Paulo:

Companhia das Letras, 2007.

VIEIRA, Demóstenes Dantas; BRITO, Luan Talles de Araújo. Verdade e poder em

Michel Foucault: um projeto genealógico. **Trilhas Filosóficas**, [S.L.], v. 8, n. 2, p. 73-82, 4 jun. 2016. Trilhas Filosóficas. <http://dx.doi.org/10.25244/uf.v8i2.1862>. Disponível

em: <http://periodicos.uern.br/index.php/trilhasfilosoficas/article/view/1862>. Acesso em: 01 nov. 2020.

WOLFFENBÜTTEL, Karina; CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. Uma breve história dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) enquanto organização tecnológica de prevenção de DST/Aids no Brasil e no estado de São Paulo. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 18, p. 183-187, set. 2007. Bimestral. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84218406>. Acesso em: 15 out. 2020.

ZAMBENEDETTI, Gustavo. **O paradoxo do território e os processos de estigmatização da AIDS na atenção básica em saúde**. 2014. 266 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/115057>. Acesso em: 29 set. 2019.

ANEXOS

ANEXO I

Roteiro de Entrevista – Gestora do DAES – Gestora II

- 1) Qual sua formação?
- 2) Qual o seu nível de aproximação com o campo das políticas relacionadas a HIV/AIDS e outras ISTs.
- 3) De que forma está organizada a execução da política relacionada a HIV/AIDS e outras ISTs no município?
- 4) Existe algum estudo ou proposta sobre a descentralização da testagem e aconselhamento para as Unidades Básicas de Saúde?
- 5) Como você avalia o papel do SAE/COAS na efetivação das políticas relacionadas a HIV/AIDS e outras ISTs?
- 6) Existe educação permanente em saúde sobre a temática do HIV/AIDS e outras ISTs?
- 7) Como se dá o fluxo da Profilaxia Pós-Exposição Sexual – PEP Sexual? Onde obter?
- 8) Como é realizado o acompanhamento dos pacientes que tiveram prescrição de PEP?
- 9) Como você caracteriza a demanda pela PEP Sexual?
- 10) Poderia indicar profissionais médicos que atuam nos serviços de urgência e emergência do município e estão habilitados a prescrever PEP e profissionais de enfermagem que também atuam no aconselhamento e testagem para prescrição da profilaxia para participar da pesquisa?

ANEXO II

Roteiro de Entrevista – Gestora do SAE/COAS – Gestora I

- 1) Como e quando ocorreu sua aproximação com o campo do HIV/AIDS e outras ISTs? Há quanto tempo trabalha no SAE/COAS?
- 2) Poderia me falar sobre o histórico do programa de HIV/AIDS e outras ISTs no município?
- 3) Como está organizado o serviço? Poderia explicar os fluxos de atendimento?
- 4) Qual o papel do serviço no que tange à prevenção e assistência relacionadas a HIV/AIDS e outras ISTs?
- 5) Como funciona a oferta da PEP quando prescrita aqui? Existe acompanhamento?
- 6) O serviço tem alguma interação com pacientes que tiveram a PEP prescrita nas unidades de urgência?
- 7) Como você avalia a política da PEP Sexual em relação à sua efetividade?
- 8) Seria possível agendarmos uma data e horário para realização de um grupo focal com os demais profissionais que atuam aqui?

ANEXO III

Roteiro de Entrevista – Médicos(as) que atuam no atendimento de urgência pós-exposição sexual

- 1) Qual seu nível de aproximação com a temática do HIV/AIDS?
- 2) Qual seu entendimento sobre PEP e PEP sexual?
- 3) Já prescreveu a profilaxia? Em que tipos de casos?
- 4) O que, na sua opinião, deve ser levado em consideração para decidir pela prescrição ou não da profilaxia?
- 5) Como você avalia a política da PEP Sexual?

ANEXO IV

Roteiro de Entrevista – Enfermeiros (as) que atuam no atendimento de urgência pós-exposição sexual

- 1) Qual seu nível de aproximação com o campo das políticas relacionadas a HIV/AIDS?
- 2) Quando recebeu treinamento para testagem rápida?
- 3) Qual seu entendimento sobre a PEP?
- 4) Já atendeu casos em que seria recomendável a utilização da profilaxia?
- 5) Quais procedimentos devem ser adotados quando se acolhe na unidade de urgência e emergência um caso de exposição sexual ao HIV?
- 6) Como avalia a política da PEP Sexual?

ANEXO VI

Roteiro do Grupo Focal (que foi utilizado com roteiro de entrevista com as trabalhadoras do SAE/COAS)

- 1) Como e quando ocorreu sua aproximação com o campo do HIV/AIDS e outras ISTs?
- 2) Como está organizada a política relacionada a HIV/AIDS e outras ISTs no município? Qual o principal papel do serviço nessa organização?
- 3) Poderiam me informar sobre o dia a dia do serviço?
- 4) Como compreendem o aconselhamento? Quando e como ele é realizado?
- 5) Poderiam relatar experiências relacionadas à PEP e PEP Sexual?
- 6) Como avaliam a política PEP e PEP Sexual?
- 7) Açam que o trabalho de prevenção poderia ser melhorado? De quais formas?
- 8) Gostariam de acrescentar outras informações?

ANEXO VII

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Entrevistas

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“REAGINDO AO HIV: O ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PÓS-EXPOSIÇÃO SEXUAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO NA REGIÃO CENTRAL DO PARANÁ”** sob a responsabilidade do pesquisador responsável, Willian Nathanael Cartelli de Paula, mestrando do Programa de Pós graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Campus Irati, orientado pelo Professor Dr. Gustavo Zambenedetti. A pesquisa buscará problematizar as políticas públicas para o atendimento emergencial em casos de exposição ao HIV, tendo em vista a existência da Política Pública intitulada Profilaxia Pós-Exposição Sexual – PEPSexual. O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo COMEP/UNICENTRO.

DADOS DO PARECER DE APROVAÇÃO

emitido Pelo Comitê de Ética em Pesquisa, COMEP-UNICENTRO
Número do parecer: 3.417.298 Data da relatoria: 26/06/2019

1 PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

A coleta das informações ocorrerá por meio de uma entrevista semiestruturada, com duração prevista de 40 minutos, em que você será solicitado(a) a responder algumas perguntas sobre sua percepção, experiência e atuação profissional acerca de seu entendimento das políticas públicas sobre HIV/AIDS e outras ISTs, e prática profissional no atendimento emergencial em caso de exposição sexual ao HIV. Para facilitar a análise dos dados, a entrevista será gravada e transcrita. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista sem nenhum prejuízo para você.

2 RISCOS E DESCONFORTOS

O procedimento utilizado nesta pesquisa será a entrevista, a qual poderá

trazer algum desconforto, como sensação de invasão ou constrangimento. O tipo de procedimento apresenta risco mínimo, o qual será reduzido pelo manejo do pesquisador e possibilidade de desistência do participante a qualquer instante da pesquisa. Se você precisar de algum tratamento, orientação ou encaminhamento por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da mesma, o pesquisador se responsabiliza por prestar assistência integral imediata e gratuita, encaminhando aos serviços que se fizerem necessários.

3 BENEFÍCIOS

Os benefícios esperados com o estudo são subsidiar, a partir da pesquisa, a ação dos agentes da saúde do município na realização de um atendimento adequado nos casos em que se pode prevenir a infecção por HIV através da utilização da PEP, contribuindo com o processo de educação permanente dos profissionais, proporcionando melhorias no atendimento aos usuários do SUS.

4 CONFIDENCIALIDADE

Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer, que sejam conseguidas por meio da entrevista serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos registros da pesquisa, nem quando os resultados forem apresentados.

5 ESCLARECIMENTOS

Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável, bem como o assistente de pesquisa.

Nome do pesquisador responsável: Willian Nathanael Cartelli de Paula

Telefone: 42 998745298

Endereço: Rua Padre Chagas, 1977, fundos, Guarapuava-PR

Nome do assistente de pesquisa: Gustavo Zambenedetti

Telefone: 042 3421 3034

Endereço: Departamento de Psicologia – Unicentro Campus Irati. BR153, KM 07, Bairro Riozinho, Irati-PR (Atendimento das 9h – 12h e das 13h – 16h)

6 RESSARCIMENTO DAS DESPESAS:

Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

7 CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO:

Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, em duas vias, sendo que uma via ficará com você.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____
_____ portador(a)
da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelo pesquisador, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Cidade, de _____ de _____.

Assinatura do participante

Willian Nathanael Cartelli de Paula
Pesquisador Responsável
RG 106623317

Dr. Gustavo Zambenedetti
Assistente de Pesquisa
RG 7030560622

ANEXO VIII – NÃO UTILIZADO (grupo focal não realizado)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Grupo Focal

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**REAGINDO AO HIV: O ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PÓS-EXPOSIÇÃO SEXUAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO NA REGIÃO CENTRAL DO PARANÁ**” sob a responsabilidade do pesquisador responsável, Willian Nathanael Cartelli de Paula, mestrando do Programa de Pós graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Campus Irati, orientado pelo Professor Dr. Gustavo Zambenedetti. A pesquisa buscará problematizar as políticas públicas para o atendimento emergencial em casos de exposição ao HIV, tendo em vista a existência da Política Pública intitulada Profilaxia Pós-Exposição Sexual – PEPSexual. O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo COMEP/UNICENTRO.

DADOS DO PARECER DE APROVAÇÃO

emitido Pelo Comitê de Ética em Pesquisa, COMEP-UNICENTRO
Número do parecer: 3.417.298 Data da relatoria: 26/06/2019

1 PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

A coleta das informações se dará através da realização de um grupo focal, com duração prevista de 1 hora e 30 minutos, em que você será solicitado(a) a participar do modo que preferir, usando suas palavras e conhecimentos. Para facilitar a análise dos dados, as falas ocorridas nos grupos serão gravadas e transcritas e a partir desse material serão complementadas as análises. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado o grupo sem nenhum prejuízo para você.

2 RISCOS E DESCONFORTOS

O procedimento utilizado nesta pesquisa será o grupo focal, que poderá trazer algum desconforto, como sensação de constrangimento por algum assunto

abordado no grupo focal. O tipo de procedimento apresenta risco mínimo, o qual será reduzido pelo manejo do pesquisador e possibilidade de desistência do participante a qualquer instante da pesquisa. Se você precisar de algum tratamento, orientação ou encaminhamento por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da mesma, o pesquisador se responsabiliza por prestar assistência integral imediata e gratuita, encaminhando aos serviços que se fizerem necessários.

3 BENEFÍCIOS

Os benefícios esperados com o estudo são subsidiar, a partir da pesquisa, a ação dos agentes da saúde do município na realização de um atendimento adequado nos casos em que se pode prevenir a infecção por HIV através da utilização da PEP, contribuindo com o processo de educação permanente dos profissionais, proporcionando melhorias no atendimento aos usuários do SUS.

4 CONFIDENCIALIDADE

Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer, que sejam conseguidas por meio dos grupos focais serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos registros da pesquisa, nem quando os resultados forem apresentados.

5 ESCLARECIMENTOS

Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável, bem como o assistente de pesquisa.

Nome do pesquisador responsável: Willian Nathanael Cartelli de Paula
Telefone: 42 998745298

Endereço: Rua Padre Chagas, 1977, fundos, Guarapuava-PR

Nome do assistente de pesquisa: Gustavo Zambenedetti
Telefone: 042 3421 3034

Endereço: Departamento de Psicologia – Unicentro Campus Irati. BR153, KM 07, Bairro Riozinho, Irati-PR (Atendimento das 9h – 12h e das 13h – 16h)

6 RESSARCIMENTO DAS DESPESAS:

Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

7 CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO:

Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, em duas vias, sendo que uma via ficará com você.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelo pesquisador, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Cidade, de _____ de _____.

Assinatura do participante

Willian Nathanael Cartelli de Paula
Pesquisador Responsável
RG 106623317

Dr. Gustavo Zambenedetti
Assistente de Pesquisa
RG 7030560622