

JEFFERSON CLÁUDIO NASCIMENTO SILVA

**Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV/AIDS: Um estudo introdutório
sobre a estratégia de medicalização da prevenção da epidemia**

Juiz de Fora

Dezembro/2018

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

**Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV/AIDS: Um estudo introdutório
sobre a estratégia de medicalização da prevenção da epidemia**

Trabalho de Conclusão de Curso elaborado por
Jefferson Claudio Nascimento Silva, apresentado à
Faculdade de Serviço Social de Juiz de Fora para
obtenção do título de Bacharel em Serviço Social da
Universidade Federal de Juiz de Fora.

Orientador: Prof. Dr. Marco José de Oliveira Duarte

Juiz de Fora

Dezembro/2018

À Deus, pelo dom da vida e por estar sempre me iluminando, protegendo e por ter me dado força nos momentos de dificuldade.

A minha querida avó, Alzira, pelo exemplo de vida, coragem, garra e por estar sempre ao meu lado, acreditando no meu potencial, serei eternamente grato.

A todas as pessoas que vivem e convivem com o HIV, pelo exemplo de vida, coragem e superação, em especial.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por ter me confiado a vida e tantas outras bênçãos que a cada dia me proporcionam realização pessoal e profissional. A Ele, que realizou maravilhas em meu favor, minha fé e adoração.

Ao Departamento Municipal IST/AIDS de Juiz de Fora – MG, pela oportunidade de aprofundar meus conhecimentos sobre este tema tão relevante e por tantas possibilidades e oportunidades que fundamentaram minha escolha de trabalho e em especial ao Gerente do Departamento, Oswaldo Júnior.

Ao Profº Drº Marco José Duarte, por sua competência, disponibilidade e sensibilidade na orientação deste trabalho e pela compreensão das minhas dificuldades, pelo ensinamento e pela oportunidade de crescimento. Meus sinceros agradecimentos pela consideração, amizade, carinho e confiança. A você todo meu carinho, respeito e admiração.

A Leninha, assistente social, que me despertou o olhar para a profissão. Você sempre foi e será minha referencia profissional. Obrigado pela amizade e pelo carinho e pelo incentivo.

A todos os meus amigos pela compreensão nos meus momentos de ausência e pelo apoio e força nesta etapa de minha vida, em especial, a Gláucia David pelas varias reflexões e principalmente pela generosidade, a Wilson Dias por tamanho cuidado e carinho comigo, a Ana Lúcia, Cleonice Vaz, Andressa Pires, Natália Souza e Sâmiah Andrade por todo o carinho e amizade, em especial a Isabelli Santos, minha irmã, amiga e companheira, um presente de Deus, são 15 anos de muito amor e afeto, faço assim uso das palavras de Vinícius de Moraes que “eu poderia suportar, embora não sem dor, que tivessem morrido todos os meus amores, mas enlouqueceria se morressem todos os meus amigos!”. Até mesmo aqueles que não percebem o quanto são meus amigos e o quanto minha vida depende de suas existências.

A minha querida amiga Eugênia, obrigado por tantas horas, tardes e dias dedicados, em que ouviu meus “lamentos”, desafios, vitórias e sempre me incentivou em todos os momentos que me encontrei fragilizado e desacreditado. Você faz parte dessa conquista. Sou muito grato por tudo o que fez. Não esquecerei jamais suas sábias palavras. A você muita admiração e respeito. Te amo!

A Marilda, funcionária da Faculdade de Serviço Social, você dá um toque especial a essa unidade. Obrigada pelo cuidado e disponibilidade com os discentes, pois se o funcionalismo público pudesse contar com mais profissionais dessa qualidade, absolutamente, teríamos melhores relações de trabalho.

“Sem sonhos, a vida não tem brilho. Sem metas, os sonhos não têm alicerces. Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais. Devemos intensamente sonhar, traçar metas cada vez mais ousadas e correr todos os riscos para executá-las. Melhor é errar por tentar do que errar por se omitir! Não tenha medo dos tropeços da jornada. Nunca se esqueça que você, ainda que incompleto, foi o grande protagonista de sua história.”

(Augusto Cury)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARV – Antirretroviral

AZT – Zidovudina

ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

CD4 – Células de Defesa Número Quatro

CV – Carga Viral

DNA - *Deoxyribonucleic Acid*

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

GAPA - Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH – Homens que fazem sexo com homens

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

MS – Ministério da Saúde

ONG's - Organizações não Governamentais

PEP – Profilaxia Pós-Exposição Sexual

PrEP – Profilaxia Pré-Exposição Sexual

PVA – Pessoas Vivendo com AIDS

SAE – Serviço de Assistência Especializada

SICLOM - Sistema Integrado de Controle Logístico de Medicamentos

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

TARV – Terapia Antirretroviral

TASP – *Treatment As Prevention* – Tratamento Como Prevenção

UNAIDS – *United Nations Programme on HIV/AIDS*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição regional dos casos de HIV/AIDS notificados no SINAM de 2007 a junho de 2017.....	24
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	43
Gráfico 2 -	43
Gráfico 3 -	44
Gráfico 4 -	44

RESUMO

SILVA, Jefferson Claudio Nascimento. PrEP – Instrumento de autonomia ou medicalização? (Trabalho de Conclusão de Curso). Juiz de Fora: Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2018.

O presente trabalho teve como objetivo discutir a PrEP – profilaxia pré-exposição sexual, como estratégia de prevenção implementada recentemente pelo Ministério da Saúde do governo brasileiro, a fim de minimizar a transmissão do vírus HIV em populações mais vulneráveis.

Para tanto, busca-se refletir acerca dessa estratégia à luz da biopolítica e do controle dos corpos, tomando a questão do processo de autonomia e da medicalização da vida sexual dos sujeitos. Para realizar o presente estudo, utilizou-se da revisão bibliográfica e de análise documental, a partir dos formulários utilizados nas abordagens iniciais e de acompanhamento realizadas aos usuários do Serviço de Assistência Especializada do Departamento de IST/AIDS, da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora/MG, buscando analisar, com esses dados, o perfil dos que procuram por esse serviço.

O estudo propõe-se a uma aproximação analítica inicial à essa estratégia de prevenção ao HIV/AIDS, portanto, não traz respostas fechadas, e, principalmente, morais. Com isso, no âmbito da política de saúde, pretende-se refletir criticamente sobre a autonomia de cada sujeito com o seu próprio corpo e os cuidados que ele demanda.

Palavras-chaves: PrEP; prevenção; autonomia; medicalização, HIV/AIDS

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA AIDS	18
1.1.ORIGEM.....	18
1.2. UM PANORAMA DA HISTÓRIA DA AIDS NO BRASIL.....	22
1.3. MOVIMENTO LGBT NO BRASIL E A LUTA PELO HIV/AIDS: UMA APROXIMAÇÃO HISTÓRICA.....	25
CAPÍTULO II - A RESPOSTA DO ESTADO BRASILEIRO: AS ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS.....	31
2.1. TRAJETÓRIA E BIOPOLÍTICA DA AIDS: PREVENÇÃO OU CONTROLE?	31
2.2. PROBLEMATIZANDO A PrEP: ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO – UM ESTUDO DE CASO.....	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXOS.....	51
ANEXO 1 – Ficha de Cadastro.....	51

ANEXO 2 – Ficha de Cadastro Usuário SUS (PrEP).....	52
--	-----------

INTRODUÇÃO

Esse trabalho de Conclusão de Curso (TCC) que ora se apresenta, para além de ser uma exigência do Curso de Bacharel em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, também se implica com o pesquisador de iniciação científica por interesse pessoal, profissional e político.

Desta forma, por diversos (des)caminhos que o pesquisador andou, passou, correu, consistiram em andanças, descobertas, encontros e travessias. Tudo veio marcar, significar, e ressignificar ditos e efeitos, prazeres, angustias, gozos, armários e pistas, sendo assim, o tema que se quer tratar, a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV/AIDS, é a materialidade de um percurso acadêmico, mas mais do que tudo, é a afirmação de uma condição de existência gay, singular, a do pesquisador-implicado com seu objeto, com seu estudo, com seus modos de vida, de liberdade e contradições, portanto, é um projeto de vida!

Há mais de três décadas, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, habitualmente conhecida como AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), surgiu como um grande problema de saúde coletiva e desde então o Ministério da Saúde (MS) tem construído variadas estratégias no sentido de conter a epidemia. No entanto, de acordo com os dados oficiais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a), atualmente, no Brasil, existem 882.810 casos de Aids notificados no período de 1980 a junho de 2017. Desde o início da epidemia de Aids, na década de 1980, até 31 de dezembro de 2016, foram notificados, no Brasil, 316.088 óbitos, tendo o HIV/Aids como causa básica (CID10: B20 a B24)¹. Dessa forma a síndrome de imunodeficiência adquirida torna-se ameaça à população, chegando mesmo a ser considerada perigo global. Diante desse cenário, em torno do HIV/Aids foram mobili-

1 CID é Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. A classificação “CID 10 - B23” é referente a doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) resultando em outras doenças; por outro lado, a classificação “CID 10 - B24” refere-se a doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) não especificada.

zadas estratégias, práticas e saberes em vários níveis: social, político, médico, econômico, etc., com vistas à assistência e à prevenção (ALMEIDA; LABRONICI, 2007).

Historicamente, a epidemia de HIV no Brasil é concentrada em alguns segmentos populacionais, que muitas vezes, estão inseridos em contextos que aumentam sua vulnerabilidade, essa população foi denominada pelo MS como populações-chave². Compreendendo as necessidades e as especificidades dessa população e a ineficácia das estratégias até então apresentadas no sentido de controlar a epidemia, foi percebido pelo MS a necessidade de concentrar esforços e ampliar as estratégias de prevenção a fim de diminuir a infecção pelo HIV. Estas foram pensadas em uma perspectiva de individualização de métodos preventivos, entendendo que cada sujeito possui riscos e percepções diferentes em relação à infecção ao HIV (BRASIL, 2016).

Entre as possibilidades individuais de prevenção oferecidas pelo MS, existem poucas estratégias individualizadas, onde independe a negociação entre os parceiros. A PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) é uma nova estratégia de prevenção na qual os indivíduos consomem uma combinação de antirretrovirais diariamente para evitar a aquisição do vírus da AIDS, e apresenta-se como uma estratégia individual de prevenção para aqueles que têm dificuldades com o uso do preservativo (ou outros meios de prevenção) e que são dependentes da negociação em suas parcerias.

Considerando os diversos marcadores sociais, de gênero, raça, religião, geração, orientação sexual, dentre outros, além das características subjetivas para os diversos sujeitos, percebe-se condições e possibilidades diferentes de prevenção para esses e seus mais diferentes contextos. Tendo em vista esses marcadores e suas especificidades em relação a vulnerabilidade, a possibilidade de combinação de variados métodos preventivos

2 A epidemia de HIV/Aids no Brasil é concentrada em alguns segmentos populacionais mais vulneráveis ao HIV/Aids e que apresentam prevalência superior à média nacional, que é de 0,4%. Essas populações são: gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); pessoas transexuais e travestis; pessoas que usam álcool e outras drogas; pessoas privadas de liberdade e trabalhadoras(es) sexuais.

traz mudanças importantes de como os indivíduos lidam com a prevenção e consequentemente alçariam maior número de pessoas e situações. Mediante essa perspectiva surge a PrEP, como possibilidade de individualizar a prevenção, compreendendo os interesses individuais, práticas sexuais e o estilo de vida de cada um, diminuindo as dificuldades de se negociar a prevenção em relações onde há desigualdade e hierarquia de poder e negociação.

Problematizando esses diversos contextos que provocam desigualdades nas estratégias de prevenção e tendendo a diminuir sua eficácia, a PrEP surge com uma nova ferramenta de prevenção e se apresenta como uma estratégia de maior autonomia para os sujeitos e até mesmo “emancipatória”, tal qual a pílula anticoncepcional, na década de 1960, que surge como uma verdadeira revolução nos hábitos sexuais do mundo ocidental (DANTAS, 2010). Assim, pretende-se nesse estudo problematizar o uso da PrEP como estratégia de prevenção ao HIV/AIDS pelas populações-chave definida pelo MS, como ferramenta de autonomia dos sujeitos enquanto usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para além da relevância acadêmica, a escolha do objeto de estudo escolhido, implica com minha relação com essa temática que ocorreu a partir de 2005, quando estagiário do curso técnico em administração no Serviço de Assistência Especializada (SAE)³ de Juiz de Fora - MG. Durante esses anos de atuação neste serviço pude, em vários momentos, observar, participar e problematizar a temática HIV e de certa forma acompanhar a evolução das estratégias de prevenção ao HIV.

A PrEP foi implantada no referido serviço em 12 de dezembro de 2017 e desde então os interessados em fazer uso dessa estratégia de prevenção vem procurando o mesmo

3 O Serviço de Assistência Especializada (SAE) é uma unidade assistencial de caráter ambulatorial, composto por uma equipe multidisciplinar responsável pela assistência às pessoas vivendo HIV/Aids, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Hepatites Virais no âmbito do Sistema Único de Saúde na esfera municipal.

e realizando o processo de triagem. Esse, contudo, é realizado por uma equipe qualificada para tal atividade e que, respeitando a individualidade e o poder de escolha dos usuários, problematiza se existe ou não a “necessidade” do uso da PrEP e/ou qual a melhor estratégia de prevenção para cada sujeito.

Para melhor compreensão do referido Trabalho de Conclusão de Curso, organizamos o mesmo em dois capítulos. No capítulo I foi feita uma contextualização histórica da Aids desde sua origem e descobrimento, bem como um panorama histórico de como se encontra a epidemia em nível nacional. É nesse contexto, contudo, que enfocamos, também, a tentativa de realizar uma aproximação histórica do movimento social LGBT no Brasil frente a luta no campo do HIV/AIDS e as respostas do Estado brasileiro frente a essas demandas por saúde, e, em particular, pela prevenção

No capítulo II, foca-se na resposta do Estado brasileiro frente às estratégias de prevenção ao HIV/AIDS, para tanto, tenta-se analisar a questão biopolítica que cerca o debate da mesma, se prevenção ou controle. Assim, constitui-se como elemento central do capítulo a problematização da PrEP no conjunto das estratégias de prevenção, tomando como estudo de caso a realidade da mesma na cidade de Juiz de Fora.

Embora saiba-se que o tema da PrEP seja um elemento de contradição entre a autonomia do sujeito e o processo de medicalização, foi, portanto, essa questão que nos levou a essa produção acadêmica, e que, mesmo com as limitações desse processo, o referido estudo é um ponto de partida para futuros investimentos de pesquisa e projetos acadêmicos.

CAPÍTULO I

CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA AIDS

1.1. A ORIGEM E A EPIDEMIOLOGIA DE HIV/AIDS: BREVE APROXIMAÇÃO

Historicamente as doenças sempre estiveram intimamente ligada ao contexto social, originando significados que vão para além de sua significação meramente biológica e produzindo empregos metafóricos que se entrecruzam e se sobrepõem e consequentemente contribuindo para a estigmatização de certas doenças e, por extensão, daqueles que estão doentes, como por exemplo: a lepra no final século XV, a tuberculose no século XX, depois o câncer e hoje a Aids. Entretanto a Aids parece ter o poder de alimentar fantasias sinistras a respeito de uma doença que assinala vulnerabilidades individuais quantos sociais (SONTAG, 1988, p. 81-128).

Em meio a dúvidas sobre o enigma do aparecimento da Aids houve várias especulações de que era um vírus criado para ser arma biológica, oriundo de laboratório secreto. Alguns falaram em micróbio alterado transmitido pela vacinação contra a pólio na África. Outros, moralistas, acreditaram ser um castigo divino.

De acordo com o Programa Nacional de AIDS (BRASIL, 2006), a infecção pelo HIV começou a ser constatada na segunda metade do século XX. Os relatos iniciais contam que O vírus precursor da doença surgiu na África Central e, provavelmente, pela mutação dos vírus passado de primatas para o homem. Algumas experiências comprovam que o elo perdido na passagem dos primatas para o homem parece estar relacionado com a questão da manipulação de carnes de chimpanzés infectados na África (PARKER, CAMARGO JR, 2000).

GRMEK⁴, um importante cientista na área, desenvolve sua própria hipótese, ao escrever o seu artigo, onde concorda em parte com estes autores citados, pois afirma que a

4 Mirko Dražen Grmek foi um historiador croata e francês de medicina, escritor e cientista. Ele foi um dos pioneiros e fundadores da história da medicina. Toda a sua obra promove a pesquisa histórica do conhecimento e práticas médicas por meio de métodos científicos contemporâneos, especialmente o estudo da

origem do HIV-2 é, com certeza, africana, porém em relação a origem do HIV-1 continua indefinido. Ele surgiu a partir de um vírus chamado SIV, encontrado no sistema imunológico dos chimpanzés e do macaco-verde africano. Apesar de não deixar esses animais doentes, o SIV é um vírus altamente mutante, que teria dado origem ao HIV, o vírus da Aids (GRMEK, 1995).

Hoje, mais 30 anos após os primeiros casos de AIDS virem a público, cientistas confirmam que o vírus HIV que atinge os humanos realmente veio dos chimpanzés selvagens, naturais de Camarões (BRASIL, 2006).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi reconhecida em meados de 1981, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de São Francisco ou Nova York, que apresentavam sarcoma de Kaposi⁵, pneumonia por *Pneumocystis carinii*⁶ e comprometimento do sistema imune, o que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença, ainda não classificada, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível. Embora alguns autores através de uma análise retrospectiva e dados epidemiológicos, puderam reconhecer a presença da doença na África Equatorial, a partir de 1960, em símios, e, posteriormente, em 1965, em nativos africanos (CASTRO, 1986).

formação de idéias em sociedades e períodos específicos. Grmek usa a abordagem epidemiológica. Seu trabalho mais conhecido nesta área é *História da AIDS*, um trabalho muito traduzido sobre a doença mais famosa do século 20, a AIDS. Procurando as causas da doença, ele analisa em detalhes as disputas entre cientistas franceses e americanos, até o momento em que Montagnier, no Instituto Pasteur, identificou o retrovírus do HIV.

5 O Sarcoma de Kaposi é um câncer raro do tecido conjuntivo, contudo é frequentemente associado com AIDS. O câncer tem crescimento lento e pode envolver a pele, pulmões, trato gastrointestinal e outros órgãos. Em pessoas com AIDS, o referido sarcoma é causado por uma interação entre o HIV, o sistema imunológico debilitado e o vírus HHV- 8.

6 O *Pneumocystis Carinii* foi recentemente reclassificado por análise genômica como um fungo. É uma infecção oportunista em imunocomprometidos, sobretudo, naqueles com AIDS, ocorrendo frequentemente em pacientes com contagem de linfócitos CD4+ inferior a 200 células/mm³

O HIV é um retrovírus que causa no organismo disfunção imunológica crônica e progressiva devido a queda dos níveis de linfócitos CD4 sendo que quanto mais baixo for o índice desses, mais fraco será seu sistema imunológico e consequentemente maior o risco do indivíduo desenvolver aids. O período entre a aquisição do HIV e a manifestação da aids pode durar alguns anos, porém, apesar de o indivíduo portador do vírus estar muitas vezes assintomático, pode apresentar importantes transtornos na esfera psicossocial, a partir do momento em que fica sabendo de seu diagnóstico (CANINI et al., 2004, p. 941).

Para infectar uma pessoa, o vírus da Aids (HIV) precisa entrar em sua corrente sanguínea. No sangue, ele busca principalmente os linfócitos T-CD4, que são células muito importantes para defender nosso organismo das doenças. O HIV liga-se a um componente da membrana dessa célula, o CD4 e se multiplica. Ao mesmo tempo em que o ataque às células CD4 e a multiplicação intensa do vírus HIV estão acontecendo, bilhões de outras células CD4, que ainda não foram atacadas, estão se multiplicando em nossa corrente sanguínea. O vírus se insere dentro do DNA destas células e faz milhões de cópias de si mesmo, rompendo a célula em busca de outras para continuar a infecção. Consequentemente o sistema Imunológico vai ficando enfraquecido e vulnerável ao ataque de vírus, bactéria e outros micróbios e o portador do HIV fica propenso a ficar doente e entra em um estágio mais avançado da infecção e então se diagnostica com Aids. Portanto conviver com o vírus HIV é diferente de viver com AIDS (BRASIL, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, o vírus HIV encontra-se no sangue, no sêmen, nos fluidos vaginais e no leite materno. As principais formas de transmissão do HIV são sexual; sanguínea (em receptores de sangue ou hemoderivados e em usuários de drogas injetáveis, ou UDI); e vertical (da mãe para o filho, durante a gestação, parto ou por aleitamento). Além dessas formas, mais frequentes, também pode ocorrer a transmissão ocupacional, ocasionada por acidente de trabalho, em profissionais da área da saúde que sofrem ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes infectados pelo HIV (BRASIL, 2010).

De acordo com os dados da UNAIDS⁷ (Programa das Nações Unidas em HIV/AIDS) de 2017, cerca de 77,3 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV desde o

7 UNAIDS (United Nations Program on HIV/AIDS) é o programa das Nações Unidas criado em 1996 e que tem a função de criar soluções e ajudar nações no combate à AIDS. Tem como objetivo prevenir o avanço do HIV, prestar tratamento e assistência aos infectados pela doença e reduzir o impacto socioeconômico da epidemia. Disponível em: <https://unids.org.br/estatisticas/>.

início da epidemia no mundo. Porém, 35,4 milhões de pessoas já vieram a óbito em decorrência de complicações relacionadas à AIDS. Em 2017, haviam 36,9 milhões de pessoas vivendo com HIV, sendo 35,1 milhões de adultos e 1,8 milhão de crianças (menores de 15 anos). A epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da AIDS representa um fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo (LIMA, 2006).

Apesar dos avanços no tratamento as pessoas que vivem com HIV/AIDS, em particular, de uso contínuo de medicamentos, esses dados mostram que ainda temos muitos desafios pela frente na resposta da epidemia ao HIV e a AIDS (UNAIDS, 2018).

1.2. UM PANORAMA DA HISTÓRIA DA AIDS NO BRASIL

Os primeiros casos de Aids⁸ no Brasil surgiram por volta da década de 1980, especificamente foi datada em 1982, com o primeiro registro na cidade de São Paulo. Pode

⁸ AIDS é uma sigla originada do inglês, que significa Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome). É o estágio final da doença provocada pelo HIV (sigla em inglês para Human

ser considerada a primeira doença infectocontagiosa de dimensões globais (SOARES, 2002). No início da epidemia, a Aids no Brasil causou pânico e rejeição em relação às pessoas que estavam acometidas pelo HIV, não só pela falta de conhecimento em relação ao processo de adoecimento, mas principalmente pela rapidez com que a doença se agravava e na maioria dos casos levavam à morte, situação que deixava a sociedade insegura, sem saber como lidar com os infectados e a doença.

A sociedade nos primeiros anos da Aids, viu-se perplexa diante de tão forte doença, ainda misteriosa, que afetava pessoas de forma mortal. Com o aumento crescente da doença no país o medo e a desinformação que motivados por uma mentalidade que associava a Aids aos homossexuais (primeiro grupo acometido pela doença nos EUA e que levou à designação da doença como a “peste gay” ou “câncer gay”), disseminou-se o preconceito e a marginalização dos infectados. Outros segmentos também viriam a se infectar, como os hemofílicos, usuários de drogas, estrangeiros, africanos e moradores de países de terceiro mundo, construindo assim o frágil sentido de “grupo de risco” sobre esses segmentos populacionais, vistos como os únicos a serem ameaçados por tal doença.

Sontag (1988) discute como a epidemia da Aids foi construída com interesses políticos conservadores e baseados em mitos pré-científicos carregados de preconceitos e julgamentos morais que contribuíram diretamente na estigmatização de seus portadores.

A ideia de que a AIDS vem castigar comportamentos divergentes e a de que ela ameaça os inocentes não se contradizem em absoluto. Tal é o poder, a eficácia extraordinária da metáfora da peste: ela permite que uma doença seja encarada ao mesmo tempo como um castigo merecido por um grupo de "outros" vulneráveis e como uma doença que potencialmente ameaça a todos. [...] Mais do que o câncer, e de modo semelhante à sífilis, a AIDS parece ter o poder de alimentar fantasias sinistras a respeito de uma doença que assinala vulnerabilidades individuais tanto quanto sociais (SONTAG, 1988 p. 127-8).

Immunodeficiency Virus, que em português significa Vírus da Imunodeficiência Humana, um vírus que causa graves danos ao sistema imunológico.

Assim, o então novo vírus, ligado à sexualidade, ao prazer humano, afetava a sociedade como um todo, mas devido ao tabu existente acerca desses símbolos, o amplo debate a respeito da doença, formas de contágio, tratamentos, dentre outras informações a respeito da nova epidemia eram difundidos de forma limitada, estigmatizada e muitas vezes preconceituosa, tendo a mídia um forte papel nesse processo, o que contribuiu para que ainda hoje exista grande preconceito em relação aos soropositivos, o que também acaba sendo um dificultador para que as pessoas busquem informações sobre a prevenção e tratamento da doença.

Desde o início da epidemia HIV e AIDS mobilizou-se uma série de metáforas poderosas em torno da doença que servem para reforçar e legitimar a estigmatização. Elas incluem a AIDS vista como morte (por exemplo, por meio de imagens como a Grande Cefeira); AIDS como horror (fazendo com que os infectados sejam endiabrados e temidos); AIDS punição (por exemplo por comportamento imoral); AIDS como crime (por exemplo, em relação as vítimas inocentes e culpadas); AIDS como guerra(por exemplo em relação ao vírus que precisa ser combatido); e , talvez mais do que tudo, AIDS como outro(na qual a AIDS é vista como algo que aflige os que estão a parte) (PARKER; AGGLETON, 2001, p. 19).

As metáforas que emergem em torno do HIV/Aids servem ainda mais para fortificar e legitimar essa crença. E exatamente a partir desse processo perverso de metáforas e analogias que se constrói e legitima no imaginário das pessoas essa relação entre Aids, homossexualidade e comportamento imoral. Imaginário este que além de reforçar o preconceito sobre essas populações, dificulta o processo de aceitação do diagnóstico e consequentemente faz com que muitos pacientes soropositivos tenham dificuldades de aderir ao tratamento, levando muitos desses sujeitos ao processo de adoecimento e possivelmente a óbito.

Para Sotang, a AIDS não é considerada apenas uma catástrofe natural, ela ganha todo um significado histórico e como consequência reforça a visão moralista da sexualidade e fortalece a cultura do “individualismo”, no sentido de que o isolamento individual agora pode ser considerado como prudência. Além de potencializar os sentimentos de culpa e vergonha ligados à promiscuidade e ao homoerotismo, provocando uma representação exagerada e contribuindo substancialmente para o processo de exclusão e estigmatização do doente e destaca que a tentativa de dissociá-la desses significados, dessas metáforas é

libertadora e para tal processo é “necessário desmascará-las, criticá-las, atacá-las e desgastá-las” (SONTAG, 1988, p. 142).

No Brasil, de acordo com o boletim epidemiológico HIV/AIDS (2017) de 2007 até junho de 2017, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 194.217 casos de infecção pelo HIV, distribuídos regionalmente conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1
Distribuição regional dos casos de HIV/AIDS notificados no SINAN de 2007 a junho de 2017

Região	Casos notificados	Porcentagem (%)
Sudeste	96.439	49.7
Sul	40.275	20.7
Nordeste	30.297	15.6
Centro-Oeste	12.931	6.7
Norte	14.275	7.4
Total	194.217	100

Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS (BRASIL, 2017)

Nesse contexto de epidemia, o Ministério da Saúde (MS) percebeu a necessidade de pensar estratégias que possam melhorar a qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela infecção do vírus HIV, mas, no entanto, isso só foi possível em decorrência dos movimentos sociais organizados no sentido de fazer pressão, luta e protagonismo, e, em particular, do movimento LGBT na esfera pública do Estado brasileiro.

1.3. MOVIMENTO LGBT NO BRASIL E A LUTA DE COMBATE AO HIV/AIDS: UMA APROXIMAÇÃO HISTÓRICA

Não podemos pensar na constituição da Política Nacional de DST/Aids sem discutir a trajetória do movimento LGBT⁹ e pensar em coisas que aconteceram no passado e que influenciaram o processo de construção dessa política. No Brasil na década de 1960, em contexto de ditadura civil-militar, com a justificativa de combate a subversão e ao comunismo, houve intenso processo de criminalização e opressão sobre os movimentos sociais, como forma de controle moral contra os comportamentos sexuais tidos como “desviantes”. Assim, homossexuais femininos e masculinos, travestis, prostitutas e outras pessoas consideradas “perversas”, ou “anormais”, foram alvos de perseguições, e outras formas de violência. Porém mesmo com a forte repressão sofrida pela comunidade homossexual e de travestis, o movimento se organizava clandestinamente.

No fim da década de 1970, os homossexuais, influenciados pelo período de abertura democrática, começam a se organizar, em sua maioria, engajados em movimentos de esquerda e influenciados pelas ideias do movimento homossexual norte americano, contestando o estigma e preconceito construído no imaginário das pessoas em relação a homossexualidade (VITIELLO, 2009).

Nesse período de abertura democrática, grupos que lutavam pela cidadania começam a se organizar para enfrentar o regime militar, percebido pela população como autoritário e ditatorial. Diversos grupos são formados baseados no antiautoritarismo e na busca pela democracia, entre eles os partidos legalizados ou o que chamaremos por oposição institucionalizada. É nesse cenário de redemocratização onde começa a surgir demandas homossexuais por meio de grupos civis, contrários a um regime ditatorial (VITIELLO, 2009 p. 15).

9 LGBT é a sigla atual para as pessoas que se identificam como Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, convencionada na I Conferência Nacional LGBT, em 2008. Desde os anos de 1980, suprimindo o movimento homossexual brasileiro (MHB), o movimento usou várias nomenclaturas para a composição com as primeiras letras identitárias, GL, GLT, GLBT e usualmente tem-se usado LGBTI+ (incorporando “I” de pessoas intersexuais e a sigla “+”, no sentido de estar aberto para o que vier, como contemporaneamente tem-se adicionado a letra “Q” em alguns países, identificando pessoas que se autodeclaram de *queer*, LGBTIQ+).

Nesse período de abertura democrática, vários grupos que lutavam pela democracia se fortaleceram, percebendo aquele momento como uma nova possibilidade de se reorganizarem para enfrentar o então regime ditatorial. É nesse cenário de contestação, reivindicação e resistência que surgem vários movimentos sociais, mais dentre eles, destacamos o Movimento Homossexual, influenciado por organizações internacionais que lutavam pelos direitos desses sujeitos. O termo movimento homossexual, é aqui compreendido, como o conjunto as associações e entidades, mais ou menos institucionalizadas, construídas com o objetivo de coletivamente lutar pela garantia e defesa dos direitos dos homossexuais, sempre na perspectiva de respeito as diferenças (FACCHINI, 2003).

A comunidade homossexual teve seu primeiro espaço de expressão na imprensa escrita com a criação do jornal, em abril de 78 , cujo nome era “Lampião da Esquina” e nesse mesmo ano a criação do Grupo Somos, ambos, apesar de suas especificidades, com o objetivo, através desses espaços proporcionarem a problematização e reflexão em torno dos estigmas criados ao redor da homossexualidade e lutar pelos direitos dos homossexuais e a aceitação dos mesmos na sociedade (VITIELLO, 2009).

O Somos surgiu em São Paulo em maio de 1978, a partir de uma ideia comum a várias pessoas, para possibilitar o encontro de homossexuais fora dos costumeiros ambientes de badalação e “pegação” (boates, bares, saunas, cinemas e calçadas); procurava-se com isso um conhecimento mútuo que fosse menos aleatório e a discussão de nossa sexualidade, de maneira franca e digna (LÂMPIÃO, n.2, p.2 Apud VITIELLO, 2009 p. 22).

Entretanto, posteriormente com o advento da Aids, construiu-se sua relação com a homossexualidade como uma condenação por práticas imorais, legitimada inclusive pela imprensa, que divulgava informações sobre a nova infecção com reportagens de cunho discriminatório e moralista. Galvão (2000) destaca que na época, boa parte das primeiras matérias na mídia brasileira tinha como principal fonte de informação as agências norte-americanas de notícias, processo esse que influenciou diretamente a maneira como a Aids se consolidou no noticiário nacional e, conseqüentemente, no ‘imaginário social’ da sociedade brasileira. Um exemplo dessa influência veio da forma de abordagem na mídia norte-americana de questões como homossexualidade, comportamento e grupos de risco.

Os militantes homossexuais passam a lutar não somente pela questão dos direitos e respeito à diversidade, mas reivindicando dos órgãos governamentais respostas imediatas e resolutivas para o controle da epidemia que acometia naquele momento a população então denominada de gay e lésbicas.

Diante do crescimento dos casos da doença e da demora em ser produzida uma resposta governamental, a exemplo da maioria dos países ocidentais, os militantes homossexuais foram os responsáveis pelas primeiras mobilizações contra a epidemia, tanto no âmbito da assistência solidária à comunidade, quanto na formulação de demandas para o poder público (FACCHINI, 2017).

O fato de a AIDS ter atingido, de forma mais explícita, os grupos denominados de minorias pela hegemonia e ordem moral e sexual dominante, trouxe várias consequências (SONTAG, 1995). A expressão “grupo de risco”, que rapidamente caiu no senso comum e a partir desse “conceito”, o fato de o indivíduo pertencer a esse grupo que era mais propenso a ser acometido pela síndrome, já o colocava como um sujeito em potencial para contaminação, desconsiderando inclusive o comportamento individual do mesmo e contribuindo para o estereótipo do portador de HIV/AIDS.

A partir da década de 1980 de forma gradativa o enunciado, “comportamento de risco” passa a ser utilizado na comunidade científica como substituto ao “grupo de risco”, por se revelar com um caráter discriminatório e também pela compreensão de que a infecção pelo HIV não se limitava a determinados grupos como historicamente foi entendido e que apesar de alguns segmentos populacionais estarem mais vulneráveis, a possibilidade de infecção atingia a todos (AYRES et al., 1999).

Diante de tal processo, o ativismo homossexual tornou-se ator chave no processo de luta na desconstrução do preconceito, da assistência aos portadores de HIV/AIDS e, conseqüentemente, na construção das políticas públicas em relação ao enfrentamento da doença. Tais movimentos começam a se organizar e ocupar espaços públicos tanto na esfera governamental quanto nas Organizações Não Governamentais (ONG). Essas últimas se tornaram mais uma ferramenta institucional que contribuiu de forma significativa para tensionar o governo em relação a construção das respostas à AIDS no Brasil.

O movimento de luta contra a AIDS possibilitou o surgimento dos “ativistas de AIDS”, como muitos militantes passaram a se identificar. Nos encontros e congressos sobre AIDS não era raro se ver pessoas com as camisetas de suas entida-

des, outras estampando slogans como "quem ama usa camisinha" ou "100% ativista". Mais do que uma indumentária, as camisetas funcionavam como provas de engajamento e participação no movimento. Função que também tinham os *bottons*, usados como medalhas, enchendo peitos com o laço vermelho que se transformou em símbolo de solidariedade e de luta contra a AIDS. O número de *bottons* no peito anunciava o grau de "ativismo". Índices do número de eventos que o ativista já havia participado, da sua rede de relações com outras instituições ligadas a luta contra a AIDS, *bottons* e camisetas materializam a trajetória do/da ativista (PELUCIO, 2007, 122).

Foi a partir das mobilizações desses ativistas e a recente organização política-identitária de gays/HSB e inclusive pela própria identificação dessa epidemia como um problema que assolava diretamente esse segmento, que surgiram as primeiras articulações no sentido de construir uma resposta governamental à epidemia de Aids.

Neste sentido, as primeiras respostas a epidemia da Aids vieram dos grupos de homossexuais de São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador, ou seja, nas primeiras três grandes capitais do Brasil, na perspectiva de que o preconceito e o estigma eram grandes obstáculos no enfrentamento da epidemia. Contudo, partindo da premissa que a única ferramenta efetiva para sensibilizar e prevenir a população com relação a Aids era o acesso à informação de qualidade. Assim, a comunidade implementava essa estratégia, no sentido de melhor informar e esclarecer, como de tranquilizar a própria comunidade no momento já identificada como gays, lésbicas e travestis (GLT), como, ao mesmo tempo, incentivar, com esse mecanismo de informação, ao processo de conscientização dos mesmos, na perspectiva de que era possível fazer sexo seguro ou de forma menos arriscada.

Portanto, foi a partir desse movimento que nasce, em 1985, em São Paulo, a primeira organização da sociedade civil (ONG) dedicada a Aids, o Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA)¹⁰, que se tornou um dos símbolos do ativismo no combate à doença no

10 O Grupo de Apoio à Prevenção da Aids – GAPA era uma organização voluntária, da sociedade civil, composta por profissionais da saúde e ativistas, destinada a oferecer ajuda básica e serviços de aconselhamento para pessoas com Aids, além de um trabalho de conscientização do público em geral. Ela começa em São Paulo e se amplia nas diversas capitais do país, como Rio de Janeiro, Florianópolis, Porto Alegre, Salvador etc., constituindo-se em uma rede e de forma articulada no enfrentamento ao Ministério da Saúde e em agências municipais e estaduais de saúde, como na organização do primeiro 1º de dezembro de 1987, dia de luta contra a Aids. Cabe registrar que todo esse movimento se dá antes da constitucionalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e antes das Leis Orgânicas da Saúde em 1990. Portanto, o debate sobre “saúde é direito de todos e dever do Estado” era uma bandeira ainda a ser implementada como resposta do Estado brasileiro.

país, surgindo antes mesmo das respostas do Estado, que somente em 1986 cria o Programa Nacional DST/Aids no âmbito do Ministério da Saúde.

Nesse mesmo ano teve a criação da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA)¹¹, primeira entidade brasileira fundada e presidida por uma pessoa assumidamente soropositiva, que ficou conhecida nacional e internacionalmente. O surgimento da ABIA foi marcante na história da luta contra o HIV/Aids, pois iniciou um processo de fomento às estruturas institucionais, levantando um debate para além da assistência ao portador, com foco também na perspectiva do tratamento e prevenção ao HIV/Aids enquanto políticas públicas (ANJOS, 2012).

Nesse contexto, portanto, podemos citar também várias outras ONG's que surgiram durante esse processo e que foram de grande relevância para o combate ao HIV/AIDS, como,

Ainda em 1986, é criado o Apoio Religioso frente à Aids (ARCA) no Instituto Superior de Estudos da Religião (ISER) –salvo engano o primeiro do gênero. E, é também o ISER que abriga posteriormente um grupo voltado aos trabalhadores do sexo, homens e mulheres, que propicia a criação da Associação de travestis e liberais (ASTRAL), em 1991. Em 1989, é criado o Grupo Pela Vidda/RJ, que como o GAPA, também levará à criação de outros grupos no Brasil (PEDROSA; DIAS, 1997, p. 4).

Segundo Anjos (2012, p.85), a insurgência dessas ONG's contribuiu de forma significativa para o debate e a construção de políticas efetivas e foi a partir da pressão

¹¹ A ABIA em contraponto ao GAPA, porém não menos importante, propunha-se a tematizar a Aids no contexto maior das políticas públicas, com financiamento de agências internacionais, diferente dos GAPAs. Um de seus fundadores e presidente, Herbert de Souza, conhecido como Betinho, sociólogo, soropositivo, hemofílico e um dos pioneiros na luta contra a Aids, compreendia a epidemia como o fenômeno social e político. Cabe registrar que um dos expoentes junto com Betinho é Herbert Daniel, literário e ativista gay, soropositivo e o primeiro candidato a deputado estadual com a bandeira de luta sobre a liberdade e democracia sexual.

dessas organizações e o trabalho que vinham fazendo, que se consolida uma nova relação entre o Estado e os movimentos sociais. Em sua grande maioria, as ONG's recebiam recursos nacionais e internacionais como forma de fomento e continuidade dos trabalhos prestados e, conseqüentemente, a ocupar espaços institucionais públicos e com participações em debates de políticas públicas voltadas as áreas de saúde, em particular, e no campo da esfera pública, em geral.

A aparição organizada desse segmento da população usuária do SUS, desde a década de 1980 até a atualidade, restringe-se ao campo da AIDS/HIV, primeiramente, pela necessidade de organização dos movimentos sociais LGBT nesse período histórico em responder prioritariamente a epidemia da AIDS e, em segundo lugar, por ocupar a gestão, pela forma da participação e controle social, desde 1986, com a criação do Programa Nacional de DST e AIDS – hoje Coordenação Nacional de DST/AIDS, entendido como espaço privilegiado de intervenção e militância, reforçado a partir da constituição do SUS nos anos de 1990 (DUARTE, 2014, p. 85).

Como se percebe, as ONG's foram atores chaves no processo de construção das políticas públicas de Aids no Brasil. Porém, Anjos (2012), ao ressaltar a grande importância desse relacionamento entre essas organizações não-governamentais e o Estado, pelo financiamento dessas ações, pela possibilidade de participação nos debates e nas tomadas de decisões de políticas públicas, a autora faz uma crítica a essa intrínseca relação, que desfavoreceu e inviabilizou algumas lutas coletivas e serviços em nome de uma possível agenda individualista, como historicamente foi construída.

Ressalta-se, também, que com a operação desses serviços, de forma contraditória, com a parceria público-privado, alimentou-se uma cultura indireta de não responsabilização e retardo do Estado frente a epidemia, como também seu recuo nas campanhas do uso do preservativo por ceder à pressão moralista da igreja católica ainda muito forte nessa época.

CAPITULO II

A RESPOSTA DO ESTADO BRASILEIRO: AS ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO HIV/AIDS

2.1. TRAJETÓRIA E BIOPOLÍTICA DA AIDS: PREVENÇÃO OU CONTROLE?

É necessário fazer um mergulho reflexivo na prática de se medicalizar indivíduos saudáveis. Foucault (2005) afirma que, no século XIX, o poder assume outro patamar – o biopoder –, como tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico, que se caracteriza como um poder exercido sobre o “cérebro e os corpos”. Não seria essa estratégia mais uma forma tal qual disse Foucault (2005), uma biopolítica de controle dos corpos? Técnicas de prevenção que parte da perspectiva de medicalizar os sujeitos, surgindo como um instrumento de formatação e normalização do prazer? A biopolítica para Foucault (2005) consiste na ação do Estado de controlar os corpos na mesma medida que controla a população, uma espécie de modalidade de controle e de regulação social dos corpos pela normalização das individualidades.

O elemento que vai circular entre o disciplinar e o regulamentador, que vai se aplicar, da mesma forma, ao corpo e à população, que permite a um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica, esse elemento que circula entre um e outro é a “norma” (FOUCAULT, 2005, p. 302).

Estamos vivenciando um processo de medicalização dos indivíduos, em que se coloca a saúde como um ideal de prosperidade na sociedade contemporânea, em que os mínimos riscos de se infectar e/ou adoecer devem ser eliminados em nome da saúde “perfeita” e, portanto, a saúde deve ser uma busca constante e prevenida ainda que não se tenha adoecido

Portanto, esse dispositivo de controle sobre o comportamento sexual tornou-se objeto das práticas de prevenção do HIV/Aids baseado em um campo de conhecimento médico que busca em nome da saúde, onde são forjados estilos de vida que se baseiam essencialmente na prevenção de condutas e comportamentos de risco, através de uma certa

normatização da conduta sexual saudável. Neste sentido, como afirma Foucault, “a medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores” (FOUCAULT, 2005, p.12).

Dessa maneira, no presente capítulo, partimos do pressuposto de que os discursos e as estratégias de prevenção do HIV/Aids, que analisamos acima, possuem caráter normativo, na medida em que atuam sobre as ações dos indivíduos, seus corpos, saúde e sexualidade.

Desta forma, a PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) surgiu em um universo de prevenção que a muitas décadas foi permeado essencialmente pelo discurso de “sexo seguro”, onde as maiorias das campanhas do MS são focalizadas no uso do preservativo. A adoção dessa estratégia traz a possibilidade da gestão do risco, com um diferencial, onde o próprio sujeito independente das relações, principalmente, aquelas em que existe a dificuldade de negociação e ou impossibilidade do uso do preservativo, ela passa a ter um caráter de escolha individual, baseando-se no biocontrole e na medicalização individual.

A biopolítica para Foucault consiste na ação do Estado ao controlar os corpos da mesma forma que controla a população (FOUCAULT, 2002, p. 293). Nessa perspectiva, podemos perceber uma intensificação do mecanismo de biopolítica na passagem do modelo de saúde, onde o modelo preventivo de sexo seguro, especificamente a camisinha, não é ignorado, mas dá espaço a um novo modelo baseado no controle comportamental através do uso da prevenção medicamentosa em populações-chaves. O conceito de biopoder mostra-se relevante para a compreensão dessa estratégia tendo em vista a importância assumida pelas ciências biomédicas e pela biotecnologia nas últimas décadas.

Assim, Foucault (2002) nos afirma que,

A nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença. Logo depois de uma primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez consoante ao modo de individualização, temos uma segunda tomada de poder que, por sua vez, não é individualizante, mas que é massificante ...que se faz em direção não do homem-corpo, mas do homem-espécie. Depois da anátomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anátomopolítica do corpo humano, mas que eu chamaria de uma ‘biopolítica’ da espécie humana (FOUCAULT, 2002, p.

289).

Nesse contexto, ao pensarmos a medicalização no interior da biopolítica, como um dispositivo que age como uma forma de individualização do poder, na medida em que pensamos a PrEP também como um processo de medicalização, que tende controlar os corpos individualmente, através de uma tecnologia de (bio)segurança, como um meio de proteção e controle do risco de um corpo, *a priori* saudável, a partir da ingestão de uma dosagem diária de um comprimido, que pode trazer vantagens, no sentido de uma (bio)segurança maior e desvantagens, em relação aos efeitos secundários, como reações adversas aos medicamentos e uma possível toxicidade acumulativa pela própria exposição prolongada do indivíduo ao Truvada - o referido produto farmacológico indicado para a PrEP.

Entretanto, não podemos negar os benefícios individuais e populacionais da PrEP em detrimento do risco e, principalmente, em relação à autonomia dos sujeitos, uma vez que a possibilidade do uso dessa estratégia poder ser planejado e permitir uma relativa independência na negociação dos dispositivos de prevenção, ou até quando esse poder de negociação pode ser limitado, como, por exemplo, quando a relação sexual envolve uso de drogas ou em relações de violência e trabalho sexual, onde existe uma maior dificuldade em se gerir o possível risco a infecção ao vírus HIV.

Sendo assim, essa estratégia traz maior segurança nas relações e pode ser também uma alternativa para pessoas que não conseguem ou não desejam usar os métodos clássicos e/ou que apresentam necessidades particulares, bem como se expõem a um maior risco a infecção pelo HIV/AIDS, e mesmo em alguns casos quando se coloca certa liberdade de viver a sexualidade longe dos perigos que rondam o imaginário social em torno do HIV/Aids.

É nesse contexto, em particular, e, nessa conjuntura política conservadora que se reforça o estigma, a criminalização e a não responsabilização por parte do Estado em prover cuidado e atenção no contexto da política nacional de saúde brasileira no âmbito do HIV/AIDS.

2.2. PROBLEMATIZANDO A PrEP: ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO – UM ESTUDO DE CASO

Segundo o Ministério da Saúde (MS), historicamente, no Brasil, a epidemia de HIV/Aids sempre foi concentrada em determinados segmentos populacionais que respondem pela maioria dos casos notificados, como gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis e mulheres transexuais e profissionais do sexo. Essa população está frequentemente mais vulnerável a exposição ao vírus e sujeita a situações de discriminação sendo alvo de estigmas e preconceitos.

Nas últimas décadas tivemos vários avanços e conquistas no campo da política nacional de Aids, tanto no que se refere ao tratamento quanto a prevenção. Apesar disso o preconceito se mantém no imaginário social.

Nesse cenário, as variadas estratégias de prevenção que surgem aos longos dos anos, tornam-se, cada vez mais, importantes para desmistificar o preconceito e trazer mais segurança nas relações afetivo-sexuais dos sujeitos em suas diversas práticas sexuais e eróticas.

A primeira medida de prevenção nesse quadro é **o preservativo**, que tem sido a principal estratégia de prevenção para evitar a transmissão do HIV e de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) com favorável relação custo-benefício.

Contudo, a construção dessa resposta foi costurada por um intenso processo de debates, com resistências e questionamentos emitidos por diferentes setores da sociedade e só depois houve uma concordância ou uma certa pactuação consensual.

Com a evolução da epidemia, entretanto, surgiram pontos de discórdia entre políticas locais e algumas diretrizes do Ministério de Assistência e de Prevenção, quando se tratava do uso de preservativo e de redução de danos por uso de drogas. O Programa Nacional hesitava em promover o uso do preservativo como estratégia de prevenção porque a Igreja Católica tinha posição contrária (TEODO-RESCU; TEIXEIRA, 2015, p. 154).

Entretanto, com o passar dos anos a camisinha se popularizou e tornou-se algo prescritivo, sem levar em conta nenhuma outra particularidade dos sujeitos, como dificuldades de uso e a própria aceitação ou negociação do mesmo na relação, inclusive por

se tratar de algo novo e cercado de tabus em relação as práticas sexuais e a questão das sexualidades.

O grande alcance atingindo pela promoção da camisinha converteu a recomendação dessa estratégia na norma preventiva e, logo, em um discurso popular. Nesse uso tecnicista da prevenção, a necessidade de adoção da camisinha passou a ser tratada como uma obviedade ou como a coisa certa a ser feita. Isso se refletiu na progressiva reprodução da mensagem “use camisinha”, em detrimento de outras dimensões relativas ao uso dessa estratégia ou à prevenção de HIV/Aids de forma mais ampla (PINHEIRO, 2015, p. 127).

Apesar da campanha maciça e o grande incentivo em relação a importância do uso do preservativo, sabe-se que existem variáveis subjetivas que impedem ou dificultam o uso do mesmo. O uso desta estratégia de prevenção é uma decisão do sujeito e alguns não aderem de forma consistente e frequente a essa estratégia de prevenção.

Entretanto, mesmo com o grande avanço em relação as campanhas de prevenção ao HIV/Aids e a disponibilização do preservativo, a assistência aos doentes de Aids caminhava a passos lentos, uma vez que já se passava quase uma década que a doença foi identificada e muitas pessoas continuavam a morrer, pois ainda não existia nenhum medicamento disponibilizado para os doentes e não era uma prioridade do governo.

A oferta de medicamentos ARV pelo Ministério da Saúde não era uma proposta inicial, nem em 1988 na gestão de Lair Guerra (DROGA... 1988), nem no plano de governo do então candidato à presidência da República Fernando Collor de Mello. Em 1989, em consulta realizada pelo Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA-SP) a cinco dos candidatos a presidente (CANDIDATOS... , 1989), Collor considerava que a aquisição do AZT deveria ser encargo dos doentes, das empresas, das instituições privadas de assistência e de fontes não exclusivamente governamentais (BARROS; VIEIRA-DA-SILVA, 2017, p. 120).

Segundo Barros e Viera-da-Silva (2017), em 1987, surge, nos Estados Unidos da América, o coquetel de medicamentos AZT¹² e pela primeira vez os portadores de HIV/Aids veem a possibilidade de tratarem a doença. Entretanto, somente em 1991 estava

12 A zidovudina (AZT) foi a primeira droga aprovada para o tratamento da infecção do HIV, para fins de reduzir a multiplicação do vírus no organismo. Atualmente é usado no tratamento de infecções por HIV em associação com outros medicamentos antirretrovirais.

disponibilizada no Sistema Único de Saúde (SUS)¹³, porém nem sempre essas drogas eram acessíveis a todos os pacientes, somente através de processos judiciais era possível conseguir o antirretroviral.

Portanto, foi através da pressão dos movimentos sociais do campo do HIV/Aids exercidas sobre o Estado, através de inúmeros processos judiciais, manifestações em espaços públicos promovidos pelas ONG's/Aids e com o apoio de alguns artistas e intelectuais, com destaque para o artista Cazuza¹⁴, para se fazer garantir que a terapia antirretroviral fosse disponibilizada pelo SUS de forma universal para pessoas vivendo com HIV/Aids.

Acompanhando esse processo, que o até então senador José Sarney apresentou um projeto de lei ao Congresso Nacional prevendo a obrigatoriedade do fornecimento gratuito de todos os medicamentos necessários para o tratamento dos pacientes de Aids, por parte dos três níveis de governo responsáveis pelo SUS. Assim, aprovado em 13 de novembro de 1996, tem-se a Lei nº 9313/96, promulgada pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso, garantindo-se o acesso universal a esses medicamentos com início em 1997 (LAURINDO, 2015).

Assim, estabelece-se, no tratamento para o HIV, o emprego da **terapia de antirretrovirais**, de fundamental importância e estratégia para a melhoria de qualidade de vida das pessoas que vivem e convivem com HIV. A forte adesão a terapia antirretroviral além de trazer vários benefícios a vidas dessas pessoas do ponto de vista da saúde, vem

13 Cabe ressaltar que o Sistema Único de Saúde (SUS) apesar de ser inscrito da Constituição Federal de 1988, foi regulamentado no governo Collor em 1990 através da Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90) e a epidemia, portanto, começa a ter uma resposta pelo Estado brasileiro de forma mais contundente a partir da nova política nacional de saúde, com a implantação e implementação do SUS.

14 Cazuza foi um artista do campo da música de grande sucesso na década de 1980, que encarou a Aids e ajudou a quebrar tabus numa época em que a doença dizimava multidões em todo o mundo, fazendo vítimas também no meio artístico brasileiro. No auge do sucesso assumiu publicamente ser portador do HIV, como forma de luta contra o preconceito e sua atitude corajosa deu visibilidade aos portadores de HIV/Aids e abriu a discussão pública sobre o assunto.

reduzindo, a níveis “indetectáveis”, a carga viral, com diminuição significativa para as possibilidades de transmissão do vírus para outras pessoas.

Atualmente, são oferecidos, pelo Ministério da Saúde e distribuídos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 22 (vinte e dois) tipos de antirretrovirais, divididos em 3 classes medicamentosas. Desta forma, para combater o HIV é necessário utilizar pelo menos três antirretrovirais combinados, sendo dois medicamentos de classes diferentes, que poderão ser combinados em um só comprimido. Por existir uma grande quantidade de medicamentos, de diferentes grupos, usados de maneira combinada, a medicação varia de pessoa para pessoa. Um acompanhamento multidisciplinar é essencial para avaliar a resposta ao tratamento, efeitos colaterais e progresso do paciente em relação à adesão ao medicamento.

O tratamento como o emprego de antirretrovirais também tem a finalidade de prevenir a transmissão do HIV. Isso porque os medicamentos antirretrovirais reduzem a quantidade de vírus circulante no corpo da pessoa vivendo com HIV, alcançando a chamada “carga viral indetectável”. Pessoas que vivem com HIV com carga viral indetectável têm uma possibilidade insignificante de transmitir o vírus à outra pessoa em relações sexuais desprotegidas.

Pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral e com carga viral indetectável em seu sangue têm um risco negligenciável de transmissão sexual do HIV. Dependendo das drogas empregadas, pode levar até seis meses para que a carga viral fique indetectável. Supressão viral do HIV contínua e confiável requer a seleção de medicamentos apropriados e excelente adesão ao tratamento. A supressão viral do HIV deve ser monitorada para assegurar tanto os benefícios de saúde pessoal quanto de saúde pública (UNAIDS, 2018).

No contexto atual, dentre o rol dessas variadas estratégias, tem-se a emergência da **Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP)**, que se constitui como uma medida preventiva e de emergência à infecção pelo HIV que consiste na utilização de medicamentos antirretrovirais em até 72 horas após qualquer situação em que exista risco de contato com o HIV, como a “pílula do dia seguinte” para as mulheres, tais riscos, no caso do vírus, é indicado, como: violência sexual; relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com rompimento da camisinha) e acidente ocupacional (com instrumentos perfurantes,

cortantes ou contato direto com material biológico). O tratamento para que se tenha resultados mais efetivos é prescrito em 28 dias de medicação.

Cabe ressaltar, que a PEP sexual se trata de uma medida de prevenção emergencial e, por isso, não é indicada para todos e nem deve ser usada a qualquer momento. Ela não substitui o uso da camisinha e não deve ser utilizada em exposições sucessivas, pois seus efeitos colaterais pelo uso repetitivo são desconhecidos em pessoas HIV negativas. Além disso, as pessoas que se expõem ao risco com certa frequência orientam-se a procurar o Serviço de Atenção Especializada (SAE) da região de saúde do município que residem e acessarem informações sobre outras estratégias de prevenção.

O preservativo era, até pouco tempo atrás, a única opção disponível para a prevenção do HIV. Mas surgiram novas estratégias de prevenção como ferramentas complementares para a resposta à epidemia de HIV, ampliando a gama de opções que os indivíduos têm para se prevenir do vírus. A estratégia adotada por uma pessoa para se prevenir do HIV, associando diferentes ferramentas ou métodos (ao mesmo tempo ou em sequência) conforme a situação, risco e escolhas é conhecida como ‘prevenção combinada’ (UNAIDS, 2018).

Portanto, é com os novos conhecimentos técnico-científicos a respeito da redução de risco de transmissão sexual do HIV pelo emprego de estratégias combinadas ao uso de antirretrovirais (ARV) que se ampliam as possibilidades de intervenção.

O termo “Prevenção Combinada” remete a conjugação de diferentes ações de prevenção as IST, ao HIV e as hepatites virais e seus fatores associados. Assim, sua definição está relacionada a combinação das três intervenções: biomédica, comportamental e estrutural (marcos legais), aplicadas ao âmbito individual e coletivo. A união dessas diferentes abordagens não encerra, contudo, todos os significados e possibilidades da Prevenção Combinada. (BRASIL, 2017b, p. 17).

A **Prevenção Combinada** parte da ideia da conjugação de diferentes ações preventivas em relação a infecção pelo HIV, através das mais diferentes abordagens, levando em consideração as singularidades dos sujeitos e as especificidades do meio ao qual estão inseridos. Essa estratégia inclui várias ferramentas como: testagem regular do HIV; exame de HIV durante o pré-natal e tratamento das gestantes que vivem com HIV; profilaxia pós-exposição, tratamento como prevenção (TcP) - do inglês TASP -, uso de camisinha, redução de danos para o uso de drogas.

Desse modo, o Estado brasileiro percebeu a necessidade de uma estratégia mais efetiva com o objetivo de reduzir a transmissão do HIV e contribuir para o alcance das metas relacionadas ao fim da epidemia.

Nas últimas décadas teve-se vários avanços e conquistas no campo da política nacional de AIDS, tanto no que se refere ao tratamento quanto a prevenção. Apesar disso o preconceito se mantém no imaginário social.

Dentro desse contexto, a PrEP surge como uma estratégia adicional de prevenção de extrema importância, dentro de um conjunto de ações preventivas orientadas pelo Ministério da Saúde, denominada como “Prevenção Combinada”, no sentido de reduzir a transmissão do HIV e contribuir para o fim da epidemia.

A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP), do inglês Pre-Exposure Prophylaxis, consiste no uso de antirretrovirais (ARV), por pessoas soronegativas para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV, fazendo-se uso da combinação de tenofovir (TDF) associado a emtricitabina (FTC), em dose fixa combinada TDF/FTC 300mg/200mg, um comprimido por dia , via oral , em uso contínuo.

A profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) consiste na utilização de antirretrovirais por pessoas que não estão infectadas pelo HIV, mas que se encontram altamente vulneráveis ao vírus por manterem, com relativa frequência, relações sexuais desprotegidas, que implicam um risco substancial de infecção. Nessa circunstância, dependendo das necessidades e do contexto de cada indivíduo, a PrEP pode oferecer importantes vantagens em comparação com outros métodos e estratégias preventivas (BRASIL, 2017).

Desde 2012 a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhecendo o potencial da PrEP para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids, considerando as especificidades da epidemia, cultura e sistema de saúde, recomendou o desenvolvimento de estudos para avaliar a aceitação e a viabilidade da oferta da PrEP no mundo, para casais sorodiscordante, gays, homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e pessoas transgêneros (travestis e transexuais), considerados como população-chave. Essa estratégia de prevenção já vem sendo ofertada e comercializada na rede privada em vários países como Estados Unidos, Bélgica, Escócia, Canadá e Peru.

Neste contexto, o MS da Saúde já vinha desde 2013 apoiando estudos no país, no sentido de avaliar a viabilidade de adoção dessa estratégia na política de nacional de prevenção. Dentre alguns estudos, destacamos o PrEP Brasil, realizado pela Fundação

Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em parceria com o Centro de Pesquisas Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e outras instituições. A PrEP Brasil foi um estudo demonstrativo de 48 semanas, que contou com 450 participantes, acompanhados em três centros de referência para prevenção do HIV: um no Rio de Janeiro, na FIOCRUZ e dois em São Paulo, um na USP e o outro no Centro de Referência e Treinamento em DST e AIDS.

O referido estudo teve como foco os homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis e mulheres trans, com status negativo para o HIV, maiores de idade e residentes em alguma das cidades participantes. Dentre essas características, eram considerados elegíveis para o estudo, os participantes que relatassem ter tido um ou mais episódio sexual com risco de infecção de HIV, sexo anal sem camisinha com um ou mais parceiros, um ou mais episódio de sexo anal com parceiro HIV positivo ou histórico de infecções sexualmente transmissíveis (IST).¹⁵

Os resultados finais do estudo PrEP Brasil foram apresentados na Conferência Internacional de AIDS (IAS, 2017), que aconteceu em Paris, em julho de 2017. Dentre alguns resultados apresentados, destacamos que foi constatada uma estabilidade na ocorrência de IST e até uma diminuição no número de parceiros sexuais dos candidatos que participaram do projeto PrEP Brasil. Isto demonstra que a compensação de risco não foi relevante para a população alvo deste estudo. Além de apresentarem uma alta adesão à PrEP, comprovando a efetividade e a viabilidade dessa estratégia de prevenção no âmbito do SUS.

Assim, o Ministério da Saúde, após avaliar diversos critérios sociais e de saúde estabeleceu o chamado público-alvo de atendimento, que, devido as suas especificidades, encontram-se mais vulneráveis a infecção pelo HIV. Neste sentido, “estudos realizados no Brasil demonstraram taxas de prevalência de HIV de 4,9% entre mulheres profissionais de sexo; 5,9% entre pessoas que usam drogas (exceto álcool e maconha); 10,5% entre gays e HSH e 31,2% entre pessoas trans” (BRASIL, 2017c, p. 13).

15 Disponível em: <http://prepbrasil.com.br/resultados-da-prep-brasil-evidenciam-o-sucesso-da-prep-no-contexto-brasileiro/>

Cabe ressaltar que o Ministério da Saúde apenas aponta os grupos acima como prioridades de atendimento, mas também são públicos prioritários, casais sorodiferentes¹⁶ e pessoas que, devido a determinadas práticas sexuais e contextos de vida, encontram-se também mais expostas à infecção pelo HIV. A triagem desse perfil se dá através de entrevista realizada por equipe multiprofissional qualificada que após escuta do usuário determina junto com o mesmo se esta é a melhor estratégia de prevenção a ser adotada naquele momento.

É importante destacar que o simples fato de pertencer a um desses grupos, considerado público-alvo pelo MS, não é suficiente para caracterizar indivíduos com exposição frequente ao HIV. É preciso observar, principalmente, alguns aspectos relacionados a práticas sexuais e contextos que se insere o indivíduo, segundo o protocolo PrEP Brasil, como: repetição de práticas sexuais anais e vaginas desprotegidas, frequência e diversidade das relações sexuais com parceiros eventuais, histórico de IST, busca repetida pela profilaxia Pós-exposição (PEP) e contexto de sexos em troca de benefícios ou valores financeiros. Somente após essa abordagem sobre gerenciamento de risco conforme suas práticas sexuais e a partir do conhecimento referente as alternativas de prevenção disponíveis, define-se o uso da estratégia ideal. Essa responsabilidade da escolha parte do princípio que as pessoas são autônomas e capazes de fazer escolhas de seus interesses (BRASIL, 2018)

A PrEP foi oficialmente incorporada como estratégia de prevenção no Sistema Único de Saúde (SUS) em dezembro de 2017, depois de um longo processo de discussão entre Estado e sociedade civil, assim, inicialmente, foi implantada em 36 (trinta e seis) Serviços de Assistência Especializada (SAE)¹⁷, sendo estes distribuídos em 22 municípios no Brasil.

16 Os termos sorodiscordante, sorodiferente ou sorodivergente é utilizado para designar às conjugalidades entre pessoas, onde uma delas é portadora do HIV e a outra não. Partindo da perspectiva do estigma que os portadores do HIV historicamente carregam, alguns autores defendem o uso somente do termo sorodiferente, entendendo que os demais termos parecem já trazer implícito a ideia de conflito e podem reforçar o estigma.

17 Nesta primeira etapa da implantação, os 10 estados e o Distrito Federal escolhidos foram: Amazonas (Manaus), Bahia (Salvador), Ceará (Fortaleza), Distrito Federal (Brasília), Minas Gerais (Belo Horizonte, Uberlândia, Juiz de Fora e Passos), Pernambuco (Recife), Paraná (Curitiba), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro, Niterói e Duque de Caxias), Rio Grande do Sul (Porto Alegre), Santa Catarina (Florianópolis) e São Paulo

Há, portanto, uma nova ressignificação do HIV/Aids no contexto contemporâneo, e, em particular, nas experiências atuais de relações sexuais, com destaque para as relações HSH com foco nas práticas homoeróticas masculinas, em tempos de “boa forma” e “corpo saudável” ou seja, de novas normatizações em excesso do uso do corpo e do prazer em contraposição ao direito à liberdade sexual, de um direito social, a saúde, e humano, como materialidade ao exercício e ao princípio da dignidade

Portanto, assim, o direito à PrEP não se reduz a contenção da epidemia do HIV/Aids,

Por tudo isso, o discurso de liberdade pode ser enxergado como um elemento inovador em relação às pautas históricas dos movimentos sociais de defesa de direitos de pessoas vivendo com HIV/Aids, já que vai além de uma reivindicação material simplesmente, bem como se preocupa não apenas com a própria manutenção da vida biológica, como também com condições de liberdade e de bem-estar dessa vida, já garantida com a conquista dos medicamentos antirretrovirais no SUS (SILVA, 2018, p. 356).

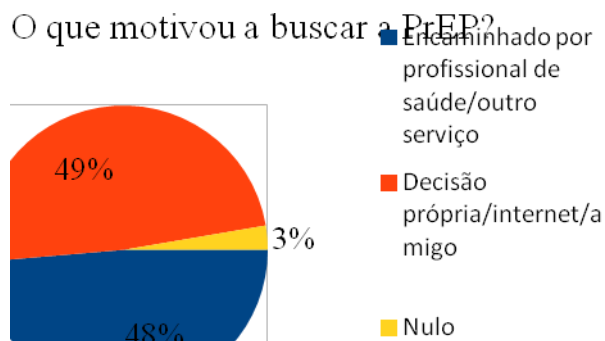
Portanto, é necessário nesse estudo, apresentar alguns dados possíveis que coletamos no processo de investigação, a partir dos formulários utilizados nas abordagens iniciais e de acompanhamento realizadas junto aos usuários por uma equipe multidisciplinar responsável pela assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Hepatites Virais no Serviço de Assistência Especializada (SAE), unidade ambulatorial, vinculado ao Departamento de IST/AIDS, da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora/MG, buscando analisar e identificar, com esses dados, o perfil dos que procuram e usam a PrEP nesse serviço de saúde do SUS.

Os gráficos abaixo foram sistematizados a partir dos dados coletados através das Fichas de Cadastro (ANEXO 1) e de Primeiro Atendimento para PrEP (ANEXO 2) que são produzidos e alimentam o banco de dados do Sistema de Controle Logístico de

(São Paulo, Campinas, Piracicaba, Ribeirão Preto, Santos, São Bernardo do Campo e São José do Rio Preto). Durante a pesquisa pretende-se aprofundar quais foram os critérios para que essas cidades fossem escolhidas.

Medicamentos (SICLOM), base de informação e dispensação dos ARV. Esse universo é composto de 37 usuários, sendo que, desses, 3 identificam-se como mulheres transexuais heterossexuais, 1 como mulher cisgênero heterossexual, 1 como homem cisgênero heterossexual e 32 como homens que fazem sexo com outros homens (HSH). Cabe sinalizar que nesses últimos enquadram-se os homens gays e bissexuais.

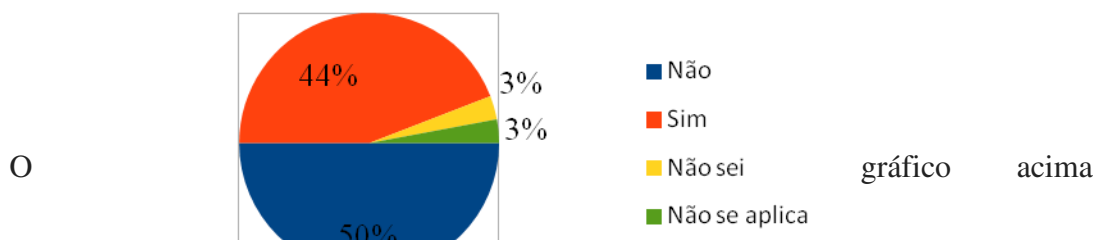
GRÁFICO 1



Pode-se observar no gráfico acima que há uma **ambiguidade** na demanda dos usuários, em particular, na sua motivação em busca da referida estratégica, a PrEP, sendo que 49% dos usuários é por demanda espontânea (decisão própria, informação pela internet e sugestão de amigos) e 48% foram encaminhados por profissionais de saúde. A diferença, portanto, demonstra que, apesar dos 3% nulos, praticamente metade dos usuários estão procurando a medicação por vontade própria, significando um ato singular de cuidado de si e de gestão do risco de forma autônoma.

GRÁFICO 2

Nos últimos 6 meses, você teve relação sexual SEM preservativo com parceiras (os) HIV+?

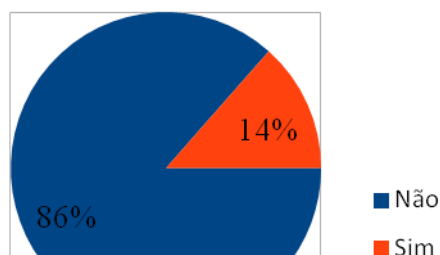


demonstra que 50% dos usuários tiveram relação sexual fazendo uso de preservativo com parceiras(os) com HIV+ e mesmo assim demandam uso da PrEP como forma de prevenção combinada no sentido de possibilitar maior segurança para suas práticas sexuais.

No entanto, 44% dos usuários, não fazem uso do preservativo, o que dá margem a interpretação que muitos desses usuários demandam o uso da PrEP de forma a manter relações sexuais livres, mas assumindo riscos de possível contaminação pelo HIV/AIDS para os próximos meses.

GRÁFICO 3

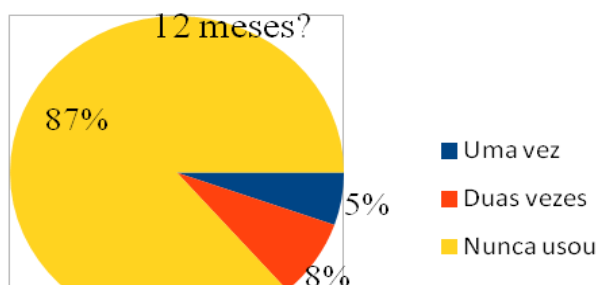
Aceitou dinheiro, objetos de valor,
drogas, moradia ou serviços em troca
de sexo.



Ao tomarmos como análise o gráfico 3, portanto, 86% dos usuários não aceitaram nenhum tipo de mercadoria, serviço ou valor em troca de sexo, o que demonstra que os mesmos não estão no mercado sexual de forma vulnerável, e, que significativamente, não se enquadram em um dos segmentos da população-alvo da PrEP.

GRÁFICO 4

Quantas vezes usou PEP nos últimos



A partir do gráfico acima é pertinente afirmar que 87% dos usuários nunca usaram a PEP como estratégia de prevenção, isso demonstra, significativamente, que os referidos usuários ou desconhecem a mesma ou não correram nenhum risco em suas práticas sexuais nos últimos 12 meses, e que segundo os gráficos acima, podemos aferir que em grande parte os usuários fazem uso de preservativos. Em contrapartida, os 13% identificaram a PEP como estratégia de prevenção, entretanto, optaram pela PrEP no atual momento de suas práticas sexuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do estudo empreendido e análise crítica sobre as interfaces entre autonomia e medicalização, observa-se que a estratégia de prevenção do HIV/Aids, em particular a PrEP, implica em processos objetivos e subjetivos que se coadunam e coexistem na vida dos sujeitos que acessam o Serviço de Atenção Especializada no âmbito do SUS.

A PrEP surge como uma estratégia adicional ao pacote de prevenção oferecido pelo SUS, possibilitando que os indivíduos escolham dentre as possibilidades disponíveis, a melhor estratégia de acordo com suas necessidades individuais. A PrEP é para quem realmente apresenta dificuldades de gerir seu risco, ou seja, não é para todas as pessoas, e também pode ser interrompida de acordo com as necessidades individuais que mudam.

Neste sentido, apesar do pouco tempo de implementação dessa estratégia, o acompanhamento proposto como condição para aderir a PrEP envolve, portanto, um processo que passa pela revisão regular da saúde sexual de forma mais ampla, como exames periódicos, consultas clínicas, o possível diagnóstico de HIV/AIDS, hepatite virais e outras ISTs, bem como o tratamento dessas, o que contribui, significativamente, para superar importantes dificuldades que limitam o uso consistente de outros métodos, sobretudo, o preservativo e acredita-se, que, conseqüentemente, tende a um importante impacto no enfrentamento da epidemia

Em período de novas configurações da expressão sexual, exige-se novos modelos e novas alternativas de prevenção. Assim é que a disponibilização da PrEP pode encorajar mais pessoas que estão vulneráveis a infecção pelo HIV, seja pela dificuldade de usar com parceiro sabidamente soropositivo (sorodiscordante) ou de sorologia desconhecida, ou pela impossibilidade de propor proteção ao parceiro ou simplesmente pela livre escolha de não usar o preservativo. De qualquer maneira, o resultado é bom para o indivíduo e bom para a prevenção do HIV. O que implica em controlar a epidemia, “zerar” novas infecções e, possivelmente, “erradicar” o HIV, podendo assim termos uma geração livre da AIDS.

Contudo não se pode permitir que esse método se alinhe incondicionalmente a perspectiva da medicalização em si, mas reconhecer, portanto, que o processo de medicalização venha a promover a prevenção da infecção, garantido pela política de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J. R. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999.

BARACUHY, R.; PEREIRA, T. A. A biopolítica dos corpos na sociedade de controle. In: *Gragoatá – Revista dos Programas de Pós-Graduação do Instituto de Letras da UFF*, Niterói, n. 34, p. 317-330, 1. sem. 2013. Disponível em: <<http://www.gragoata.uff.br/index.php/gragoata/article/view/66/23>>. Acesso em: 11 de junho de 2018.

BARROS, S. G. D.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da Aids e as transformações do Espaço Aids no Brasil dos anos 1990. In: *Rev. Saúde e debate*, Rio de Janeiro, v. 41, p. 114-12, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0114.pdf>>. Acesso em: 30 junho. 2018.

BRASIL, Lei Federal Nº 12.984, de 02 de junho de 2014. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de AIDS. In: *Diário Oficial da União*, de 03 de junho de 2014, p. 3. Acesso em 15 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV*– Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-risco>> Acesso em 12 de agosto de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico HIV/Aids e IST 2017*. Ano V - nº 1 - 27ª a 53ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2016; Ano V - nº 1 - 1ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2017a. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2017>>. Acesso em 10 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_exposicao_HIV_IST_hepatites_virais.pdf. Acesso em 20 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Prevenção combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/04/Minuta-Agenda-Estrategica-Populacao-Chave.pdf>> Acesso em 01 de julho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Relatório de Monitoramento Clínico do HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/o-que-e-sistema-imunologico>> Acesso em 14 de setembro de 2018.

CANINI, SRMS; REIS, RB; PEREIRA, LA; GIR, E; PELÁ, NTR. Qualidade de vida de indivíduos com HIV/aids: uma revisão de literatura. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000600014&lng=pt&tlng=pt> Acesso em 12 de junho de 2018.

CARRAPATO, J. F. L.; RESENDE, M. H. M. de; SANTOS, N. O. dos. Pessoa vivendo com HIV/AIDS: diagnóstico de uma sentença de morte? In: *Emancipação*, Ponta Grossa, 14 (2), p. 321-336, 2014. Disponível em <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>>. Acesso em: 21 de maio de 2018.

DANTAS, B. S. do A. Sexualidade, cristianismo e poder. In: *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 2010, (setembro-dezembro). Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451844633005>> Acesso em 30 de junho de 2018.

DUARTE, M. J. de O. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT. In: *Temporalis*, (Brasília), ano 14, v. 27, p. 77-98, 2014. Disponível em <<http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/7209/5837>> Acesso em 11 de maio de 2018.

FACCHINI, R. Histórico da luta de LGBT no Brasil. In: *Revista pré-univesp*, São Paulo, nº. 61, Universo, dez,2016-jan,2017. Disponível em <http://pre.univesp.br/historico-da-luta-lgbt-no-brasil#.WwnrK_kvzIU> Acesso em de 20 maio de 2018.

FACCHINI, R; FRANÇA, I. L. De cores e matizes: sujeitos, conexões e desafios no Movimento LGBT brasileiro. In: *Sexualidad, Salud y Sociedad* - Revista Latinoamericana [en linea] 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293322974004>> Acesso em 20 de maio de 2018.

FIGUEIREDO, R. M. de et al. Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. In: *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 50-55, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

11692001000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 de maio de 2018.

FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In: FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. Tradução Maria E. Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

MAKSUD, I. et. al. Estratégias de prevenção da transmissão do HIV para casais sorodiscordantes. In: *Rev. Bras. Epidemiol*, n. 18, supl. 1, p. 169-182, set, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s1/pt_1415-790X-rbepid-18-s1-00169.pdf> Acesso em 12 de junho de 2018.

MAKSUD, I.; FERNANDES, N. M.; FILGUEIRAS, S. L. Tecnologias de Prevenção do HIV e desafios para os serviços de saúde. In: *Rev Bras Epidemiol*, 18, Supl. 1, p. 104-119, set, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s1/pt_1415-790X-rbepid-18-s1-00104.pdf. Acesso em: 10 de junho de 2018.

PARKER, R; AGGLETON, P. Estigma discriminação e AIDS. In: *Coleção ABIA: Cidadania e Direitos*, n.1. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), 2001. Disponível em <http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20cidadania%20direito.pdf> Acesso em 23 de maio de 2018.

PARKER, R.; CAMARGO, Jr. K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*; 16: 89-102. 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X20000007000008&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 28 de setembro de 2018.

PELÚCIO, L. Ativismo Soropositivo: A politização da Aids. In: *Ilha - Revista de Antropologia*, (Florianópolis) v. 9, n. 1 e 2, p. 120-141, 2007. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/download/7947/14959>> Acesso em 01 de outubro de 2018.

PERRUSI, A.; FRANCH, M. Carne Com Carne: gestão de risco e HIV/AIDS em casais sorodiscordantes no estado da Paraíba. In: *Política & Trabalho - Revista de Ciências Sociais*, n. 37, p. 179-200, outubro de 2012. Disponível em <<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/article/view/14880/8440>> Acesso em 23 de maio de 2018.

PORTUGAL, Juana. Lancet HIV destaca os resultados do PrEP Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. Disponível em <<https://www.ini.fiocruz.br/lancet-hiv-destaca-os-resultados-do-prep-brasil>> Acesso em 26 de setembro de 2018.

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). *Prevenção Combinada: conheça as novas estratégias de prevenção ao HIV*. UNAIDS Brasil, 3 de janeiro de 2018. Disponível em: <<https://unaids.org.br/2018/01/prevencao-combinada-conheca-as-novas-estrategias-de-prevencao-ao-hiv/>>. Acesso em 22 de maio de 2018

QUEIROZ, A. A. F. L. N.; SOUZA, A. F. L. Fórum PrEP: um debate *on-line* sobre uso da profilaxia pré-exposição no Brasil. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.33(11):e00112516, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n11/1678-4464-csp-33-11-e00112516.pdf>>. Acesso em 10 de maio de 2018.

Resultados da PrEP Brasil evidenciam o sucesso da PrEP no contexto brasileiro. In: *PrEP Brasil*. Disponível em: <<http://prepbrasil.com.br/resultados-da-prep-brasil-evidenciam-o-sucesso-da-prep-no-contexto-brasileiro/>>. Acesso em 18 de novembro de 2018.

SILVA, R. A. T. M. L. da. Diversidade e liberdade sexual: Defensoria Pública, movimentos sociais e a PrEP no SUS. In: *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 132, p. 346-361, maio/ago. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n132/0101-6628-sssoc-132-0346.pdf>. Acesso em 02 de julho de 2018.

SOTANG, Suzam. Doença como metáfora / Aids e suas metáforas. São Paulo: *Companhia de Letra*. 1988.

TEODORESCU, L; TEIXEIRA, P. *A história da Aids no Brasil: As respostas governamentais à epidemia de Aids 1983-2003*. V.1. Brasília. Ministério da Saúde 2015.

UNAIDS. 75% de todas as pessoas que vivem com HIV/AIDS conhecem seu estado sorológico, diz novo relatório da UNAIDS. In: *UNAIDS Estatísticas 2017*. Disponível em: <http://unaid.org.br/estatistica/>. Acesso em 28 de outubro de 2018.

VASCONCELOS, R. Entrevista – O tesão importa. In: *Revista Geni (on-line)*, n. 18, dezembro de 2014. Disponível em <<http://revistageni.org/12/otesaoimporta/>> Acesso em 10 de maio 2018

VITIELLO, G. *A AIDS em cena: Os primeiros protagonistas da maior epidemia no final do século XX*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, 2009
Disponível em <http://www.athosgls.com.br/comportamento_visualiza.php?contcod=40492> Acesso em 28 de setembro de 2018.

ANEXO

Anexo 1

01 - FICHA DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO SUS - PrEP

1 Número de Prontuário										2 CNS - Cartão Nacional de Saúde										3 Identificação Preferencial do Usuário ☐ Nome Social ☐ Nome Civil																			
4 Nome Completo do Usuário - Civil																																							
5 Nome																																							
6 Nome completo da Mãe																																							
7 Data de															8 CPF																								
9 País de															1 Nacionalidade																								
1 Situação do estrangeiro ☐ estrangeiro ☐ Habitante de ☐ Não															1 Residência do																								
1 UF de Nascimento															1 Cidade de															15 Pessoa em situação de rua ☐ rua ☐ Não									
16 Órgão Genital de ☐ Vagina ☐ Pênis ☐ Vagina e															1 Orientação Sexual ☐ Sexual ☐ Homossexual / Gay / ☐ Bissexu																								
1 Identidade de ☐ Gênero ☐ Mulh ☐ Mulher ☐ Travesti / Mulher ☐ Homem																																							
21 Permite contato * ☐ SIM ☐ Branco ☐ Amarela ☐ Pard ☐ Indíge															2 Travesti ☐ Escolaridade ☐ Nenhuma/Sem Educação ☐ De 4 a 7 anos ☐ Formal De 1 a 3 anos ☐ De 12 e mais																								
2 Tipo de contato ☐ contato ☐ E-																																							
* Caso não compareça ao tratamento nas datas agendadas, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações. Somente preencher os dados de endereço se o usuário autorizar o contato.																																							
23 ☐ ♀																																							
24 Bairr															29 Acompanhamento médico ☐ Público ☐ Privado															25 CE									
26 Cidade de Residência															27 E-mail para															31 Usuário SUS									
30 Responsável pelo Preenchimento																																							
28 Data: ☐ Telefone para Contato (DDD + ☐ (carimbo e assinatura)															Data: ☐ (assinatura)																								

Anexo 2

02 - Ficha de Primeiro Atendimento para PrEP		
1. N° do Prontuário	2. N° do Cartão SUS	3. Data: ____/____/____
4. Nome Social (quando aplicável):		5. CPF: _____
6. Nome Civil:		7. Data de Nascimento: ____/____/____
8. Qual a principal razão da sua vinda a este serviço de saúde hoje? ☐ Vim fazer teste de HIV ☐ Vim buscar informação/atendimento ☐ Vim buscar PEP ☐ Vim buscar PrEP (responder 8a e 8b)		
8a. O que o motivou a buscar PrEP? ☐ Encaminhado por profissional de saúde/outro serviço ☐ Decisão própria / internet / amigo ☐ Fui orientado por ONG	8b. Você já usou PrEP anteriormente? ☐ Não ☐ Sim, por meio de Projeto PrEP Brasil ☐ Sim, por iniciativa própria (responder 8c) ☐ Sim, por meio do projeto Combina (FMUSP)	8c. Há quanto tempo você está em uso de PrEP? _____ meses
Critérios de Elegibilidade para uso de PrEP		
9. Você teve alguma exposição de risco ao HIV nas últimas 72 horas? Se SIM, avaliar PEP. ☐ Não ☐ Sim, por relação sexual desprotegida ☐ Sim, por violência sexual ☐ Sim, por compartilhamento de seringa e/ou agulha ☐ Sim, por acidente perfuro-cortante		10. Quantas vezes você usou PEP nos últimos 12 meses? (Inserir quantidade, inclusive se for 0): () N° de vezes
11. Nos últimos 3 meses, com quantas pessoas você teve relação sexual? (Inserir a quantidade em todos os campos, inclusive se for 0) () Homens () Mulheres () Mulheres Transsexuais () Travestis/ Mulheres travestis () Homens Transsexuais		
12. Nos últimos 3 meses, com que frequência você usou preservativo em suas relações sexuais? ☐ Nenhuma vez ☐ Menos da metade das vezes ☐ Metade das vezes ☐ Mais da metade das vezes ☐ Todas as vezes		
13. Nos últimos 6 meses, você teve algum tipo das seguintes relações sexuais SEM preservativo? (Marcar todas as opções aplicáveis) ☐ Anal Insertivo (penetrar o ânus) ☐ Anal Receptivo (ser penetrado/a no ânus) ☐ Vaginal Insertivo (penetrar a vagina) ☐ Vaginal Receptivo (ser penetrada na vagina) ☐ Não se aplica (usou preservativo ou não teve relação sexual)		
14. Nos últimos 6 meses, você teve relação sexual SEM preservativo com parceiras (os) HIV+? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐ Não se aplica (usou preservativo em todas as relações sexuais ou não teve relação sexual)		
15. Nos últimos 6 meses, você aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo? ☐ Não ☐ Sim		
16. Nos últimos 6 meses, tem ou teve algum sintoma ou foi diagnosticado com Infecção Sexualmente Transmissível (IST)? (Marcar as opções aplicáveis) ☐ Não ☐ Feridas na vagina/no pênis ☐ Feridas no ânus ☐ Verrugas na vagina/no pênis ☐ Verrugas no ânus ☐ Pequenas bolhas na vagina/no pênis ☐ Pequenas bolhas no ânus ☐ Corrimento vaginal ou uretral ou retal de cor diferente, com mau cheiro ou coceira ☐ Fui diagnosticado com sífilis ☐ Fui diagnosticado com Gonorréia/Clamídia Retal		
17. Planejamento Reprodutivo? ☐ Não ☐ Sim	18. Está Gestante? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não se aplica	
Avaliação de outros fatores associados à infecção pelo HIV		
19. Nos últimos 3 meses, você bebeu 5 ou mais doses de álcool durante um período de aproximadamente duas horas? Uma dose é o equivalente a uma lata de cerveja/copo de chopp, OU um cálice de vinho OU uma dose (30 ml) de um destilado (vodka, whisky, cachaça, licor, tequila, etc) ☐ Não ☐ Sim		
20. Nos últimos 3 meses, quais das seguintes substâncias você usou? (Marcar todas as opções aplicáveis) ☐ Poppers ☐ Cocaína/Pasta de Coca ☐ Crack ☐ Maconha ☐ Club drugs (ketamina, ecstasy, LSD, GHB, sais de banho, etc) ☐ Estimulantes para ereção (Sildenafil, Viagra®, Cialis®, Levitra®, Helleva®) ☐ Solvente ☐ Não usei nenhuma das substâncias anteriores		
21. Alguma vez você já usou drogas injetáveis? (Apenas uso sem prescrição médica) ☐ Não, nunca ☐ Sim, nos últimos 3 meses ☐ Sim, mas não nos últimos 3 meses		
22. Nos últimos 3 meses você compartilhou instrumentos para uso de anabolizantes/bomba/hormônios/silicone? ☐ Não ☐ Sim		
Potenciais critérios de exclusão para uso de PrEP		
23. Nos últimos 30 dias, você teve algum episódio de febre, diarreia, inchaço nos gânglios, dor de garganta, dor no corpo ou manchas vermelhas? (Se sim, avaliar suspensão da PrEP e investigar infecção viral aguda) ☐ Não ☐ Sim		
24. Tem histórico de fratura óssea não relacionada a trauma? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não sabe		
25. Tem histórico de doença renal ou outras doenças crônicas? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não sabe		
26. O usuário ASSINOU o termo de consentimento livre e esclarecido do protocolo ImPrEP, sobre o monitoramento da implementação da PrEP no SUS, autorizando que seus dados sejam utilizados sob anonimato e sigilo pelo estudo? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não se aplica		
Exame de Elegibilidade	Data da Coleta	Resultado do Exame
27. Teste Rápido de HIV realizado hoje		☐ Não Reagente ☐ Reagente
28. ou Anti-Hbs reagente)	Vacinação para Hepatite B: ☐ Encaminhado para vacinação ☐ Não Realizado/Indisponível	☐ Esquema Completo (3 doses em carteirinha)
29. Conduta do Atendimento: ☐ Encaminhamento para exames e para PrEP (ver lista de exames* no verso) ☐ Encaminhamento para avaliação de PEP ☐ Investigar possível janela imunológica ☐ Não é elegível para PrEP ☐ Outras condições clínicas e/ou de saúde que contraindicam uso de PrEP		
30. Prescrição: ☐ TDF/FTC para 30 dias Data da Prescrição: ____/____/____	31. Médico: CRM: _____ Assinatura: _____	32. Assinatura do usuário(a): _____

