

DOCUMENTANDO VULNERABILIDADES: PRÁTICAS EM SAÚDE E EFEITOS ESTATAIS NA PRODUÇÃO DE FICHAS DE ATENDIMENTO DA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV/AIDS NO SUS

Luiz Gustavo da Silva Córdoba¹

Resumo

A Profilaxia Pré-Exposição ao hiv/aids (PrEP) é a mais recente tecnologia biomédica adotada pelo Ministério da Saúde brasileiro com vistas a reduzir a incidência de novos casos da infecção pelo hiv em segmentos populacionais específicos: gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), Pessoas Trans, Trabalhadoras do Sexo e/ou Parcerias Sorodiferentes para o hiv. A partir de uma incursão etnográfica em um Serviço Especializado que oferta a PrEP em Campinas/SP, analiso as práticas de preenchimento das *Fichas de Atendimento da PrEP* por profissionais da saúde e os efeitos destas no seu manejo clínico. Proponho examinar a relação entre práticas em saúde e sua correlação com práticas e processos estatais sob o aporte da literatura recente acerca da etnografia de documentos.

Palavras-Chave: hiv/aids. Práticas e Processos Estatais. Antropologia da Saúde.

Documenting vulnerabilities: health practices and state effects in the production of attendance cards for pre-exposure to hiv/aids in SUS

Abstract

Pre-Exposure Prophylaxis for hiv/aids (PrEP) is the latest biomedical technology adopted by the Brazilian Ministry of Health in order to reduce the incidence of new cases of hiv infection in specific population segments: gay men and other men who have sex with men (MSM), transgender people, sex workers and/or serodifferent partners for hiv. From an ethnographic incursion in a Specialized Service that offers PrEP in Campinas/SP, I analyze the practices of filling out PrEP Care Sheets by health professionals and the effects of these on their clinical management. I propose to examine the relation between health practices and their correlation with state practices and processes under the contribution of recent literature on Ethnography of Documents.

Key words: hiv / aids. State Practices and Processes. Health Anthropology.

Documentación de vulnerabilidades: prácticas de salud y efectos estatales en la producción de formulario de asistencia para pre-exposición al vih / sida en SUS

Resumen

La Profilaxis Preexposición (PrEP) al VIH/Sida es la última tecnología biomédica adoptada por el Ministerio de Salud de Brasil, con el fin de reducir la incidencia de nuevos casos de infección por el VIH en segmentos específicos de la población: hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH),

¹ Mestrando em Antropologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e pesquisador discente do Núcleo de Estudos de Gênero PAGU da mesma universidade. E-mail: gustavo.cordoba.cs@gmail.com.

Personas Trans, Trabajadoras del Sexo y/o Parejas Sero-discordantes para el VIH. A partir de una incursión etnográfica en un Servicio Especializado que ofrece PrEP en Campinas São Paulo, analizo las prácticas de llenado de las Fichas de Atención de la PrEP por parte de profesionales de la salud y los efectos de éstas en su manejo clínico. Propongo examinar la relación entre las prácticas de salud y su correlación con prácticas y procesos estatales bajo el aporte de la reciente literatura sobre la etnografía de documentos.

Palabras Clave: vih / sida. Prácticas y procesos estatales. Antropología de la salud.

Introdução

Ofertada desde dezembro de 2017 no Sistema Único de Saúde (SUS), a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) é a mais recente aposta do Ministério da Saúde (MS) na resposta brasileira ao hiv/aids². Sob gestão do atual Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), a PrEP integra a Prevenção Combinada, conceito constituído de estratégias que adotam intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais na redução da epidemia de hiv/aids e a incidência de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST's)³ como sífilis, gonorreia, clamídia, dentre outras. A Prevenção Combinada prevê a oferta gratuita e universal de preservativos (camisinha), testagem para hiv/aids e IST's em serviços de saúde capilarizados pelo país, vacinação para Hepatite B e HPV, abordagens em redução de danos, voltadas para usuários de álcool e outras drogas, acompanhamento de gestantes no pré-natal, acesso ao tratamento de Pessoas Vivendo com hiv/aids (PVHA), e oferta das Profilaxias Pré e Pós-Exposição ao hiv (PrEP e PEP). Prevê também, enfrentamentos referentes aos marcos legais e aspectos estruturais⁴ que podem melhorar a eficácia desta política como "todas as formas de discriminação que potencializam as vulnerabilidades em relação ao HIV/aids e devem ser objeto das intervenções estruturais." (BRASIL, 2017).

Tal modelo de prevenção foi organizado em uma publicação do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) e orientava que programas locais em hiv/aids o adotassem a partir das características da epidemia em cada país (UNAIDS, 2010). Essas orientações foram alinhadas ao modelo preventivo do Ministério da Saúde e construindo novas abordagens a partir de combinações das diversas estratégias já existentes. Entre tais estratégias a PrEP ocupa, recentemente, um lugar de destaque, tendo, atualmente,

² Ao longo do texto, mencionarei hiv/aids em escrita minúscula, como vem sendo colocado pelo movimento social ligado à epidemia de maneira a destacar a criticidade do uso da sigla em relação ao pânico sexual e moral em torno de sua história e o significado que se dá às doenças em geral. (PELÚCIO, MISKOLCI, 2009). Onde estiver com grafia maiúscula, se trata de excertos de reprodução de autores ou instituições, respeitando a originalidade do uso da sigla.

³ Houve uma mudança da difundida noção de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis). Segundo um verbete no site do Ministério da Saúde, a troca de "Doença" para "Infecções" se justifica por mencionar que muitas dessas infecções acometem pacientes sem revelar necessariamente sintomas, ou quando a infecção é assintomática. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist#:~:text=A%20terminologia%20Infec%C3%A7%C3%B5es%20Sexualmente%20Transmiss%C3%ADveis,me smo%20sem%20sinais%20e%20sintomas>. Acesso em 28 de abril de 2021.

⁴ Toda a moralidade relativa à epidemia de hiv/aids desde seu início são permanentes e recorrentes mesmo nas recentes técnicas de prevenção e assistência dessas políticas. Ativista e pesquisadores sobre a temática se debruçam sobre a produção do estigma, discriminação e preconceito como formas de compreender a maneira pelo qual se constituiu um pânico moral e sexual em torno desta epidemia global. (LEITE, TERTO JR, PARKER, 2018)

mais de 22.000 usuárias(os) segundo dados disponibilizados em tempo real pelo site do Ministério da Saúde⁵.

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT-PrEP), a PrEP “consiste no uso de antirretrovirais (ARV) para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV” (Brasil, 2018, p.12). Sua forma medicamentosa é “a combinação de tenofovir associado a emtricitabina, em dose fixa combinada TDF/FTC 300/200mg, um comprimido por dia, via oral, em uso contínuo” (Brasil, 2018, p.29). Resumidamente a PrEP é uma estratégia de ingestão diária de um composto de princípios ativos em um só comprimido que cria determinada proteção no organismo impedindo a infecção pelo hiv. Desde 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS), embasada em estudos clínicos randomizados, assegurava a eficácia da PrEP e implementação de políticas locais da profilaxia para populações-chave⁶ e às populações prioritárias para a política de prevenção⁷.

O PCDT é o documento que orienta o manejo clínico da política da PrEP para profissionais e gestores em saúde. Esse tipo de documento é elaborado em algumas instâncias, excepcionalmente pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), criada em 2011 para viabilizar e acelerar processos de análises de tecnologias em saúde para o SUS acerca da sua eficácia, efetividade e a segurança da tecnologia⁸. Uma vez aprovado o PCDT, este documento passa a organizar o que mencionarei como manejo clínico da estratégia nos Serviços Especializados que ofertam a PrEP espalhados pelo país. Essa dinâmica sobre os processos de aprovação e incorporação de tecnologias no SUS não é restrita a PrEP, ocorre com qualquer tecnologia, em geral, medicamentosa. No entanto, neste texto buscarei revelar as práticas em torno do manejo clínico da PrEP sob uma perspectiva da Antropologia das práticas e processos estatais.

Difundido e publicado no portal do DCCI o PCDT possui versões impressas e no formato digital, assim distribuídas para gestores e profissionais da saúde pelo país. Há inclusive um aplicativo para smartphones. Com 48 páginas, tamanho A4, com predominância da cor azul em suas páginas, este documento orientador visa

⁵ (Painel PrEP). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/painel-prep>. Acesso em 21 de março de 2021

⁶ Uso grafia em *itálico* para diferenciar categorias e expressões êmicas, mobilizadas por sujeitos, interlocutores e instituições do campo.

⁷ Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations. Disponível em: <https://goo.gl/kpLBqv>. Acesso em 02 set 2020.

⁸ Em sua dissertação de mestrado acerca do debate público da PrEP enquanto uma promessa, Felipe Cavalcanti Ferrari (2019) analisa as etapas para a aprovação do PCDT percorridos na Conitec.

organizar a prática de profissionais. Uma das seções, “Populações e contextos sob risco aumentado para aquisição do HIV” explícita que “determinados segmentos populacionais, devido a vulnerabilidades específicas, estão sob maior risco de se infectar pelo HIV, em diferentes contextos sociais e tipos de epidemia” (BRASIL, p.13). Seguindo o entendimento expresso no documento, a oferta da PrEP é estrategicamente direcionada aos seguintes segmentos populacionais: Gays e outros Homens que fazem sexo com Homens (HSH), Mulheres e Homens Transexuais, Travestis, Parcerias Sorodiscordantes para o HIV⁹ e Profissionais do Sexo.¹⁰ O Protocolo continua a informar:

“(...) o simples pertencimento a um desses grupos não é suficiente para caracterizar indivíduos com exposição frequente ao HIV. Para essa caracterização **é necessário observar as práticas sexuais, as parcerias sexuais e os contextos específicos associados a um maior risco de infecção**. Portanto, devem também ser considerados outros indicativos, tais como:

- › Repetição de práticas sexuais anais e/ou vaginais com penetração sem o uso de preservativo
- › Frequência das relações sexuais com parcerias eventuais
- › Quantidade e diversidade de parcerias sexuais
- › Histórico de episódios de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)
- › Busca repetida por Profilaxia Pós-Exposição (PEP)
- › Contextos de troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia, etc. (BRASIL, 2018, p. 14, grifo meu)

Determinadas populações em *vulnerabilidades* e sob maior *risco* de infecção pelo hiv possuem indicação ou *elegibilidade* para o uso da PrEP. Ao longo do documento, será orientado como avaliar tal estratégia, baseada nas populações chave. Na seção 3, “Populações e Critérios para indicação de PrEP”, a partir de um quadro, apresenta as seguintes definições:

⁹ Parcerias/Casais Sorodiscordantes ou Sorodiferentes são pessoas que se relacionam com uma ou mais parcerias que vivem com hiv/aids.

¹⁰ As *populações-chave* para tais políticas podem variar de país para país. Tal categorização é evidenciada pelo Boletim Epidemiológico que anualmente é divulgado pelo Ministério da Saúde. Desde a produção destes dados fazem avaliações sobre quais populações têm sido atingidas desproporcionalmente em relação ao hiv/aids comparadas a população geral, baseando-se nas notificações epidemiológicas dos municípios da federação.

Quadro 1 – Segmentos populacionais prioritários e critérios de indicação de PrEP

SEGMENTOS POPULACIONAIS PRIORITÁRIOS	DEFINIÇÃO	CRITÉRIO DE INDICAÇÃO DE PREP
Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH)	Homens que se relacionam sexualmente e/ou afetivamente com outros homens	Relação sexual anal (receptiva ou insertiva) ou vaginal, sem uso de preservativo, nos últimos seis meses
Pessoas trans	Pessoas que expressam um gênero diferente do sexo definido ao nascimento. Nesta definição são incluídos: homens e mulheres transexuais, trangêneros, travestis e outras pessoas com gêneros não binários	E/OU Episódios recorrentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)
Profissionais do sexo	Homens, mulheres e pessoas trans que recebem dinheiro ou benefícios em troca de serviços sexuais, regular ou ocasionalmente	E/OU Uso repetido de Profilaxia Pós-Exposição (PEP)
Parcerias sorodiscordantes para o HIV	Parceria heterossexual ou homossexual na qual uma das pessoas é infectada pelo HIV e a outra não	Relação sexual anal ou vaginal com uma pessoa infectada pelo HIV sem preservativo

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Os critérios de indicação para a PrEP na terceira coluna do quadro anterior, não é em si uma novidade ou especificidade da estratégia. Ao longo da história da resposta mundial ao hiv/aids, foram construídas abordagens mais ou menos eficazes nas buscas de intervenções que pudessem impactar nas taxas do vírus e da doença. A própria noção de Prevenção Combinada surge como uma abordagem paradigmática do que foi um dia a ideia estigmatizante de grupos de risco. Já nos anos 90, em resposta ao pânico moral e sexual, passa a ser incorporada uma abordagem com maior atenção aos comportamentos e ao entendimento de que existem *vulnerabilidades* nas dinâmicas sociais que compõem tanto a epidemia em si como as respostas governamentais. (BENZAKEN, CASIMIRO, ADAMY, 2018).

As tensões que marcaram as respostas governamentais ao hiv/aids no Brasil não podem ser compreendidas se separadas dos paradigmas que envolvem o próprio saber epidemiológico do qual se valeu e se constituiu a partir da noção de *risco* como dado revelador de análises probabilísticas (AYRES, 2011). Para uma

ampliação das práticas e conceitos em saúde, uma renovação da noção de *risco*, implicaria uma visão menos mecanicista que a da ideia de vigilância epidemiológica que entende as probabilidades quase que inevitáveis de uma agravo à saúde, tendo uma sofisticada saída a incorporação da noção de *vulnerabilidade*. (FILHO, CASTIEL, AYRES, 2009).

É no campo de atuação e na história da resposta ao hiv/aids que a noção de *vulnerabilidade* surge como potencial para qualificar medidas governamentais de uma epidemia marcada pela desproporcional taxa de infecção, e tal noção se expande na Saúde Coletiva Brasileira. (AYRES et al., 2009). *Vulnerabilidade* ao menos a partir dos anos de 1990, se torna uma noção pela qual as práticas em saúde passariam a virar a chave da abordagem do *risco*. Para Ayres et al., (2009, p. 399)

É importante salientar que as análises de vulnerabilidade não prescindem de análises epidemiológicas de risco. No caso da aids, por exemplo, o estabelecimento de associações probabilísticas da distribuição populacional da infecção entre diferentes condições objetivas e mensuráveis, tais como sexo, idade, profissão e práticas sexuais continua sendo uma importante ferramenta para nos informar sobre os rumos da epidemia e para testar hipóteses. A grande preocupação expressa na proposição da vulnerabilidade diz respeito à necessidade de atribuir sentidos e interpretar a variabilidade e a dinâmica das variáveis utilizadas nas análises de risco à luz de seus significados sociais concretos, de forma que tais categorias analíticas abstratas não sejam incorporadas sem as necessárias mediações ao desenho de práticas de intervenção. Mas é correto afirmar, por outro lado, que as análises de risco e de vulnerabilidade são, de certa forma, inversas: enquanto as análises de risco trabalham com uma racionalidade analítica na qual os fenômenos em estudo precisam ser partidos, isolados, discriminados, as análises de vulnerabilidade trabalham com uma racionalidade sintética, na qual se privilegia a construção de significados, a agregação de elementos diversos que contribuam para que os fenômenos em estudo sejam compreendidos como uma totalidade dinâmica e complexa (AYRES et al., p.399).

Ao longo dos anos, a resposta brasileira ao hiv/aids foi incorporando o debate acerca das vulnerabilidades para compreender as dinâmicas nos processos de saúde e doença. Sua instrumentalidade categórica rendeu na política brasileira de hiv/aids em documentos orientadores das práticas em saúde como protocolos e diretrizes. Na publicação “Prevenção Combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores e gestores de saúde. Brasília”, *vulnerabilidade* surge em uma sessão acerca das intervenções comportamentais que devem ser alvos da Prevenção Combinada, atribuindo a essa noção uma “possibilidade de interpretação e identificação dos fatores sociais

que potencializam as probabilidades de infecção de determinados segmentos populacionais, denominados Determinantes Sociais em Saúde (DSS)” (BRASIL, 2017, p. 21).

Não será possível descrever aqui detalhamentos mais aprofundados de como a noção de *vulnerabilidade* se difundiu em setores governamentais, afinal seu impacto nas abordagens de saúde extrapola a resposta ao hiv/aids. Mas a partir de uma etnografia localizada no município de Campinas, no Estado de São Paulo, pude notar como práticas sexuais e sexualidades são definidoras das noções de *risco*: se houve penetração na vagina ou no ânus, sobre a quantidade de vezes que se fez uso ou não de preservativos nas relações sexuais, se houve sexo oral, se houve ejaculação, sangue e/ou cicatriz, qual sua identidade de gênero, sua sexualidade. Tal como com o enquadramento de *vulnerabilidade*, onde o que importa é se a pessoa faz ou não uso de álcool e outras drogas, se trabalha com sexo, se têm várias parcerias sexuais, se é homem ou mulher, trans ou cis, o seu grau de escolaridade e sua cor autodeclarada.

Identifiquei que há no manejo clínico da PrEP, um jogo de diferenciações, de categorizações e mobilizações de sujeitos, práticas e produção de documentos como em grande parte das políticas públicas. Me interessa destacar, nessa estratégia de prevenção específica, como o manejo clínico da PrEP articula *vulnerabilidade* e *risco*, revelando modos de gestão. Como parte dessa empreitada, examino as “*Fichas de Atendimento*” da PrEP, com vistas a analisar como noções de *risco* e *vulnerabilidades* são mobilizadas no cotidiano dos agentes do mecanismo da cidade de Campinas que as preenchem. Não há nas *Fichas* menção da noção de *vulnerabilidade*, já a noção de *risco* aparece como “exposição de risco”, na qual me deterei mais adiante. No entanto, ambas as noções permeiam o fazer do *manejo clínico* da PrEP, as *Fichas* são apenas parte do processo desse fazer e que compõem toda uma cadeia que aparecem nos protocolos, nas orientações clínicas dos órgãos reguladores das políticas de saúde do país. Pretendo demonstrar como, desde as *Fichas* se produzem e se documentam tais noções¹¹.

¹¹ Este trabalho é apenas parte de uma empreitada maior na qual se desenvolverá melhor na minha futura dissertação de mestrado em andamento pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS/Unicamp). Portanto, uma primeira incursão de parte do material etnográfico no qual não se pretende encerrar o debate. Parte das elaborações e reflexões deste texto se devem ao potente debate ocorrido na 32.ª Reunião Brasileira de Antropologia (RBA 2020) no Grupo de Trabalho Práticas estatais, modalidades de gestão e feixes de poder. Agradeço também aos comentários analíticos sempre potentes de amigas e amigos do grupo de pesquisa Gênero & Governo sob orientação da Profª Drª Natália Corazza Padovani.

Preencher e documentar as *fichas*

Era a última semana de julho de 2018, meu primeiro dia de trabalho como Educador de Pares no Centro de Referência em IST/HIV/Aids de Campinas SP (CR)¹². Edilene que era uma das servidoras do Programa Municipal de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais da Prefeitura Municipal de Campinas (Programa Municipal)¹³ me apresentava o arquivo onde ficavam os prontuários dos 80 usuários até então cadastrados na PrEP no município¹⁴. Em cima do arquivo havia uma pilha de prontuários com um papel de rascunho escrito: “inserir no siclom”. Eram prontuários de *usuários* que acabaram de iniciar a PrEP e que continham *fichas* de atendimento que precisavam ser inseridas em um sistema que possibilita o acompanhamento da dispensação do medicamento da PrEP, sistema este monitorado pelo Ministério da Saúde no qual só podem ter acessos profissionais habilitados. Dalí, fomos até uma das salas da equipe do Programa Municipal, nos sentamos em frente a um computador e ela me ensinou como inserir aqueles dados que continham nas *fichas* no site do *Siclom*, sistema de gerenciamento de dispensação de medicamentos antirretrovirais do Ministério da Saúde. Não raro, as *fichas* de papel possuíam campos “em branco” e/ou “mal preenchidos”, o que não deveria ocorrer, pois, o sistema não permitia a submissão da *ficha* sem todos os campos preenchidos. Segundo Edilene eram os médicos e aconselhadoras os responsáveis por preencher a *ficha* de papel e, por se tratar de uma *ficha* nova no cotidiano de trabalho dos profissionais, levaria tempo para tal familiarização até que preenchessem tudo corretamente. Preencher estas *fichas* é apenas uma parte das atividades destes profissionais e compõem o *manejo clínico* da PrEP.

Os atendimentos da PrEP no CR são realizados desde dezembro de 2017 e o Programa Municipal elaborou um *fluxograma* de atendimento¹⁵ que possibilita um fluxo onde uma etapa levava a outra, construindo um percurso terapêutico que envolve usuárias e usuários, os profissionais de saúde e suas práticas. Farei aqui, uma descrição de como deveria proceder os atendimentos PrEP a partir

¹² Este trabalho estava vinculado a um projeto da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o ImPrEP que acompanhava e incentivava a implementação da PrEP no SUS. Mais em: <http://imprep.org/>. Acesso em 21 de março de 2021.

¹³ O Programa Municipal é responsável por gerir o Centro de Referência (CR) e todas as políticas de hiv/ist/aids do município de Campinas. Além do CR, o Programa também geria o tratamento de Hepatites Virais no Hospital Municipal Ouro Verde.

¹⁴ Até janeiro do ano de 2020, o número de usuários cadastrados passava de 500.

¹⁵ Este fluxograma pode variar de um serviço para outro levando em conta a quantidade de usuários, de servidores, do horário de funcionamento do serviço e sobretudo a capacidade de agendamentos e vagas de consultas médicas. De todo modo, o fluxograma é criado justamente para se adequar às orientações do PCDT. Atualmente, devido à pandemia da COVID-19 o fluxograma sofreu algumas modificações que não serão levadas em conta neste trabalho.

do próprio *fluxograma* que previa determinadas expectativas do itinerário terapêutico.

a) Um candidato ou candidata que chegava ao CR, poderia demandar diretamente a PrEP, ser encaminhado por outro serviço externo ou até mesmo encaminhado dentro do próprio CR, em situações em que um usuário ou usuária do serviço foi para realizar exames de rotina e no momento da consulta com as aconseladoras decidiram por optar pela PrEP como estratégia de prevenção.

b) Ao chegar no CR, o candidato ou candidata deveria pegar uma senha (na época três no período da manhã e 3 pela tarde) e aguardar que um profissional o chame. Quando chegasse a sua senha, as aconseladoras deveriam preencher uma "*ficha verde*", elaborada pelo próprio Programa Municipal que fazia uma sondagem da *elegibilidade* de um candidato ou candidata para a PrEP. As aconseladoras são as psicólogas e enfermeiras do CR, todas mulheres.

c) Depois da ficha preenchida e confirmada a *elegibilidade* segundo critérios do PCDT, o candidato ou candidata se tornava então um *usuário ou, usuária da PrEP* e sai dali com um canhoto contendo a data e hora da primeira consulta da PrEP, na qual o usuário faria uma série de exames e passaria por consulta com uma ou um profissional infectologista.

Na primeira consulta da PrEP, o usuário ou usuária faz exames de triagem obrigatórios com a equipe de enfermagem para viabilizar as próximas etapas do atendimento: Teste Rápido (TR) de hiv, sífilis, hepatite B, hepatite C que duram menos de uma hora para ter seu resultado e alguns exames que eram enviados para o Laboratório Municipal de Campinas (LMC) como exames de creatinina sérica, uréia e enzimas hepáticas, em sua maioria para avaliar as funções renais e hepáticas cujos resultados só se teria acesso alguns dias depois da coleta dos exames.¹⁶ A maioria dos exames são realizados com a retirada de sangue pela veia, outros são exames que avaliam a urina. Em sua maioria, os resultados dos TR's são revelados por meio das expressões *reagente e não reagente*, pois

¹⁶ Tais exames se justificam pela possível alteração da função renal. O Tenofovir (TDF), uma das substâncias que compõem a medicação da PrEP, pode causar perda progressiva na função renal. Nos ensaios clínicos e estudos de demonstração da medicação não houveram situações de comprometimento significativo da função renal, revelado pelo aumento da creatinina. Quando houver alguma alteração, a suspensão do medicamento reverteu totalmente o quadro. (BRASIL, 2018).

esses testes se referem a reação da mistura do sangue com um reagente bioquímico da marca do teste rápido¹⁷.

Para a prática dos profissionais, nenhum destes exames é tão aguardado quanto o TR de hiv. Sem este exame, os profissionais não podem dar continuidade nos procedimentos com o usuário, uma vez que esse esquema de anti-retroviral só é eficaz para pessoas que não possuem a infecção pelo vírus. Se o TR para hiv for positivo, será realizado um exame confirmatório com outra tecnologia de TR. Nas ocasiões em que o segundo teste confirmar o resultado *reagente para hiv*, o *usuário ou usuária* será encaminhado para outro fluxo de atendimento, chamado pelos profissionais de “*fluxo do Amda*”, em referência ao Ambulatório de cuidados de Pacientes Vivendo com hiv/aids, desse modo não sendo mais *elegível* para tal estratégia e passaria a ser acolhido pelo Amda e dar seguimento do Tratamento de Pessoa Vivendo com hiv/aids com terapia específica.

No entanto, o exame resultando negativo para hiv, o *usuário ou usuária* deve ser encaminhado para a próxima etapa, sua *Primeira Consulta*, com médico ou médica infectologista. Após os testes rápidos serem “*laudados*” pela equipe de enfermagem (com seus respectivos resultados), é dada a hora da consulta. Os médicos infectologistas solicitam que o usuário suba até a sala de consulta médica. O prédio do CR é composto pelo térreo e o andar de cima. As salas de consultas médicas ficam na parte superior e no térreo as salas de exames, de aconselhamento, farmácia, recepção, ambulatório, sala de insumos, etc. Nesse momento, os médicos irão revelar os resultados de exames, bem como fazer uma série de questões e examinar o usuário. Pesar, aferir pressão se for necessário, oferecer tratamento em caso positivo para sífilis ou hepatites e preencher mais papéis, registrando as informações em diversas *fichas* e formulários.

Destaco duas dessas fichas: o “*01 – Formulário de Cadastramento de usuário SUS – PrEP*” e a “*02 – Ficha de Primeiro Atendimento para PrEP*”, assim descritos no seu cabeçalho. Apelidadas respectivamente em campo como “*Ficha de Cadastro*” e “*Ficha de Primeiro Atendimento*”¹⁸.

¹⁷ Popularmente esses resultados são traduzidos como positivos ou negativos. Todos os processos de realização de Testes Rápidos (TR) são protocolados pelo Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças, também elaborado pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>. Acesso em 26 de março de 2021.

¹⁸ Em 28 de julho de 2021 é publicado o OFÍCIO CIRCULAR Nº 8/2021/CGAHV/.DCCI/SVS/MS com o assunto: **Novas fichas de PrEP e sobre o projeto piloto da Profilaxia-Pré Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV em serviços de saúde privados**. A nota informa a disponibilidade de fichas resumidas, contendo menos campos de inscrição para respostas. Para fins deste texto, farei análise das *fichas* anteriores até a publicação deste ofício circular, pois era as *fichas* até então mobilizadas

Uma vez que as *fichas* são preenchidas (algumas vezes “mal preenchidas” como mencionou Edilene) e que o quadro de exames do usuário for considerado favorável para a indicação da PrEP (excepcionalmente TR para hiv negativo), o médico ou a médica dá orientações sobre a forma como se toma a medicação, seus possíveis efeitos colaterais e, ao final da consulta, libera o “*receituário da PrEP*” com prescrição para 30 dias de medicamento. As informações dessas *fichas* são posteriormente inseridas no *Siclom*. No período em que atuei como educador de par, os consultórios não possuíam computadores instalados nas salas, então os médicos ou médicas desciam até a sala da PrEP, onde ficam arquivados os prontuários referentes a PrEP e usavam um computador que ali ficava disponível. Enquanto isso o usuário também descia até o térreo, pegava uma senha na farmácia, aguardava ser chamado, entregava sua receita para o profissional que o atendia (técnicos ou profissionais farmacêuticos). Esse profissional consultava o *Siclom* para verificar se havia liberação da medicação e então poderia então dispensar um frasco da medicação da PrEP para o usuário e a usuária. Já com sua medicação em mãos e alguns papéis (segunda via da receita, laudo dos testes rápidos), o usuário vai até o guichê de agendamento para marcar sua consulta de “*retorno de 30 dias de PrEP*”. Com data e hora em um canhoto, esse usuário deveria repetir todo o procedimento mencionado acima: coleta de exames, consulta médica, dirigir farmácia com a receita com prescrição possível para 90 dias de medicação e agendar seu “*retorno de 90 dias de PrEP*”.

Esse fluxograma pressupõe uma dinâmica de sucesso desde a busca do usuário pela PrEP até as consultas de acompanhamento. O cotidiano do CR mostra algumas variações que fogem da capacidade dos próprios trabalhadores da saúde, entretanto. Falta de equipamentos, de testes rápidos, de tinta para impressora, acesso à internet, amostras de exames insuficientes, etc. Mesmo com tais dificuldades, tudo era registrado. Sem internet para inserir a consulta no sistema online, o registro era feito no papel com anotações para inserções posteriores no sistema. Se o laudo de TR's não pode ser impresso, ele será registrado “à mão” no prontuário com carimbo do enfermeiro ou enfermeira que realizou os exames. Ou mesmo que esteja tudo inserido nos sistemas, há de se manter o papel na pasta para um acesso mais agilizado ao histórico do *usuário ou usuária*.

durante a pesquisa de campo. Uma análise comparativa das *fichas* anteriores para as fichas notificadas neste ofício será parte da dissertação que desenvolvo atualmente.

Esse processo de documentação dos atendimentos pode ser dividido em duas partes. A primeira está ligada ao processo de produção do documento, sua elaboração ou criação e preenchimento. O segundo momento refere-se a como esses documentos, uma vez produzidos, possuem determinado poder de circulação e de efeitos de autorizações. Arrisco, aqui, uma incursão etnográfica sobre a forma e conteúdo destes documentos e ainda do processo de produção e de inscrição nos formulários, nesse caso, as *Fichas da PrEP*.

Parte de toda a produção de documentação do *usuário ou usuária* PrEP é a sua própria identificação. Primeiro se cria um prontuário, onde se pega um envelope modelo 87, cola-se um cabeçalho no canto superior direito bem à vista para o preenchimento dos seguintes dados: “*Nº Prontuário*”(por exemplo: PREP 001, PREP 002), “*Nome Social*” (quando não há, espaço fica sem preenchimento), “*Nome*”, “*Data Nasc*”, “*CNS*” (número do Cartão Nacional de Saúde). Dentro do prontuário serão disponibilizadas várias *fichas* referentes aos atendimentos da PrEP do qual profissionais irão dispor para seus atendimentos. Algumas *fichas* foram elaboradas pelo próprio CR e outras disponibilizadas pelo Ministério da Saúde que são fotocopiadas e colocadas em armários espalhados pelo CR¹⁹. Uma delas é a *Ficha de Cadastro*.

Alguns dados que já estavam inseridos na frente do Prontuário se repetem na *Ficha de Cadastro*. Segundo Edilene, tem de ser escrito na grafia de forma, pois “facilita para o entendimento quando a pessoa não tem uma boa letra cursiva”. Apesar desses dados serem importantes, gostaria de chamar atenção para o campo 15: “Pessoas em situação de Rua” seguido das caixas para preenchimento “sim” e “não”. Ao longo da *ficha* são interrogados aspectos relacionados à sexualidade, gênero, identidade de gênero, raça/cor e órgão genital de nascimento.

O preenchimento desses campos são de extrema importância. São eles que irão orientar o profissional na construção da *elegibilidade* do *usuário ou usuária* para a PrEP. E continua com campos para endereço, cidade. Gostaria, contudo, de ressaltar o campo 29: “Acompanhamento médico” em seguida as opções “Público” e “Privado”²⁰. O “Responsável pelo Preenchimento” são as

¹⁹ Essas *fichas* são armazenadas em um repositório online disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

²⁰ É recém a estratégia de oferta da PrEP em serviços privados, até então, os processos de acesso a PrEP só eram possíveis em serviços de saúde do SUS. Na NOTA INFORMATIVA Nº 11/2021-CGAHV/.DCCI/SVS/MS fica publicada as orientações para os atendimentos de PrEP em serviços privados. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-112021-cgahvdccisvms>

aconseladoras e o campo "usuário SUS" é destinado para assinatura do *usuário ou usuária* da PrEP.

Há ainda, outra *ficha* muito parecida que foi elaborada pelos profissionais do Programa Municipal, os quais entenderam ser importante para iniciar a PrEP no CR e orientar melhor as aconseladoras a implementação da *Ficha Verde*, que, na verdade, é impressa em papel sulfite na cor que dá nome a *ficha*. O início dela é muito parecida com a *Ficha de Cadastro*. Da *Ficha Verde* gostaria apenas de destacar os campos que nos servem para a discussão, como o campo 15a, inserido logo após a questão sobre Identidade de Gênero. Segundo a equipe do Programa Municipal, a informação assinalada ajuda a orientar de modo mais preciso as Aconseladoras no momento de identificar as populações-chave previstas no PCDT da PrEP, uma vez que a política era muito recente e esse apoio poderia apurar melhor no momento da construção dessa *elegibilidade*.

Esses campos questionam se o *usuário ou usuária* se relaciona sexual e afetivamente com uma Pessoa que Vive com HIV/Aids (Parceria Sorodiferente), se é Trabalhadora ou Trabalhador Sexual (Profissional do Sexo) e por fim se é Gay (homossexual) ou Homem que faz Sexo com Homem (que não necessariamente se identifica como homossexual). Basicamente esse é o enquadramento criado e elaborado pelo Programa Municipal e pelo CR em diálogo com o PCDT. No verso desta *ficha* constam outros questionamentos de apoio cuja Aconseladora, a partir desse questionário deve investigar o entendimento que o *usuário ou usuária* tem sobre a PrEP e, a partir da resposta, assinalar um dos três campos: "Bons conhecimentos", "Conhecimentos regulares" ou "Conhecimentos limitados". Em seguida, questiona sobre o motivo da busca pela PrEP e aqui busca se construir, junto do *usuário ou usuária*, os conhecimentos sobre cuidados em prevenção a partir das suas respostas. Logo em seguida as caixas de "Sim" e "Não" para se referir a *elegibilidade* para a PrEP, assinalada pelas aconseladoras após avaliação das questões preenchidas e campos preenchidos. Ambas as *fichas* são imprescindíveis para a definição do quão *vulneráveis ao hiv* são as candidatas e os candidatos a PrEP. Mas apenas ela não basta. A primeira consulta de PrEP também continua a perseguir a *elegibilidade*. Vamos agora olhar para a *Ficha de Primeiro Atendimento*.

Já de início há campos onde se inserem dados disponíveis também na *Ficha de Cadastro*, para que caso haja extravio da *ficha*, ela possa ser identificada e arquivada no prontuário da qual faz parte. Essa *ficha* é preenchida não mais por aconseladoras, mas por

Médicos ou Médicas Infectologistas do CR. A *Ficha de Primeiro Atendimento* compõe o cabeçalho e inicia com as questões do campo 8 que buscam identificar como o candidato ou candidata chegou até a PrEP. A 8a e a 8b são perguntadas e em caso de resposta afirmativa deve-se buscar saber onde o usuário ou usuária fez uso da PrEP. Muito possivelmente, são usuários que foram voluntários de projetos anteriores ao protocolo do SUS, projetos esses que embasaram a política atual da PrEP a partir de ensaios clínicos e demonstrativos.

A questão 9 indaga o usuário sobre o *risco* de infecção pelo hiv nas últimas 72 horas, buscando identificar se houve ou não relação sexual desprotegida (sem *camisinha*). Caso a resposta seja afirmativa, o médico ou médica deve orientar o *usuário ou usuária* a iniciar a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao invés de dar continuidade ao atendimento de PrEP. A PEP, é também uma das outras estratégias ao hiv da Prevenção Combinada, os profissionais fazem analogia à “Pílula do Dia Seguinte” para evitar a gravidez, mas a PEP consiste em uma combinação de antirretrovirais tomadas diariamente por 28 dias. Caso a pessoa tenha tido uma relação sexual desprotegida, ter sido vítima de violência sexual, acidente de trabalho com perfurocortantes (agulhas e seringas) ou teve um rompimento do preservativo, é recomendável que dentro de 72 horas se busque pela PEP com o objetivo de evitar assim uma infecção pelo HIV. Nesse caso, uma pessoa que desejasse iniciar a PrEP não poderia ter tido relação sexual desprotegida dentro de 72 horas antes. No entanto, esse procedimento de PEP deve ser avaliado individualmente com o *usuário ou usuária*, uma vez que o *risco* de infecção pode ser considerado muito baixo. Quando há casos assim, geralmente os profissionais do CR se reúnem e tomam decisões em conjunto avaliando os riscos e benefícios de adiar ou não o início da PrEP.

Essa discussão nos leva à questão 10. “Quantas vezes você usou PEP nos últimos 12 meses?”. A depender da resposta, o médico ou a médica fará já algumas suposições sobre o *risco* e a *vulnerabilidade* destes usuários. Caso a resposta fosse 0, significa ao menos algumas destas suposições: a pessoa não conhece a PEP, pode até ter tido alguma exposição ao hiv, mas não saberia que poderia recorrer a PEP, conhecia a estratégia e não pode ou não quis recorrer a ela. Caso a resposta fosse de 1 ou mais, o profissional iria questionar o que houve em termos de *risco de infecção* para que fosse necessário fazer uso da PEP. A recorrência em usar a PEP pode revelar para o profissional da saúde que tal *usuário ou usuária*

eventualmente se encontra em situações de *risco* de infecção pelo hiv.²¹

Questão 11: “Nos últimos 3 meses, com quantas pessoas você teve relação sexual?”. Aqui, o *usuário ou usuária* poderá inferir a quantidade, caso não se recorde do número exato, mas se aproximar do mais real possível. O objetivo da questão é saber quantitativamente o *usuário ou usuária* têm práticas sexuais e muitas vezes nessa questão se pode chegar a algumas conclusões: Se responde que teve relações sexuais com uma pessoa pode se questionar se esta pessoa é uma parceria fixa ou se responder 2, ou mais, se a pessoa é solteira e/ou tem várias parcerias. Um dos critérios de *elegibilidade* para a PrEP segundo o PCDT é a quantidade de parcerias sexuais que podem indicar um *risco aumentado* para aquisição do hiv e outras ist's.

Na questão 12 se pergunta, “Nos últimos 3 meses, com que frequência você usou preservativos em suas relações sexuais”. Nela o médico ou médica deverá ter uma noção do quanto o usuário ou usuária está *vulnerável* a infecção pelo hiv a partir do relato sobre uso ou não de preservativos (camisinhas). Se um *usuário ou usuária* responder “Todas às vezes” notadamente a profissional enxergará ali um baixo ou nenhum *risco* de infecção para hiv. Já se a resposta for qualquer uma das outras opções (“mais da metade das vezes; “metade das vezes”; “menos da metade das vezes” ou “nenhuma vez”) automaticamente o profissional irá assinalar e poderá questionar qual o motivo de não se usar o preservativo. As respostas variam entre: “não gosto”, “tenho dificuldade de ereção”, “tenho dificuldade em negociar o uso da camisinha com a ou as parcerias”, etc. Estas respostas são cruciais já que a PrEP é uma estratégia justamente mobilizada para aquelas pessoas em que o uso de preservativos é nulo ou parcial.

Caso a resposta seja “Todas às vezes”, o profissional é orientado a aconselhar assim: “se a camisinha funciona como prevenção ao hiv e outras IST's, continue usando sempre que puder, neste caso não há necessidade de você fazer o uso da PrEP, pois seu risco de infecção para o hiv e outras IST's é muito baixo dado sua fidelidade ao uso de preservativos. Se um dia acontecer algum acidente você pode buscar pela PEP”. Esse tipo de resposta é padrão entre os profissionais e está alinhada à abordagem da Prevenção Combinada. Ao contrário, se o usuário ou usuária responder alguma

²¹ Essa informação será anotada em uma outra *ficha*, a de “*Evolução Clínica*”, uma folha com cabeçalho seguido de linhas na frente e no verso para que seja registrado ali determinadas informações que não cabem ou não podem ser inseridas em alguns formulários. Por exemplo: “Usuária relata ter feito PEP em 2018 devido acidente de trabalho.”

das outras alternativas o profissional irá dizer: “A PrEP será uma boa estratégia de prevenção para você, pois ela evitará a infecção pelo hiv em caso de contato com o vírus. No entanto, a PrEP não previne outras ist's como sífilis, gonorreia e clamídia, então é importante que você faça uso do preservativo em todas as suas relações que puder. Seu *risco* de adquirir o hiv será praticamente nulo se feito o uso correto da PrEP.”

Sigamos, Questão 13: “Nos últimos 6 meses, você teve algum tipo das seguintes relações sexuais SEM preservativo?” O profissional dirá as opções: “Anal Insertivo (penetrar o ânus)”; “Anal Receptivo (ser penetrado/a no ânus)”, “Vaginal Insertivo (penetrar a vagina)”; “Vaginal Receptivo (ser penetrada na vagina)” ou ainda “Não se Aplica (usou preservativo ou não teve relação sexual)”. As combinações de respostas são variadas, mas usualmente há uma espécie de tradução dos profissionais dependendo do grau de entendimento das opções acima, variando entre: Se foi ativo ou passivo, se foi versátil ou essas categorizações com as quais os usuários e usuárias estão mais familiarizados.

Há no objetivo destas questões buscar compreender, naquele momento, o grau de *risco* de infecção para o hiv e outras ist's do *usuário ou usuária* a partir do que é relatado. Existe todo um entendimento entre os profissionais e uma literatura científica sobre a mucosa anal ser mais suscetível de fissuras, cortes, ruptura do tecido e possibilidade de sangramento, logo, de fácil acesso à corrente sanguínea facilitando a infecção²². Diferente dos tecidos do pênis e da vagina, que teoricamente seriam mais resistentes em relação aos do ânus. Isso faz parte de todo conhecimento no momento de avaliar ou medir algum *risco* de infecção. Desenvolvo esse ponto mais adiante, mas aqui existe uma escala de *risco*: ser penetrado/a no ânus tem mais risco que penetrar um ânus, que tem mais risco que ser penetrada/o na vagina, que tem mais risco que penetrar uma vagina. Continuemos a acompanhar a outra parte da *Ficha de Primeiro Atendimento*.

Na seção “Avaliação de outros fatores associados à infecção pelo HIV” terá o objetivo de identificar em que medida os usos de álcool e outras drogas interferem, ou influenciam na exposição ao hiv. Qualquer indício de dependência química sugere que o profissional oriente o *usuário ou usuária* a fazer o uso moderado destas substâncias ou busca encaminhar para o serviço específico voltado ao tratamento em caso de dependência. Dependendo da

²² Em documentos do Ministério da Saúde tais conclusões são referenciadas à seguinte publicação: PATEL, P. et al. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. *AIDS*, [S.l.], v. 28, n. 10, p. 1509–19. 19 jun. 2014.

quantidade e variedade de substâncias químicas que o *usuário ou usuária* relatou fazer uso, o profissional irá orientar usos individuais de instrumentos para evitar trocas de fluidos evitando possíveis infecções. Todas essas orientações têm alinhamento com a política de Redução de Danos, também prevista na Prevenção Combinada.

Na seção “Potenciais critérios de exclusão para uso da PrEP”, o profissional investigará se há algum impedimento do usuário ou usuária iniciar a PrEP. Na questão 23, pergunta: “Nos últimos 30 dias, você teve algum episódio de febre, diarreia, inchaço nos gânglios, dor de garganta, dor de corpo ou manchas vermelhas?” e continua com uma orientação para o profissional, “(Se sim, avaliar suspensão da PrEP e investigar infecção viral aguda)”. Estes sintomas podem indicar Infecção Viral Aguda (IVA), quando a pessoa possui uma recente infecção pelo vírus que se multiplica/copia rapidamente pela corrente sanguínea. Uma vez relatada a suspeita de IVA, o profissional terá de interromper o início da PrEP para evitar uma possível resistência do vírus ao quadro de antirretrovirais. Caso a resposta seja “não” ou que a pessoa não teve nenhum dos sintomas mencionados, entende-se que o usuário ou usuária esteja fora de suspeita de infecção pelo hiv.

Por meio da questão 24, o profissional busca saber se o usuário ou usuária possui histórico de fratura óssea, pois a medicação da PrEP (especificamente o tenofovir), poderia aumentar as chances de fratura óssea, apesar de muito raro segundo os ensaios clínicos e estudos demonstrativos. E na questão 25 se o usuário ou usuária possui um histórico de doença renal pelo fato do mesmo princípio ativo causar uma progressiva perda da função renal. Nenhuma das duas questões podem suspender a PrEP de início. É indicado que o profissional dê início ao uso da medicação e ao longo das consultas de PrEP, realizar junto do usuário ou usuária os exames para acompanhar a função renal e hepática, observando se houveram alterações.

Já no fim da *ficha* você tem a sessão “Exame de Elegibilidade” seguido das opções: Campo 27 “Teste Rápido de HIV realizado hoje”, “Data da Coleta”, “Resultado do Exame” com as opções “Não Reagente” e “Reagente”. Nestes campos devem ser reproduzidas as informações do “*Laudo de Teste Rápido Para HIV*”, que foi “laudado” pela equipe de enfermagem após coleta de exame do usuário ou usuária. Para dar procedimento ao atendimento, deve ser assinalado “Não Reagente”. Na questão 28 deve ser inserida a conduta médica em relação à Hepatite B. Caso o usuário ou usuária precise de reforço de vacinação para Hepatite

B, será encaminhado para a sala de vacinação. Caso o usuário ou usuária não tenha a vacinação em dia, ou não saiba se tomou ou não todas as doses da vacina, será feito um pedido de exames para verificar se há antígeno para Hepatite B suficiente no sangue do usuário ou usuária. Caso tenha carteira de vacinação em mãos ou relate ter se vacinado com o esquema completo, serão solicitados exames para fins de confirmação.

Na questão 29, será assinalada a conduta do médico ou da médica infectologista:

- “Encaminhamento para exames e para a PrEP”: quando a *elegibilidade* foi confirmada e o usuário ou usuária segue para a farmácia onde retira a medicação e retorna em 30 dias para consulta de *retorno de PrEP*
- “Encaminhado para avaliação de PEP”: quando o usuário ou usuária não poderá iniciar a PrEP por ter tido uma exposição sexual em menos de 72 horas com *risco* de infecção ao hiv, por isso se recomenda o protocolo da PEP por 28 dias e terminado, o usuário ou usuária poderá retornar para os atendimentos da PrEP
- “Investigar possível janela imunológica”: quando o usuário ou usuária relata ter tido *risco* significativo à mais de 72 horas e recomenda-se que se volte em um período que pode variar de 15 à 30 dias para eliminar a suspeita de infecção pelo hiv.
- “Não é elegível para a PrEP”: quando o usuário ou usuária não contempla os critérios estabelecidos pelo PCDT como ser da população-chave ou indicar algum agravo que impeça o consumo da medicação.
- “Outras condições clínicas e/ou de saúde que contraindicam o uso de PrEP”: quando o usuário ou usuária relata ter eventos graves de doença renal, por exemplo, podendo se agravar com o uso diário da medicação da PrEP.

Por fim, o formulário termina com a prescrição da medicação da PrEP no campo 30, seguido de data. No campo 31 a assinatura e campo para carimbo do médico ou da médica e o campo 32 a assinatura do usuário ou usuária, seguido de data. Feita a descrição de boa parte destas *Fichas*, passarei a ensaiar como documentos

e documentação estes profissionais estão produzindo expertises em avaliar o *risco* e a *vulnerabilidade* ao hiv/aids.

Olhar para as *fichas*: práticas em gestão da saúde e práticas de estado

Em uma breve reflexão, gostaria de refletir sobre a potência dos documentos como um dos artefatos ou tecnologias que fabricam as realidades que se governam corpos e relações, e a própria feitura do que é o Estado (FERREIRA, LOWENKRON, 2020; SOUZA LIMA, 2002; VIANNA, 2014). Busquei até aqui, descrever as *fichas* enquanto artefatos etnográficos e produtores de relações no campo, uma vez que orientam as práticas de agentes de Estado (aconseladoras e médicos ou médicas) compondo o que é parte do *manejo clínico* da PrEP. Ao preencher as *fichas* ao longo dos atendimentos entre profissional de saúde e usuárias e usuários da PrEP se faz também uma avaliação sobre o quão *vulnerável* é este sujeito e qual é a graduação do *risco* que este tem em relação ao hiv, logo sobre a *elegibilidade* de PrEP. Não é apenas sobre a materialidade epidemiológica que se faz a construção de discursos acerca da PrEP, mas sobre os efeitos que tal epidemia provoca para determinadas populações, desde miúdas práticas, da qual as categorias de *risco* e *vulnerabilidade* são reféns, mesmo que ambas as categorias se restrinjam a usos técnicos no *manejo clínico*.

Dessa maneira, essas *Fichas* compreendem também discursos acerca do construto da realidade, que diz mais sobre efeitos do real (VIANNA, 2014). Ao propor uma análise da relação constitutiva entre Gênero e Estado, as antropólogas Adriana Vianna e Laura Lowenkron (2017) discorrem sobre como agentes de Estado produzem, mobilizam e subvertem roteiros administrativos para que se materializam nos corpos o efeito do Estado, em diversas vezes sob o discurso de proteção de *vulneráveis*. O ponto de partida na forma de pensar Estado não como uma unidade coesa, buscar investir na análise de processos de criação e recriação de morfologias do Estado-governo (ABRAMS, 1988; AGUIÃO, 2014).

Ao preencher as *Fichas*, vão se sedimentando formas de *vulnerabilidades* e situações de *risco*, que de certa maneira, acaba por traduzir em linguagem técnica, modos de gestão da vida e da saúde. Um *usuário ou usuária* da PrEP passa a tomar diariamente uma medicação e fazer parte de um acompanhamento trimestral onde realiza consulta médica, exames para hiv, sífilis e hepatites, se vacina para hepatites, tratar outras infecções, relata sobre práticas sexuais, quantidade de parcerias, se fez uso de droga em 3 meses,

se fez troca de dinheiro, moradia, drogas ou favores em troca de sexo, e se fez uso da camisinha. Tudo isso, passa a ser guardado, arquivado e sedimentado nos prontuários destes usuários, no *SICLOM* no qual, agentes do Ministério da Saúde rapidamente acessam os dados e produzem planilhas sobre a prevalência para hiv e outras IST's, bem como quantas pessoas usam PrEP, de qual cor, de qual nível escolar, de qual gênero ou identidade de gênero. Bem como sobre o comportamento destes usuários acerca de assuntos relacionados a práticas sexuais, quem penetra, quem é penetrado, se no ânus ou vagina, etc. Todas essas informações, quando anotadas, preenchidas e registradas seja no papel ou no *Siclom*, estão informando *risco* e *vulnerabilidade* ao hiv/aids. No cotidiano do Centro de Referência, profissionais de saúde estão produzindo estes dados a partir do questionário e dos relatos destes usuários, e os fazem informados por protocolos e diretrizes.

Argumento aqui a centralidade dos documentos acerca das sedimentações de corpos e populações em *vulnerabilidade* e *risco* ao hiv. As construções sobre quem é ativo, passivo, quantos transam sem camisinha, qual o perfil dos relacionamentos, quem são as trabalhadoras sexuais, quais órgãos genitais de nascimento se justificam para que se possa controlar a atual situação da epidemia de hiv/aids. Há aqui uma produção de regimes de verdade que se sustentam com/via documentos informados por diretrizes Estatais e seus efeitos não somente legitimando a técnica preventiva como parece também dar para a epidemia uma certa agência sob o qual atinge necessariamente grupos *vulneráveis*. Produzir dados epidemiológicos é uma das formas mais eficazes de contemporaneidade, mas também são produtores de forma que dão vida a epidemias, surtos e mortes dramáticas sobre corpos vulneráveis à agência do vírus do hiv. Busco investir na compreensão de que “certas demandas provocadas por rotinas administrativas de governo permite pensar em formatos de administração acionados para gerir determinadas populações”. (AGUIÃO, 2014, p.19).

Nas produções das *Fichas da PrEP* há uma produção de uma *expertise das vulnerabilidades* e dos *riscos* de infecção pelo hiv como parte do *manejo clínico* da PrEP composto por uma mobilização de saberes biomédicos acerca dos riscos epidemiológicos e materializados nas formas de gestão a partir de documentos, protocolos e diretrizes. Neste caso as *Fichas* compõem parte de todo cabedal que envolve estas *expertises* ao se construir a *elegibilidade* de *usuários* e *usuárias* para a PrEP. A história social da aids e suas respostas são sobretudo marcadas pelas mobilizações de medicamentos, fluidos, moralidades, construções

de técnicas, produção de conhecimento biomédico e científico, mas argumento que práticas como a de preencher as *fichas* e de documentação em estratégias como a PrEP, compõem um campo de intervenção de perspectivas antropológicas que podem qualificar toda a criação de uma modelo de gestão que envolvem cuidado e saúde acerca de populações ditas *vulneráveis* ao hiv/aids, o que proponho qualificar em *expertises*, todo um conjunto de técnicas que no caso das *Fichas* buscam apreender e materializar o *risco* e a *vulnerabilidade* ao hiv de tais populações. Documentar Vulnerabilidades é não só técnica como tecnologias de Estado que revelam formas de práticas de saúde e sua estreita e fiel relação com os efeitos de Estado. Buscar investigar essas minuciosas práticas em saúde podem compor um campo de estudos que miram as formas mais eficazes de poder sob determinadas populações em detrimentos de outras, quando se olham para a atualidade e sutileza das políticas sexuais contemporâneas, onde as *vulnerabilidades* passam a ser alvo de intervenção. (CARRARA, 2015).

Referências bibliográficas

ABRAMS, PHILIP.. Notes on the difficulty of studying the state. **Journal of Historical Sociology**, vol. 1, 1988, pp.58–90.

AGUIÃO, Sílvia. **Fazer-se no “Estado”:** uma etnografia sobre o processo de **constituição dos “LGBT” como sujeitos de direitos no Brasil contemporâneo**. Tese (Doutorado) – Programa de Doutorado em Ciências Sociais, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. **Cad. Saúde Pública**, vol. 27(7), p. 1301–1311, Jul, Rio de Janeiro, 2011.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; CALAZANS, Gabriela Junqueira; SALETTI FILHO, Heraldo César; FRANÇA JÚNIOR, Ivan. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 375–417.

BENZAKEN, Adele; CASIMIRO, Gilvane; ADAMY, Paula Emília. Na era da Prevenção Combinada. In: LEITE, Vanessa; TERTO JR, Veriano e PARKER, Richard. (orgs.) **Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção**. ABIA: Rio de Janeiro, 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 e gestores de saúde**. Brasília, 2017. Disponível em: encurtador.com.br/bkmnZ. Acesso em 15 de abril de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição ao HIV**

(PrEP). Brasília, 2018. Disponível em: <<https://goo.gl/L4UJxW>>. Acesso em 05 ago 2018.

CARRARA, Sérgio. Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo. **Mana**, v. 21, n. 02. Rio de Janeiro: 2015, pp. 323 – 345.

FERRARI, Felipe Cavalcanti. **Perseguindo uma inovadora promessa em tempos de retrocessos: o debate público sobre HIV/AIDS em Porto Alegre e a emergência da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

FERREIRA, Letícia Carvalho de Mesquita. 2013. "'Apenas preencher papel': reflexões sobre registros policiais de desaparecimento de pessoas e outros documentos". **Mana: Estudos de Antropologia Social**, 19(1): 39–68.

FERREIRA, Letícia. LOWENKRON, Laura. Encontros etnográficos com papéis e outros registros burocráticos: Possibilidades analíticas e desafios metodológicos. In: **Etnografia de documentos: pesquisas antropológicas entre papéis, carimbos e burocracias**. Rio de Janeiro, E-Papers, 2020, pp. 5–16

FILHO, Naomar de Almeida; CASTIEL, Luis David; AYRES, José Ricardo Mesquita. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. **Salud Colectiva**. 5(3), p. 323–344. Buenos Aires, 2009.

LEITE, Vanessa; TERTO JR, Veriano e PARKER, Richard. (orgs.) **Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção**. ABIA: Rio de Janeiro, 2018.

PELÚCIO, Larissa.; MISKOLCI, Richard. A prevenção do desvio: o dispositivo da AIDS e a repatologização das sexualidades dissidentes. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 1, p. 125–157, 2009.

SOUZA LIMA, Antonio Carlos. Introdução: Sobre gestar e gerir a desigualdade: pontos de investigação e diálogo. In: SOUZA LIMA, A. C. (ed.). **Gestar e Gerir: Estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 2002, pp.11–22.

UNAIDS. **Combination HIV prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioural and structural strategies to reduce new HIV infection**. A UNAIDS discussion paper. 2010. Disponível em: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2010/20101006_JC2007_Combination_Prevention_paper. Acesso em 01 de Março de 2021.

VIANNA, Adriana. Etnografando Documentos: uma antropóloga em meio a processos judiciais. In Castilho, S.R.; Teixeira, C.; Souza Lima, A.C. **Antropologia das Práticas de Poder: Reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações**. Rio de Janeiro: ContraCapa, 2014.

VIANNA, Adriana; LOWENKRON, Laura. O duplo fazer do gênero e do Estado: interconexões, materialidades e linguagens. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 51, 2017.