

Da política à prática da profilaxia pós-exposição sexual ao HIV no SUS: sobre risco, comportamentos e vulnerabilidades

Sandra Lúcia Filgueiras¹

> filgueiras.sandralucia@gmail.com

Ivia Maksud²

> iviamaksud@gmail.com

¹Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

²Instituto Fernandes Figueira
Fiocruz
Rio de Janeiro, Brasil

Copyright © 2018 Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Resumo: Os efeitos da terapia antirretroviral na transmissibilidade do HIV intensificaram a difusão de novas tecnologias biomédicas na prevenção do vírus. Este artigo discute concepções de risco e práticas de saúde em narrativas de profissionais e usuários sobre a Profilaxia Pós-Exposição sexual consentida (“PEP sexual”). Os dados resultam de um estudo de caso realizado em um serviço público de saúde. A análise pautou-se em estudos sobre risco e vulnerabilidades. Os resultados evidenciaram que os critérios epidemiológicos não são suficientes para responder à indicação da profilaxia, que os espaços de intersubjetividade circunscritos pela PEP sexual são atravessados por distintas lógicas de risco e por padrões morais discriminatórios. A concretização de práticas de saúde orientadas pela perspectiva do exercício da sexualidade como afirmação de um direito continua sendo um desafio.

Palavras-chave: HIV; sexualidade; risco; Profilaxia Pós-Exposição; integralidade em saúde

From policy to practice of sexual post-exposure prophylaxis to HIV in the Brazilian Public Health System (SUS): about risk, behaviors and vulnerabilities

Abstract: The effects of the antiretroviral therapy on the HIV transmissibility intensified the diffusion of new biomedical technologies in the virus prevention. This article discusses risk perceptions and health practices, in narratives of both professionals and patients, about the Sexual Post-Exposure Prophylaxis (“sexual PEP”). The data are the result of a case study carried out in a public health service. Analysis was based on risks and vulnerability studies. The results showed that the epidemiological criteria are not sufficient to respond the prophylaxis indication, that the intersubjectivity spaces circumscribed by the sexual PEP are crossed by distinct logics of risk and by discriminatory moral standards. The concretization of health practices oriented by the perspective of sexuality exercise as an affirmation of a right keeps being a challenge.

Key words: HIV; sexuality; risk; Sexual Post-Exposure Prophylaxis; integrality in health

De la política a la práctica de la profilaxis post-exposición sexual al VIH en el Sistema Único de Salud Pública de Brasil (SUS): sobre riesgo, comportamientos y vulnerabilidades

Resumen: Los efectos de la terapia antirretroviral en la transmisibilidad del VIH intensificaron la difusión de nuevas tecnologías biomédicas en la prevención del virus. Este artículo discute concepciones de riesgo y prácticas de salud en las narrativas de profesionales y usuarios sobre la profilaxis a la post-exposición sexual consentida (“Pep sexual”). Los datos resultan de un estudio de caso realizado en un servicio de salud pública. El análisis se basa en estudios sobre riesgo y vulnerabilidad. Los resultados evidenciaron que los criterios epidemiológicos no son suficientes para responder a la indicación de la profilaxis, ya que los espacios de intersubjetividad circunscritos por la PEP sexual son atravesados por distintas lógicas de riesgo y por estándares morales discriminatorios. La concretización de prácticas de salud guiadas por la perspectiva del ejercicio de la sexualidad como afirmación de un derecho sigue siendo un reto.

Palabras clave: VIH; sexualidad; riesgo; profilaxis post-exposición; integralidad de la salud

Da política à prática da profilaxia pós-exposição sexual ao HIV no SUS: sobre risco, comportamentos e vulnerabilidades

Introdução

A política de prevenção ao HIV preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) tem como diretriz a combinação de abordagens biomédicas, comportamentais e estruturais (Brasil, 2017a). Em decorrência do impacto da terapia antirretroviral e de seus efeitos na transmissibilidade do HIV, diferentes tecnologias biomédicas de prevenção têm sido estudadas, aprimoradas e implementadas no Brasil e no mundo. Acrescentando-se a centralidade da via sexual na transmissão do HIV, o MS, a partir de 2010, normatizou entre os beneficiários a tecnologia biomédica Profilaxia Pós-Exposição (PEP), além das pessoas que sofriam acidentes ocupacionais e aquelas vítimas de violência sexual e pessoas que se expuseram a risco sexual consentido (Brasil, 2010).

Embora a recomendação técnica do MS (2010) chame a atenção para a necessidade de um cuidado integral, a apropriação destes avanços tecnológicos em benefício da população exige exame e reflexão crítica sobre as práticas de saúde, a gestão dos serviços e a organização dos processos de trabalho na rede de saúde.

Grangeiro et al. (2009) nos indicam que as políticas de saúde para o enfrentamento do HIV/Aids se envolveram com o campo da diversidade sexual desde o início do processo de redemocratização do país. O diálogo com os movimentos sociais permitiu a vocalização de diferentes atores, como grupos LGBTTT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) e uma maior visibilidade a respeito das iniquidades de saúde existentes, contribuindo para a construção de uma política de enfrentamento da Aids pautada no respeito aos direitos humanos, incluindo-se aí os direitos sexuais, e implicada com a busca de equidade.

Todavia, transformar esta política em ação no cotidiano do SUS tem sido um desafio permanente, embora as diretrizes do MS reforcem que abordagens sobre sexualidade devem envolver questões de gênero, identidade e orientação sexual em respeito à singularidade dos sujeitos (Brasil, 2017a, 2017b). A mesma orientação valeria para as tecnologias biomédicas:

[...] quando se trata das novas intervenções biomédicas para a Prevenção Combinada do HIV, como a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), é importante considerar uma abordagem que não

enfoque apenas a medicalização, correndo o risco de deixar o corpo e o tema da sexualidade de lado [...], há um maior risco de que as intervenções passem por julgamentos morais e juízos de valor, o que afeta diretamente a forma como cada pessoa se sente ou não acolhida (Brasil, 2017b: 15).

No entanto, vários estudos anteriores demonstram que a sexualidade é frequentemente abordada na perspectiva do risco e não na do direito (Filgueiras et al., 1999; Maksud, 2009; Monteiro et al., 2014; Ferraz, 2012). Também têm evidenciado que ao se considerarem as práticas sexuais vivenciadas pelos sujeitos como um problema que pode levar à Aids, como um comportamento desviante capaz de infectá-los por um vírus, os profissionais de saúde acabam buscando o controle da vida sexual das pessoas, esvaziando a possibilidade de um trabalho em saúde pautado pela perspectiva do exercício da sexualidade como afirmação de um direito.

Sentidos do risco e o espírito de risco

Castiel, Guilan e Ferreira (2010) chamam a atenção para o fato de que o clima de perigo e ameaça se expande para além da esfera da sexualidade humana e alimenta o “espírito de risco” que vem sendo cultivado nas sociedades contemporâneas.

Analisando aspectos relacionados à promoção da saúde, Castiel (2003) aponta que o viver inclui prazer e dor e isto não se dá sem riscos. Neste aspecto, o exercício da sexualidade se manifesta intensamente. Pessoas que, mesmo informadas sobre sexo seguro, praticam *barebacking* (Silva, 2010)¹ e pessoas ajustadas aos padrões heteronormativos que, mesmo informadas sobre riscos sexuais quanto ao HIV se expõem às chamadas práticas desprotegidas (Maksud, 2009), são exemplos dessa reflexão trazida pelo autor.

Castiel, Guilan e Ferreira (2010) sinalizam que o conceito de risco é usado em epidemiologia como uma forma de compreender e medir a probabilidade de ocorrência de agravos à saúde. Já na visão pautada pelas ciências sociais, o risco é entendido como algo construído socialmente. Desta forma, fatores subjetivos – éticos, morais, culturais – devem ser levados em consideração nas opções dos indivíduos. Em outras palavras, resulta que a noção de risco apresenta uma grande variação, assim como as concepções de saúde, sociedade e ciência a ela relacionadas (Luiz & Cohn, 2006).

¹ Trata-se de práticas sexuais gay com múltiplos homens que abrem mão voluntariamente do uso de preservativo.

Em diálogo com essa abordagem, este artigo pretende contribuir para a discussão sobre sentidos do risco, HIV/AIDS e a intersubjetividade das práticas de saúde no contexto da disponibilização da PEP sexual² no SUS.

Metodologia

Os dados aqui compartilhados derivam da pesquisa “HIV/AIDS e Profilaxia Pós-Exposição Sexual: Estudo de caso de uma Estratégia de Saúde”³ (Filgueiras, 2015). Neste artigo privilegamos o debate sobre as concepções de risco e práticas de saúde, que emergiram da narrativa de profissionais e usuários/as, com a PEP sexual, um dos eixos de análise da pesquisa original.

O processo de investigação foi conduzido por uma abordagem etnográfica. Os dados foram produzidos a partir de consultas a documentos, conversas informais, alguma observação participante e entrevistas semiestruturadas (Becker, 1997). Os atores abordados eram usuários/as da profilaxia após exposição sexual consentida ao risco de contrair HIV e profissionais de saúde (médicos/as infectologistas) do serviço estudado.

Os dados foram analisados a partir de estudos sobre risco, vulnerabilidade e sexualidade, tendo sido observados aspectos relacionados à intersubjetividade produzida na relação entre profissionais e usuários e o respeito aos direitos humanos.

O estudo de caso foi realizado em um hospital geral, referência na atenção à Aids, cuja estrutura organizativa contemplava um ambulatório de HIV e um serviço de emergência. O fluxo estabelecido para o atendimento das pessoas com demanda de PEP tinha como porta de entrada a emergência. De lá, os usuários eram encaminhados para a enfermaria de Aids onde eram atendidos pelo infectologista de plantão que avaliava o risco vivenciado, prescrevia a profilaxia quando indicada e os demais exames previstos no protocolo do MS (2010). O “seguimento” dos/as usuários/as era feito também por uma médica infectologista que trabalha como diarista no ambulatório de HIV.

Durante o trabalho de campo, foram entrevistadas cinco pessoas que buscaram a PEP no serviço de saúde e cinco médicos/as infectologistas. Os nomes de todos/as entrevistados/as mencionados no texto são fictícios.

² PEP sexual corresponde à denominação da profilaxia em situações nas quais houve exposição sexual consentida ao HIV (Brasil, 2010).

³ A pesquisa foi realizada no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFF, sendo desenvolvida por Sandra Lúcia Filgueiras sob orientação dos professores Aluísio Gomes da Silva Júnior e Ivía Maksud.

Risco: o ponto de vista dos/as usuários/as e a busca pela PEP sexual

A PEP é uma medida de prevenção com a utilização de antirretrovirais como profilaxia, o que evita a multiplicação do vírus HIV no organismo de uma pessoa. Este recurso de prevenção ainda é pouco conhecido pelas pessoas, embora já tenha sido alvo de campanha de divulgação pelo Ministério da Saúde e de algumas vezes ter sido apresentado pela grande mídia, seja em programas televisivos, seja em jornais.

A unidade em que a pesquisa foi realizada não dispunha de um mapeamento com o perfil das pessoas que procuraram o serviço de saúde com esta finalidade. Durante o trabalho de campo, realizado pela primeira autora deste artigo, não foi possível encontrar aqueles/as que buscassem pela PEP sexual naquele momento. O contato com os/as usuários/as da profilaxia acabou sendo com os/as que iam à “consulta de seguimento” (voltavam ao ambulatório para pegar o resultado do teste sorológico anti-HIV depois da utilização da profilaxia). Contatamos cinco delas, que passamos a referir abaixo, com o intuito de compreender os motivos da busca pela PEP e as concepções de risco envolvidas em suas narrativas.

Uma das pessoas que chegaram ao serviço em busca da PEP foi Denise, de 42 anos, enfermeira, separada, uma filha adolescente e sem parceiro fixo no momento, mas que afirmou que sempre usa preservativo em suas relações sexuais:

[...] eu estava separada, conheci este rapaz [...] e fomos pro motel. Nós usamos camisinha na primeira relação. Na segunda, ele não quis com camisinha e aí [...] fiquei com medo de ser agredida, porque ele era um homem forte, forçou a barra e acabou que nós transamos sem camisinha. Mas *foi por medo*. Eu fiquei com medo dele, entendeu? (Denise, grifos nossos).

Marcos, 30 anos, taxista, mora numa comunidade no entorno do hospital, é casado e tem dois filhos. Afirmou que faz periodicamente teste anti-HIV e, no momento de nosso encontro, estava fazendo pela segunda vez a PEP sexual. Diz que sempre usa preservativo quando tem relações extraconjugais com outras mulheres:

[...] Eu sei que *o risco meu é bem menor do que da mulher* [...] eu vi que a camisinha arrebentou, eu parei. Mas pra mim aquilo já foi um *acidente sexual*. Pois é, *a primeira vez* foi uma carona que eu dei pra uma mulher que eu nunca mais vou ver na minha vida, nem sei de onde que é, nem de onde veio. E *a segunda vez* foi uma amiga de um amigo que também há muito tempo eu não vejo. [...] então assim, não tem como saber quem é, o que que faz (Marcos, grifos nossos).

Estas situações – Denise tomada pelo *medo* do parceiro sexual e Marcos por considerar “de risco” as mulheres com as quais fez sexo, pelo fato de terem se relacionado com ele sem nunca tê-lo visto antes – nos remetem às observações de Parker sobre as relações desiguais de gênero na América Latina:

A sexualidade masculina caracteriza-se como expansiva e quase incontrollável, enquanto a feminina é percebida como objeto de controle masculino. Espera-se que os machos iniciem sua atividade sexual assim que entram na adolescência, e que tenham múltiplos parceiros sexuais, antes e depois de casados; das mulheres espera-se que se abstenham de atividade sexual antes do casamento, e que não tenham relações sexuais extraconjugais com os homens (Parker, 1997: 102).

Considerando o contexto da prevenção do HIV, pudemos observar que, nessas situações, desigualdades entre homens e mulheres se manifestaram, especialmente quanto à Denise, em que houve a “dificuldade de negociação”, a associação entre violência de gênero e a transmissão do HIV. Outros entrevistados nos convidam a pensar sobre os sentidos presentes nesses momentos de busca da PEP, como Luiz, 34 anos, estudante de marketing, que trabalha no aeroporto e namorava um rapaz soropositivo há três meses quando buscou o serviço de saúde. Já fez o teste anti-HIV várias vezes “porque, como eu acho que faço parte de um grupo de risco, eu sempre fiz o controle”. Comentou que muitas vezes perde a ereção com o parceiro por medo de se infectar e que durante o uso da PEP sentia-se mais tranquilo. Em suas palavras:

Eu fui exposto ao vírus HIV pelo meu parceiro. Eu *fiquei com medo*, me-xeu com o meu psicológico, eu fiquei assustado. [...] *Na dúvida, eu achei melhor procurar ajuda*. Foi no sexo anal, eu que estava fazendo a penetração e aí quando eu tirei a camisinha [...] eu passei a mão no pênis e aí cheirei e estava com cheiro de fezes. Então eu achei que tinha estourado a camisinha e o pênis entrou em contato com as fezes dele. E ele falou que tinha sangrado [...] *eu fiquei com medo [...] a gente foi no médico pra tirar essa dúvida* (Luiz,⁴ grifos nossos).

Walter, 28 anos, é solteiro e formado em cinema. Não é uma pessoa que costuma ter muitos parceiros e sempre usa preservativo em suas relações sexuais, garantiu. Já havia feito o teste anti-HIV outras vezes e foi doador de sangue (recurso que é muito utilizado por algumas pessoas como uma forma de testagem).

⁴ Luiz tem um parceiro que vive com HIV – casal sorodiscordante.

Durante a entrevista, referiu-se à sua parceria sexual de forma difusa – dizia “a pessoa”. Quase no final da entrevista comentou que se relacionava sexualmente com homens:

Eu busco 100% me proteger, mas estive numa situação onde ocorreu uma falha – o preservativo rompeu e eu me senti *exposto* e vim correndo pra cá. Graças a Deus [...] foi minha primeira *exposição*. Eu tive que correr, foi de madrugada e eu vim de manhã pra cá achando que não funcionava, mas deu tempo (Walter, grifos nossos).

No dia da nossa entrevista, Zeca, 19 anos, buscava o resultado do primeiro exame pós-profilaxia no ambulatório. Estava extremamente ansioso – “eu estou com medo”. Natural do interior do estado do Rio de Janeiro, atualmente mora na capital e cursa comunicação. Considera-se gay e iniciou recentemente sua vida sexual. Já fez três testes de HIV porque considera que viveu risco praticando sexo oral. Chegou a ficar “doente psicologicamente”.

[...] Desde o início do ano eu pensei que estava com HIV [...] a única coisa que aconteceu é que eu tinha recebido sexo oral e nada mais aconteceu. Depois eu fiquei doente. Aí eu fiquei com *medo* [...] e foi aumentando, aumentando e eu estava ficando mal psicologicamente, achando que eu estava *com isso* [...]. Aí, *depois disso, que realmente eu tive uma relação de risco*. Eu fui ficar com um cara e aí ele não aguentou e acabou ejaculando na minha boca e novamente eu voltei a ficar noiado. Aí eu descobri do que se tratava a pós-exposição de risco e procurei aqui (Zeca, grifos nossos).

Nas conversas com essas pessoas sobre o que as levou a procurar o serviço e/ou a profilaxia, chamaram a atenção aspectos relacionados à dimensão subjetiva acerca da Aids e do risco de aquisição do vírus – o medo da infecção, a culpa por não ter cumprido 100% das normas de prevenção, a corrida contra o tempo e a condição de vulnerabilidade individual vivenciada com o rompimento da camisa-nha, mesmo sendo uma pessoa com práticas de baixo risco para o HIV.

É digno de nota que essas pessoas pareceram não corresponder àquelas que a política prevê alcançar (as de maior vulnerabilidade e risco). É razoável supor que os/as usuários/as que retornam ao serviço para acompanhamento no ambulatório são aqueles/as em que a “exposição de risco” é menos frequente.

A recomendação técnica da PEP Sexual e o risco a partir da perspectiva dos/as profissionais de saúde

Segundo o Ministério da Saúde, a PEP é um atendimento de urgência. Para ser efetiva, deve ser iniciada idealmente nas duas primeiras horas após a exposição e no máximo em até 72 horas, os antirretrovirais devendo ser usados de maneira ininterrupta por 28 dias seguidos (BRASIL, 2010).

O quadro abaixo consta do documento referencial do Ministério da Saúde para a aplicação da PEP sexual,⁵ que deveria contribuir para orientar o profissional de saúde na abordagem de dispensação dos medicamentos para a realização da profilaxia em situações de exposição a risco sexual. O documento indica como critério para se proceder à avaliação de risco para indicação da profilaxia: 1. a sorologia do parceiro fonte, 2. o tipo de prática sexual vivenciada, e 3. a prevalência do HIV no segmento populacional ao qual o parceiro fonte pertence (Brasil, 2010).

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

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

Fonte: Ministério da Saúde (2010: 62)

⁵ Esta recomendação vigorou até junho de 2015. Atualmente, o protocolo para avaliação de indicação da profilaxia se baseia no risco da exposição e não no contexto da exposição (violência sexual, acidente ocupacional e sexual consentida) como na anterior e passou a haver um esquema antirretroviral como preferencial para todos os casos (Brasil, 2018).

De acordo com esta recomendação, baseada na perspectiva epidemiológica, verificamos que o risco relatado pelos/as usuários/as entrevistados/as neste estudo, segundo o critério da prática sexual, poderia ser classificado nas categorias: sexo oral receptivo, sexo vaginal insertivo, sexo vaginal receptivo e sexo anal insertivo. Entre os “parceiros fontes” da exposição ao vírus, apenas um tinha sorologia para o HIV conhecida – era soropositivo – e os demais eram parceiros eventuais de sorologias desconhecidas, sendo metade com parceiro fonte de segmento populacional de alta prevalência e a outra metade em que o parceiro era da população geral. No entanto, como veremos abaixo, a prática nem sempre reflete as diretrizes técnicas normatizadas.

Dos profissionais (médicos/as infectologistas) entrevistados, quatro eram plantonistas da enfermaria de Aids (Elaine, Helena, Ivo e Bernardo) e uma era do ambulatório de HIV (Laura).

Compreendendo o risco como uma entidade probabilística, o mesmo sentido de “incerteza” visto nos discursos dos/as “usuários/as” esteve presente no relato dos/as profissionais, incidindo sobre suas condutas em detrimento dos critérios epidemiológicos que subsidiam a recomendação técnica do MS.

Essa coisa da forma de sexo você nunca vai poder *garantir*. Eu dou (a PEP sexual) por vários pontos. [...] porque é *complicado* mesmo. Como é que você vai afirmar pra pessoa... eu falo pra ele assim que sexo oral pega menos, efeitos colaterais... falo o que eu acho mais ou menos, como se fosse pra mim, mas o que ele vai fazer vai depender muito dele (Ivo, grifos nossos).

Como eu não consigo ter *certeza* do risco, porque a gente não lida com certezas [...] como você não consegue dar risco zero, você vive uma situação muito complicada, você não tem controle sobre a vida daquela pessoa, não sabe se ela vai dar seguimento àquele atendimento. Aí depois ela se contamina e aí ela não vai revelar que ela se expôs depois daquele incidente em si e você negou a medicação pra ela e *isso gera processo. E quem é que vai querer ser processado? Como é que você vai provar que ela não se contaminou daquilo ali?* (Laura, grifos nossos).

Eu tô falando das situações assim de exposição sexual em que tenha havido *engano de pessoa*, ou risco de ruptura de preservativo, ou não importa qual seja... Eu acho que tem que divulgar quais são as situações e acho que *o profissional que fizer o atendimento na hora tem que estar muito bem preparado pra saber quando é que ele vai fazer a profilaxia e quando ele não vai fazer* (Helena, grifos nossos).

Sobre as concepções de risco dos profissionais destacamos aquelas que evidenciam a incerteza. A intervenção pautada na avaliação de riscos é sempre uma

aposta, apesar de alguns insistirem (em vão?) na busca de certezas, como mostra o relato de Helena. Já na narrativa dos demais profissionais verificamos que, mesmo por diferentes motivações, os discursos coincidem entre eles e também com o relato dos/as usuários/as no que diz respeito à afirmação de que “na dúvida de o risco vivido levar à infecção ou não, é melhor fazer a profilaxia”.

Por um lado, a ação de saúde realizada por Ivo sugere haver uma decisão dialogada entre o profissional e o usuário para o uso da PEP em que a consideração da autonomia do usuário foi determinante. Por outro lado, no relato de Laura, o receio do profissional de ser processado judicialmente marca fortemente a decisão.

Já a profissional Helena, “parece se distanciar da ideia do exercício da sexualidade como um direito (“eu tô falando das situações assim de exposição sexual em que tenha havido engano de pessoa”). Ela parece acreditar num receituário com situações específicas para indicação da PEP sexual claramente definida, e na existência de um profissional “muito bem preparado pra saber quando é que ele vai fazer a profilaxia e quando ele não vai fazer”, negando a dimensão subjetiva das práticas de saúde. Em outras palavras, seria possível pensar que parte de seu relato se coaduna com a lógica epidemiológica contida na recomendação técnica do Ministério da Saúde? A certeza desejada por Helena nos remete à aura de verdade absoluta presente nos achados epidemiológicos, como nos lembram Castiel et al. (2010). Nas palavras dos autores:

A análise de fenômenos interativos (biológicos, psicológicos e sociais) por meio de técnicas lineares para estimação do risco revela-se insuficiente para abranger a ambiguidade e a subjetividade dos fenômenos relativos ao humano (Castiel, 1996 citado em Castiel et al., 2010: 42).

Esta reflexão traz à tona o conceito de vulnerabilidade e sua aplicabilidade nas práticas de saúde, especialmente no campo da Aids.

Do risco às vulnerabilidades: caminho em permanente construção

No início da epidemia da Aids, os estudos epidemiológicos buscavam os fatores de risco associados à doença almejando o seu controle. As respostas globais percorreram um caminho instruído fortemente pelo conceito epidemiológico de risco – do qual emergem as categorias de grupos de risco e comportamentos de risco.

Ayres et al. (1999, 2003) destacam que o fator de risco de elemento probabilístico do raciocínio causal transmutou-se no conceito de grupo de risco e que os destinados às primeiras estratégias de prevenção foram os quatro H (homossexuais,

hemofílicos, haitianos e adictos de heroína). A pauta da prevenção circulava entre a abstinência e o isolamento, o que germinou em exclusão, estigmatização, preconceito e toda sorte de efeitos adversos, e a vantagem de estabelecer características que definem certos segmentos populacionais, diferenciando-os da população geral, foi superada pelos danos causados aos denominados grupos de risco.

Sofrendo pressões dos segmentos mais atingidos, especialmente do movimento organizado de gays norte-americano, as estratégias respaldadas pelo conceito de grupo de risco foram substituídas pelas estratégias de redução de risco, pautadas no conceito de comportamento de risco. Nesta perspectiva, a Aids passa a ser vista como um problema que atinge a todos, buscando reduzir o estigma imposto aos denominados grupos de risco e incentivando a responsabilidade do indivíduo pela sua prevenção. No entanto, esta centralização no comportamento do indivíduo fez com que a aquisição do vírus fosse atribuída à sua incompetência em se prevenir, acarretando com isto sua culpabilização pela infecção.

Posteriormente, a participação potente dos movimentos sociais também contribuiu para a compreensão e a divulgação de teorias de que a mudança de comportamento não depende apenas de informação e vontade pessoal, mas passa “por coerções e recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica e até policial desigualmente distribuídos entre os gêneros, países, segmentos sociais, grupos étnicos e faixas etárias” (Gupta, 1996 citado em Ayres, 2003; PARKER, 2000). Diante deste cenário, no início dos anos 90, a Coalizão Global de Políticas contra a Aids, de onde se originou o Programa das Nações Unidas para a Aids (Unaid), deu início à busca de novos referenciais para compreender e intervir na epidemia: a concepção de “vulnerabilidade” começava a ser discutida.

Segundo Ayres et al. (2012), a análise das vulnerabilidades tem buscado formular “totalidades compreensivas” superando a dicotomização entre o individual e o coletivo na abordagem de suas três dimensões constitutivas, trabalhando-se:

- a) o *individual* sempre já como intersubjetividade, isto é, como identidade pessoal permanentemente construída nas interações eu-outro; b) o *social* já sempre como contextos de interação, isto é, como os espaços de experiência concreta da intersubjetividade atravessados por normatividades e poderes sociais baseados na organização política, estrutura econômica, tradições culturais, crenças religiosas, relações de gênero, relações raciais, relações geracionais etc.; c) o *programático* já sempre como formas institucionalizadas de interação, isto é, como um conjunto de políticas, serviços e ações organizadas e disponibilizadas em conformidade com os processos políticos dos diversos contextos sociais, segundo os padrões de cidadania efetivamente operantes (Ayres et al., 2012: 13, grifos nossos).

A persistência da lógica dos conceitos de grupos e comportamento de risco

A despeito de toda essa trajetória de conceitos relativos à compreensão do risco, alguns relatos dos entrevistados ilustram representações dos conceitos de grupo e comportamento de risco pautando condutas na vida pessoal e profissional:

Se fosse assim de repente uma profissional do sexo, eu acho que não ia ficar tão preocupado, porque elas se cuidam realmente [...]. Mas *não sendo profissional do sexo é um pouco mais complicado*, quantas pessoas ela já saiu e quantas pessoas eu já saí, enfim é incalculável, né? (usuário Marcos, grifos nossos).

Eu penso assim, pelas estatísticas, você sabe que *as profissionais do sexo estão se expondo mais*, até porque – a coisa mais maluca que já vi – se tiver sem camisinha é mais caro. Então, assim, acho que esta é uma situação de risco bem acentuada (profissional Laura, grifos nossos).

Os relatos do usuário Marcos e da profissional Laura ilustram a concepção de grupo de risco influenciando na conduta de busca e/ou indicação pela PEP sexual. Para Marcos fazer sexo com uma prostituta, é menos arriscado porque ela é uma profissional e usa o “equipamento de segurança do trabalho”. Já para Laura, baseada numa perspectiva estatística, ao contrário. Sua preocupação com o comportamento irresponsável das pessoas, assim como também atestam os demais depoimentos, evidencia o quanto as questões subjetivas ganharam expressão nas práticas de saúde, apontando um campo de debate que avaliamos necessário quando o respeito aos direitos sexuais e a liberdade de gênero estão em questão: “O problema todo está na prática irresponsável, se a pessoa está se expondo muito, ela tem muita chance de estar contaminada. Eu *tento educar* pra ver se *a pessoa faz alguma mudança*” (profissional Laura, grifos nossos).

Podemos observar que esta profissional avalia que a exposição ao risco é fruto da prática irresponsável das pessoas e, pautada na lógica do comportamento de risco, parece acreditar que a intervenção modeladora do comportamento pode ser uma salvação. Sugere uma intervenção baseada no repasse de informação, como se o exercício da sexualidade dependesse apenas de informação e da vontade do indivíduo e não fosse uma dimensão da vida intensamente determinada pelo contexto sociocultural e intersubjetivo (Paiva, 2002).

Mas aí é o que a doutora disse, “o cuidado é as pessoas se cuidarem”. [...]. Tudo é novo, assustador, ainda mais com homem. Sempre rola aquele terror: as pessoas têm várias relações com várias pessoas, as pessoas não se protegem... (usuário Zeca).

Este usuário mencionou que ficou de fato doente, achando que poderia ser Aids, depois de ter recebido sexo oral de um parceiro eventual. Este “ficar doente” seria também um efeito da cultura de controle de riscos existente em nossa sociedade, que gera culpa naqueles que não cumprem os comportamentos preventivos prescritos? Afinal, “um ambiente riscofóbico pode configurar uma estratégia limitante e produtora de ansiedades e inseguranças ao propor formatos restritivos de condução do comportamento das pessoas” (Castiel et al., 2010: 9). A postura da “doutora” teria reforçado esse sentimento do Zeca?

O usuário Walter nos aponta aspectos relacionados à efemeridade das condições de vulnerabilidade:

Eu acho que as pessoas devem usar PEP se acharem que se colocaram numa situação de exposição. Qualquer pessoa, minha filha transou com o namoradinho e a mãe ficou desesperada, pode trazer a filha aqui pra fazer profilaxia. Por que não? Eu acho que o caminho é esse, não necessariamente segregar, né – só gay, GLS, essa galera que geralmente tem mais a probabilidade de estar transando com pessoas diferentes a cada momento. No meu caso, foi algo parecido, no momento x de uma situação y, eu procurei o sexo externo e o preservativo estourou. E eu, por saber disso (referindo-se à PEP) pensei: vou resolver essa situação!

Este usuário percebe que a Aids afeta a todos, que os gays têm maior “probabilidade” de variar a parceria sexual e, portanto, do ponto de vista epidemiológico, mais chances de se exporem ao risco, mas também que, mesmo sendo gay, é a primeira vez que ele estaria vivenciando um risco. Seu relato nos chama a atenção para as diferenças particulares dentro de um mesmo grupo e para a necessidade de se identificar algo além do que é comum nos grupos mais vulneráveis, o que é específico de cada grupo, do indivíduo e de seu momento de vida (Paiva, 2002), e ainda, conforme discute Ayres (2006) comentando o trabalho de Geoffrey Rose (1988), “apreender a determinação de um risco no plano de cada indivíduo particular *vs.* apreender este risco no plano de coletividades” (Ayres, 2006: 390). Além disso, o relato de Walter ilustra a transitoriedade das condições de vulnerabilidade na vida das pessoas (“no momento x de uma situação y”), segundo o contexto social e intersubjetivo do momento.

De uma forma geral, os achados da pesquisa indicam que prevalece o enfoque no risco, centrado nos fatores comportamentais. Fica marcado um descompasso entre as práticas de saúde hegemônicas e os avanços alcançados com a mudança do paradigma do risco para o de vulnerabilidade e suas conseqüentes proposições para prevenção e cuidado no campo da Aids.

A observação sobre as práticas de saúde no serviço pesquisado nos revela que

os direitos sexuais não têm sido verdadeiramente contemplados. Interpretação parecida – a presença de uma abordagem normatizadora da sexualidade – também pode ser vista no estudo de Monteiro et al. (2014) com profissionais de saúde e usuários/as em um Centro de Testagem e Aconselhamento:

A avaliação da “exposição ao risco sexual” era feita em função do não uso do preservativo e do tipo/quantidade de parceiros sexuais ou condição sorológica do parceiro. Desse modo, as práticas preventivas tendiam a ser abordadas com base no enfoque epidemiológico, centrado na relevância do uso frequente do preservativo, principalmente entre os usuários com práticas bi ou homossexuais ou aqueles com “maior” número de parceiros nos últimos 12 meses. Foi observado que o preenchimento do formulário não favorece a interação entre profissional de saúde e usuário e *circunscreve as questões da sexualidade à sua dimensão quantitativa e desviante* (Monteiro et al., 2014: 140, grifo nosso).

Refletindo a partir da perspectiva das vulnerabilidades

Utilizar o referencial do conceito de vulnerabilidade como alternativa às noções de grupos de risco e comportamentos de risco implica a busca de compreensão dos contextos socioculturais e subjetivos, individuais e coletivos que aumentam ou diminuem a vulnerabilidade das pessoas ao HIV (Paiva, 2002), como podemos exemplificar nos relatos abaixo:

Na verdade, essas questões de relacionamento são coisas humanas e todo mundo está exposto a isso. Por mais que a pessoa tenha consciência que ela está se expondo, mas no momento de muito desejo certas coisas acabam sendo postas de lado e o que a pessoa privilegia é aquele prazer. Eu acho que a profilaxia neste sentido vale muito a pena (profissional Bernardo).

O relato deste profissional expressa que o exercício da sexualidade não é movido apenas pela racionalidade, mas também por questões subjetivas que podem ampliar ou reduzir a vulnerabilidade das pessoas.

O usuário Marcos, ao justificar que, mesmo sabendo que o risco de se infectar era baixo (sexo vaginal insertivo, com uma mulher pertencente a segmento populacional de baixa prevalência), quis fazer a profilaxia quando teve relação sexual extraconjugal:

Eu não podia arriscar a minha esposa a pagar por uma coisa que não tem nada a ver. Eu não podia me dar ao luxo de “não vou esquentar a cabeça não”. Se eu tivesse vivido esta mesma situação sendo solteiro, eu não teria feito a profilaxia.

Este usuário nos mostrou que a intensidade do movimento em busca de proteção contra o risco é proporcional ao valor que ele dá àquilo que poderá perder caso venha a se infectar. Quanto menos tiver a perder, menor será a preocupação com a proteção? Isto nos remete à reflexão de Castiel et al. (2010, 2003) sobre “o que são ganhos e perdas no terreno do viver e morrer humanos?”.

Parece que Marcos avaliou que, diante da situação vivenciada, mais perderia do que ganharia se não utilizasse a PEP. Fazendo a profilaxia, ele buscou reduzir sua vulnerabilidade diante do que julga ser uma possibilidade de se infectar.

Sobre a percepção de risco dos/as usuários/as (a respeito do sexo oral) observamos nos relatos abaixo como ela se movimenta diante dos diferentes contextos relacionais (no caso, na relação com a profissional Laura), demonstrando o efeito da intersubjetividade na vulnerabilidade individual, conforme observam Ayres et al. (2012) sobre a “identidade pessoal ser permanentemente construída nas interações eu-outro”.

Eu acho que para sexo oral é muita paranoia a pessoa vir buscar PEP. Mas *depois do que aconteceu comigo e das conversas que eu tive com a médica*, ela acha mais seguro, ainda mais quando você não sabe quem é a pessoa é melhor usar a camisinha neste ato. Eu acho que o sexo oral deve sim, tem que ter o preservativo (usuário Walter, grifo nosso).

Eu estava conversando com a doutora e ela até falou do uso da camisinha também para o sexo oral, que na maioria das vezes as pessoas não usam, porque também é um risco pro HIV. Sexo oral pra mim antes era risco zero (usuária Denise, grifos nossos).

Tanto Walter como Denise achavam que sexo oral sem camisinha não era risco a ponto de se usar a profilaxia. Na interação com a doutora passaram a achar que sim? Ou terá sido apenas um discurso que ambos consideram “politicamente (ou melhor dizendo, tecnicamente) correto”? Também o usuário Zeca aborda sua preocupação com o sexo oral:

Desde a primeira vez, que foi eu só recebendo, por mais que sempre falassem que não tem risco nenhum, depois que aconteceu isso e eu fiquei doente, eu fiquei tão noiado. Eu tive praticamente todos os sintomas, febre, dor de cabeça... fiquei quase um mês com a garganta inchada, doendo, dores no

corpo. Mas como a própria doutora diz, nada é 100%, sempre há algum risco em tudo (usuário Zeca).

Considerando a dimensão da subjetividade e também da relatividade do risco, neste caso a “paranoia” do usuário teria sido reforçada pelos argumentos utilizados pela profissional? Em que medida isto pode contribuir para adoção de comportamentos seguros como almeja a profissional e/ou gerar mais angústia no usuário? Qual teria sido a necessidade real deste usuário, além do desejo manifesto de fazer a PEP? Sobre as respostas que usualmente os serviços/profissionais têm ofertado às pessoas, Paiva (2002) salienta que os serviços de modo geral buscam dar conta dos fatos biomédicos e da educação centrada nas formas de transmissão e na promoção de medidas preventivas. Mas como destacam Castiel et al.:

As pessoas lidam e percebem seus riscos (e dos outros) de modos variados, que envolvem aspectos que ultrapassam os saberes científicos e mesclam dimensões simultaneamente biológicas, psicológicas, socioculturais. Enfim, se pode haver uma certeza estabelecida acerca das verdades sobre os riscos, é que estas são inevitavelmente relativas (2010: 127).

Sobre aspectos relacionados às condições que geram vulnerabilidades programáticas, observamos algumas “formas institucionalizadas de interação” servindo como barreiras associadas à postura de alguns profissionais, bem como ao desconhecimento sobre a PEP sexual, devido à insuficiente divulgação desta estratégia de prevenção por parte das instituições de saúde e outras. O profissional Ivo aponta a resistência de muitos colegas em indicar a PEP sexual e também a presença de padrões morais discriminatórios entre eles:

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

O usuário Zeca, ao contar o que achou do atendimento recebido, acaba confirmando de alguma maneira a perspectiva moralizante presente na atuação de alguns profissionais, conforme relatou o profissional Ivo:

A primeira dificuldade foi encontrar a sala. A segunda dificuldade foi eu ficar completamente desconfortável pela maneira como eu fui atendido. Tinha um médico superignorante. O que me atendeu foi simpático, a gente conversou, ele tentou me acalmar falando tudo, mas esse outro... Primeiro eu passei na emergência, fiz meu cadastro e daí me mandaram subir aqui. Quando eu cheguei na sala, havia três médicos conversando entre si e falando como se tudo fosse culpa das pessoas: “esse povo que não tem cuidado”, e eu me senti superdesconfortável com isso.

Os relatos trazidos aqui nos remetem à reflexão de Bonet (2013), a partir dos trabalhos de Richard Parker e Pierre Bourdieu sobre a violência estrutural e a violência simbólica, respectivamente, no contexto da atenção primária à saúde:

[...] como lidar com o paradoxo que se apresenta em relação a esses dois modos de violência, estrutural e simbólica, nas políticas e programas de APS como a ESF, que, ao mesmo tempo que ajudam a diminuir a desigualdade de acesso à saúde e, portanto a violência estrutural – evitando que se produzam mortes evitáveis, por exemplo – instauram uma violência simbólica que se manifesta nos relacionamentos cotidianos entre os profissionais de saúde e as populações alvos das políticas e dos programas? (2013: 50).

Sendo assim, como lidar com a capacidade de se evitarem infecções pelo HIV com o uso/oferta da PEP no SUS e, ao mesmo tempo, criar situações de constrangimento moral, riscofobia e barreiras de acesso?

Os achados da pesquisa revelaram diversas dimensões da vulnerabilidade. Os processos de exclusão social e violência estrutural resultantes de preconceito, estigma e discriminação impedem o acesso à saúde (Parker, 2013). O autor chama a atenção sobre a lacuna entre as políticas preconizadas e as práticas de saúde, e salienta o quanto

desenvolvemos uma compreensão muito mais profunda das formas pelas quais as lutas pelos direitos humanos e pela justiça social estão no centro das lutas pela saúde coletiva. Mas temos conseguido avançar muito menos, eu temo, na transformação prática da saúde pública em resposta a esses entendimentos (2013: 44).

Nesse sentido, observamos, no campo da Aids, por um lado, os crescentes avanços tecnológicos e, por outro, avanços menos evidentes no que diz respeito à garantia de direitos humanos, embora as políticas preconizadas estejam pautadas nesta perspectiva.

Corroborando esta reflexão, os achados da presente pesquisa evidenciaram lacunas entre o modelo de atenção integral preconizado pelo MS e a realidade das práticas de saúde, bem como a lentidão no processo de mudanças sociais capazes de fazerem valer os direitos conquistados, incluindo o uso de tecnologias biomédicas de fato em benefício das pessoas.

Considerações finais

Atuar na perspectiva das vulnerabilidades implica o desenvolvimento de práticas de saúde orientadas pelo princípio da Integralidade (Mattos, 2004). Em consonância com esta reflexão, Ayres, Paiva e Buchalla (2012) destacam que os princípios do SUS – universalidade, equidade e integralidade – viabilizam o trabalho em saúde na perspectiva das vulnerabilidades, à medida que geram ações baseadas em “totalidades compreensivas”, em que os aspectos individuais, sociais e programáticos implicados na exposição à infecção sejam sempre mutuamente referidos.

A análise de Sandra Caponi (2003) acerca dos conceitos de saúde, doença, normalidade e patologia, inspirada em George Canguilhem, enriquece nossa reflexão acerca de como a PEP sexual vem sendo utilizada pelos/as profissionais e usuários/as. A autora reflete sobre “até onde é possível estender o conceito de saúde como abertura ao risco, excluindo os temores e os fantasmas que têm estado classicamente associados aos conceitos de ‘grupos de risco’ ou de ‘comportamento de risco’” (: 73). Ao considerar os sentidos individual e subjetivo existentes no processo saúde-doença e tendo em vista que o contexto é indissociável do indivíduo – é onde a vida pulsa e os acidentes são possíveis – argumenta que é possível repensar as concepções de prevenção e promoção da saúde a partir do conceito de saúde com abertura para os riscos. Caponi pondera sobre a importância de se atentar para que o discurso médico não acabe ocupando o discurso jurídico e/ou moralista no qual tudo que se considere perigoso seja entendido como objeto de uma intervenção com vistas a recuperar as pessoas ou prevenir riscos, privando-as da autonomia de sujeitos ao viverem a vida e, acrescentamos, violando direitos sexuais e a livre expressão de gênero.

Observamos que, no cenário estudado, os “espaços de intersubjetividade” circunscritos pela busca/indicação da PEP sexual foram atravessados por distintas (e complementares) lógicas de risco – da epidemiologia e das ciências sociais – e que entre os/as entrevistados/as variados entendimentos acerca do que consideram que seja risco e gradiente de risco para o HIV foram apresentados.

As condutas dos/as profissionais na interação com os/as usuários/as tran-

sitaram entre o repasse de informação e a normatização de conduta e, mais raramente, aquelas orientadas pelo diálogo, problematizando as situações e estimulando uma reflexão acerca do uso da profilaxia e outras possibilidades de prevenção, concorrendo para o “êxito técnico” e o “sucesso prático” (Ayres, 2009) da estratégia.

Estes resultados expressam o quanto decisões sobre o uso da PEP, tanto na procura por parte dos/as usuários/as quanto na indicação pelos/as profissionais, são baseadas em fatores técnicos, como também sociais e morais que, muitas vezes, atuam como barreiras à vivência da sexualidade como um exercício de direitos.

Neste aspecto, consideramos que a consolidação dos princípios do SUS – universalidade, integralidade e equidade – são fundamentais no enfrentamento dessas barreiras à medida que pressupõem ações implicadas com a cidadania de todos e todas.

Reforçando o sentido e a importância de fortalecermos a equidade nas ações de saúde, Amarante (2012) chama a atenção para o fato de que esta implica “sustentar a disposição de reconhecer e respeitar as diferenças dos outros, traduzindo esse respeito em práticas e atitudes destinadas às necessidades de cada cidadão”. Acrescenta que recuperar o sentido da equidade significa “o respeito às subjetividades e ao direito à saúde de cada pessoa, cada segmento da população brasileira, segundo as suas particularidades e singularidades”.

A variedade de lógicas e concepções de risco, bem como condutas e posturas identificadas entre os atores entrevistados na presente pesquisa nos revelam a centralidade da dimensão intersubjetiva no trabalho em saúde. Um dado resultante da pesquisa foi a singularidade do encontro profissional-usuário como uma relação em que se processam movimentos de construção, desconstrução e reconstrução de certezas e dúvidas acerca da efetividade das práticas de saúde. Ora estas podem fortalecer um “ambiente riscofóbico”, ora podem funcionar como dispositivos de um cuidado integral na prevenção do HIV.

O reconhecimento do efeito da dimensão intersubjetiva nos fazeres em saúde pode viabilizar para os trabalhadores deste campo reflexões sobre suas próprias práticas, seus limites e potencialidades e a mobilização subjetiva necessária para a construção de um cuidado integral, equânime e universal que respeite os direitos sexuais e a livre expressão de gênero.

A análise dos dados desta pesquisa nos leva a perceber a coexistência das noções de risco, comportamento de risco e vulnerabilidade no cenário da prevenção – e às vezes até mesmo emaranhadas nos relatos de um mesmo profissional. Décadas de trabalho de teorização sobre risco no campo do HIV/AIDS produzem sentidos que são absorvidos de diferentes e singulares formas pelos profissionais de saúde. O trabalho de incorporação das teorias e da transformação destas em

práticas de saúde é, portanto, algo lento e gradual: como tais teorias penetram e chegam no cotidiano dos serviços de saúde, na implementação das políticas de saúde, de fato, são questões que continuam sendo um desafio, inclusive para a agenda de pesquisa.

Recebido: 04/06/2018
Aceito para publicação: 16/09/2018

Referências bibliográficas

- AMARANTE, Paulo & COSTA, Ana Maria. 2012. *Diversidade Cultural e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes. 68 p.
- AYRES, José Ricardo. 2001. “Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde”. *Ciência & Saúde Coletiva*. Janeiro de 2001. Vol. 6, n. 1, p. 63-72.
- AYRES, José Ricardo. 2004. “O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde”. *Saúde e Sociedade*. Setembro de 2004. Vol. 13, n. 3, p. 16-29.
- AYRES, José Ricardo et al. 1999. “Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids”. In: BARBOSA, R. M. & PARKER, R. (orgs.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34. 271 p.
- AYRES, José Ricardo et al. 2006. “Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde”. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz. 880 p.
- AYRES, José Ricardo. 2009 “Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas”. *Saúde e Sociedade*. Vol. 18, supl. 2, p. 11-23.
- AYRES, José Ricardo et al. 2012 “Direitos Humanos e Vulnerabilidade na Prevenção e Promoção da Saúde: Uma Introdução”. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R. & BUCHALA, C. M. (orgs.). *Vulnerabilidade e Direitos Humanos – Prevenção e Promoção da Saúde: da doença à cidadania*. Livro I. Curitiba: Ed Juruá, 2012. 320 p.
- BECKER, H. S. 1997. “Observação Social e Estudos de Caso Sociais”. In: *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Ed. Hucitec. 180 p.
- BONET, Octávio. 2013. “Discriminação, violência simbólica e a estratégia saúde da família”. In: MONTEIRO, S. & VILLELA, W. (orgs.). *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 207 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – Suplemento III – Tratamento e Prevenção, Brasília – DF, outubro de 2010.
- BRASIL. 2017a. 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. Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores de saúde. Brasília – DF.
- BRASIL. 2017b. 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. Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília – DF.
- BRASIL. 2018. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Brasília – DF.
- CAPONI, Sandra. 2003. “A saúde como abertura ao risco”. In: CZERESNIA, D. & MA-

- CHADO, C. E. (orgs.). *Promoção da Saúde, Conceitos, Reflexões e Tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 176 p.
- CASTIEL, Luis David et al. 2010. *Correndo o Risco. Uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 134 p.
- CASTIEL, Luis David. 2003. “Dédalo e dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde”. In: CZERESNIA, D. & MACHADO, C. E. (orgs.). *Promoção da Saúde, Conceitos, Reflexões e Tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 176 p.
- FILGUEIRAS, S. L. 2015. *HIV/AIDS e Profilaxia Pós-Exposição Sexual: estudo de caso de uma estratégia de saúde*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense.
- SOARES, P. S. 2011. *Circunstâncias relativas ao não retorno de usuários a um centro de testagem e aconselhamento para HIV do Estado do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFRJ.
- GRANGEIRO, Alexandre et al. 2009. “Resposta à aids no Brasil: Contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária”. *Rev. Panam Salud Publica*. Vol. 26, n. 1, p. 87-94.
- LUIZ, Olinda do Carmo & COHN, Amélia. 2006. “Sociedade de risco e risco epidemiológico”. *Cad. Saúde Pública*. Novembro de 2006. Vol. 22, n. 11, p. 2339-2348.
- MAKSUD, I. 2009. “O discurso da prevenção da Aids frente às lógicas sexuais de casais sorodiscordantes: sobre normas e práticas”. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. Vol.19, n. 2, p. 349-369.
- MATTOS, Ruben Araújo. 2004. “A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)”. *Cad. Saúde Pública*. Set.-out. 2004. Vol. 20, n. 5, p. 1411-1416.
- MONTEIRO, Simone et al. 2014. “Discursos sobre sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): diálogos possíveis entre profissionais e usuários”. *Ciênc. saúde coletiva*. Janeiro de 2014. Vol. 19, n. 1, p. 137-146.
- PAIVA, Vera. 2002. “Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/Aids e o processo de emancipação psicossocial”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Agosto de 2002. Vol. 6, n. 11, p. 25-38.
- PARKER, Richard. 1997. “Reflexões sobre a Sexualidade na Sociedade Latino- Americana: Implicações para Intervenções em face do HIV/Aids”. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Junho de 1997. Vol. 7, n. 1, p. 99-108.
- PARKER, Richard. 2000. *Na contramão da Aids: Sexualidade, Intervenção, Política*. São Paulo: Editora 34. Coedição Abia. 160 p.
- PARKER, Richard. 2013. “Interseções entre estigma, preconceito, e discriminação na saúde pública mundial”. In: MONTEIRO, S. & VILLELA, W. (orgs.). *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 207 p
- SILVA, Luís Augusto et al. 2010. “Práticas e sentidos do barebacking entre homens que vivem com HIV e fazem sexo com homens”. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* Out./dez. 2010. Vol. 14, n. 35, p. 739-52.
- WEEKS, Jeffrey. 2000. “O Corpo e a Sexualidade”. In: LOPES, Guaciara Louro (org.). *O Corpo educado – Pedagogias da Sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica. 176 p.